

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**  
**Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών**  
**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων**

**Δια τμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**  
**Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση**

**Αξιολόγηση των υπηρεσιών των Κέντρων Ανοικτής**  
**Προστασίας Ηλικιωμένων στον Ν. Ροδόπης:**  
**Πρακτικές και Αποτελέσματα**

**Κάρρου Τριανταφυλλιά**

**Κομοτηνή, Σεπτέμβριος 2023**

**University of Peloponnese**  
**Faculty of Social and Political Sciences**  
**Department of Political Studies and International**  
**Relations**

**Interdepartmental Master Program in**  
**Local and Regional Development and Self-Government**

**Evaluation of the services of the Centers of Open**  
**Protection for the Elderly in the Prefecture of**  
**Rodopi: Practices and Results**

**Karrou Triantafyllia**

**Komotini, September 2023**

## Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του δια τμηματικού μεταπτυχιακού προγράμματος «*Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση*» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κουτρούκη Θεόδωρο για τον χρόνο που μου αφιέρωσε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας. Τον ευχαριστώ για την κατανόηση που έδειξε και την ενθάρρυνση του. Σε προσωπικό επίπεδο, νιώθω περήφανη για την υποστήριξη των επιλογών μου από τους υιούς μου Στυλιανό και Βασίλειο και από το ευρύτερο οικογενειακό μου περιβάλλον για την ηθική υποστήριξη και την αγάπη του. Τέλος εκφράζω τις ευχαριστίες μου στα στελέχη των τριών ΚΑΠΗ καθώς και στα ερωτηθέντα ωφελούμενα μέλη των ΚΑΠΗ του Νομού Ροδόπης για την εμπιστοσύνη και τον χρόνο που μου διέθεσαν.

# **Αξιολόγηση των υπηρεσιών των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων στον Ν. Ροδόπης: Πρακτικές και Αποτελέσματα**

**Λέξεις κλειδιά:** Τρίτη ηλικία, Ενεργός γήρανση, Κοινωνική μέριμνα, Ποιότητα υπηρεσιών φροντίδας, Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

## **Περίληψη**

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να προσδιορίσει πόσο ικανοποιημένα είναι τα μέλη των τριών Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αξιολογώντας ποσοτικά το βαθμό ικανοποίησης του υγιούς πληθυσμού που εξυπηρετούν αυτά. Το δείγμα της έρευνας αφορούσε σε 104 συμμετέχοντες που είναι εγγεγραμμένα μέλη των Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης και για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε και διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο δημιουργήθηκε μετά από την εξέταση της σχετικής διεθνούς και ελληνικής σύγχρονης βιβλιογραφίας. Οι βασικές πτυχές ικανοποίησης που ερευνηθήκαν αφορούν στο προσωπικό, στις θεραπευτικές και ιατρικές υπηρεσίες, στο περιβάλλον, στις δραστηριότητες και στις κοινωνικές υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Τα βασικά ευρήματα της έρευνας φανέρωσαν ότι τα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης είναι σχετικά υψηλή, σύμφωνα με τους παράγοντες ικανοποίησης που αξιολογήθηκαν σε αυτή την έρευνα. Μέρος των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχει χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε όλες τις αξιολογηθείσες πτυχές, το οποίο είναι πιθανότατα αποτέλεσμα των μοναδικών ψυχολογικών τους χαρακτηριστικών ή των διαφορετικών προσδοκιών από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Τέλος, ο βαθμός ικανοποίησης των μελών από τις υπηρεσίες των τριών Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης διέφερε στατιστικώς σημαντικά.



# **Evaluation of the services of the Centers of Open Protection for the Elderly in the Prefecture of Rodopi: Practices and Results**

**Keywords:** Third age, Active aging, social care, Quality of care services, Open Protection Centers for the Elderly

## **Abstract**

The aim of this research was to determine how satisfied the members of the three Centers of Open Protection for the Elderly of the Prefecture of Rodopi with the services provided, quantitatively evaluating the degree of satisfaction of the healthy population served by them. The research sample concerned 104 participants who are registered members of the centers and for the collection of the data a questionnaire with closed type questions was created and distributed, which was created after the examination of the relevant international and greek cotemporary literature. The main aspects of satisfaction that were investigated concern the staff, the therapeutic and medical services, the environment, the activities and the social services of the centers. The main findings of the research showed that the levels of satisfaction with the services offered at the Centers of Open Protection for the Elderly of the Prefecture of Rodopi is relatively high, according to the satisfaction factors evaluated in this research. Some of the participants were found to have lower levels of satisfaction in all aspects assessed, which is likely a result of their unique psychological characteristics or different expectations from social care services. Finally, the degree of satisfaction of the members with the services of the three centers of the Prefecture of Rodopi differed statistically significantly.

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα δήλωση:

1. Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι η διπλωματική εργασία που σας καταθέτω αποτελεί προϊόν δικής μου πνευματικής προσπάθειας, δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων μερών και ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής συγγραφής, τηρώντας πιστά την ακαδημαϊκή δεοντολογία.
2. Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστικά ευθύνη της συγγραφέως και ο επιβλέπων, οι εξεταστές, το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη και παραλείψεις.

Η δηλούσα



.....  
(Υπογραφή)

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	4
Abstract.....	5
Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων .....	9
Κατάλογος Συντομογραφιών .....	12
Εισαγωγή .....	13
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Γήρανση του πληθυσμού.....	15
1.1. Η Τρίτη Ηλικία .....	15
1.2. Η κοινωνική διάσταση της γήρανσης .....	16
1.3. Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού.....	16
1.4 Ενεργός Γήρανση.....	18
1.5 Οι ανάγκες ατόμων τρίτης ηλικίας .....	19
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Κοινωνική Μέριμνα στην Τρίτη Ηλικία .....	21
2.1 Κοινωνική Φροντίδα και Υπηρεσίες για τα άτομα τρίτης ηλικίας.....	21
2.2 Η Κοινωνική Πολιτική για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα .....	21
2.3 Σκοποί και Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. ....	25
2.4 Προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. ....	26
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Ποιότητα Υπηρεσιών Φροντίδας στην Τρίτη Ηλικία .....	27
3.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	27
3.2 Αξιολόγηση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Κοινωνικών Υπηρεσιών.....	28
3.3 Ικανοποίηση από Κοινωνικές Υπηρεσίες Υγείας.....	28
3.3.1 Ορισμός Ικανοποίησης .....	28
3.3.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης .....	29
3.4 Παράμετροι επιρροής της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας στα Κ.Α.Π.Η. .....	32

3.5 Αξιολόγηση της Ικανοποίησης .....	33
3.6 Βιβλιογραφική επισκόπηση .....	36
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Τα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης.....	44
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Μεθοδολογία της έρευνας.....	46
5.1 Στόχος της έρευνας .....	46
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	46
5.3 Μεθοδολογικό πλαίσιο .....	48
5.4 Δείγμα .....	49
5.5 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	49
5.6 Ερευνητική διαδικασία .....	50
5.7 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας .....	50
5.8 Στατιστική ανάλυση.....	51
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> : Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	52
6.1 Ανάλυση αξιοπιστίας της έρευνας.....	52
6.2 Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων .....	52
6.3 Ανάλυση απαντήσεων.....	55
Κεφάλαιο 7 <sup>ο</sup> : Συμπεράσματα και προτάσεις .....	68
7.1 Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση .....	72
Βιβλιογραφία .....	73
Ξενόγλωσση.....	73
Ελληνόγλωσση.....	79
Παράρτημα Ι.....	80
Ερωματολόγιο .....	80

## Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων

Πίνακας 5.1: Ερευνητική συσχέτιση .....	47
Πίνακας 6.1: Δείκτης αξιοπιστίας της έρευνας.....	52
Διάγραμμα 6.1: Ποσοστά των συμμετεχόντων σχετικά με το Κ.Α.Π.Η. στο οποίο είναι ενεργά μέλη .....	52
Διάγραμμα 6.2: Ποσοστά του φύλου των συμμετεχόντων.....	53
Διάγραμμα 6.3: Ποσοστά της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.....	53
Διάγραμμα 6.4: Ποσοστά του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων.....	54
Διάγραμμα 6.5: Ποσοστά της συχνότητας επίσκεψης των συμμετεχόντων στα Κ.Α.Π.Η.....	54
Πίνακας 6.2: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με το πόσο ενδιαφέρεται για τις προτιμήσεις τους.....	55
Πίνακας 6.3: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από πόσο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. δείχνει σεβασμό προς αυτούς.....	55
Πίνακας 6.4: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το αν παρέχει σωστές και ακριβείς πληροφορίες το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. ....	56
Πίνακας 6.4: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το πόσο είναι ενημερωμένο και εξειδικευμένο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. ....	56
Πίνακας 6.5: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την ιατρική φροντίδα του Κ.Α.Π.Η. ....	57
Πίνακας 6.6: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας του Κ.Α.Π.Η. ....	57
Πίνακας 6.7: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η. (διαρρύθμιση, διακόσμηση, συνολικές εγκαταστάσεις, υπαίθριους χώρους, φαγητό).....	58

Πίνακας 6.8: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τη συχνότητα πραγματοποίησης των εκδρομών.....	58
Πίνακας 6.9: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το είδος των προορισμών που επιλέγονται για τις εκδρομές .....	59
Πίνακας 6.10: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την οργάνωση των εκδρομών .....	59
Πίνακας 6.11: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το κόστος των εκδρομών .....	60
Πίνακας 6.12: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το πρόγραμμα των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.....	60
Πίνακας 6.13: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την οργάνωση των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.....	61
Πίνακας 6.14: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τη θεματολογία των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.....	61
Πίνακας 6.15: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. ....	62
Πίνακας 6.16: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. αποτελεί βασικό θετικό παράγοντα στην υγεία τους.....	62
Πίνακας 6.17: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει πιο χαρούμενους .....	63
Πίνακας 6.18: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει να ξεχνιούνται από τα προβλήματα.....	63
Διάγραμμα 6.6: Μέσος όρος απαντήσεων των συμμετεχόντων ανάμεσα στα 3 Κ.Α.Π.Η.....	64

Πίνακας 6.19: Ανάλυση ANOVA των απαντήσεων με ανεξάρτητη μεταβλητή τα 3 Κ.Α.Π.Η.....	64
Πίνακας 6.20: Συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα.....	66

## **Κατάλογος Συντομογραφιών**

Κ.Α.Π.Η.	Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΗΦΗ	Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization



## Εισαγωγή

Η ψυχολογία και οι στάσεις των ανθρώπων επηρεάζονται από τη γήρανση ως βιολογικό και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο έχει αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με τον έξω κόσμο και αλληλοεπιδρούν με αυτόν. Τα γηρατειά συνήθως συνοδεύονται από την έναρξη της συνταξιοδότησης και την επακόλουθη έξοδο από το εργατικό δυναμικό, γεγονός που προκαλεί ουσιαστικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή καθώς και στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους. Οι επαγγελματίες φροντίδας ηλικιωμένων είναι σε θέση να αναπτύξουν στρατηγικές βασισμένες στην πραγματικότητα, έχοντας κατανόηση της πραγματικής φύσης της γήρανσης, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και ψυχολογικών στοιχείων της, έτσι ώστε οι υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων να μην αφορούν μόνο την υγεία αλλά και την ψυχοκοινωνική τους ευημερία.

Το μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων στην ελληνική κοινωνία αναδεικνύεται από το δημογραφικό ζήτημα και προβλέπεται ότι έως το 2050 οι ηλικιωμένοι θα αποτελούν το 31,5% του συνολικού πληθυσμού. Το επίκεντρο της παρούσας έρευνας, ωστόσο, είναι στο πώς η ελληνική κοινωνία, όπως και άλλες κοινωνίες παγκοσμίως, φροντίζουν τους ηλικιωμένους με τρόπο που προάγει την ενεργό γήρανση και ένα υψηλό επίπεδο ψυχολογικής ευεξίας.

Αν και η ελληνική κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους έχει μακρά ιστορία, το σύστημα κοινωνικής φροντίδας είναι σήμερα ένα από τα παλαιότερα και πιο παραμελημένα συστήματα κοινωνικής προστασίας της χώρας. Τα πρώτα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) ιδρύθηκαν στην Ελλάδα το 1979, σηματοδοτώντας την επίσημη έναρξη της κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους στη χώρα αυτή. Παρά το γεγονός ότι τα Κ.Α.Π.Η. είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες φροντίδας και ότι οι πελάτες τους εκτιμούν ιδιαίτερα την ύπαρξή τους, η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν έχει λάβει ελάχιστη προσοχή στην ελληνική βιβλιογραφία.

Επομένως, στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι να προσδιορίσει πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες με τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης, αξιολογώντας ποσοτικά το βαθμό ικανοποίησης του υγιούς πληθυσμού που εξυπηρετούν αυτά σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρουν αυτά στα μέλη τους.

Η εργασία χωρίζεται σε 2 βασικά μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζονται η έννοια της γήρανσης του πληθυσμού, η κοινωνική διάσταση και οι επιπτώσεις της σε συνδυασμό με τις ανάγκες ατόμων τρίτης ηλικίας. Επίσης, παρουσιάζονται η κοινωνική μέριμνα και η κοινωνική πολιτική για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα, όπως επίσης και η ποιότητα υπηρεσιών φροντίδας στην τρίτη ηλικία και η ικανοποίηση από κοινωνικές υπηρεσίες υγείας. Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται τα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης, η μεθοδολογία της έρευνας (στόχος, ερευνητικά ερωτήματα, δείγμα, εργαλείο συλλογής δεδομένων, στατιστική ανάλυση) και η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Τέλος, αποτυπώνονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Γήρανση του πληθυσμού

## 1.1. Η Τρίτη Ηλικία

Η γήρανση είναι μια βιολογική, κοινωνική και ψυχολογική διαδικασία που εκδηλώνεται με ποικίλες συμπεριφορές. Το γήρας έχει μια υπαρξιακή συνιστώσα που αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον χρόνο, τον έξω κόσμο και τον εαυτό τους, όπως και κάθε άλλη πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης. Επομένως, η γήρανση πρέπει να θεωρείται κάτι περισσότερο από ένα απλό βιολογικό φαινόμενο (Rosset, 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τους ενήλικες άνω των 65 ετών ως τρίτη ηλικία. Αυτός ο ορισμός μερικές φορές συνδέεται με την ηλικία στην οποία μπορεί κανείς να αρχίσει να λαμβάνει συνταξιοδοτικά επιδόματα, ενώ είναι αρκετά αυθαίρετη. Οι ηλικιωμένοι 60 έως 74 ετών, οι ηλικιωμένοι 75 έως 84 ετών και οι μεγαλύτεροι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών) είναι βασικές κατηγορίες ομάδων, όσον αφορά στην τρίτη ηλικία. Προτάθηκε μια μείωση από τα Ηνωμένα Έθνη στα 60 έτη, όσον αφορά στον προσδιορισμό της τρίτης ηλικίας (WHO, 2015).

Παρά την ύπαρξη αυτού του αποδεκτού ορισμού, είναι δύσκολο να υπάρξει προσδιορισμός για την κατάλληλη ηλικία σχετικά με τη γήρανση στον σύγχρονο κόσμο, από την στιγμή που η γήρανση που συνοδεύεται από καλή υγεία είναι κάτι που όλοι επιθυμούν, τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους (Williams et al., 2008). Είναι κρίσιμο να κατανοηθεί ότι τη γήρανση σε όλες τις εκδηλώσεις της και να θεωρηθεί ως ένα στάδιο της ζωής στο οποίο, καθώς αυξάνεται η χρονολογική ηλικία, λαμβάνουν χώρα αλλαγές στο βιολογικό-ψυχοκοινωνικό επίπεδο που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα εμπλέκονται με το κοινωνικό τους περιβάλλον. Όλοι όσοι παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους πρέπει να σχεδιάζουν στρατηγικές, οι οποίες θα βασίζονται στην πραγματικότητα, θα είναι σε θέση να διατηρήσουν την αυτονομία και την ανεξαρτησία των ενδιαφερόμενων ηλικιωμένων και θα είναι σε θέση να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους, ανάλογα με τη συνολική σωματική και ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων. Αυτό μπορεί να καταστεί δυνατό αν υπάρξει κατανόηση της πραγματικής φύσης της γήρανσης με τις κοινωνικές και ψυχολογικές της διαστάσεις (Baltes & Carstensen, 2003).

## 1.2. Η κοινωνική διάσταση της γήρανσης

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2010), το 4,3% του πληθυσμού στην Ελλάδα έχει ηλικία άνω των 80 ετών και το 18,7% είναι πάνω από 65 έτη (έναντι μέσου όρου του ΟΟΣΑ 15%). Σύμφωνα με εθνική έρευνα που διεξήχθη το 2002, το 18,2% του πληθυσμού έχει κάποιο πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με κάποια αναπηρία, με περισσότερους από τους μισούς από αυτούς που επηρεάζονται να είναι άτομα ηλικίας πάνω από 65 έτη (ΕΛΣΤΑΤ, 2010).

Λόγω της γενικής ανόδου των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και της γενικής προόδου των επιστημών υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας, η ευρωπαϊκή πραγματικότητα παρουσιάζει έναν απaráμιλλο δημογραφικό μετασχηματισμό που χαρακτηρίζεται από έντονη γήρανση του πληθυσμού. Αντίστοιχα, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε από 74,6 έτη για τους άνδρες και 79,4 έτη για τις γυναίκες το 1990 σε 75,42 έτη για τους άνδρες και 80,54 έτη για τις γυναίκες, αντίστοιχα, το 2000. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Zavras, Tsiantou, Pavi, Mylona & Kygiopoulos (2012), ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 16,6% το 2000 σε 18% το 2005 και προβλέπεται να φτάσει το 31,5% του συνολικού πληθυσμού το 2050. Επειδή λιγότερα άτομα σε ηλικία εργασίας θα μπορούν να αντέξουν τις αυξανόμενες απαιτήσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και ο δείκτης γήρανσης έχουν σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις. Απαιτούνται συστημικές αλλαγές και προσθήκες στον κλάδο της υγείας. Για να μειωθεί η ανάγκη για θεραπεία και φροντίδα σε σχέση με την υγεία ως θεμελιώδη ανθρώπινη αξία και κρίσιμο πόρο για την καθημερινή ζωή, πρέπει να δημιουργηθεί η προαγωγή και η πρόληψη της υγείας (Muenz, 2007).

## 1.3. Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού

Ο αυξανόμενος γηραιότερος πληθυσμός έχει μεγάλο αντίκτυπο στην κοινωνία. Η αγορά εργασίας, η κοινωνική ασφάλιση, η μακροχρόνια περίθαλψη, η υγειονομική περίθαλψη και οι σχέσεις μεταξύ των γενεών επηρεάζονται. Ενώ αντιμετωπίζει τους περιορισμούς της, η ενεργός γήρανση προωθεί επίσης τα πλεονεκτήματα της γήρανσης για την κοινωνία. Αυτό προσφέρει ευκαιρίες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να συνεχίσουν να εργάζονται, να παραμείνουν υγιή για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα

και να συνεισφέρουν εποικοδομητικά στην κοινωνία, όπως μέσω του εθελοντισμού. Η ενίσχυση της κοινωνικής ευημερίας και της προσωπικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων είναι ο στόχος της πολιτικής για την ενεργό γήρανση (Kueger & Ludwig, 2007).

Ο όρος «*δημογραφική κρίση*» αναφέρεται στη γήρανση του πληθυσμού στα δυτικά έθνη. Αυτή η άποψη ισχυρίζεται ότι οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους ως «*ακριβό βάρος*» κάνοντας αλλαγές στους προϋπολογισμούς, τις συντάξεις και τις κοινωνικές τους υπηρεσίες. Ωστόσο, η γήρανση δεν είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην αστάθεια όταν εξετάζονται οι οικονομικοί κλυδωνισμοί (Muenz, 2007). Η οικονομική κατάσταση και η κατάσταση της υγείας των παλαιότερων γενεών συχνά βελτιωνόταν κατά τη διάρκεια περιόδων έντονης οικονομικής επέκτασης στην ΕΕ και κοινωνικού μετασχηματισμού, και η γεροντολογία έδωσε μεγάλη έμφαση στις δυνατότητες των ηλικιωμένων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, άρχισε να επικρατεί ένα πιο ευνοϊκό ηλικιακό στερεότυπο, ένα στερεότυπο που γενικά δεν αντικατόπτριζε τη σκληρή πραγματικότητα της ηλικιακής ετερογένειας και της κοινωνικής ανισότητας. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η εκπαίδευση, το επάγγελμα και το εθνικό υπόβαθρο, είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση του πώς αναπτύσσονται οι άνθρωποι και πώς βιώνουν τη διαδικασία της γήρανσης. Οι άνθρωποι ανταποκρίνονται επίσης στις προκλήσεις της γήρανσης με διάφορους τρόπους (Zavras et al., 2012).

Η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας και των περιφερειών της επηρεάζεται σημαντικά από τη δομική γήρανση του πληθυσμού. Οι περισσότεροι οικονομολόγοι υποστηρίζουν ότι μια χώρα με υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων κατοίκων είναι πιθανό να βιώσει χαμηλότερα επίπεδα παραγωγικότητας, χαμηλότερα ποσοστά αποταμίευσης και υψηλότερα επίπεδα κρατικών δαπανών. Ως αποτέλεσμα της δημογραφικής μετάβασης, η οποία ωθεί τους εργαζόμενους στη νεότερη ηλικιακή ομάδα να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, οι ηλικιωμένοι εξαρτώνται περισσότερο από την κοινωνία (Navaneetham & Dharmalingam, 2012).

Κοινωνικά ή προσωπικά, η γήρανση δεν είναι θέμα από μόνη της. Εκτός από τους τυπικούς τους ρόλους ως φροντιστές για τα παιδιά και τα εγγόνια τους, τους συνταξιούχους και τους καταναλωτές, οι ηλικιωμένοι προσφέρουν και άλλες συνεισφορές στην κοινότητα. Σε πολλά έθνη, τα ηλικιωμένα άτομα εκτελούν μεγαλύτερο από το μέσο μερίδιο της εργασίας που επιτελείται από τον εθελοντικό τομέα. Η γήρανση από μόνη της δεν είναι κρίση. Αντίθετα, εξαρτάται από το πώς ένα

άτομο αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του και τις ιστορικές και σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Οι ερευνητές και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων αναζητούν εναλλακτικές προσεγγίσεις για την προώθηση της υγείας και της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών και της περιορισμένης χρηματοδότησης για ιατρική περίθαλψη και κοινωνική υποστήριξη για τους ηλικιωμένους (Cremet & Pestieau, 2000).

## 1.4 Ενεργός Γήρανση

Οι διεθνείς οργανισμοί έχουν συγκλίνει στην ενεργό γήρανση ως τη λύση στο δημογραφικό δίλημμα της γήρανσης του πληθυσμού. Προκειμένου τα ηλικιωμένα άτομα να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία χωρίς να αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις και να ζουν ανεξάρτητα και με υψηλή ποιότητα ζωής, η ενεργός γήρανση περιλαμβάνει τη βελτιστοποίηση των δυνατοτήτων για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία. Η αρμονία των ικανοτήτων, των στόχων και του περιβάλλοντος είναι ένα κρίσιμο συστατικό αυτής της περιγραφής (Heikkiken, 2006).

Ο Walker (2008) υποστηρίζει ότι η ενεργός γήρανση καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις ατομικές διαδικασίες, αλλά και τις κοινωνικές δομές ευκαιριών για τη δέσμευση, την ένταξη και την υγεία των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Οι παρεμβάσεις ενεργού γήρανσης στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων καθώς γερνούν. Ο ΠΟΥ(2015) και η UNICEF (2015) χρησιμοποιούν τη φράση «*ενεργό γήρανση*» με μια έννοια που περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων που σχετίζονται με τη γήρανση και δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων. Επιπλέον, υπογραμμίζουν την ανάγκη να μεγιστοποιηθούν οι δυνατότητες για ασφάλεια, συμμετοχή και υγεία, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής καθώς τα άτομα μεγαλώνουν. Σύμφωνα με τη UNICEF (2015), η συμμετοχή και η ασφάλεια ορίζονται με την ευρεία τους έννοια και περιλαμβάνουν τις σχέσεις μεταξύ των γενεών, την κοινωνική ένταξη, τις οικονομικές ευκαιρίες και την πολιτική συμμετοχή.

Για την ενεργό γήρανση απαιτείται μια σταθερή βάση. Οι κοινωνικές συνθήκες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τη δέσμευση, την ένταξη και την υγεία στην τρίτη ηλικία. Ο βαθμός στήριξης του κράτους πρόνοιας, όπως παρέχεται από προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, όπως η μακροχρόνια περίθαλψη, η υγειονομική περίθαλψη και

οι συντάξεις, φαίνεται να σχετίζεται με ευκαιρίες για ενεργό γήρανση, σύμφωνα με αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης. Επειδή οι ηλικιωμένοι που είναι φτωχοί διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης, η αποφυγή της φτώχειας είναι ζωτικής σημασίας. Η καταπολέμηση της φτώχειας θα συμβάλει επίσης σε λιγότερες ανισότητες στην υγεία και περισσότερες πιθανότητες για συμμετοχή στα κοινά (Zaidietal., 2017).

## 1.5 Οι ανάγκες ατόμων τρίτης ηλικίας

Οι απαιτήσεις των ηλικιωμένων είναι συγκρίσιμες με αυτές των νεότερων ανθρώπων, αλλά έχουν και μοναδικά χαρακτηριστικά. Δίνεται έμφαση στις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για να ζουν οι ηλικιωμένοι με αξιοπρέπεια και ικανοποίηση. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ένα συγκεκριμένο ποσό εισοδήματος για να μπορέσουν να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, όπως στέγαση σε θερμαινόμενο σπίτι, βασική και υγιεινή διατροφή, ρούχα, βοήθεια στο σπίτι και δυνατότητα έγκαιρης και ασφαλούς μεταφοράς (Shimada et al., 2010).

Η παραμονή τους στο σπίτι θα πρέπει να συνοδεύεται από συντροφικότητα, επικοινωνία και διαπροσωπικούς δεσμούς, καθώς και αποδοχή και ένταξη στον οικογενειακό θεσμό χωρίς να αισθάνονται επιβαρυνμένοι ή σαν ξένοι παρά σαν μέλος της οικογένειας (Luanaigh & Lawlor, 2008). Σύμφωνα με τους Cattan, White, Bond, και Learmouth (2005), είναι σημαντικό να έχουν μια αίσθηση παραγωγικότητας και να αποτελούν μέρος μιας κοινότητας όπου μπορούν να παράγουν και να συνεισφέρουν. Πιστεύουν ότι με τη δωρεά, μπορούν να διαμορφώσουν γεγονότα και να καθορίσουν ορισμένες πτυχές της ύπαρξής τους. Μερικές από τις βασικές απαιτήσεις των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα, σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία:

- Πρέπει να εκτιμώνται απόλυτα για τις αποφάσεις και την αυτονομία τους, προκειμένου να σέβονται τον εαυτό τους.
- Η περηφάνια τους πρέπει να γίνεται σεβαστή όταν τους παρέχεται νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Είναι σημαντικό να δοθεί προτεραιότητα στη διασφάλιση των δημιουργικών επιδιώξεων, της εκπαίδευσης, της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της ανάπτυξης κοινωνικών επαφών και της διασκέδασης τους.

- Σε περιπτώσεις που απαιτούνται, πρέπει να τους παρέχονται προσωπικοί φροντιστές με τρόπο που να σέβεται την ανεξαρτησία τους στην καθημερινή ζωή και στον προσωπικό τους χώρο.
- Πρέπει να έχουν απεριόριστη πρόσβαση σε παροχές και υπηρεσίες στις κοινότητές τους ή στο σπίτι τους, καθώς και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με θέματα ανώτερης ηλικίας, τα οποία πρέπει να παρουσιάζονται ενεργά και με σαφήνεια (Goodwinetal., 2014; Steverink & Lindenberg, 2006; Waltersetal., 2001).



## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Κοινωνική Μέριμνα στην Τρίτη Ηλικία**

### **2.1 Κοινωνική Φροντίδα και Υπηρεσίες για τα άτομα τρίτης ηλικίας**

Όταν γίνεται αναφορά σε κοινωνικές υπηρεσίες που περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα άτυπων και επίσημων υποστηρικτών και δραστηριοτήτων που προσφέρονται σε μη κερδοσκοπική βάση, η κοινωνική φροντίδα χρησιμοποιείται συνήθως στο πλαίσιο ευρωπαϊκών συγκριτικών μελετών. Η κοινωνική φροντίδα περιγράφεται συχνά ως το αντίθετο της ιατρικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών εκτός του πεδίου εφαρμογής της ιατρικής. Οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στο επίκεντρο των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, μαζί με άλλους ειδικούς, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών βοηθών. Ωστόσο, ο διαχωρισμός της κοινωνικής περίθαλψης από την υγειονομική περίθαλψη δεν είναι πάντα απλός. Τα όρια μεταξύ τους συχνά αμφισβητούνται και μπερδεύονται. Η κοινωνική και η ιατρική περίθαλψη συχνά επικαλύπτονται για δύο πληθυσμούς: άτομα με αναπηρίες και ηλικιωμένους με κακή υγεία (Stolte et al., 2011).

Η κοινωνική μέριμνα συνδέεται στενά με την κοινοτική φροντίδα, καθώς απομακρύνεται από τη ιδρυματική φροντίδα, εμπλέκει τις τοπικές κυβερνήσεις στην παροχή υπηρεσιών και ενισχύει τα κοινωνικά δίκτυα της γειτονιάς. Ασχολείται με πόρους που είναι προσβάσιμοι εκτός των επίσημων θεσμικών δομών για την παροχή κοινωνικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας μπορούν να προσφέρονται σε χώρους όπως παιδικούς σταθμούς ή σε σπίτια πελατών (φροντίδα στο σπίτι) (Bulmer & Warwick, 1993).

### **2.2 Η Κοινωνική Πολιτική για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η φροντίδα των ηλικιωμένων παρέχεται από εγκαταστάσεις που είναι είτε ιδιωτικές/κερδοσκοπικές είτε μη κερδοσκοπικές (π.χ. Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας κάθε νομού κάνει τις επιλογές για τη δημιουργία και διαχείριση μιας τέτοιας μονάδας. Σε χώρους που δεν επαρκούν κρεβάτια στα κρατικά ιδρύματα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης χορηγεί κρεβάτια και σε συγκεκριμένους φορείς και ιδρύματα για ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη. Ο εθνικός προϋπολογισμός πληρώνει το κόστος αυτών των κλινών (Μουκανου, 2009).

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα περιλαμβάνει τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας ως ένα από τα παλαιότερα και πιο παραμελημένα στοιχεία του. Η κοινωνική φροντίδα χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει την παροχή υποστήριξης μέσω άτυπης φροντίδας και προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες δεν δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα με βάση ένα λογικό σχέδιο που να λαμβάνει υπόψη τις διαφοροποιημένες απαιτήσεις των δυνητικών πελατών της. Η ανάπτυξή τους είναι στενά συνδεδεμένη με τη δευτερεύουσα θέση της κοινωνικής πρόνοιας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ως αποτέλεσμα, δεν μπόρεσε να δημιουργήσει ένα συνεκτικό δίκτυο προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών που να προσφέρει υπηρεσίες σύμφωνα με την ιδέα της καθολικότητας. Σε αυτήν την κατάσταση, η άτυπη οικογενειακή φροντίδα και οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες συνδέονται για την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους. Ένα σημαντικό μέρος της ποιότητας ζωής του πληθυσμού επηρεάζεται σημαντικά από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Έχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τους ηλικιωμένους που χρειάζονται φροντίδα όσο και για έναν αυξανόμενο αριθμό ατόμων που προσφέρουν άτυπη φροντίδα σε ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας (Αμηρά και συν, 1986).

Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονων συζητήσεων από διάφορες οπτικές γωνίες. Από την άποψη της κοινωνικής πολιτικής, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας είναι συνήθως λιγότερο ανησυχητική από τη βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αλλά καθώς ο πληθυσμός γερνάει, οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας επηρεάζονται σημαντικά και η ζήτηση για αυτές τις υπηρεσίες αυξάνεται ως αποτέλεσμα. Αυτός ο αντίκτυπος επιδεινώνεται από την αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στο εργατικό δυναμικό και τη μετατόπιση των οικογενειακών δομών. Παρόλα αυτά, σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα έχει πολύ χαμηλές βαθμολογίες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων τόσο στο σπίτι όσο και στην κοινότητα. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ηλικιωμένων, οι οποίοι χρήζουν περίθαλψης υπολογίζεται περίπου στις 80.000 και τα δύο τρίτα από αυτούς δέχονται φροντίδα από μέλη της οικογένειας (Karamessini & Moukanou, 2006).

Τα παιδιά σχεδόν συνήθως παρείχαν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας για ηλικιωμένους και αναπηρικούς μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Το πρόγραμμα «*Βοήθεια στο Σπίτι*», το οποίο επεκτάθηκε με χρηματοδότηση της ΕΕ, χρησιμοποιήθηκε μόνο για την εισαγωγή της κρατικής περίθαλψης στα τέλη της

δεκαετίας του 1990. Με την ίδρυση των πρώτων Ανοιχτών Κέντρων Φροντίδας Ηλικιωμένων το 1979, η κοινοτική φροντίδα έγινε για πρώτη φορά διαθέσιμη στο γενικό πληθυσμό. Η μετάβαση στις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας είναι δικαιολογημένη, καθώς διατηρεί τους ηλικιωμένους στη γειτονιά τους, ικανοποιεί τις προτιμήσεις τους, βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους και μειώνει την πιθανότητα κοινωνικής περιθωριοποίησης. Σήμερα, η κοινοτική φροντίδα για τους ηλικιωμένους παρέχεται μέσω των (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) Κ.Α.Π.Η., του προγράμματος «*Βοήθεια στο Σπίτι*» και μέσω των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) που βρίσκονται σε δήμους όλης της χώρας και εξυπηρετούν περίπου 146.500, 50.000 και 1.300 χρήστες αντίστοιχα (Karamessini & Moukanou, 2006).

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ξεκίνησε πιλοτικά το πρόγραμμα Κ.Α.Π.Η. στην περιφέρεια Αθηνών το 1979. Τέθηκαν υπό τον έλεγχο των πρωτοβάθμιων τοπικών συμβουλίων το 1984 και προωθήθηκε η υιοθέτηση των Κ.Α.Π.Η. Σύμφωνα με τους Αμηνά και συν. (1986) σχεδιάστηκαν αρχικά για να προσφέρουν μια σειρά υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, συμπεριλαμβανομένης της αναψυχής και της εκπαίδευσης, της βασικής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, της κοινωνικής υποστήριξης (μέσω της κοινωνικής εργασίας με άτομα, ομάδες, οικογένειες και κοινότητες), φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία. για όσους ζούσαν μόνοι και που δεν είχαν άλλη υποστήριξη. Μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, οικογενειακούς βοηθούς, φυσιοθεραπευτές και εργοθεραπευτές μπορεί περιστασιακά να εργάζεται σε Κ.Α.Π.Η. Ωστόσο, στην πλειονότητα των περιπτώσεων λόγω οικονομικών περιορισμών, δεν απασχολούνται όλα τα προαναφερθέντα επαγγέλματα με αντίστοιχους περιορισμούς στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Παρόλα αυτά, ένας αριθμός μελετών καταδεικνύουν ότι τα Κ.Α.Π.Η. είναι αρκετά αγαπητές υπηρεσίες φροντίδας και ότι οι πελάτες τους εκτιμούν ιδιαίτερα την ύπαρξή τους (Ritsatakisetal., 2000).

Η κεντρική κυβέρνηση ξεκίνησε κοινοτικά προγράμματα για ηλικιωμένους το 1997 για να καλύψει τη ζήτηση για βασικές υπηρεσίες φροντίδας για ηλικιωμένα εξαρτώμενα άτομα που ζουν μόνοι, έχουν μικρή ή καθόλου οικογενειακή βοήθεια και στερούνται επαρκών οικονομικών μέσων. Η ομοσπονδιακή χρηματοδότηση για τις αρχικές πρωτοβουλίες «*Βοήθεια στο Σπίτι*» εξασφαλίστηκε μέσω της συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Εσωτερικών και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αργότερα, με χρηματοδότηση από το δεύτερο και τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης,

τα οποία διαχειρίζονταν οι τοπικές αρχές, οι δραστηριότητες αυτές επεκτάθηκαν. Προτεραιότητα δόθηκε επίσης σε ηλικιωμένα εξαρτώμενα άτομα που φρόντιζαν τα μέλη της οικογένειας εκείνη τη στιγμή. Αυτά τα προγράμματα δημιουργήθηκαν για πρώτη φορά για να προσφέρουν σε ευπαθείς ηλικιωμένους κατ' οίκον φροντίδα μέσω κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής και οικογενειακής υποστήριξης. Αργότερα, προστέθηκε στην αρμοδιότητά τους η παροχή κοινωνικής φροντίδας για άτομα με αναπηρίες. Οι χρήστες αυτών των προγραμμάτων αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό τη σημασία των υπηρεσιών που προσφέρουν, σύμφωνα με έκθεση αξιολόγησης προγράμματος (Μουκανου, 2009).

Το 2001 ιδρύθηκαν Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) σε σημαντικές πόλεις. Οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για τη δική τους διοίκηση και λαμβάνουν χρηματοδότηση από την ΕΕ. Τα ΚΗΦΗ παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας μέσω εκπαιδευμένων υπαλλήλων και κατάλληλα εξοπλισμένους χώρους για ευάλωτα ηλικιωμένα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας που δεν μπορούν να λάβουν φροντίδα από άτυπα δίκτυα (Μουκανου, 2009).

Συνολικά, από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, η επέκταση των υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων των τοπικών αρχών κατέστη δυνατή χάρη στη διαθεσιμότητα κοινοτικής χρηματοδότησης. Αυτές οι υπηρεσίες είναι επιλεκτικές, στοχεύουν κυρίως σε άτομα χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους και περιορισμένες σε αριθμό, παρά το γεγονός ότι είναι πολύτιμες για τους χρήστες. Η πρόσφατη ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας θεωρήθηκε ανεπαρκής και κατακερματισμένη και οι τοπικές αρχές απέτυχαν να δημιουργήσουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας με συστηματικό τρόπο (Petmesidou & Mossialos, 2006). Επιπλέον, οι μελλοντικές τους προοπτικές εξαρτώνται από τους πόρους που διαθέτει η ΕΕ. Μάλιστα, τα κονδύλια που χορηγήθηκαν από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για τα έτη 2007 έως 2013 βοήθησαν στην προώθηση και έρευνα υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων (Petmesidou & Glatzer, 2015).

## 2.3 Σκοποί και Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.

Το Π.Δ. 329/89 ορίζει ότι για κάθε Κ.Α.Π.Η. προϋποθέτεται η σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης, ο οποίος προλαμβάνει και διαγιγνώσκει έγκαιρα προβλήματα σωματικής και ψυχολογικής φύσεως, προκειμένου να εξασφαλίσει ότι τα ενεργά μέλη είναι σε θέση να λειτουργούν ως ανεξάρτητα και ενεργά μέλη της κοινωνίας. Επίσης, είναι υπεύθυνος στο να συντονίζει τους φορείς και το κοινωνικό σύνολο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ανάγκες των ηλικιωμένων, διεξάγει έρευνα για ζητήματα των ατόμων τρίτης ηλικίας και προωθεί την ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δράσεις του κοινωνικού συνόλου.

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα ανεξάρτητα από το εισόδημά τους γιατί δεν παρέχουν κοινωνική προστασία. Στην ουσία, πρόκειται για πρωτοβουλίες που έχουν σχεδιαστεί για να καταπολεμήσουν την απομόνωση και τη μοναξιά που αντιμετωπίζουν συχνά οι ηλικιωμένοι. Αυτό διευκολύνεται από τη συμμετοχή τους σε εξόδους, επισκέψεις σε μουσεία και παραστάσεις μουσικού θεάτρου. Οι προσπάθειες της επιστημονικής ομάδας να δώσει στους ηλικιωμένους ευκαιρίες για αλληλεπίδραση, επικοινωνία και ανάπτυξη δραστηριοτήτων τους βοηθούν να αισθάνονται λιγότερο μόνοι και τους βοηθούν να ενταχθούν στα κοινωνικά δίκτυα της οικογένειάς τους και της κοινωνίας (Roura et al., 2009).

Τα Κ.Α.Π.Η. μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης, όπως ιατρικές εξετάσεις για την πρόληψη σοβαρών ασθενειών, εκτός από υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης και προληπτικής υγείας, όπως ανοσοποιήσεις, ακτινογραφίες, τεστ Παπανικολάου και συμβουλευτική για τρόφιμα. Από το 1987, τυπικά υπάρχει σύνδεση μεταξύ του Κ.Α.Π.Η. και των Κέντρων Υγείας του ΙΚΑ, ώστε όλα τα μέλη του, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη, να ελέγχονται και να παραπέμπονται σε ειδικούς όπως απαιτείται (Terperoglou et al., 1990).

Η κοινωνική λειτουργός στο Κ.Α.Π.Η. ενθαρρύνει τα μέλη να παραμείνουν ενεργά και να χρησιμοποιήσουν την ικανότητά τους να αισθάνονται δημιουργικοί γιατί η αδράνεια είναι επικίνδυνη για τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τους Daniilidou, Economidou, Zavras, Kyriopoulos και Georgoussi (2003), ορισμένα μεγαλύτερα μέλη του Κ.Α.Π.Η. έχουν επαρκείς ικανότητες και γνώσεις σε διάφορους κλάδους και είναι σε θέση να μοιραστούν τις εμπειρίες τους. Η περηφάνια τους για τη συνεισφορά τους και η αίσθηση της αυτοεκτίμησης αυξάνονται ως αποτέλεσμα.

Μέσω του ακτιβισμού τους, τα μέλη μιας κοινότητας μπορούν να ευαισθητοποιήσουν και να κινητοποιήσουν τον πληθυσμό. Το χάσμα των γενεών μειώνεται από την αλληλεπίδραση μικρών και μεγάλων, η οποία διευκολύνει την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών. Εκτός από τις προαναφερθείσες προσπάθειες, ενθαρρύνεται επίσης η ιατροκοινωνική έρευνα σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους υπό την επίβλεψη και τον συντονισμό ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και ερευνητικών κέντρων (Sissouras et al., 2004).

## **2.4 Προσωπικό των Κ.Α.Π.Η.**

Ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος δίνει στα νέα μέλη όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται για τις διαδικασίες εγγραφής, είναι απαραίτητος για την εύρυθμη λειτουργία του Κ.Α.Π.Η. Οι άνω των 60 ετών έχουν δικαίωμα εγγραφής. Επιπρόσθετα, η κοινωνική λειτουργός βοηθά τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν ζητήματα όπως ψυχολογικά ή σωματικά θέματα υγείας, ενώ το διοικητικό προσωπικό του Κέντρου εργάζεται σε πλήρη συνεργασία για την επίλυση προβλημάτων. Τα καθήκοντά του περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την ψυχαγωγία και εκπαιδευτικά σεμινάρια σε συνεργασία με άλλες ομάδες που επιδιώκουν να ευαισθητοποιήσουν τα προβλήματα που αφορούν τους ηλικιωμένους (Grammatikopoulos et al., 2010).

Εάν χρειαστεί, ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να χορηγήσει εξειδικευμένη φυσικοθεραπευτική φροντίδα στα μέλη στο Κ.Α.Π.Η. ή στο σπίτι, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού. Μια παρόμοια λειτουργία καλύπτει και ο γιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. Ο εργοθεραπευτής είναι επίσης μέρος του ανθρώπινου δυναμικού. βοηθά το μέλος να βελτιώσει τις ικανότητές του προσφέροντας τις υπηρεσίες του. Αυξάνοντας το ενδιαφέρον του για παραγωγικές πράξεις, το άτομο μαθαίνει να είναι δημιουργικά ενεργό και αφοσιωμένο. Ανάλογα με τις περιστάσεις, οι υπηρεσίες μπορεί περιστασιακά να παρέχονται στο σπίτι του μέλους. Στο πλαίσιο αυτό, η συμβολή της νοσηλεύτριας, η οποία συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό, της οικογενειακής βοηθού που μπορεί να παρέχει βοήθεια σε μέλη που μένουν μόνα τους στο σπίτι και τέλος η γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη των Κ.Α.Π.Η., την οποία αναλαμβάνει υπάλληλος του δήμου με βάση τον Ν1188/81 (Carayanni et al., 2012).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Ποιότητα Υπηρεσιών Φροντίδας στην Τρίτη Ηλικία

### 3.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι *«ο βαθμός στον οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα και πληθυσμούς ασθενών προωθώντας κυρίως τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας»*, όπως δηλώνει ο ΠΟΥ (WHO, 2006: 12). Για να γίνει αυτό, η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι *«ανθρωποκεντρική, ασφαλής, αποτελεσματική, έγκαιρη, αποδοτική και δίκαιη»*.

Επιπλέον, ο ΠΟΥ (2006) ορίζει την ασφάλεια ως σχέση με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης που ελαχιστοποιεί τους κινδύνους και τις δυσμενείς συνέπειες για τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης τραυματισμών που μπορούν να αποφευχθούν και της ελαχιστοποίησης των ιατρικών λαθών. Η παροχή υπηρεσιών που βασίζονται σε επιστημονική κατανόηση και συμβουλές που υποστηρίζονται από εμπειρική έρευνα αναφέρεται ως αποτελεσματική. Για να παραδοθούν έγκαιρα οι υπηρεσίες υγείας, πρέπει να υπάρχουν λιγότερες καθυστερήσεις τόσο στην παροχή όσο και στη λήψη περίθαλψης (WHO, 2006).

Η αποτελεσματικότητα είναι η πρακτική της παροχής υγειονομικής περίθαλψης με τρόπο που μεγιστοποιεί τη χρήση των υφιστάμενων πόρων και μειώνει τις περιττές δαπάνες. Η φράση *«ισότητα»* αναφέρεται στην παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικής περίθαλψης σε όλους τους ασθενείς και τους καταναλωτές ιατρικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τα ατομικά χαρακτηριστικά τους, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της φυλής, της εθνικότητας, της τοποθεσίας ή της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Για να παρέχετε υπηρεσίες υγείας που είναι ανθρωποκεντρικές, θα πρέπει να το κάνετε με τρόπο που να σέβεται τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες κάθε χρήστη της υπηρεσίας καθώς και την κουλτούρα της κοινότητάς του (WHO, 2006).

## **3.2 Αξιολόγηση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Κοινωνικών Υπηρεσιών**

Όπως και με τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας που προσφέρονται από τα Κέντρα Ηλικιωμένων, η αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι μια ζωτικής σημασίας διαδικασία σε κάθε είδους υπηρεσίες και ένας θεμελιώδης δείκτης του πόσο καλά παρέχονται. Η πλειονότητα των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών φροντίδας σήμερα έχει υιοθετήσει την αρχή ότι αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να είναι ανθρωποκεντρικές και όχι συστημικές. Σύμφωνα με τον Stewart (2001), ένα σημαντικό μέτρο της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων γήρανσης είναι το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι με αυτά. Σύμφωνα με μια πιο πρόσφατη μελέτη, κάθε αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας πρέπει να λαμβάνει υπόψη πόσο ικανοποιημένοι είναι οι πελάτες της από αυτήν (Williams et al., 2014).

Ακόμη και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι φαίνεται να ευνοούν αυτό το είδος αξιολόγησης και θέλουν ακόμη και να ερωτηθούν για την ευχαρίστησή τους. Το θέμα της ικανοποίησης των ηλικιωμένων είναι συνεπές με τις πολιτισμικές ατομικιστικές τάσεις και μια νέα πολιτική δημόσιας διαχείρισης που βλέπει τους ηλικιωμένους ως πελάτες που θέλουν να είναι ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν (Bergman et al., 2012).

## **3.3 Ικανοποίηση από Κοινωνικές Υπηρεσίες Υγείας**

### **3.3.1 Ορισμός Ικανοποίησης**

Σύμφωνα με τους Lyubomirsky, Sheldon και Schkade (2005), η περίπλοκη ψυχολογική διαδικασία της ικανοποίησης επηρεάζεται τόσο από εσωτερικά όσο και από εξωτερικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της συμπεριφοράς του ατόμου καθώς και από το κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο επηρεάζει τις γνωστικές και συναισθηματικές εκτιμήσεις του ατόμου. Η ικανοποίηση φαίνεται επίσης να επηρεάζεται σημαντικά από θετικές ή αρνητικές απόψεις για το εξεταζόμενο θέμα.

Αν και η συνάφεια της έννοιας της «ικανοποίησης» αναγνωρίζεται στη σύγχρονη κοινωνία, δεν υπάρχει ακριβής ορισμός της. Ο όρος «ικανοποίηση» σχετίζεται με την αξιολόγηση του ασθενούς για την ποιότητα της παρεχόμενης



θεραπείας και ουσιαστικά προσδιορίζει δείκτες ποιότητας, σύμφωνα με τον Donabedian (1988), ο οποίος συμπεριέλαβε την ικανοποίηση, ως αναφορά μέτρησης, στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ασθενείς. Οι εντυπώσεις του ασθενούς και οι μελλοντικές προσδοκίες για τις υπηρεσίες που έλαβε τονίζονται από την ποιότητα. Συνοπτικά, ο όρος «ικανοποίηση» σχετίζεται με τον ορισμό και την ερμηνεία της ποιότητας από τον ασθενή, ή τουλάχιστον με τον τρόπο που την αντιλαμβάνεται, σε αντίθεση με τον ορισμό που παρέχει η κοινωνία ως απόλυτη ιδέα (Borg et al., 2006).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Petersen (1988), η συνολική γνώμη ενός ασθενούς για την ιατρική περίθαλψη που έλαβε θεωρείται το επίπεδο ικανοποίησής του, ακόμη και όταν δεν είναι σε θέση να μετρήσει πόσο κατάλληλα τους αντιμετώπισε.

Σύμφωνα με τον Pascoe (1983), οι πιο καθολικές εμπειρίες κάθε ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρηθεί το πώς νιώθει για την υγειονομική περίθαλψη που έλαβε. Αυτή είναι μια εντελώς προσωπική, εσωτερική απάντηση που αντικατοπτρίζει μια αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς.

Σύμφωνα με όσα υποστήριξε ο Guzman (1988), το τελικό αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζεται ως ικανοποίηση. Η μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται επίσης από αυτή τη θέση.

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τον ορισμό του Risser (1975), ο οποίος δηλώνει ότι το χάσμα μεταξύ των μελλοντικών απαιτήσεων των ασθενών για την παροχή τέλει φροντίδας και των συναισθημάτων τους για τη θεραπεία που έλαβαν στο παρόν είναι αυτό που συνιστά ικανοποίηση του ασθενούς.

### **3.3.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης**

Θα μπορούσε κανείς να αναφερθεί σε ορισμένες θεωρητικές μεθόδους για την ικανοποίηση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα την έννοια της ικανοποίησης στον κλάδο της υγείας. Αυτές οι θεωρίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Gill & White, 2009; Hawthorne, 2006):

1. Όταν οι προσδοκίες των ασθενών και οι πραγματικές παρεχόμενες υπηρεσίες συμφωνούν, μπορεί να υπάρξει ικανοποίηση (Fox & Storms, 1981).

2. Ο Linder-Pelz (1982) ισχυρίστηκε ότι αντί για τις πραγματικές θεραπείες που παρέχονται, η ικανοποίηση των ασθενών είναι αποτέλεσμα προηγούμενων

προσδοκιών, προσωπικών απόψεων και αξιών σχετικά με τη χορήγηση υγειονομικής περίθαλψης.

3. Σύμφωνα με την οπτική του Donabedian (1980), ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική περίθαλψη είναι η διαπροσωπική συνιστώσα της φροντίδας. Προκειμένου ο ασθενής να είναι ικανοποιημένος με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να έχει θετικές απόψεις για κάθε πτυχή του προτύπου περίθαλψης, ιδιαίτερα για τη διαπροσωπική συνιστώσα.

4. Σύμφωνα με τους Fitzpatrick & Hopkins (1983), το κοινωνικό και προσωπικό περιβάλλον ενός ασθενούς μπορεί να έχει αντίκτυπο στο πόσο ικανοποιημένος είναι με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς λαμβάνουν υπόψη το αντιληπτό επίπεδο άνεσης ή δυσφορίας σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται όταν αξιολογούν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας.

5. Σύμφωνα με τους Ware et al. (1983), οι προσωπικές προτιμήσεις και οι προσδοκίες των ασθενών για ιατρική φροντίδα επηρεάζουν το πόσο ικανοποιημένοι είναι με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Διαφορετικά θετικά μοντέλα για την ιδέα της ικανοποίησης έχουν παραχθεί με βάση διάφορες μεθοδολογίες. Το μοντέλο Εκπλήρωσης Προσδοκιών (Linder-Pelz, 1982) είναι πιο παραδοσιακό. Σύμφωνα με αυτό το παράδειγμα, μια εμπειρία που ταιριάζει με τις προσδοκίες θα επιφέρει ικανοποίηση, ενώ ένα γεγονός που διαφέρει από τις προσδοκίες θα προκαλέσει δυσαρέσκεια. Γενικά, υπάρχουν δύο τρόποι για να δούμε το κατασκεύασμα της ικανοποίησης: ως εξαρτημένη μεταβλητή που επηρεάζεται από χαρακτηριστικά πελάτη και υπηρεσίας ή ως ανεξάρτητη μεταβλητή που προβλέπει τη μελλοντική συμπεριφορά.

Ο Linder-Pelz (1982) προτείνει πέντε κοινωνικο-ψυχολογικές μεταβλητές ασθενών μέσω της ανάλυσης περιεχομένου των μελετών ικανοποίησης ως πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες ικανοποίησης από την υγειονομική περίθαλψη: η αξία (η θετική ή αρνητική αξιολόγηση ενός χαρακτηριστικού ή μιας πτυχής μιας περίπτωσης σε το πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα γεγονότα, οι συγκρίσεις (συγκριτικές αξιολογήσεις), οι προσδοκίες (πίστη για την πιθανότητα συσχέτισης ορισμένων χαρακτηριστικών με ένα γεγονός ή αντικείμενο) και την ικανοποίηση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ως σύνολο.

Ένα άλλο μοντέλο που δημιουργήθηκε για τη θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης από τους Parasuraman, Berry και Zeithaml (1991) είναι το «Μοντέλο της

*Ζώνης Ανοχής*». Τα κριτήρια σύγκρισης είναι η «*επιθυμητή υπηρεσία*» (ο βαθμός εξυπηρέτησης που πιστεύει ο πελάτης ότι μπορεί και πρέπει να παρασχεθεί) και η «*επαρκής υπηρεσία*» (το επίπεδο εξυπηρέτησης που θεωρεί ο πελάτης αποδεκτό) χρησιμοποιούνται από τους καταναλωτές για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Προκειμένου να εξηγηθεί γιατί τα επίπεδα ικανοποίησης διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την έννοια που αξιολογείται, αυτή η προσέγγιση εισάγει την ιδέα των ζωνών ανοχής.

Η τεχνική για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών με τις υπηρεσίες που προστίθενται από το μοντέλο «*Γνωσιακής Επιρροής*» για την ικανοποίηση περιλαμβάνει το γνωστικό στοιχείο. Ο Oliver (1993) παρουσίασε ένα σύνθετο μοντέλο που επιτρέπει σε κάποιον να δει πώς σχετίζονται οι πολλές πτυχές της ικανοποίησης μεταξύ τους. Εστιάζει συγκεκριμένα στη γνωστική πτυχή με την έννοια ότι η επίγνωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών επηρεάζει τις αντιλήψεις για τυχόν χάσματα μεταξύ των περιστάσεων, των προσδοκιών και των επιδόσεων, των χαρακτηριστικών και των αποτελεσμάτων της ικανοποίησης. Οι προσδοκίες αποτελούνται από δύο στοιχεία: την πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός και την εκτίμηση του εάν θα συμβεί όπως αναμενόταν ή δυσμενώς. Και τα δύο είναι απαραίτητα γιατί δεν είναι σαφές εάν οι πελάτες θέλουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Οι Boulding, Kalra, Staelin και Zeithaml (1993) πρότειναν το μοντέλο δυναμικής διαδικασίας για την ποιότητα των υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτό το παράδειγμα, οι άνθρωποι προσεγγίζουν κάθε συναλλαγή υπηρεσίας με μια προκαθορισμένη προσδοκία για το τι "*θα*" και "*πρέπει*" να συμβεί σε κάθε μία από τις διαστάσεις της υπηρεσίας. Οι πρωταρχικές προσδοκίες και η υφιστάμενη πραγματική παρεχόμενη υπηρεσία οδηγούν σε καθολικές και σωρευτικές αντιλήψεις για τις υπηρεσίες και αναθεωρημένες προσδοκίες για κάθε διάσταση σχετικά με το τι «*θα*» και τι «*πρέπει*» να προσφερθεί σε επόμενες συνδιαλλαγές. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, το πόσο καλά θεωρείται ότι παρέχεται μια υπηρεσία στο σύνολό της επηρεάζει τα αποτελέσματα συμπεριφοράς.

### 3.4 Παράμετροι επιρροής της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας στα Κ.Α.Π.Η.

Οι κύριες παράμετροι, οι οποίες διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι εξής:

- Ο βαθμός πρόσβασης των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας, η διάρκεια της αναμονής για υπηρεσία, οι απαιτήσεις για εισαγωγή ασθενών, η διαδικασία των χειρουργείων και των εξετάσεων, η χορήγηση φαρμάκων, το επίπεδο υποστήριξης του προσωπικού της μονάδας υγείας, η προσφερόμενη διατροφή, το επίπεδο επικοινωνίας προσωπικού με γιατρό και η καθαριότητα είναι όλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Carayanni et al., 2012).
- Ο δεσμός που δημιουργείται μεταξύ ενός ασθενούς και ενός επαγγελματία γιατρού: Αυτό επιτυγχάνεται παρέχοντας στους νοσηλευτές και τους ιατρικούς εργαζομένους επαρκή προηγούμενη εκπαίδευση σχετικά με την κατάλληλη και πρακτική επικοινωνία. Ο ασθενής που βιώνει φόβο, άγχος και άγχος για την κατάσταση της υγείας του, παρηγορείται από τον φιλικό τρόπο, την εκδήλωση ενδιαφέροντος και την εμπιστοσύνη. Ακόμη και όταν χρησιμοποιείται τεχνολογία και επεμβατικές και διαγνωστικές τεχνικές αιχμής για την παροχή εξαιρετικής υγειονομικής περίθαλψης, οι διαπροσωπικές σχέσεις έχουν κρίσιμο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Ο ασθενής δεν θα είναι ικανοποιημένος εάν δεν υπάρχει σωστή, ευγενική και κοσμική συμπεριφορά, αφού θα αισθάνεται άβολα και ντροπή (Harahousou, 1999). Ως αποτέλεσμα, είναι αλήθεια ότι ο ασθενής βιώνει τόσο υψηλό επίπεδο ικανοποίησης με βάση τις ακόλουθες μεταβλητές: α) τα οικονομικά και κοινωνικά του χαρακτηριστικά, β) τις βασικές προσδοκίες του από την υγειονομική περίθαλψη και γ) την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων (Daniilidou et al., 2003).
- Το επίπεδο ευτυχίας του ασθενούς συσχετίζεται άμεσα με τις υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του, σύμφωνα με την ανάλυση των προαναφερθέντων δεδομένων. Ως εκ τούτου, η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως το χάσμα μεταξύ αυτού που ο ασθενής προσδοκά και αυτού που πραγματικά βιώνει. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως η ηλικία και το φύλο του

ασθενούς, καθώς και παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι ηλικιωμένοι είναι ένα συνηθισμένο παράδειγμα δημογραφικών ομάδων που αισθάνονται πιο ικανοποιημένοι από τις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Το μέγεθος του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών αλλάζει σημαντικά θετικά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος των ασθενών συχνά αναφέρει ότι αισθάνεται λιγότερο ευτυχισμένος από ό,τι στην πραγματικότητα, εν μέρει επειδή θέλουν τα άτομα που παρέχουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να τους φέρονται καλύτερα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι ασθενείς δεν θέλουν να λάβουν μέρος στη διαδικασία αξιολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών γιατί πιστεύουν ότι θα είναι επωφελής για την κατάσταση της υγείας τους μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα (Ροπίρου et al., 2014).

- Ο Donabedian (1988) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες φροντίδας περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πτυχές της αλληλεπίδρασης των ατόμων τις υπηρεσίες, όπως ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η υπηρεσία, η δομή της διαδικασίας, ο τρόπος με τον οποίο ενημερώνονται και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ηλικιωμένων. χρήστες υπηρεσιών.

### 3.5 Αξιολόγηση της Ικανοποίησης

Η πλειοψηφία των παρόχων φροντίδας ηλικιωμένων θεωρεί τους ηλικιωμένους ως την αγορά-στόχο τους. Σύμφωνα με μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την ικανοποίηση πελατών, η απόδοση, η ισότητα και το επίπεδο επιρροής είναι τα κύρια προηγούμενα της ικανοποίησης των πελατών, ακολουθούμενα από τις προσδοκίες, τις προκλήσεις στις προσδοκίες και την απόδοση. Ο βαθμός υπέρβασης των αρχικών προσδοκιών και η ισότητα στη σχέση μεταξύ καταναλωτή και εταιρείας αποδείχθηκε ότι έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή σε μια μελέτη 50 μελετών για την ικανοποίηση των πελατών από τους Szymanski και Henard (2001). Με μια διαφορετική διατύπωση, η εντύπωση του πελάτη ότι λαμβάνει το ίδιο ποσό ή περισσότερο από αυτό που επενδύθηκε στη σχέση και ότι αυτό που λαμβάνει έχει ξεπεράσει αυτές τις προσδοκίες είναι αυτό που καθορίζει αν είναι ικανοποιημένος.

Η σχέση μεταξύ της πραγματικής απόδοσης και της ικανοποίησης είναι λιγότερο σημαντική. Οι ηλικιωμένοι δεν αξιολογούν μόνο την ποιότητα της

περίθαλψης ως προς την ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Λαμβάνουν επίσης υπόψη το δικό τους επίπεδο επιρροής σε αυτές τις υπηρεσίες, τις προσδοκίες τους και πόσο καλά έχουν εκπληρωθεί αυτές οι προσδοκίες, καθώς και την ποιότητα της φροντίδας σε σχέση με τον οργανισμό και τους φροντιστές (Hall & Dornan, 1988).

Το επίπεδο εγκυρότητας των αξιολογήσεων αυτοαναφοράς της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών γενικά, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων χρηστών Κ.Α.Π.Η., είναι ένα άλλο ζήτημα. Η απάντηση στο ερώτημα πόσο ικανοποιημένος είναι κάποιος με την υπηρεσία που έλαβε υποδηλώνει επίσης ένα σημείο αναφοράς. Κατά την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την υπηρεσία, ο Jylha (2009) αναφέρει την αυτοαξιολόγηση ως το πρώτο υποκειμενικό σημείο αξιολόγησης, ακολουθούμενη από συγκρίσεις με συνομηλίκους που έχουν την ίδια ηλικία και τι μπορεί να αναμένεται από την κοινωνία γενικότερα. Επομένως, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αξιολογούν σε σύγκριση με τις προσωπικές τους εμπειρίες, με προσωπικές πληροφορίες, σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες και σε σύγκριση με αυτό που προσδοκούν να λάβουν όταν αξιολογούν την ικανοποίησή τους από τις κοινωνικές και κοινοτικές υπηρεσίες. Αυτό δεν πρέπει να μειώνει την εγκυρότητα ή τη σημασία της ευτυχίας των ηλικιωμένων χρηστών με κανέναν τρόπο. Εξάλλου, αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις υποκειμενικές ανάγκες των πελατών, καθώς αυτοί είναι που τελικά θα επωφεληθούν από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Οι υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων και υγείας πρέπει να σχεδιάζονται και να χρησιμοποιούνται προσεκτικά. Η διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τόσο την παρεχόμενη φροντίδα όσο και την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών (Carayanni et al., 2012).

Είναι δυνατό να εντοπιστούν τα ζητήματα που υπάρχουν στις υπηρεσίες υγείας και, κατά συνέπεια, να αναπτυχθεί μια στρατηγική για την αντιμετώπισή τους μέσω της διαδικασίας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και της εφαρμογής των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Ο στόχος είναι να ενισχυθεί η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν οι ασθενείς και όχι να τους κατευνάσει. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς που είναι χαρούμενοι θεραπεύονται πιο γρήγορα από τους άλλους ασθενείς και περνούν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι η ίδια η πράξη της αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών έχει θετικά αποτελέσματα επειδή κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται πιο ικανοποιημένοι και τους παρακινεί να συμμετάσχουν σε τέτοιες αξιολογήσεις (Aletras et al., 2010).

Όταν συνδυάζονται με σταθερή πρακτική, γνώση και διοικητική ικανότητα, οι έρευνες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να αποφέρουν πολύτιμα και σημαντικά αποτελέσματα που μπορούν να καλύψουν σημαντικά κενά και δυσλειτουργίες. Οι έρευνες βασίζονται σε ερωτήσεις που οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν μέσω τηλεφώνου, αλληλογραφίας, e-mail, προσωπικών συνεντεύξεων ή άλλων μεθόδων. Οι μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών υπολογίζονται χρησιμοποιώντας δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τις έρευνες. Ακολουθεί η αξιολόγηση των απόψεων των ασθενών. Ωστόσο, η έρευνα έχει βρει ότι οι προσωπικές ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις, όταν οι ασθενείς μπορούν να απαντήσουν και να λάβουν μέρος στη μελέτη, παράγουν καλύτερα αποτελέσματα. Το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, από την άλλη, δεν παράγει τα ίδια αποτελέσματα, παρά το γεγονός ότι η ανωνυμία που παρέχει εξασφαλίζει αντιπροσωπευτικότητα και αξιοπιστία (Inal et al., 2007).

Στόχος είναι η καταγραφή ακριβών και αξιόπιστων ερωτήσεων και η λήψη επαρκών απαντήσεων. Για το λόγο αυτό, επιδιώκεται να ενσωματωθούν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια, τα οποία διακρίνονται από την πολυπλοκότητα της δομής τους, και να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια για την ανάπτυξη ερωτήσεων ανοιχτού τύπου που επιτρέπουν στον ερωτώμενο να εκφράσει ελεύθερα τις απόψεις του. Σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ελλάδα δεν βασίζει την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, η οποία γίνεται μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, στην έρευνα στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας. Και αυτό ισχύει παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες ασθενείς δεν είναι τόσο ικανοποιημένοι όσο συγκρίσιμοι ασθενείς σε άλλα συστήματα υγείας (Carayanni et al., 2012).

Οι προσπάθειες του προσωπικού ανακατευθύνονται στους ασθενείς και η απόδοση αυξάνεται. Τα μέλη του προσωπικού στον ιατρικό και νοσηλευτικό τομέα αποδίδουν καλύτερα επειδή αισθάνονται ότι εκτιμώνται, είναι ηθικά ικανοποιημένοι και αναγνωρίζονται για τις προσπάθειές τους. Επιπλέον, από τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, εξήχθησαν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη συμπεριφορά του προσωπικού που οδήγησαν σε προληπτικά μέτρα. Δεδομένου ότι έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει τις ανάγκες των πελατών του και στη συνέχεια να κινητοποιήσει τους απαραίτητους πόρους για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών μπορεί να εκμεταλλευτεί αυτούς τους παράγοντες και να θέσει τα πρότυπα στον τομέα της υγείας.

### 3.6 Βιβλιογραφική επισκόπηση

Η εύθραυστη κατάσταση της σωματικής υγείας και η σχετική ευαλωτότητα (δηλαδή η ανάγκη βοήθειας/εξάρτησης φροντίδας) που έρχεται με την μεγάλη ηλικία είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός της ζωής των ηλικιωμένων πολιτών σε φορείς φροντίδας, και αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της διατήρησης και προστασίας του δικαιώματος των ηλικιωμένων ατόμων για μια αξιοπρεπή ζωή και ευημερία στη φροντίδα ηλικιωμένων. Στην πραγματικότητα, ο απώτερος στόχος της φροντίδας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Υποστηρίζεται ότι η ουσία της φροντίδας είναι να ξεκινήσει μια προαγωγική διαδικασία ευημερίας και ικανοποίησης στους λήπτες φροντίδας εστιάζοντας στις δυνατότητές τους. Έχει επίσης βρεθεί ότι η αντιμετώπιση του ηλικιωμένου με σεβασμό και αξιοπρέπεια και η διασφάλιση της αυτονομίας του είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Αυτό θυμίζει το βασικό γεγονός ότι η φροντίδα παρέχεται σε ένα δυαδικό πλαίσιο και η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του αποδέκτη της φροντίδας είναι πρωταρχικής σημασίας για το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Η Berglund (2007) σε έρευνα της περιγράφει την ικανοποίηση από τις συνθήκες φροντίδας και διαβίωσης των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας της Σουηδίας, όπως αυτή εκφράζεται από τους ηλικιωμένους, τους συγγενείς και τα μέλη του προσωπικού. Για την επίτευξη του ερευνητικού στόχου, ένα αναπτύχθηκε ημιδομημένο ερωτηματολόγιο σε δείγμα 204 ηλικιωμένων που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη Σουηδία. Από τους ερωτηθέντες το 73% ήταν γυναίκες. Οι ηλικιωμένοι που επιλέχθηκαν είχαν λάβει φροντίδα για 18 μήνες πριν από την έναρξη της έρευνας. Οι ηλικιωμένοι ερωτήθηκαν για τις συνθήκες φροντίδας και διαβίωσής τους και οι συγγενείς και τα μέλη του προσωπικού συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τη φροντίδα και τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων. Τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν σημαντικά χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την υγεία, την φροντίδα, την αποκατάσταση και την ουσιαστική απασχόληση, όπως εκφράστηκαν από τους ηλικιωμένους. Οι συγγενείς δήλωσαν χαμηλή ικανοποίηση από τις επαφές του προσωπικού, την φροντίδα, την αποκατάσταση από το προσωπικό και την ουσιαστική απασχόληση για τους ηλικιωμένους συγγενείς τους. Πρώτον, η έρευνα έθεσε ορισμένα ζητήματα σχετικά με



το γεγονός ότι τα γηροκομεία ήταν μια καλή εναλλακτική για τους ηλικιωμένους. Δεύτερον, φαίνεται ότι τα μέλη του προσωπικού δεν γνωρίζουν το δικαίωμα των ηλικιωμένων να επηρεάζουν τη δική τους φροντίδα και πόσο σημαντικό είναι για αυτούς να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους. Τρίτον, για τους υπεύθυνους για τη φροντίδα ηλικιωμένων εντός της κοινότητας, η μελέτη προτείνει πώς μπορούν να γίνουν βελτιώσεις όσον αφορά τις συνθήκες φροντίδας και διαβίωσης των ηλικιωμένων σε αυτά τα περιβάλλοντα.

Σε έρευνα τους οι Ding, Liu & Xu (2023) μελέτησαν τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού της Κίνας, καθώς έχουν τεθεί υψηλότερες απαιτήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων. Ως μία από τις κύριες πηγές παροχής υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από κοινωνικούς φορείς φροντίδας ηλικιωμένων επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Τα τελευταία χρόνια, τα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων έχουν γίνει ολοένα και πιο έντονα, ειδικά με την έναρξη της πανδημίας COVID-19. Απαιτείται η ανάγκη να δοθεί πολύ μεγαλύτερη προσοχή στην κοινωνική υποστήριξη και ψυχική υγεία αυτού του πληθυσμού. Στην έρευνα τους μελέτησαν τον διαμεσολαβητικό ρόλο της θεσμικής ικανοποίησης μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των επιπέδων άγχους των ηλικιωμένων στο Chongqing της Κίνας. Μέσω μιας στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων ερεύνησαν 1004 λήπτες υπηρεσιών σε κοινωνικούς οργανισμούς φροντίδας ηλικιωμένων από τον Ιούλιο έως τον Αύγουστο του 2022 με την χρήση ερωτηματολογίων. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι που δέχονται επισκέψεις από συγγενείς έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν το κάνουν. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη είχε σημαντική θετική επίδραση στη θεσμική ικανοποίηση, ενώ η θεσμική ικανοποίηση είχε σημαντική αρνητική επίδραση στο άγχος. Η έρευνα καταδεικνύει ότι η βελτίωση της ποιότητας των οργανωτικών υπηρεσιών σε φορείς φροντίδας ηλικιωμένων και η αύξηση της θεσμικής ικανοποίησης μεταξύ των ηλικιωμένων έχει σημαντικές δυνατότητες για τη μείωση των επιπέδων άγχους στους ηλικιωμένους. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνεται, τόσο υψηλότερη είναι η θεσμική ικανοποίηση των ηλικιωμένων. Η υψηλότερη θεσμική ικανοποίηση μπορεί να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα άγχους. Ως εκ τούτου, η βελτίωση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων με τους δημόσιους παρόχους φροντίδας είναι ένα αποτελεσματικό μέτρο για τη μείωση των επιπέδων άγχους τους. Επιπλέον, παράγοντες όπως οι επισκέψεις

από συγγενείς, το προσωπικό ετήσιο εισόδημα και η αυτοεκτιμημένη κατάσταση υγείας συνδέονται με επίπεδα άγχους στους ηλικιωμένους σε ιδρύματα φροντίδας.

Με σκοπό τη διεύρυνση της γνώσης σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης, οι Kazemi & Kajonius (2021) υιοθέτησαν σε έρευνα τους μια νέα προσέγγιση, καθώς περιγράφουν και κατηγοριοποιούν τις συμπεριφορές φροντίδας, χρησιμοποιώντας τη θεωρία των κοινωνικών πόρων αντί να χρησιμοποιούν μεμονωμένες περιπτώσεις συμπεριφοράς φροντίδας. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση κύριων μεταβλητών, ανάλυση συσχέτισης και παλινδρόμησης. Το δείγμα αφορούσε σε 139 ηλικιωμένους άνω των 80 ετών σε φορείς παροχής φροντίδας σε ένα μεσαίο δήμο της Σουηδίας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες περίθαλψης προβλέπεται από συναλλαγές πόρων που βρίσκονται ψηλά στις υποκείμενες διαστάσεις της ιδιαιτερότητας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας είναι ένα μέτρο της ποιότητας των υπηρεσιών και ένας τρόπος βελτίωσης της παροχής της. Αυτή η μελέτη εξετάζει τις προσδοκίες των ηλικιωμένων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε έναν από τους οίκους ευγηρίας της Σουηδίας. Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το προσωπικό προς τους πελάτες του είναι θεμελιώδης για την επίτευξη φροντίδας υψηλής ποιότητας. Η παρούσα έρευνα επεκτείνει τις γνώσεις μας σχετικά με το πώς μπορούν να ομαδοποιηθούν οι συμπεριφορές φροντίδας και παρέχει μια εξήγηση για το γιατί ορισμένες συμπεριφορές φροντίδας μπορεί να είναι πιο σημαντικές για την ικανοποίηση των πελατών από άλλες. Έτσι, υποστηρίζεται ότι η χρήση της θεωρίας των κοινωνικών πόρων είναι μια νέα και εξαιρετικά κατάλληλη προσέγγιση για την εξέταση της προσωποκεντρικής φροντίδας και της ικανοποίησης από τη φροντίδα. Επίσης, η τεχνική της παρατήρησης είναι πολύ πρακτική σε αυτόν τον τομέα εξυπηρέτησης όπου οι συναλλαγές με πελάτες δεν είναι πάντα σε θέση να παρέχουν άμεσα ανατροφοδότηση. Συμπερασματικά, αυτή η έρευνα συνεισφέρει στην πρακτική και τις μελέτες φροντίδας και ανάπτυξης εργατικού δυναμικού στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων.

Σε έρευνα τους οι Kazerooni, Pazokian, Nasiri και Borhani (2019) στην κοινότητα ηλικιωμένων Kahrizak του Ιράν διερεύνησαν το βαθμό ικανοποίησης τους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ένα δείγμα 156 ηλικιωμένων- μελών της κοινότητας. Οι δημογραφικές μεταβλητές των ηλικιωμένων συγκεντρώθηκαν με τη χρήση σχετικού ερωτηματολογίου. Μετά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του

ερωτηματολογίου, τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικών και συμπερασματικών στατιστικών. Σε αυτή την έρευνα, οι περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων δεν έχουν στατιστική επίδραση στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και την ικανοποίηση των ηλικιωμένων και τη διαφορά μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ένα σχετικά καλό επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες που παρέχονται στο γηροκομείο Kahrizak, ενώ υπάρχει σημαντική διαφορά με τις προσδοκίες των ηλικιωμένων από το σύστημα υγείας Αυτό αντικατοπτρίζει την ανάγκη για ένα κωδικοποιημένο πρόγραμμα βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προτεραιότητες των κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων. Η προσοχή στην αυτονομία των ηλικιωμένων, ο σεβασμός στην απόφασή τους και η λογοδοσία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, οι αποτελεσματικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και η βελτίωση της ποιότητας ζωής θα οδηγήσουν στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων που ζουν στα γηροκομεία.

Σε έρευνα τους οι Fuseini, Bayi, Alhassan & Atomlana (2022) αξιολόγησαν το επίπεδο ικανοποίησης από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ενήλικες και τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτό. Μέσω της χρήσης επικυρωμένου ερωτηματολογίου για τη συλλογή δεδομένων από ένα δείγμα 206 ηλικιωμένων από τρία κρατικά νοσοκομεία στο Tamale της Γκάνας, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ παρουσίασαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Η συσχέτιση μεταξύ του φύλου, της θρησκείας και του επιπέδου ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ωστόσο, οι ασθενείς διέφεραν ως προς τα επίπεδα ικανοποίησης με βάση τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης: οι ασθενείς στο Κεντρικό Νοσοκομείο Tamale ήταν πιο ικανοποιημένοι με την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης από εκείνους στο Tamale Teaching Hospital. Συμπέραναν επίσης ότι εκτός από τις διαφορές στις εγκαταστάσεις εισαγωγής, άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο και η θρησκεία δεν επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ενηλίκων από την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Υπάρχει ανάγκη για εργαστήρια ανάπτυξης ικανοτήτων και ευαισθητοποίησης σχετικά με τα βασικά στοιχεία της γηριατρικής φροντίδας για νοσηλευτές στη μητρόπολη, ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας για νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ενήλικες. Η

κυβέρνηση της Γκάνας πρέπει να εισαγάγει ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα στη γηριατρική νοσηλευτική για να εξοπλίσει τους νοσηλευτές με τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες που θα ανταποκρίνονται στις πολύπλευρες ανάγκες των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων.

Σε έρευνα τους οι Phillips, Siu, Yeh & Cheng (2004) μελέτησαν τους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την οικιακή ικανοποίηση των ηλικιωμένων διερευνήθηκαν σε μια πολυσύχναστη ασιατική πόλη, το Χονγκ Κονγκ, όσον αφορά έναν αριθμό τομέων με στοιχεία: τον δομικό τομέα (εσωτερικά και εξωτερικά χαρακτηριστικά κατοικίας, ανησυχίες για την ασφάλεια), τον άτυπο τομέα (ανεπίσημη κοινωνική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, των φίλων και των γειτόνων) και του επίσημου τομέα (κοινωνικές υπηρεσίες και κοινοτικές εγκαταστάσεις) γύρω ή κοντά στη γειτονιά. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις διά ζώσης με ένα τυχαίο δείγμα 518 κατοίκων του Χονγκ Κονγκ ηλικίας 60 ετών και άνω, οι οποίοι ζούσαν σε διάφορες κατοικίες, συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών/δημόσιων και νέων/παλαιών κατοικιών. Τα μοντέλα ανάλυσης ιεραρχικής παλινδρόμησης αποκάλυψαν ότι ο δομικός τομέας είχε την ισχυρότερη σχέση με την οικιακή ικανοποίηση. Οι επίσημοι και οι άτυποι τύποι υποστήριξης για τις ανάγκες των ηλικιωμένων γενικά δεν σχετίζονταν με την οικιακή ικανοποίηση. Η ικανοποίηση με τις κοινοτικές εγκαταστάσεις, ένα στοιχείο του επίσημου τομέα, σχετιζόταν με την ικανοποίηση των κατοικιών, ακόμη και όταν λαμβάνονταν υπόψη διαφορές από άλλους τομείς. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης στο Χονγκ Κονγκ φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμβαίνουν όταν το περιβάλλον ανταποκρίνεται στις ανάγκες ή τις προσδοκίες ενός ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι η ψυχολογική ευημερία ενός ατόμου βασίζεται στο ότι αξιολογεί τις κατοικίες του/της σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με την αξία. Ένας τρόπος ενίσχυσης της ψυχολογικής ευημερίας των ανθρώπων θα μπορούσε να είναι η αλλαγή του σημείου αναφοράς που χρησιμοποιούν κατά την αξιολόγηση των συνθηκών κατοικίας τους. Αυτό θα μπορούσε ίσως να γίνει μειώνοντας τις προσδοκίες ή κάνοντας τις προσδοκίες πιο ρεαλιστικές. Για παράδειγμα, οι κάτοικοι μπορεί να πειστούν ότι το περιβάλλον διαβίωσής τους είναι προφανώς καλύτερο από πολλούς ανθρώπους. Ενδεχομένως, οι κάτοικοι να αξιολογήσουν το περιβάλλον τους πιο θετικά εάν μπορούν να συγκρίνουν τις συνθήκες τους με κάποια κανονιστικά σημεία αναφοράς και όχι με κάποιο ιδιότυπο ή ακόμα και ιδεαλιστικό. Εναλλακτικά, αντί να αλλάξει το επίπεδο προσδοκίας, η προσδοκία μπορεί ακόμη και να υποτιμηθεί σε τέτοιο βαθμό

που να γίνει λιγότερο σημαντική ή άσχετη στα μάτια των κατοίκων. Άλλωστε, μπορεί να αισθάνονται ότι είναι δύσκολο να ξεφύγουν από ένα φτωχό περιβάλλον διαβίωσης επειδή (σε αυτή τη μελέτη) τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ερειπωμένες συνθήκες επίσης γενικά στερούνται οικονομικών πόρων. Αυτή είναι, φυσικά, μια θεωρητική συνεισφορά και όχι μια πολιτική συμβολή της παρούσας μελέτης στα πεδία της ιατρικής γεωγραφίας και της κοινωνικής γεροντολογίας. Στην πραγματικότητα, ο στόχος θα ήταν κανονικά η οικοδόμηση της αυτοεκτίμησης και των συναισθημάτων αυτοεκτίμησης των ηλικιωμένων, τα οποία είναι συγκριτικά φτωχά σε πολλές ασιατικές κοινωνίες, ειδικά μεταξύ των ομάδων χαμηλού εισοδήματος. Συχνά υποστηρίζεται ότι υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές στην ευτυχία και την ευημερία, καθώς και στην αυτοαξιολόγηση, με τους ανθρώπους σε ατομικιστικούς πολιτισμούς να βλέπουν αυτές τις ανθρώπινες αρετές πιο θετικά από εκείνους στους συλλογικούς πολιτισμούς που βρίσκονται σε πολλά ασιατικά περιβάλλοντα. Ο στόχος της πολιτικής θα ήταν συνήθως η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η δυνατότητα των ηλικιωμένων να κινηθούν προς την επίτευξη του επιδιωκόμενου περιβάλλοντος διαβίωσής τους με σκοπό τη βελτίωση της ευημερίας.

Σε έρευνα τους οι Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Rojo-Perez & Martinez-Martin (2011) ανέλυσαν την επίδραση της οικιακής ικανοποίησης και της αίσθησης του ανήκειν σε δύο διαφορετικά πλαίσια: την κοινότητα και την οικιακή μονάδα φροντίδας. Με την χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 1340 ηλικιωμένων, ηλικίας 60 ετών και άνω στην Ισπανία, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η οικιακή ικανοποίηση θα επηρέαζε θετικά την αίσθηση του ανήκειν και θα συνδεόταν αρνητικά με τη μοναξιά και στα δύο οικιστικά περιβάλλοντα, παίζοντας έτσι προστατευτικό ρόλο έναντι της εμπειρίας της μοναξιάς.

Η Καραγιαννίδου (2019) σε έρευνα της διερεύνησε την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων μελών από τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Νομού Πιερίας. Μέσω ποσοτικής έρευνας με την χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 312 ενεργών μελών κατέγραψε τα επίπεδα ικανοποίησης από το περιβάλλον, το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η, τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις δραστηριότητες, καθώς και μέτρησε τη συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Η ερευνήτρια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό με τους περισσότερους συμμετέχοντες να είναι πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ότι αφορά το προσωπικό, το περιβάλλον, τις δραστηριότητες, τις κοινωνικές υπηρεσίες αλλά και το Κ.Α.Π.Η.

συνολικά και ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση ανάμεσα στα τρία Κ.Α.Π.Η. σε καμία από τις διαστάσεις. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν αρχικά ότι ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είναι πολύ ή πλήρως ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που έλαβαν στις περισσότερες από τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, το μέσο επίπεδο ικανοποίησης συνήθως υπολογίζεται ως μέτριο και όχι υψηλό. Αυτό πιθανώς συνδέεται με το γεγονός ότι δεν είναι όλα τα εγγεγραμμένα μέλη ικανοποιημένα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Ακόμα κι αν οι ηλικιωμένοι έχουν παρόμοιες ανάγκες, είναι λογικό να αναμένεται ότι θα έχουν ξεχωριστές προσδοκίες από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, επειδή ο καθένας έχει μια μοναδική οπτική απέναντι στις υπηρεσίες που χρησιμοποιεί.

Σε έρευνα της η Μπασδέκη (2011) διερεύνησε την ικανοποίηση των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων, στοχεύοντας στην διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών και υπαρχόντων δομών, προκειμένου να υπάρξει βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, υγείας και ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων. Το δείγμα της έρευνας αφορά σε συνολικά 487 άτομα, εγγεγραμμένα μέλη των πέντε ΚΑΠΗ του Δήμου Λαρισαίων και η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο στηρίχθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κατάσταση της υγείας των μελών χρηστών των προγραμμάτων καθώς και η κοινωνική ασφάλιση σχετίζονται με την ικανοποίηση που εκφράζουν. Η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση της υγείας, η κοινωνική ασφάλιση αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες ικανοποίησης. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με βάση την ανάλυση των ερωτήσεων ανά Κ.Α.Π.Η. που σημαίνει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν εξαρτάται από πιο ΚΑΠΗ λαμβάνουν τις υπηρεσίες οι συμμετέχοντες. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την συνολική παροχή υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η, αλλά και την ύπαρξη τους καθώς αποτελεί έναν επιτυχημένο θεσμό αφού συνδυάζει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας με την παροχή ψυχαγωγικών προγραμμάτων.

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί συνέπεια της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων, της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της θνησιμότητας, είναι στην σύγχρονη εποχή ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα για τις ανεπτυγμένες χώρες, το οποίο βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος κυβερνήσεων και ερευνητών. Σε έρευνα της η Μπαμπούρη (2015) μελέτησε το επίπεδο

διαβίωσης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αττικής. Με την χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 150 υπερήλικων, η ερευνήτρια κατέληξε στο ότι οι ηλικιωμένοι λάμβαναν υψηλότερη κοινωνική στήριξη από το συγγενικό περιβάλλον σε σχέση με το φιλικό. Σύμφωνα με τους επιμέρους στόχους, επαληθεύεται η σχέση μεταξύ κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων και κοινωνικής στήριξης. Την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία των ατόμων φάνηκε να επηρεάζουν παράγοντες, όπως ο βαθμός λειτουργικότητας, η εκπαίδευση, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη ζωή είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υποκειμενική καλή υγεία. Πιο αναλυτικά, τα άτομα του δείγματος φάνηκαν να είναι ικανοποιημένα από τη μέχρι τώρα ζωή τους, με υπεροχή των ανδρών σε σχέση με εκείνη των γυναικών, ενώ μετριάστηκε η θετική διάθεση και οι προσδοκίες για το μέλλον. Πιθανόν αυτό να δικαιολογείται από τη θετική υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους και την αγάπη στη ζωή, που θεωρούσαν ότι βιώνουν και αισιοδοξούσαν να λάβουν περισσότερη στη ζωή τους (με μικρή υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών). Αναφερόμενοι στις μετρίου επιπέδου επιθυμίες και προσδοκίες για το μέλλον, πιθανή αιτιολογία είναι η περίοδος της οικονομικής κρίσης που διανύουν, στερώντας τους υλικά αγαθά και έχοντας προβλήματα διαβίωσης πολλοί από αυτούς. Μια ακόμη πιθανή αιτιολογία είναι η απογοήτευση, την οποία αισθάνονται οι ηλικιωμένοι από τη συσσώρευση των χρόνιων προβλημάτων υγείας που βιώνουν ή ο φόβος του πόνου του θανάτου. Ολοκληρώνοντας, εκτός των άλλων στη έρευνα εκφράστηκε δυσαρέσκεια για τις ελλείψεις παροχές των ΚΑΠΗ, τόσο για το ωράριο και τις δραστηριότητές του όσο και για το προσωπικό που στελεχώνεται.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Τα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης**

Στο Νομό Ροδόπης υπάγονται και λειτουργούν τρία βασικά Κ.Α.Π.Η., εκ των οποίων τα 2 βρίσκονται στην πόλη της Κομοτηνής και το τρίτο στον Ίασμο και τα οποία διαθέτουν αρκετά παραρτήματα σε όλα τα χωριά του νομού.

Το 1<sup>ο</sup>Κ.Α.Π.Η βρίσκεται στην οδό Φιλίππου 2-4 στην Κομοτηνή και έχει περίπου 100 εγγεγραμμένα μέλη εν έτει 2023 μετά την περίοδο του COVID, τα οποία είναι άνω των εξήντα ετών και είναι μόνιμοι κάτοικοι του Δήμου Κομοτηνής. Οι βασικοί στόχοι του συγκεκριμένου φορέα είναι πολύπλευροι, καθώς προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας, προστασίας και αλληλεγγύης στους ανθρώπους της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας. Επίσης, παρέχει τρόπους πρόληψης κοινωνικών, βιολογικών και ψυχολογικών ζητημάτων των ηλικιωμένων, με στόχο να είναι ικανοί να συνεχίσουν να είναι ισότιμα, ανεξάρτητα, και ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Το Κ.Α.Π.Η. έχει κάνει πολλές συνεργασίες με το ευρύτερο κοινό και με εξειδικευμένους φορείς, στοχεύοντας στην καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών και των προβλημάτων με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι σε καθημερινή βάση. Επιπρόσθετα, στοχεύει στην μέριμνα για την κοινωνική συνοχή, ενώ παράλληλα προωθεί την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον τους. Οι δράσεις του αφορούν προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, ψυχαγωγίας και πολιτισμού (εκδηλώσεις, εκδρομές, χορωδίες, εικαστικά εργαστήρια, χορευτικά, παραθέριση, κατασκηνωτικά προγράμματα), όπως και δράσεις αγωγής και πρόληψης υγείας.

Το 1<sup>ο</sup>Κ.Α.Π.Η. παρέχει επίσης υπηρεσίες ήπιου αθλητισμού, εργοθεραπείας και φυσιοθεραπείας (λουτρικές θεραπείες, προγράμματα γυμναστικής), καθώς και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής-φαρμακευτικής περίθαλψης με συνταγές φαρμάκων από συνεργαζόμενο γιατρό. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, το 1<sup>ο</sup>Κ.Α.Π.Η. δραστηριοποιείται στον τομέα του εθελοντισμού μέσω της πρόσληψης και μεθοδικής εκπαίδευσης εθελοντών για να βοηθήσει τις προσπάθειες της υπηρεσίας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Το 2<sup>ο</sup> Κ.Α.Π.Η. Κομοτηνής εξυπηρετεί περίπου 110 εγγεγραμμένα μέλη εν έτει 2023 και μετά την περίοδο του COVID Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας. Οι κύριοι στόχοι του προγράμματος είναι η προώθηση της αυτονομίας, της ισότητας και της ζωτικότητας των ηλικιωμένων, προσφέροντας υπηρεσίες πρόληψης, αποκατάστασης



και θεραπείας για τις βιολογικές, κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες. Οι κατηγορίες δράσεων της υπηρεσίας είναι οι εξής:

- Επαγγελματίες Υγείας (γιατροί, νοσηλευτές): παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, διενεργούν εξετάσεις, συνταγογραφούν, αλλά συνιστούν και ηλικιωμένους ασθενείς για βιοχημικές εξετάσεις. Παράλληλα με τη διενέργεια νοσηλείας, πρώτων βοηθειών, εμβολιασμών και προληπτικών εξετάσεων σακχάρου και χοληστερόλης στο αίμα, η νοσηλεύτρια είναι επίσης υπεύθυνη για την οργάνωση των καθημερινών λειτουργιών της κλινικής. Επιπλέον, σχεδιάζει προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και πρόληψης (όπως σπιρομέτρηση, οφθαλμικές εξετάσεις, τεστ οστικής πυκνότητας κ.λπ.) και δίνει διαλέξεις και σεμινάρια για θέματα που σχετίζονται με την υγεία.
- Κοινωνική λειτουργός: είναι υπεύθυνη για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής πληροφόρησης και υποστήριξης, αλλά και για την εφαρμογή προγραμμάτων δράσεων δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας, στοχεύοντας στην κινητοποίηση και ένταξη των ηλικιωμένων στο κοινωνικό σύνολο.
- Φυσικοθεραπεύτρια: είναι υπεύθυνη για τη διενέργεια φυσικοθεραπευτικών πράξεων και ήπιας θεραπευτικής άσκησης, αλλά και για την οργάνωση προγραμμάτων λουτροθεραπείας και εκγύμνασης, ομιλιών και ενημερωτικών ημερίδων προληπτικού χαρακτήρα.

Τέλος, το Κ.Α.Π.Η. Ιάσμου, το οποίο λειτουργεί από το 2000, στοχεύει στην εξυπηρέτηση, την ενημέρωση, την ψυχαγωγία και την κοινωνική στήριξη των εγγεγραμμένων μελών του. Εν έτει 2023 και μετά την περίοδο του COVID 30 άτομα από τον Δήμο Ιάσμου και τις κοντινές κοινότητες είναι ενεργά μέλη του, όλοι τους άνω των 60. Διοργανώνει συχνά ημερήσιες εκδρομές σε διάφορα μέρη της Ελλάδας καθώς και εκδρομές σε ιαματικές πηγές, μοναστήρια και θέρετρα. Επιπλέον, υπάρχει χορωδία, η οποία συμμετέχει ενεργά σε φεστιβάλ και διαγωνισμούς από το 2002. Στο χώρο του έχουν προγραμματιστεί διάφορες διαλέξεις και εργαστήρια με θέματα σχετικά με την Τρίτη Ηλικία. Τέλος, δύο φορές την εβδομάδα, οι ωφελούμενοι συγκεντρώνονται στο Κ.Α.Π.Η. για συνομιλία, διασκέδαση και ανταλλαγή ιδεών (ΠΑΜΘ, 2014).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία της έρευνας**

### **5.1 Στόχος της έρευνας**

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να προσδιορίσει πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες με τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης. Στην έρευνα αξιολογήθηκε ποσοτικά ο βαθμός ικανοποίησης του υγιούς πληθυσμού που εξυπηρετούν τα Κ.Α.Π.Η. (ενεργά μέλη) του Νομού Ροδόπης σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρουν αυτά στα μέλη τους.

### **5.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Μετά από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι περισσότερες έρευνες είχαν ως βασικό στόχο να προσδιορίσουν τον βαθμό ικανοποίησης των μελών φορέων φροντίδας ηλικιωμένων σχετικά με τις υπηρεσίες τους. Σε όλες τις έρευνες περιεγράφηκε η ικανοποίηση από τις συνθήκες φροντίδας και διαβίωσης των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας (Berglund, 2007; Ding et al., 2023) μελετήθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών των κοινωνικών φορέων φροντίδας ηλικιωμένων ως παράγοντας γήρανσης (Kazemi & Kajonius, 2021; Fuseini et al., 2022) και διερευνήθηκαν οι υφιστάμενες καταστάσεις σχετικά με το περιβάλλον, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το προσωπικό και τις εγκαταστάσεις φορέων φροντίδας ηλικιωμένων (Καραγιαννίδου, 2019; Μπασδέκη, 2011; Μπαμπούρη, 2015).

Σύμφωνα με τον στόχο της έρευνας και τα ευρήματα της βιβλιογραφικής επισκόπησης, τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας αναπτύχθηκαν ως εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από το προσωπικό των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;
2. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από το περιβάλλον των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;
3. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;
4. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;
5. Ποιο είναι το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης στα ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;

**Πίνακας 5.1: Ερευνητική συσχέτιση**

<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>Ερευνητικά ερωτήματα</b>	<b>Ερωτήσεις Ερωτηματολογίου</b>	<b>Αναφορές</b>
- Berglund (2007:49) - Kazerooni, Pazokian, Nasiri και Borhani (2019: 98) - Fuseini, Bayi, Alhassan & Atomlana (2022: 1289) - Καραγιαννίδου (2019: 58) - Μπαμπούρη (2015: 41-43)	<b>Ερώτημα 1</b>  Ποιο είναι το Επίπεδο ικανοποίησης από το προσωπικό των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;	7-12	(Μπασδέκη, 2011) (Berglund, 2007)
	<b>Ερώτημα 2</b>  Ποιο είναι το Επίπεδο ικανοποίησης από το περιβάλλον των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;	13-17	(Μπασδέκη,2011) (Berglund, 2007)
	<b>Ερώτημα 3</b>  Ποιο είναι το Επίπεδο ικανοποίησης από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;	18-24	(Μπασδέκη, 2011)
	<b>Ερώτημα 4</b>	25-26	(Μπαμπούρη, 2015)

	Ποιο είναι το Επίπεδο ικανοποίησης από τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;		
	<b>Ερώτημα 5</b>  Ποιο είναι το Συνολικό Επίπεδο ικανοποίησης στα ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;	27-31	(Μπαμπούρη, 2015) (Μπασδέκη, 2011)

### 5.3 Μεθοδολογικό πλαίσιο

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μεθοδολογία. Κατά τη διερεύνηση των φαινομένων και των αλληλεπιδράσεών τους, οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας χρησιμοποιούν αριθμούς και οτιδήποτε είναι μετρήσιμο με μεθοδικό τρόπο. Προκειμένου να εξηγηθεί, να προβλεφθεί και να ρυθμιστεί ένα φαινόμενο, η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιείται για να απαντήσει σε ερωτήματα που αφορούν συσχετίσεις εντός μετρήσιμων μεταβλητών. Πρόκειται για συγχρονική έρευνα, κατά την οποία ο ερευνητής συλλέγει πληροφορίες από δείγμα που προέρχεται από το γενικό πληθυσμό. Περιλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, μία φορά. Ανάλογα με τους στόχους της έρευνας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές χρονικές περίοδοι για τη συλλογή δεδομένων (Cohen et al., 2007).

Οι τεχνικές ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιούνται σε αυτή την έρευνα συνδυάζουν περιγραφικές και ποσοτικές προσεγγίσεις. Η περιγραφική τεχνική συνεπάγεται την περιγραφή ενός φαινομένου που έχει παρατηρηθεί ή την αναζήτηση συσχετίσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών (Cohen et al., 2007). Η διερευνητική μέθοδος εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές μεταβλητές

σχετίζονται μεταξύ τους. Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι η εξαρτημένη μεταβλητή στην τρέχουσα έρευνα. Το Κ.Α.Π.Η. στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα λειτουργεί ως ανεξάρτητη μεταβλητή.

#### **5.4 Δείγμα**

Ο υπό διερεύνηση πληθυσμός αφορά σε μέλη των τριών ΚΑΠΗ του Νομού Ροδόπης (1<sup>ο</sup> ΚΑΠΗ= 100, 2<sup>ο</sup> ΚΑΠΗ= 110, ΚΑΠΗ Ιάσμου= 30), όπως αυτά υπολογίστηκαν κατά το έτος 2023. Το δείγμα της έρευνας αφορά σε 104 συμμετέχοντες που είναι εγγεγραμμένα μέλη των Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης (1<sup>ο</sup> ΚΑΠΗ= 38, 2<sup>ο</sup> ΚΑΠΗ= 36, ΚΑΠΗ Ιάσμου= 30). Επειδή το δείγμα προήλθε από Κ.Α.Π.Η., στα οποία είχε πρόσβαση η ερευνήτρια και μόνο από μέλη που ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, η δειγματοληψία δεν ήταν ευκαιριακή ή τυχαία (Cohen et al., 2007).

#### **5.5 Εργαλείο συλλογής δεδομένων**

Για τη συλλογή των δεδομένων αυτής της έρευνας δημιουργήθηκε και διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο είναι το πιο δημοφιλές εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων στην ποσοτική έρευνα. Λόγω των χαμηλότερων απαιτήσεων χρόνου και κόστους, τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται συχνά σε έρευνες μεγάλης κλίμακας (Cohen et al., 2007).

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο στα ελληνικά για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των μελών των Κ.Α.Π.Η. από τις υπηρεσίες τους δημιουργήθηκε ένα ειδικά για αυτήν την έρευνα. Η ερευνήτρια βασίστηκε σε διεθνή βιβλιογραφία και ερωτηματολόγια γραμμένα σε άλλες γλώσσες που αξιολογούν την ικανοποίηση των μελών σε οίκους ευγηρίας και τα Κέντρα Ημέρας για τις υπηρεσίες της Τρίτης Ηλικίας και από γηροκομεία (Berglund, 2007; Ding et al., 2021; Καραγιαννίδου, 2019).

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου θέτει ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, κ.λπ.). Σε μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών (1 = καθόλου, 5 = πάρα πολύ), οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν την απάντηση που τους αντιπροσωπεύει περισσότερο για καθεμία από τις 26 ερωτήσεις στοιχεία της δεύτερης ενότητας. Οι ερωτήσεις είναι σε

μορφή δηλώσεων και αξιολογούν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις διάφορες υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Α.Π.Η. Το δεύτερο μέρος θα αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες θα αφορούν στα παρακάτω:

- ικανοποίηση από το προσωπικό
- ικανοποίηση από τις θεραπευτικές και ιατρικές υπηρεσίες
- ικανοποίηση από το περιβάλλον
- ικανοποίηση από τις δραστηριότητες
- ικανοποίηση από τις κοινωνικές υπηρεσίες
- συνολική ικανοποίηση

## **5.6 Ερευνητική διαδικασία**

Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν με τη διανομή έντυπων ερωτηματολογίων σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Αρχικά έγινε αίτημα στις διοικητικές αρχές των Κ.Α.Π.Η., οι οποίες έδωσαν όλες την έγκρισή τους. Στη συνέχεια, σε συνεργασία με τα τρία Κ.Α.Π.Η., χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή. Οι συμμετέχοντες βοηθήθηκαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου επειδή πολλοί από αυτούς ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία και είχαν περιορισμένες δεξιότητες γραμματισμού. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά για τον στόχο και τον καθορισμό της υλοποίησης της έρευνας και τους έγινε σαφές ότι μπορούσαν να σταματήσουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανά πάσα στιγμή. Οι συμμετέχοντες που δυσκολεύονταν να διαβάσουν και να συμπληρώσουν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, το συμπλήρωσαν προφορικά με τη βοήθεια της ερευνήτριας.

## **5.7 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας**

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν ανώνυμα και τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων προστατεύτηκαν. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κάθε συμμετέχων ενημερώθηκε πλήρως για τον σκοπό της έρευνας, ο οποίος δεν κρατήθηκε ποτέ μυστικός. Δεν υπήρχε πληρωμή και η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Τα μόνα άτομα με πρόσβαση στα δεδομένα, τα οποία συγκεντρώθηκαν μόνο για τους στόχους αυτής της έρευνας, είναι η ερευνήτρια και ο καθηγητής που επιβλέπει τη μελέτη.

## 5.8 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων, όπως αυτά προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια, έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Πιο συγκεκριμένα, οι αναλύσεις που έγιναν αφορούσαν περιγραφικές και επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις, έλεγχο αξιοπιστίας, αναλύσεις συχνοτήτων και ελέγχους συσχετίσεων.

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Ανάλυση αποτελεσμάτων

### 6.1 Ανάλυση αξιοπιστίας της έρευνας

Σχετικά με την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, ο υπολογισμός της έγινε με το συντελεστή Cronbach's Alpha, ο οποίος υποδεικνύει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. Μια τιμή του δείκτη θεωρείται αποδεκτή, όταν είναι  $>0.7$ . Ο παρακάτω πίνακας 6.1 δείχνει ότι ο δείκτης αξιοπιστίας είναι 0,892, γεγονός που υποδηλώνει ότι η έρευνα είναι αξιόπιστη.

Πίνακας 6.1: Δείκτης αξιοπιστίας της έρευνας

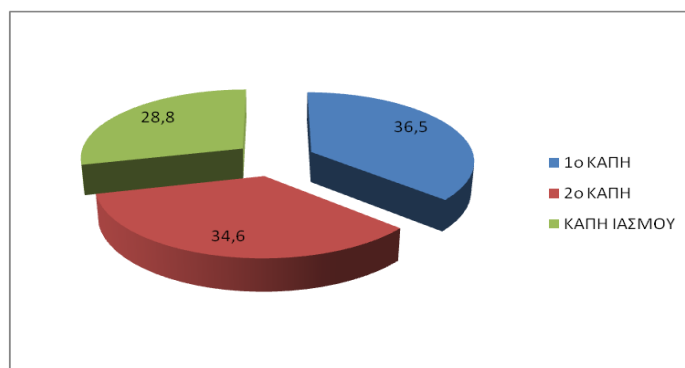
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,886	,892	24

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

### 6.2 Ανάλυση δημογραφικών στοιχείων

Όσον αφορά το Κ.Α.Π.Η. των συμμετεχόντων στην έρευνα το 36,5% (n= 38) προέρχεται από το 1<sup>ο</sup> Κ.Α.Π.Η., το 34,6% (n= 36) από το 2<sup>ο</sup> Κ.Α.Π.Η. και το 28,8% (n= 30) από το Κ.Α.Π.Η. του Ιάσμου (Διάγραμμα 6.1).

Διάγραμμα 6.1: Ποσοστά των συμμετεχόντων σχετικά με το Κ.Α.Π.Η. στο οποίο είναι ενεργά μέλη

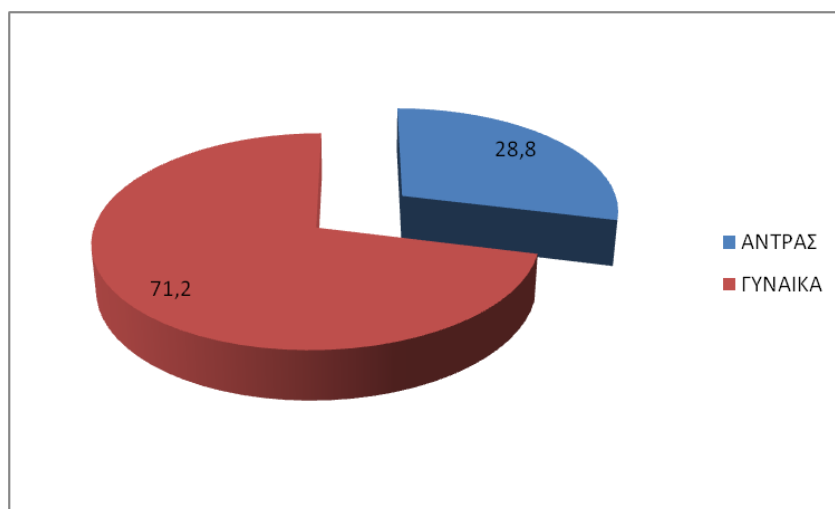


Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας



Σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα το 36,5% (n= 38) το 28,8% (n= 30) είναι άντρες και το 71,2% (n= 74) γυναίκες (Διάγραμμα 6.2). Επίσης, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι 70,5 έτη.

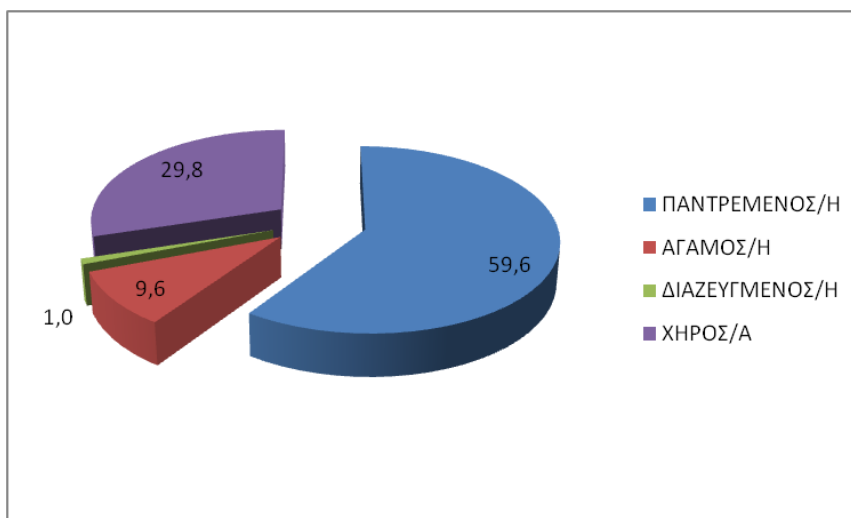
**Διάγραμμα 6.2: Ποσοστά του φύλου των συμμετεχόντων**



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα το 59,6% (n= 62) είναι παντρεμένοι, το 9,6% (n= 10) άγαμοι και το 29,8% (n= 31) χήροι (Διάγραμμα 6.3).

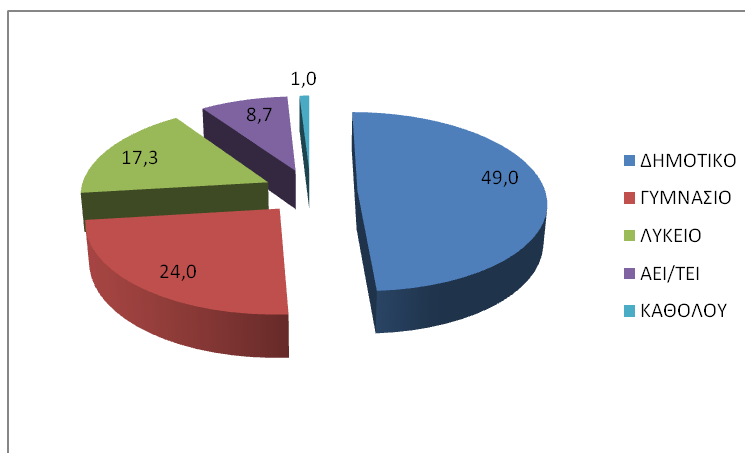
**Διάγραμμα 6.3: Ποσοστά της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων**



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα το 49% (n= 51) είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 24% (n= 25) απόφοιτοι γυμνασίου, το 17,3% (n= 18) απόφοιτοι λυκείου και μόλις το 8,7% (n= 9) απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Διάγραμμα 6.4).

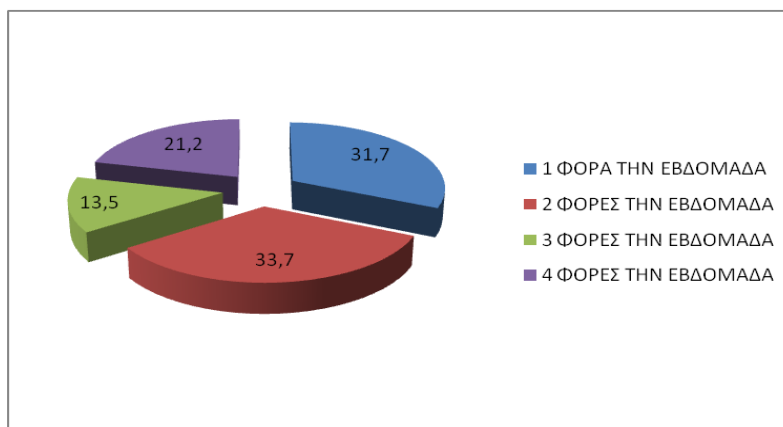
**Διάγραμμα 6.4: Ποσοστά του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων**



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Τέλος, όσον αφορά στη συχνότητα επίσκεψης των συμμετεχόντων στα Κ.Α.Π.Η. το 31,7% (n= 33) είναι 1 φορά την εβδομάδα, το 33,7% (n= 35) είναι 2 φορές την εβδομάδα, το 13,5% (n= 14) είναι 3 φορές την εβδομάδα και το 21,2% (n= 22) είναι 4 φορές την εβδομάδα (Διάγραμμα 6.5).

**Διάγραμμα 6.5: Ποσοστά της συχνότητας επίσκεψης των συμμετεχόντων στα Κ.Α.Π.Η.**



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

### 6.3 Ανάλυση απαντήσεων

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με το πόσο ενδιαφέρεται για τις προτιμήσεις τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά το 1,9% (n= 2) λίγο, κατά 20,2% (n= 21) μέτρια, κατά 33,7% (n= 35) πολύ και κατά 44,2% (n=46) πάρα πολύ (Πίνακας 6.2).

**Πίνακας 6.2: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με το πόσο ενδιαφέρεται για τις προτιμήσεις τους**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	2	1,9
ΜΕΤΡΙΑ	21	20,2
ΠΟΛΥ	35	33,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	46	44,2
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με το πόσο δείχνει σεβασμό προς αυτούς οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 9,6% (n= 10) μέτρια, κατά 33,7% (n= 35) πολύ και κατά 56,7% (n= 59) πάρα πολύ (Πίνακας 6.3).

**Πίνακας 6.3: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από πόσο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. δείχνει σεβασμό προς αυτούς**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΕΤΡΙΑ	10	9,6
ΠΟΛΥ	35	33,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	59	56,7
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με το αν παρέχει σωστές και ακριβείς πληροφορίες οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 8,7% (n= 9) μέτρια, κατά 29,8% (n= 31) πολύ και κατά 61,5% (n= 64) πάρα πολύ (Πίνακας 6.4).

**Πίνακας 6.4: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το αν παρέχει σωστές και ακριβείς πληροφορίες το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΕΤΡΙΑ	9	8,7
ΠΟΛΥ	31	29,8
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	64	61,5
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το πόσο είναι ενημερωμένο και εξειδικευμένο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 17,3% (n= 18) μέτρια, κατά 33,7% (n= 35) πολύ και κατά 49% (n=51) πάρα πολύ (Πίνακας 6.5).

**Πίνακας 6.4: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το πόσο είναι ενημερωμένο και εξειδικευμένο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΕΤΡΙΑ	18	17,3
ΠΟΛΥ	35	33,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	51	49,0
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από την ιατρική φροντίδα του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 4,8% (n= 5) καθόλου, κατά 13,5% (n= 14) λίγο, κατά 24% (n= 25) μέτρια, κατά 32,7% (n= 34) πολύ και κατά 25% (n= 26) πάρα πολύ (Πίνακας 6.5).

**Πίνακας 6.5: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την ιατρική φροντίδα του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	4,8
ΛΙΓΟ	14	13,5
ΜΕΤΡΙΑ	25	24,0
ΠΟΛΥ	34	32,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	25,0
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 11,5% (n= 12) καθόλου, κατά 14,4% (n= 15) λίγο, κατά 12,5% (n= 13) μέτρια, κατά 20,2% (n= 21) πολύ και κατά 41,3% (n= 43) πάρα πολύ (Πίνακας 6.6).

**Πίνακας 6.6: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	12	11,5
ΛΙΓΟ	15	14,4
ΜΕΤΡΙΑ	13	12,5
ΠΟΛΥ	21	20,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	43	41,3
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι από το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με τη διαρρύθμιση, τη διακόσμηση, τις συνολικές εγκαταστάσεις, τους υπαίθριους χώρους και το φαγητό, στον παρακάτω πίνακα 6.7 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την ικανοποίηση από τη διαρρύθμιση του χώρου σχεδόν το 80% (n= 81) θεωρεί ότι είναι πολύ καλή, όπως και η διακόσμηση (73%, n= 76). Στο κομμάτι των συνολικών εγκαταστάσεων το 80% (n= 82) θεωρεί ότι είναι πολύ καλές σε συνδυασμό με τους

υπαίθριους χώρους, οι οποίοι δεν παρουσιάζονται εξίσου καλοί (50%, n= 52). Σε αντίθεση, οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι το φαγητό υστερεί αρκετά ή είναι εντελώς ανύπαρκτο, καθώς σε μεγάλο ποσοστό απάντησαν ότι από καθόλου έως μέτρια είναι ικανοποιημένοι από αυτό (82%, n= 86).

**Πίνακας 6.7: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η. (διαρρύθμιση, διακόσμηση, συνολικές εγκαταστάσεις, υπαίθριους χώρους, φαγητό)**

		Διαρρύθμιση	Διακόσμηση	Συνολικές εγκαταστάσεις	Υπαίθριους χώρους	Φαγητό
ΚΑΘΟΛΟΥ	Π	1	1	-	7,7	55,8
	N	1	1	-	8	58
ΛΙΓΟ	Π	1	-	-	13,5	7,7
	N	1	-	-	14	8
ΜΕΤΡΙΑ	Π	20,2	26	21,2	28,8	18,3
	N	21	27	22	30	19
ΠΟΛΥ	Π	57,7	48,1	39,4	31,7	17,3
	N	60	50	41	33	18
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Π	20,2	25	39,4	18,3	1
	N	21	26	41	19	1

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη συχνότητα πραγματοποίησης των εκδρομών οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1% (n= 1) λίγο, κατά 28,8% (n= 30) μέτρια, κατά 36,5% (n= 38) πολύ και κατά 33,7% (n=35) πάρα πολύ (Πίνακας 6.8).

**Πίνακας 6.8: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τη συχνότητα πραγματοποίησης των εκδρομών**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	1	1,0
ΜΕΤΡΙΑ	30	28,8
ΠΟΛΥ	38	36,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	35	33,7
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το είδος των προορισμών που επιλέγονται για τις εκδρομές οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1% (n= 1) λίγο, κατά 34,6% (n= 36) μέτρια, κατά 33,7% (n= 35) πολύ και κατά 30,8% (n=32) πάρα πολύ (Πίνακας 6.9).

**Πίνακας 6.9: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το είδος των προορισμών που επιλέγονται για τις εκδρομές**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	1	1,0
ΜΕΤΡΙΑ	36	34,6
ΠΟΛΥ	35	33,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	32	30,8
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από την οργάνωση των εκδρομών οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1,9% (n= 2) λίγο, κατά 20,2% (n= 21) μέτρια, κατά 34,6% (n= 36) πολύ και κατά 43,3% (n=45) πάρα πολύ (Πίνακας 6.10).

**Πίνακας 6.10: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την οργάνωση των εκδρομών**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	2	1,9
ΜΕΤΡΙΑ	21	20,2
ΠΟΛΥ	36	34,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	45	43,3
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το κόστος των εκδρομών οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 2,9% (n= 3) λίγο, κατά 17,3% (n= 18) μέτρια, κατά 47,1% (n= 49) πολύ και κατά 32,7% (n=34) πάρα πολύ (Πίνακας 6.11).

**Πίνακας 6.11: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το κόστος των εκδρομών**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	3	2,9
ΜΕΤΡΙΑ	18	17,3
ΠΟΛΥ	49	47,1
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	34	32,7
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από το πρόγραμμα των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 16,3% (n= 17) μέτρια, κατά 37,5% (n= 39) πολύ και κατά 46,2% (n=48) πάρα πολύ (Πίνακας 6.12).

**Πίνακας 6.12: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από το πρόγραμμα των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΕΤΡΙΑ	17	16,3
ΠΟΛΥ	39	37,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	48	46,2
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από την οργάνωση των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1% (n= 1) λίγο, κατά 20,2% (n= 21) μέτρια, κατά 40,4% (n= 42) πολύ και κατά 38,5% (n=40) πάρα πολύ (Πίνακας 6.13).



**Πίνακας 6.13: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από την οργάνωση των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	1	1,0
ΜΕΤΡΙΑ	21	20,2
ΠΟΛΥ	42	40,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	40	38,5
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη θεματολογία των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1,9%(n= 2) λίγο, κατά 26,9% (n= 28) μέτρια, κατά 31,7% (n= 33) πολύ και κατά 39,4% (n=41) πάρα πολύ (Πίνακας 6.14).

**Πίνακας 6.14: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τη θεματολογία των εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	2	1,9
ΜΕΤΡΙΑ	28	26,9
ΠΟΛΥ	33	31,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	41	39,4
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Σχετικά με το πόσο ικανοποιούμενοι είναι οι συμμετέχοντες στην έρευνα από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η., αυτές αφορούν στη συμβουλευτική υποστήριξη που παρέχεται στο Κ.Α.Π.Η. και στη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τη συμβουλευτική υποστήριξη σχεδόν το 50% (n= 53) δηλώνει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο, με το υπόλοιπο ποσοστό να εκφράζει μια αρνητική κατάσταση. Επίσης, αναφορικά με τη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού το ποσοστό που δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο είναι λίγο μεγαλύτερο (64%, n= 66) (Πίνακας 6.15)

**Πίνακας 6.15: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.**

		Συμβουλευτική υποστήριξη	Συμπεριφορά κοινωνικού λειτουργού.
ΚΑΘΟΛΟΥ	Π	9,6	3,8
	N	10	4
ΛΙΓΟ	Π	13,5	8,7
	N	14	9
ΜΕΤΡΙΑ	Π	27,9	24
	N	29	25
ΠΟΛΥ	Π	23,1	18,3
	N	24	19
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Π	26	45,2
	N	27	47

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. αποτελεί βασικό θετικό παράγοντα στην υγεία τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1% (n= 1) καθόλου, κατά 5,8% (n= 6) μέτρια, κατά 37,5% (n= 39) πολύ και κατά 55,8% (n=58) πάρα πολύ (Πίνακας 6.16).

**Πίνακας 6.16: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. αποτελεί βασικό θετικό παράγοντα στην υγεία τους**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,0
ΜΕΤΡΙΑ	6	5,8
ΠΟΛΥ	39	37,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	58	55,8
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει πιο χαρούμενους οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 14,4% (n= 15) μέτρια, κατά 35,6% (n= 37) πολύ και κατά 50% (n=52) πάρα πολύ (Πίνακας 6.17).

**Πίνακας 6.17: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει πιο χαρούμενους**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΜΕΤΡΙΑ	15	14,4
ΠΟΛΥ	37	35,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	52	50,0
Σύνολο	104	100,0

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Στην ερώτηση κατά πόσο η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει να ξεχνιούνται από τα προβλήματα οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν κατά 1% (n= 1) λίγο, κατά 26,9% (n= 28) μέτρια, κατά 34,6% (n=36) πολύ και κατά 37,5% (n= 39) πάρα πολύ (Πίνακας 6.18).

**Πίνακας 6.18: Ποσοστά και συχνότητα του κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμμετοχή τους στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. τους κάνει να ξεχνιούνται από τα προβλήματα**

	Συχνότητα	Ποσοστό
ΛΙΓΟ	1	1,0
ΜΕΤΡΙΑ	28	26,9
ΠΟΛΥ	36	34,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	39	37,5
Σύνολο	104	100,0

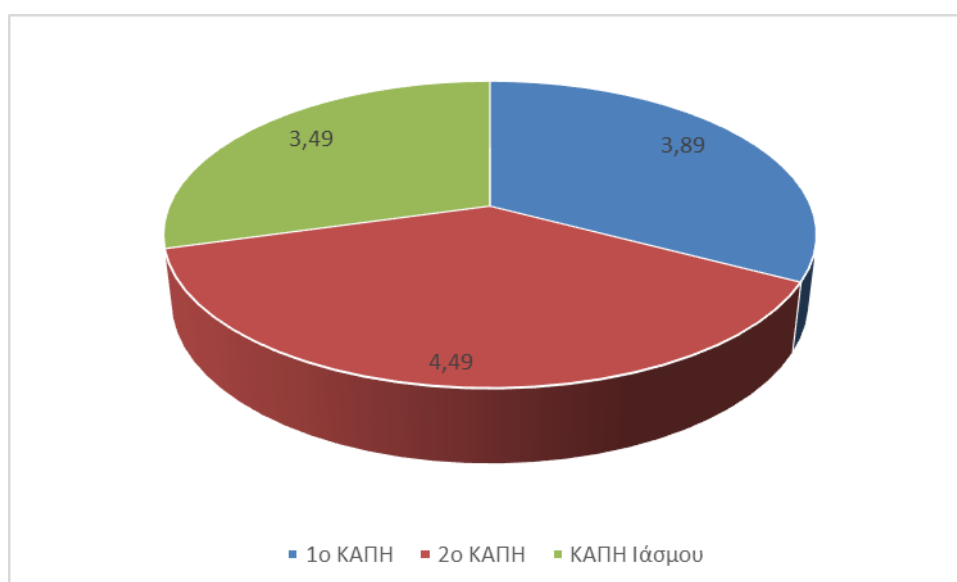
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Τέλος, στην ερώτηση σχετικά με τι θεωρούν απαραίτητο για τη καλή λειτουργία ενός Κ.Α.Π.Η. οι συμμετέχοντες απάντησαν κατά 92% (n= 94) την παρουσία γιατρού, κατά 71% (n= 73) την παρουσία ψυχολόγου, κατά 73% (n= 75) την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού, κατά 56% (n= 58) την ύπαρξη δραστηριοτήτων για

ηλικιωμένους, κατά 43% (n= 45) την ύπαρξη εκσυγχρονισμένων εγκαταστάσεων και κατά 51% (n = 53) την ύπαρξη χώρων αναψυχής.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων σχετικά με το Κ.Α.Π.Η. στο οποίο είναι ενεργά μέλη, αυτή διαφοροποιείται αρκετά. Όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα 6.6 και στον πίνακα 6.19 υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των συμμετεχόντων των τριών Κ.Α.Π.Η.. Πιο συγκεκριμένα, στο 2<sup>ο</sup> Κ.Α.Π.Η. τα ενεργά μέλη παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τα άλλα δύο Κ.Α.Π.Η. (4,49). Επίσης, η ανάλυση ANOVA φανέρωσε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλους τους μέσους όρους ανάμεσα στα τρία Κ.Α.Π.Η.

**Διάγραμμα 6.6: Μέσος όρος απαντήσεων των συμμετεχόντων ανάμεσα στα 3 Κ.Α.Π.Η.**



Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

**Πίνακας 6.19: Ανάλυση ANOVA των απαντήσεων με ανεξάρτητη μεταβλητή τα 3 Κ.Α.Π.Η.**

		Sum of Squares	df	Mean Squares	F	Sig.
E7	Between Groups	41,609	2	20,805	72,084	,000
	Within Groups	29,150	101	,289		
	Σύνολο	70,760	103			
E8	Between Groups	14,696	2	7,348	23,773	,000
	Within Groups	31,218	101	,309		
	Σύνολο	45,913	103			
E9	Between Groups	8,381	2	4,191	11,911	,000

	Within Groups	35,532	101	,352		
	Σύνολο	43,913	103			
	Between Groups	16,550	2	8,275	19,909	,000
E10	Within Groups	41,979	101	,416		
	Σύνολο	58,529	103			
	Between Groups	82,353	2	41,177	78,937	,000
E11	Within Groups	52,685	101	,522		
	Σύνολο	135,038	103			
	Between Groups	176,488	2	88,244	254,284	,000
E12	Within Groups	35,050	101	,347		
	Σύνολο	211,538	103			
	Between Groups	10,851	2	5,426	12,481	,000
E13	Within Groups	43,908	101	,435		
	Σύνολο	54,760	103			
	Between Groups	8,169	2	4,084	7,685	,001
E14	Within Groups	53,677	101	,531		
	Σύνολο	61,846	103			
	Between Groups	8,958	2	4,479	8,945	,000
E15	Within Groups	50,571	101	,501		
	Σύνολο	59,529	103			
	Between Groups	84,968	2	42,484	79,655	,000
E16	Within Groups	53,868	101	,533		
	Σύνολο	138,837	103			
	Between Groups	140,660	2	70,330	409,641	,000
E17	Within Groups	17,340	101	,172		
	Σύνολο	158,000	103			
	Between Groups	3,482	2	1,741	2,688	,073
E18	Within Groups	65,431	101	,648		
	Σύνολο	68,913	103			
	Between Groups	15,736	2	7,868	14,211	,000
E19	Within Groups	55,918	101	,554		
	Σύνολο	71,654	103			
	Between Groups	1,233	2	,616	,903	,409
E20	Within Groups	68,921	101	,682		
	Σύνολο	70,154	103			
	Between Groups	6,524	2	3,262	5,830	,004
E21	Within Groups	56,514	101	,560		
	Σύνολο	63,038	103			
	Between Groups	8,675	2	4,338	9,304	,000
E22	Within Groups	47,085	101	,466		
	Σύνολο	55,760	103			
E23	Between Groups	13,991	2	6,996	14,650	,000

	Within Groups	48,230	101	,478		
	Σύνολο	62,221	103			
	Between Groups	35,452	2	17,726	43,915	,000
E24	Within Groups	40,769	101	,404		
	Σύνολο	76,221	103			
	Between Groups	107,467	2	53,733	90,575	,000
E25	Within Groups	59,918	101	,593		
	Σύνολο	167,385	103			
	Between Groups	100,826	2	50,413	119,639	,000
E26	Within Groups	42,559	101	,421		
	Σύνολο	143,385	103			
	Between Groups	5,953	2	2,976	6,838	,002
E27	Within Groups	43,961	101	,435		
	Σύνολο	49,913	103			
	Between Groups	23,946	2	11,973	40,456	,000
E28	Within Groups	29,891	101	,296		
	Σύνολο	53,837	103			
	Between Groups	34,133	2	17,067	47,764	,000
E29	Within Groups	36,088	101	,357		
	Σύνολο	70,221	103			
	Between Groups	7,931	2	3,965	4,826	,010
E30	Within Groups	82,983	101	,822		
	Σύνολο	90,913	103			

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων πρωτογενούς έρευνας

Τέλος, στον πίνακα 6.20 παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με το κάθε ερευνητικό ερώτημα.

**Πίνακας 6.20: Συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα**

Ερώτημα	Ευρήματα
1. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από το προσωπικό των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ενδιαφέρεται για τις προτιμήσεις τους</li> <li>• τους αντιμετωπίζει με σεβασμό</li> <li>• παρέχει ορθές πληροφορίες</li> <li>• έχει γνώσεις πολύ ικανοποιητικές</li> <li>• το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό όσον αφορά στο προσωπικό</li> </ul>

<p>2. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από το περιβάλλον των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• η διάταξη των χώρων είναι γενικά πολύ ικανοποιητική</li> <li>• η διακόσμηση είναι γενικά πολύ ικανοποιητική</li> <li>• οι υπαίθριοι χώροι παρουσιάζουν μειωμένη ικανοποίηση</li> <li>• το φαγητό είναι μια ανύπαρκτη ή κακή υπηρεσία</li> </ul>
<p>3. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• μεγάλη ικανοποίηση από τις δραστηριότητες και τις εκδρομές</li> <li>• μεγάλη ικανοποίηση από τα συχνότητα, τους προορισμούς, την οργάνωση, το πρόγραμμα και το κόστος των εκδρομών,</li> <li>• μεγάλη ικανοποίηση από τον προγραμματισμού και τη θεματική των δραστηριοτήτων</li> </ul>
<p>4. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης από τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• μεγάλη ικανοποίηση από την συμβουλευτική υποστήριξη</li> <li>• μέτρια ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού</li> </ul>
<p>5. Ποιο είναι το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης στα ΚΑΠΗ Ν. Ροδόπης;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης είναι σχετικά υψηλά</li> </ul>

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συμπεράσματα και προτάσεις

Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι τα μέλη είναι γενικά ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Συγκεκριμένα, ανακαλύφθηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι πολύ ικανοποιημένη με τις περισσότερες πτυχές των προσφερόμενων υπηρεσιών και τις διαστάσεις της έρευνας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, όπως ανακαλύφθηκε, πιστεύει ότι η συμμετοχή σε προγράμματα Κ.Α.Π.Η. βελτιώνει την υγεία τους, ενώ σημαντικά περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η συμμετοχή σε προγράμματα Κ.Α.Π.Η. τους κάνει ευτυχισμένους.

Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων λέει ότι η συμμετοχή στα προγράμματα Κ.Α.Π.Η. τους βοηθά να ξεχάσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή και οι περισσότεροι από αυτούς έχουν ήδη ενθαρρύνει άλλους να ενταχθούν στο Κ.Α.Π.Η.. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις αποκάλυψαν υψηλό συνολικό επίπεδο ικανοποίησης, με το 2<sup>ο</sup> Κ.Α.Π.Η. να έχει τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης και οι διαφορές μεταξύ των τριών Κ.Α.Π.Η. ήταν στατιστικά σημαντικές.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι πολύ ικανοποιημένοι με τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. ενδιαφέρεται για τις προτιμήσεις του και πώς τους αντιμετωπίζει και διαφαίνεται να είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με την ορθότητα των πληροφοριών που παρέχονται από το προσωπικό. Οι γνώσεις του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. κρίθηκαν πολύ ικανοποιητικές για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σχεδόν το ένα τέταρτο από αυτούς ανέφεραν ότι ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Τα συγκεκριμένα ευρήματα διαφωνούν με τις έρευνες των Berglund (2007) και Μπαμπούρη (2015), κατά τις οποίες προέκυψε μια δυσαρέσκεια για τις ελλείψεις παροχές των Κ.Α.Π.Η., τόσο για το ωράριο και τις δραστηριότητές τους, όσο και για το προσωπικό, καθώς φαίνεται ότι τα μέλη του προσωπικού δεν γνωρίζουν το δικαίωμα των ηλικιωμένων να επηρεάζουν τη δική τους φροντίδα και πόσο σημαντικό είναι για αυτούς να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους. Επιπρόσθετα, επαληθεύεται αυτό που ισχυρίζονται οι Kazemi & Kajonius (2021) στην έρευνα τους σχετικά με το ότι ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το προσωπικό προς τους πελάτες του είναι θεμελιώδης για την επίτευξη φροντίδας υψηλής ποιότητας. Τέλος, τα ευρήματα της συγκεκριμένης



έρευνας επαληθεύει και η έρευνα της Καραγιαννίδου (2019), κατά την οποία η ερευνήτρια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό όσον αφορά στο προσωπικό.

Προέκυψαν επίσης θετικά ευρήματα σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων με το περιβάλλον των Κ.Α.Π.Η.. Η διάταξη των χώρων Κ.Α.Π.Η. είναι γενικά πολύ ικανοποιητική, όπως και η διακόσμηση τους. Από την άλλη οι υπαίθριοι χώροι παρουσιάζουν μειωμένη ικανοποίηση από την πλευρά των συμμετεχόντων, όπως και το φαγητό, το οποίο είναι μια ανύπαρκτη ή κακή υπηρεσία. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Phillips, Siu, Yeh, & Cheng (2004) και η Καραγιαννίδου (2019) σε έρευνα τους, υποστηρίζοντας ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό όσον αφορά στο περιβάλλον και ότι υψηλά επίπεδα ικανοποίησης παρατηρούνται όταν το περιβάλλον ανταποκρίνεται στις ανάγκες ή τις προσδοκίες ενός ατόμου, αποσαφηνίζοντας ότι αυτό σημαίνει ότι η ψυχολογική ευημερία ενός ατόμου βασίζεται στο ότι αξιολογεί τις κατοικίες του/της σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με την αξία.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γενικά ικανοποιημένη με τις δραστηριότητες και τις εκδρομές των Κ.Α.Π.Η., συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας, των προορισμών, της οργάνωσης, του προγράμματος και του κόστους των εκδρομών, καθώς και του χρονοδιαγράμματος, του προγραμματισμού και της θεματικής εστίασης των ίδιων των δραστηριοτήτων. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνει και η Καραγιαννίδου (2019) σε έρευνα της, καταλήγοντας το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό όσον αφορά τις δραστηριότητες.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες φαίνεται να είναι γενικά ικανοποιημένοι με τη συμβουλευτική υποστήριξη που προσφέρουν οι κοινωνικές υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.. Ορισμένοι συμμετέχοντες φαίνεται να είναι μέτρια ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού, ενώ η πλειονότητα φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιημένη. Με τα συγκεκριμένα ευρήματα συμφωνούν οι Fuseini, Bayi, Alhassan & Atomlana (2022) και η Καραγιαννίδου (2019), οι οποίοι σε έρευνα τους υποστηρίζουν ότι υπάρχει ανάγκη για εργαστήρια ανάπτυξης ικανοτήτων και ευαισθητοποίησης σχετικά με τα βασικά στοιχεία της γηριατρικής φροντίδας για νοσηλευτές, ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας για νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ενήλικες. Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα ευρήματα

έρχεται η Berglund (2007), όπου σε έρευνα της φανέρωσε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την φροντίδα και την αποκατάσταση, όπως εκφράστηκαν από τους ηλικιωμένους.

Σε γενικές γραμμές, τα ευρήματα της έρευνας συμβαδίζουν με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως στην έρευνα των Kazerooni, Pazokian, Nasiri και Borhani (2019), οι οποίοι βρήκαν τα ίδια αποτελέσματα, φανερώνοντας ένα σχετικά καλό επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες που παρέχονται στο γηροκομείο Kahrizak. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και η Καραγιαννίδου (2019) και Μπασδέκη (2011) στις έρευνες τους, διαπιστώνοντας ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ενεργών μελών είναι σε γενικές γραμμές υψηλό με τους περισσότερους συμμετέχοντες να είναι πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ότι αφορά το προσωπικό, το περιβάλλον, τις δραστηριότητες, τις κοινωνικές υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Νομού Πιερίας και ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι «ικανοποιημένοι» από την συνολική παροχή υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων. Από την άλλη, η Berglund (2007) διαφωνεί με τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς σε έρευνα της σε οίκους ευγηρίας της Σουηδίας, διαπίστωσε σημαντικά χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με την υγεία, την φροντίδα, την αποκατάσταση και την ουσιαστική απασχόληση, όπως εκφράστηκαν από τους ηλικιωμένους.

Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν αρχικά ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που έλαβαν στις περισσότερες από τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, με το μέσο επίπεδο ικανοποίησης να υπολογίζεται ως υψηλό, αν και το ποσοστό των μέτρια ικανοποιημένων συμμετεχόντων δεν μπορεί να παραληφθεί. Αυτό πιθανώς συνδέεται με το γεγονός ότι δεν είναι όλα τα εγγεγραμμένα μέλη ικανοποιημένα με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν παρόμοιες ανάγκες μεταξύ τους, αλλά οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να αναμένεται να ανταποκρίνονται σε ποικίλες απαιτήσεις, καθώς κάθε άτομο αναπτύσσει μοναδικές στάσεις και προσδοκίες σχετικά με τις υπηρεσίες που χρησιμοποιεί. Στο συγκεκριμένο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Kazerooni, Pazokian, Nasiri και Borhani (2019), οι οποίοι σε έρευνα τους φανέρωσαν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά με τις προσδοκίες των ηλικιωμένων από το σύστημα υγείας, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ανάγκη για ένα κωδικοποιημένο πρόγραμμα βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προτεραιότητες των κέντρων φροντίδας ηλικιωμένων. Ενέργειες, όπως η προσοχή στην αυτονομία των

ηλικιωμένων, ο σεβασμός στην απόφασή τους και η λογοδοσία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, οι αποτελεσματικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορούν να συνεισφέρουν θετικά στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων που ζουν στα γηροκομεία. Επιπρόσθετα, η Μπασδέκη (2011) επιβεβαιώνει το συγκεκριμένο εύρημα, καθώς σε έρευνα της φανέρωσε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την συνολική παροχή υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η, αλλά και την ύπαρξή τους, καθώς αποτελεί έναν επιτυχημένο θεσμό αφού συνδυάζει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας με την παροχή ψυχαγωγικών προγραμμάτων.

Η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των τριών Κ.Α.Π.Η. καταδεικνύει ότι οι κανονισμοί που διέπουν την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας δεν τηρούνται με συνέπεια. Αυτό ερμηνεύεται αρνητικά γιατί η ύπαρξη διαφορών υποδηλώνει ότι διάφορα κέντρα παρέχουν στους ηλικιωμένους άδικη και άνιση κοινωνική φροντίδα. Αυτό δείχνει επίσης ότι υπάρχουν συχνά ελαττώματα και προβλήματα με το διαμέτρημα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού είναι ένα από τα πιο αδύναμα σημεία που εντοπίστηκαν σε αυτήν την έρευνα και ανακαλύφθηκε ότι και τα τρία Κ.Α.Π.Η. έχουν μέλη που είναι μέτρια ή καθόλου ικανοποιημένα μαζί του. Ως αποτέλεσμα, και τα τρία αυτά Κ.Α.Π.Η. θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των μελών τους προκειμένου να βελτιώσουν αυτά τα αδύνατα σημεία.

Ωστόσο, υπάρχουν μεθοδολογικοί περιορισμοί σε αυτή την έρευνα. Πρώτον, το γεγονός ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων συμμετεχόντων στο δείγμα της έρευνας είναι απόφοιτοι δημοτικού περιορίζει τα ευρήματα της έρευνας, επειδή μπορεί να υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ αυτού που ζητά το ερωτηματολόγιο και αυτού που καταλαβαίνουν, παρόλο που έγινε προσπάθεια να ληφθεί αυτό υπόψη και χρησιμοποιήθηκε απλή, κατανοητή γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη έχει επίσης περιορισμούς επειδή δημιουργήθηκε ειδικά για τη συγκεκριμένη μελέτη και δεν έχει υποβληθεί σε ενδελεχή αξιολόγηση για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Επίσης, αξιολογεί μόνο ορισμένες πτυχές της ικανοποίησης των μελών από τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. με βάση τη λιγοστή διαθέσιμη βιβλιογραφία και επικεντρώνεται περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας παρά στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά

των συμμετεχόντων είναι πιθανό να έχουν επηρεάσει τις απαντήσεις τους και αυτό επίσης ενεργεί ως περιορισμός της έρευνας.

Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης είναι σχετικά υψηλά, σύμφωνα με τους παράγοντες ικανοποίησης που αξιολογήθηκαν σε αυτή την έρευνα. Μέρος των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχει χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε όλες τις αξιολογηθείσες πτυχές, το οποίο είναι πιθανότατα αποτέλεσμα των μοναδικών ψυχολογικών τους χαρακτηριστικών ή των διαφορετικών προσδοκιών από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Τέλος, ο βαθμός ικανοποίησης των μελών από τις υπηρεσίες των τριών Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης διέφερε στατιστικώς σημαντικά.

## **7.1 Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση**

Το ουσιαστικό κενό στο σώμα της γνώσης και η πολυπλοκότητα του θέματος απαιτούν περισσότερη διερεύνηση στο μέλλον. Πρώτον, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί περαιτέρω μελέτη με στόχο την ανάπτυξη ενός σταθμισμένου, έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Προκειμένου να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές για τις προσαρμογές και τις αλλαγές που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στα Κ.Α.Π.Η., συνιστάται επίσης να πραγματοποιηθεί μελλοντική έρευνα που θα εξετάσει το χάσμα μεταξύ προσδοκιών και πραγματικής ικανοποίησης. Τέλος, συνιστάται η διεξαγωγή μελέτης για τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως η ψυχολογική ευεξία, η ευτυχία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι αξιολογούν τις προσφερόμενες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

- Aletras, V.H., Kostarelis, A., Tsitouridou, M., Niakas, D., Nicolaou, A. (2010). Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations. *BMC health services research*, 10(1), 189-199.
- Baltes, M.M., Carstensen, L.L. (2003). The process of successful aging: Selection, optimization, and compensation. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology* (pp. 81–104). Kluwer Academic Publishers
- Berglund, A. (2007). Satisfaction with caring and living conditions in nursing homes: views of elderly persons, next of kin and staff members. *Int J NursPrac*, 13(1), 46-51.
- Bergman, M., Lundberg, S., Giancarlo, S. (2012). *Public procurement and non-contractible quality: Evidence from elderly care*.
- Borg, C., Hallberg, I. R., Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of clinical nursing*, 15(5), 607-618.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7–27.
- Bulmer, M., Warwick, D. P. (Eds.). (1993). *Social research in developing countries: Surveys and censuses in the Third World*. London: Psychology Press.
- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F., Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more

- vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European journal of ageing*, 9(2), 177-186.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.
- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Cremer, H., Pestieau, P. (2000). Reforming our pension system: Is it a demographic, financial or political problem? *European Economic Review*, 44(4-6), 974-983.
- Daniilidou, N. V., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos, J., Georgoussi, E. (2003). Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 3(4), 23-31.
- Daniilidou, N.V., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos, J., Georgoussi, E. (2003). Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 3(4), 11-19.
- Ding, S., Liu, G., Xu, F. (2023). The satisfaction of elderly people with elderly caring social organizations and its relationship with social support and anxiety during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23, 1206-1223.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Chicago: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Fitzpatrick, R., Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health & Illness*, 5(3), 297-311.
- Fox, J.G., Storms, D.M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine. Medical Sociology*, 15(5), 557-564.

- Fuseini, A.G., Bayi, R., Alhassan, A., Atomlana, J. A. (2022). Satisfaction with the quality of nursing care among older adults during acute hospitalization in Ghana. *Nursing Open*, 9, 1286– 1293.
- Gill, L., White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22, 8-19.
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies*. London: King's Fund.
- Grammatikopoulos, I., Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of general psychiatry*, 9(1), 137-147.
- Guzman, P. M., Sliepcevich, E. M., Lacey, E. P., Vitello, E. M., Matten, M. R., Woehlke, P. L., Wright, W. R. (1988). Tapping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12(3), 225-233.
- Hall, J.A., Dornan, M.C. (1998). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*, 27(6), 637-644.
- Hawthorne, G. (2006). *Review of Patient Satisfaction Measures*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Heikkinen, E. (2006). Disability and physical activity in late life—research models and approaches. *Eur. Rev. Aging. Phys. Act.*, 3, 3–9.
- Inal, S., Subasi, F., Ay, S. M., Hayran, O. (2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research*, 7(1), 30-41.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Karamessini, M., Moukanou, E. (2006). *The elderly care sector in Greece. Recent trends in service provision and implications for labour*. EU Project ‘Dynamo’ (Dynamics of National Employment Models), 6th Framework Programme.

- Kazemi, A., Kajonius, P.J. (2021). Understanding client satisfaction in elderly care: new insights from social resource theory. *Eur J Ageing*, 18, 417–425.
- Kazerooni, K., Pazokian, M., Nasiri, M., Borhani, F. (2019). Expectations and satisfaction of elderly people with health services provided at a public nursing home in Iran. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(1), 95-101.
- Krueger, D., Ludwig, A. (2007). On the consequences of demographic change for rates of returns to capital, and the distribution of wealth and welfare. *Journal of monetary Economics*, 54(1), 49-87.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582.
- Luanagh, C.O., Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(12), 1213-1221.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131.
- Moukanou, E. (2009). *Social care services for the elderly in Greece: Shifting the boundaries*. In Paper Submitted to the 4th Biennial Hellenic Observatory PhD Symposium on ‘Contemporary Greece and Cyprus’, Hellenic Observatory, European Institute, London School of Economic.
- Muenz, R. (2007). *Aging and demographic change in European societies: main trends and alternative policy options*. Washington: World Bank.
- Navaneetham, K., Dharmalingam, A. (2012). A review of age structural transition and demographic dividend in South Asia: Opportunities and challenges. *Journal of Population Ageing*, 5(4), 281-298.
- Oliver, R.L. (1993). A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals, Different Concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, 2, 65-85.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. (1991). Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure: An Empirical Examination of Organizational Barriers Using an Extended Service Quality Model. *Human Resource Management*, 30, 335-364.



- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 185-210.
- Petersen, M.B.H. (1988). Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *Journal of Nursing Care Quality*, 2(3), 25-35.
- Petmesidou, M., Glatzer, M. (2015). The crisis imperative, reform dynamics and rescaling in Greece and Portugal. *European Journal of Social Security*, 17(2), 158-181.
- Petmesidou, M., Mossialos, E. (2006). *Social policy developments in Greece*. London: Ashgate Publishing Ltd.
- Phillips, D.R., Siu, O.L., Yeh, A.G.O., Cheng, K.H.C. (2004). Factors influencing older persons' residential satisfaction in big and densely populated cities in Asia: A case study in Hong Kong. *Ageing International*, 29(1), 46-70.
- Ponirou, P., Diomidous, M., Kalokairinou, A., Mantas, J., Tsimahidou, C., Tzavara, C. (2014). Health Related Quality of Life in a Sample of Older People who are Members of Open Care Centers for the Elderly. *Studies in health technology and informatics*, 202, 269-272.
- Prieto-Flores, M., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P. (2011). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health&Place*, 17(6), 1183-1190.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1), 45-52.
- Ritsatakis, A., Barnes, R., Dekker, E., Harrington, P., Kokko, S., Makara, P. (2000). *Exploring health policy development in Europe*. Brussels: WHO.
- Rosset, E. (2017). *Aging process of population*. Amsterdam: Elsevier.
- Roupa, Z., Tatsiou, I., Tsiklitara, A., Koulouri, A., Nikas, M., Mpiskini, I., Sotiropoulou, P. (2009). Anxiety and depression among elderly in the community. *Interscientific Health Care*, 1(2), 12-21.
- Shimada, H., Sawyer, P., Harada, K., Kaneya, S., Nihei, K., Asakawa, Y., Yoshii, C., Hagiwara, A., Furuna, T., Ishizaki, T. (2010). Predictive validity of the

- classification schema for functional mobility tests in instrumental activities of daily living decline among older adults. *Arch Phys Med Rehabil*, 91(2), 241-6.
- Sissouras, A., Ketsetzopoulou, M., Bouzas, N., Fagadaki, E., Papaliou, O., Fakoura, A. (2004). *Providing integrated health and social care for older persons in Greece. Providing integrated health and social care for older persons*. London: Routledge.
- Steverink, N., Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 21(2), 281–290.
- Szymanski, D.M., Henard, D.H. (2001). Customer satisfaction: A meta-analysis of the empirical evidence. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 29(1), 16–35.
- Teperoglou, A., Kinia, E., Papakosta, M., Tzortzopoulou, M. (1990). Evaluation of the Contribution of the Open Care Centers for the Elderly. *Int J Integr Care*, 22(3), e04.
- UNICEF (2015). *Active ageing index 2014: Analytical report*. Brussels: UNICEF.
- Walker, A. (2008). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75-93.
- Walters, K., Iliffe, S., Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behavior in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18(3), 277-282.
- Stolt, R., Blomqvist, P., Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560-567.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R., Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.
- Williams, A., Straker, J. K., Applebaum, R. (2014). The nursing home five-star rating: how does it compare to resident and family views of care? *The Gerontologist*, 56(2), 234-242
- Williams, R.H., Tibbitts, C., Donohue, W. (2008). *Process of aging: social and psychological perspectives*. New Jersey: Transaction Publishers.

World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Brussels: WHO.

World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Brussels: WHO.

Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138-157.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 206-210.

## **Ελληνόγλωσση**

Αμηρά, Α., Γεωργιάδη, Ε., Τεπέρογλου, Α., (1986). *Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Καραγιαννίδου, Ζ. (2019). *Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των μελών που εξυπηρετούν τα Κ.Α.Π.Η. του νομού Πιερίας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους*. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα.

Μπαμπούρη, Θ. (2015). Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων Χρηστών σε Κ.Α.Π.Η. της Αττικής. *Νοσηλευτική*, 54(1), 38–46.

Μπασδέκη, Σ. (2011). *Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.

ΟΟΣΑ (2010). *Δεδομένα Υγείας του ΟΟΣΑ 2010. Βάση δεδομένων κοινωνικών και εργασιακών δημογραφιών του ΟΟΣΑ για το 2010*. Παρίσι: ΟΟΣΑ.

ΠΑΜΘ (2014). *Εγχειρίδιο προτάσεων παρεμβάσεων. Στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου «Διερεύνηση Δυνατοτήτων και Προτάσεων για Πιλοτικές Δράσεις Κοινωνικής Υποστήριξης στην Π.Ε. Ροδόπης, αρμοδιότητας Περιφέρειας Α.Μ.Θ»*. Κομοτηνή: ΠΑΜΘ.

## **Παράρτημα Ι**

### **Ερωτηματολόγιο**

#### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΟΝ Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Διπλωματικής Εργασίας στο πλαίσιο του Δια τμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Ο κύριος σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει το επίπεδο ικανοποίησης του υγιούς πληθυσμού των εξυπηρετούμενων από τα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ροδόπης, όσον αφορά στις υπηρεσίες που παρέχονται

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα και οι πληροφορίες που θα αντληθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της εργασίας και δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτους.

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας!

Κάρρου Τριανταφυλλιά

## Α Μέρος

### Ατομικά Στοιχεία

1. Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

3. Κ.Α.Π.Η.:

4. Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	
Καθόλου γραμματικές γνώσεις	

5. Οικογενειακή κατάσταση:

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

6. Συχνότητα επίσκεψης στο Κ.Α.Π.Η. ανά εβδομάδα;

Μια φορά την εβδομάδα	
Δύο φορές της εβδομάδα	
Τρεις φορές την εβδομάδα	
Τέσσερις φορές την εβδομάδα	

Πέντε ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	
---	--

### Β' Μέρος

Σε κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο

(1= καθόλου 2= λίγο 3 = μέτρια 4 = πολύ 5 = πάρα πολύ)

<b>Είμαι ικανοποιημένος/η από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η.:</b>					
7. Ενδιαφέρεται σχετικά με τις προτιμήσεις μου.	1	2	3	4	5
8. Δείχνει σεβασμό προς εμένα.	1	2	3	4	5
9. Παρέχει σωστές και ακριβείς πληροφορίες.	1	2	3	4	5
10. Είναι ενημερωμένο και εξειδικευμένο.	1	2	3	4	5

11. Είμαι ικανοποιημένος/η από την ιατρική φροντίδα του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5
12. Είμαι ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5

<b>Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με:</b>					
13. Τη διαρρύθμιση	1	2	3	4	5
14. Τη διακόσμηση	1	2	3	4	5
15. Τις συνολικές εγκαταστάσεις	1	2	3	4	5
16. Τους υπαίθριους χώρους	1	2	3	4	5
17. Το φαγητό	1	2	3	4	5

<b>Είμαι ικανοποιημένος/η από τις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με:</b>					
18. Τη συχνότητα πραγματοποίησης των εκδρομών.	1	2	3	4	5
19. Το είδος των προορισμών που επιλέγονται για τις εκδρομές.	1	2	3	4	5

20. Την οργάνωση των εκδρομών.	1	2	3	4	5
21. Το κόστος των εκδρομών.	1	2	3	4	5
22. Το πρόγραμμα των εκδηλώσεων πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5
23. Την οργάνωση των εκδηλώσεων πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5
24. Τη θεματολογία των εκδηλώσεων πραγματοποιούνται στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5

<b>Είμαι ικανοποιημένος/η από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. σχετικά με:</b>					
25. Τη συμβουλευτική υποστήριξη που παρέχεται στο Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5
26. Τη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού του Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5

<b>Συνολική ικανοποίηση από το Κ.Α.Π.Η.</b>					
27. Η συμμετοχή μου στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. αποτελεί βασικό θετικό παράγοντα στην υγεία μου.	1	2	3	4	5
28. Η συμμετοχή μου στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. με κάνει πιο χαρούμενο/η.	1	2	3	4	5
29. Η συμμετοχή μου στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. με κάνει να ξεχνιέμαι από τα προβλήματα.	1	2	3	4	5
30. Έχω ήδη προτείνει και σε άλλα άτομα να εγγραφούν στο Κ.Α.Π.Η.	1	2	3	4	5

<b>31. Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε απαραίτητα για τη καλή λειτουργία ενός Κ.Α.Π.Η. (πολλαπλή επιλογή):</b>	
Παρουσία Γιατρού	
Παρουσία Ψυχολόγου	
Εξειδικευμένο Προσωπικό	
Δραστηριότητες για τους Ηλικιωμένους	
Εκσυγχρονισμένες εγκαταστάσεις	
Χώροι Αναψυχής	