



Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος.

Ιωαννίδης Ιωάννης

Θεσσαλονίκη , Μάρτιος 2018



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

Master Program in
«Local and Regional Government and Development»

The study of the effectiveness of a Home Care program regarding the level of the quality of the provided services, the level of satisfaction and well-being of the program's users.

Ioannidis Ioannis

Thessaloniki, March 2018

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 του/ης συγγραφέα/ως και ο/η επιβλέπων/ουσα, οι εξεταστές, το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη και παραλείψεις.

Ο/Η δηλών/ούσα

.....
(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διπλωματική εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γλαβέλη Νίκη η οποία με την καθοδήγηση, την πολύτιμη βοήθεια και υπομονή της συνέβαλε σημαντικά στην ολοκλήρωσή της.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πατέρα μου και υπεύθυνο της υπό μελέτη δομής για την επίσης πολύτιμη βοήθεια του, τις ουσιαστικές συμβουλές του και τη διαμεσολάβηση του για την διαδικασία της συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και τέλος όλα τα κοντινά μου άτομα που με την υποστήριξη και παρότρυνσή τους, συνέβαλαν στην επίτευξη της ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	
Abstract	
Κατάλογος Πινάκων	
Εισαγωγή	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Κοινωνική Πολιτική-Ορισμός	1
1.3 Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα	3
1.3.1 Μερικά Ιστορικά Στοιχεία	3
1.3.2 Φορείς Άσκησης Κοινωνικής πολιτικής	5
1.3.2.1 Αρμοδιότητες των Ο.Τ.Α στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών	6
1.3.2.2 Δομές άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Τοπική Αυτοδιοίκηση	12
1.4 Νέα Δημόσια Διοίκηση-Αποτελεσματικότητα	13
1.5 Ανακεφαλαίωση	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	17
2.1 Εισαγωγή	17
2.2 Ιστορικό προγράμματος	18
2.3 Σκοπός και Στόχος του Προγράμματος	23
2.4 Βασικές Αρχές του Προγράμματος	26
2.5 Προετοιμασία και φάσεις εφαρμογής του προγράμματος	27
2.6 Προσωπικό προγράμματος	31
2.6.1 Καθηκοντολόγιο Προσωπικού	32
2.7 Φορέας Υλοποίησης	35
2.8 Παραπλήσιες Υπηρεσίες	36
2.8.1 Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων(Κ.ΑΠ.Η)	37
2.8.2 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η)	39
2.9 Ανακεφαλαίωση	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 41 Ποιότητα στις υπηρεσίες-Ικανοποίηση χρήστη-Ποιότητα ζωής 3ης ηλικίας	41
3.1 Εισαγωγή	41
3.2 Υπηρεσία	41
3.3 Σχέση Ποιότητας υπηρεσιών-Ικανοποίησης	43
3.4 Ποιότητα ζωής 3ης ηλικίας	44
3.5 Επισκόπηση Ερευνών αξιολόγησης προγραμμάτων «ΒσΣ»-κατ'οίκον φροντίδας	46
3.6 Ανακεφαλαίωση	50

4.1. Εισαγωγή	53
B ΜΕΡΟΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	53
4.2. Σκοπός της Έρευνας	54
4.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα	54
4.3. Τύπος έρευνας και ερευνητική στρατηγική	55
4.4. Πληθυσμός - δείγμα έρευνας.....	55
4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	56
4.6. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	56
4.7. Κλίμακες μέτρησης των υπό-μελέτη μεταβλητών	57
4.8. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	57
4.9. Στατιστική ανάλυση	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ	61
5.1. Εισαγωγή	61
5.2 Περιγραφή Δείγματος.....	61
5.3 1ο ερευνητικό ερώτημα: Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών:	67
5.3.1 Ανάλυση παραγόντων	68
5.3.2. Έλεγχος Αξιοπιστίας	80
5.4. 2ο ερευνητικό ερώτημα: Συσχετίσεις παραγόντων.....	89
5.4 Αντιλήψεις για το επίπεδο ποιότητας παρεχόμενης υπηρεσίας, επίπεδο ικανοποίησης και ποιότητας ζωής	92
5.4.1 Ποιότητας παρεχόμενης υπηρεσίας.....	92
5.4.2 Επίπεδο ικανοποίησης	96
5.4.3 Ποιότητα ζωής.....	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συμπεράσματα–Συμβολή/χρησιμότητα–	
Περιορισμοί-Μελλοντική έρευνα	99
6.1. Εισαγωγή	99
6.2. Συμπεράσματα	100
6.3. Συμβολή/χρησιμότητα	101
6.4. Περιορισμοί - μελλοντική έρευνα	101
Παράρτημα Ι.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	113
Ελληνική	113
Ξενόγλωσση.....	115
Διαδικτυακοί Τόποι/Ιστοσελίδες.....	117

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος.

Σημαντικοί Όροι: Κοινωνική Πολιτική, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Βοήθεια στο Σπίτι, Ποιότητα ζωής, Ερωτηματολόγιο, Ανάλυση Παραγόντων

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το βαθμό ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των χρηστών του προγράμματος. Η μεθοδολογία που ακολουθείται επικεντρώνεται αφενός, στην παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου της κοινωνικής πολιτικής, του προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας: «Βοήθεια στο Σπίτι», της ποιότητας στις υπηρεσίες, την ικανοποίηση του χρήστη, της ποιότητας ζωής και αφετέρου στην αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Τα στοιχεία που παραθέτονται προέρχονται από την εκπόνηση ποσοτικής έρευνας, με ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, στο πρόγραμμα που υλοποιείται στη δημοτική ενότητα Μεσοποταμίας του δήμου Καστοριάς(μελέτη περίπτωσης).

Η εργασία διαρθρώνεται από άποψη περιεχομένου σε έξι κεφάλαια που αντιστοιχούν στους βασικούς άξονες της έρευνας.

Το **κεφάλαιο 1** εξετάζει την έννοια της κοινωνικής πολιτικής γενικά και τον τρόπο που αυτή ασκείται στη χώρα μας καθώς και την επίδραση της μετάβασης στη νέα δημόσια διοίκηση.

Το **κεφάλαιο 2** περιγράφει την πορεία του προγράμματος, το στόχο και σκοπό, τις βασικές αρχές και τη δομή του.

Το **κεφάλαιο 3** αναλύει τις έννοιες της υπηρεσίας, της ικανοποίησης του χρήστη και της ποιότητα ζωής και περιλαμβάνει μία επισκόπηση ερευνών σχετικές το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Το **κεφάλαιο 4** αναλύει τη μεθοδολογία της έρευνας.

Το **κεφάλαιο 5** παρουσιάζει τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε.

Τέλος, το **κεφάλαιο 6** παρουσιάζει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα, τη συμβολή της έρευνας καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

**The study of the effectiveness of a Home Care program
regarding the level of the quality of the provided services,
the level of satisfaction and well-being of the program's
users.**

Keywords: Social Policy, Local Governance, Help at Home, Quality of Life, Questionnaire, Factor Analysis

Abstract

The purpose of this thesis is to investigate the effectiveness of a home care program regarding the level of quality of the provided services as well as the level of satisfaction and the quality of life of the users of the program. The methodology followed focuses on the presentation of the theoretical framework of social policy, the home care program: "Help at Home", quality in services, user satisfaction, quality of life, and a detailed presentation of the results. The data quoted are derived from a quantitative survey, with a questionnaire as the main research tool, which took place in the municipal unit of Mesopotamia of the municipality of Kastoria(case study).

The thesis is structured in six chapters corresponding to the main areas of the research.

Chapter 1 examines the concept of social policy in general and the way it is exercised in our country as well as the effect of the transition to the new public administration.

Chapter 2 describes the course of the program, its purpose, its underlying principles and its structure.

Chapter 3 analyzes the concepts of service, user satisfaction and quality of life and includes an overview of research related to the “Help at Home” program.

Chapter 4 discusses the research methodology.

Chapter 5 presents the results of the statistical analysis that was applied.

Chapter 6 presents the conclusions drawn from the research, the contribution of this research as well as suggestions for further research.

Κατάλογος Πινάκων

<u>[Αριθμός Πίνακα]</u>	<u>[Τίτλος Πίνακα]</u>	<u>[Σελίδα]</u>
3.5.1	Επισκόπηση Ερευνών	46
5.2.1	Φύλο.....	62
5.2.2	Ηλικία συμμετεχόντων	62
5.2.3	Επίπεδο εκπαίδευσης.....	63
5.2.4	Οικογενειακή κατάσταση	64
5.2.5	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	64
5.2.6	Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα	65
5.2.7	Συχνότητα επισκέψεων.....	66
5.2.8	Άλλες πηγές βοήθειας	67
5.3.1.2	Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.....	71
5.3.1.3	Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ικανοποίησης.....	76
5.3.1.4	Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ποιότητας ζωής/ευημερίας.....	78
5.3.2.1	Συντελεστής alpha Cronbach των παραγόντων των αντιλήψεων ποιότητας .	81
5.3.2.2	Alpha Cronbach παραγόντων ικανοποίησης	86
5.3.2.3	Alpha Cronbach παράγοντα ποιότητας ζωής.....	88
5.4.2.1	Συντελεστές Συσχέτισης.....	90
5.4.1.1.	Μέσοι όροι παραγόντων ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας.....	92
5.4.2.1	Μέσοι όροι παραγόντων ικανοποίησης	96
5.4.3.1	Μέσοι όροι ποιότητας ζωής.....	97

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια αλλαγή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τόσο η μείωση της γεννητικότητας και θνησιμότητας, όσο και η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, έχουν οδηγήσει σε μία εκρηκτική αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η αύξηση αυτή με τη σειρά της οδήγησε στη δημιουργία ενός πολυδιάστατου προβλήματος εξαναγκάζοντας τις κεντρικές κυβερνήσεις των χωρών στην προσπάθεια λήψης μέτρων κοινωνικής πολιτικής, ώστε να αποτραπεί η αύξηση του κόστους περίθαλψης και να εξασφαλιστεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, καθώς και ένα αξιοπρεπές επίπεδο ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στη Ελλάδα αυτή η προσπάθεια υλοποιήθηκε μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» που αποτελεί μία πρωτοβάθμια υπηρεσία παροχής κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας στην κοινότητα, η οποία ξεκίνησε την πιλοτική της εφαρμογή το 1997 και λειτουργεί μέχρι και σήμερα σε όλους τους δήμους της ελληνικής επικράτειας.

Στόχοι του «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ στο φυσικό τους περιβάλλον, η αποφυγή της περιθωριοποίησης και της ιδρυματοποίησής τους, η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσής τους, η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος και γενικότερα η βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού που προσφέρει εξατομικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο. (ΑΝ.ΚΑ., 2006)

Παράλληλα, η μετάβαση από τη κλασσική δημόσια διοίκηση στη νέα δημόσια διοίκηση έχει επιφέρει αλλαγές στον «τρόπο σκέψης» του δημόσιου τομέα. Πλέον δίνεται έμφαση στην αποτελεσματικότητα των δομών παροχής υπηρεσιών στους πολίτες, λόγω και των δημοσιονομικών περιορισμών, και στη βελτίωση της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι έχει καταστεί αναγκαίο για τους αρμόδιους φορείς να κατανοούν εάν οι δομές τους είναι αποτελεσματικές και αν οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι ποιοτικές, επιχειρήθηκε με την παρούσα μελέτη η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 80 άτομα τα οποία κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, που τους μοιράστηκε σε έντυπη μορφή με κατ' οίκον επίσκεψη, το οποίο αναπτύχθηκε σε εργασία των Κωσταρέλη και Τσιτουρίδου (2006) υπό την επίβλεψη του αν. καθηγητή κ. Αλετρά και προσαρμόστηκε περαιτέρω για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Α ΜΕΡΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

1.1 Εισαγωγή

Παρόλο που η κοινωνική πολιτική είναι μια έννοια που χρησιμοποιείται σε αρκετά μεγάλο βαθμό, ειδικά τα τελευταία χρόνια που βιώνουμε τα αποτελέσματα μιας οικονομικής κρίσης, δεν έχει οριστεί με σαφή τρόπο ούτε γίνεται αποδεκτό το περιεχόμενο της από όλους όσους σχετίζονται με αυτήν και την μελετούν. Όλοι όμως καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική πολιτική έχει πρακτικό χαρακτήρα.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελείται από 4 υπό-κεφάλαια. Στο πρώτο παρατίθενται μερικοί ορισμοί της κοινωνικής πολιτικής. Στο δεύτερο, παρουσιάζονται μερικά ιστορικά στοιχεία και επεξηγείται ο τρόπος άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα και αναφέρονται οι φορείς που έχουν τη δυνατότητα άσκησης της, καθώς και οι αρμοδιότητές τους.

1.2 Κοινωνική Πολιτική-Ορισμός

Ο όρος κοινωνική πολιτική χρησιμοποιείται συνήθως για να υποδηλώσει το σύνολο των κρατικών παρεμβάσεων που έχουν ως σκοπό την αύξηση της κοινωνικής ευημερίας και την παροχή κοινωνικής προστασίας με βασικό στόχο να εξασφαλιστούν, σε κάθε μέλος της κοινότητας, συγκεκριμένα ιδανικά και συγκεκριμένες ευκαιρίες.(Spicker, (2004) και Hagenbuch (1985)) Σύμφωνα με το εναρμονισμένο ευρωπαϊκό σύστημα στατιστικών κοινωνικής προστασίας (ESSPROS) ο όρος «κοινωνική

πολιτική» αναφέρεται στο σύνολο των παροχών σε χρήμα ή σε είδος από πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών. Ο Marshall (1965), μας λέει ότι η κοινωνική πολιτική αναφέρεται στην πολιτική των κυβερνήσεων σχετικά με δράσεις που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ευημερία των πολιτών, παρέχοντάς τους υπηρεσίες ή εισόδημα. Επιπροσθέτως, οι Κοντιάδης κ.α. (2006) αναφέρουν και αυτοί ότι «η κοινωνική πολιτική συνδέεται γενικότερα με την καταγραφή, ιεράρχηση και κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών μέσα από σύνολα ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως»:

- η υγεία

- η ασφάλιση

- η απασχόληση

- η στέγαση

- οι προνοιακές υπηρεσίες, δηλαδή ένα σύνολο παρεμβάσεων που στοχεύουν στην εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη αναγκών συνδεδεμένων ιδίως με:
 - την παιδική μέριμνα

 - την προστασία της τρίτης ηλικίας

 - την ενίσχυση της οικογένειας

 - την υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες

Στις ειδικότερες στοχεύσεις της κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνεται:

- η εξομάλυνση των ποσοτικών και ποιοτικών προβλημάτων που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης των λιγότερο ευνοημένων από τη λειτουργία της αγοράς πληθυσμιακών ομάδων και η συνεπακόλουθη,
- η διασφάλιση αξιοπρεπών όρων ζωής για το σύνολο των μόνιμα εγκατεστημένων προσώπων.

Η Στασινοπούλου (2006) αναφέρει ότι η κοινωνική πολιτική παραπέμπει σε ένα σύνολο μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, με σκοπό την αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο στοχεύοντας κατ' επέκταση στην εξασφάλιση και στην δημιουργία κοινωνικής ευημερίας και συνοχής . Πλέον είναι ευρέως αποδεκτό ότι πρόκειται για ένα διεπιστημονικό πεδίο και όχι για ένα ξεχωριστό επιστημονικό αντικείμενο. Δηλαδή, για να σχεδιαστεί και να υλοποιηθεί αποτελεσματικά μια κοινωνική πολιτική απαιτείται η συνεργασία επιστημόνων διαφορετικών ειδικοτήτων και κλάδων, όπως για παράδειγμα, η συνεργασία επιστημόνων της κοινωνιολογίας, των οικονομικών, της νομικής και της πολιτικής. Στο ίδιο κείμενο αναφέρεται ότι η κοινωνική πολιτική ασκείται, είτε διαφοροποιημένη από τις άλλες πολιτικές (δημοσιονομική, υγειονομική κ.ά.), είτε σε συνδυασμό με αυτές. Επισημαίνει, όμως, ότι η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική και τη δημοσιονομική πολιτική, δεδομένου ότι η εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων για τη άσκησή της είναι αναγκαία.

1.3 Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα

1.3.1 Μερικά Ιστορικά Στοιχεία

Ήδη από την περίοδο του Καποδίστρια παρατηρούνται σημάδια άσκησης κοινωνικής πολιτικής με την ίδρυση και λειτουργία συνολικά επτά νοσοκομείων, ενός μεγάλου ορφανοτροφείου στην Αίγινα αλλά και με την οικονομική στήριξη

περιφερειακών ιδρυμάτων. Κατά την οθωνική περίοδο το Διάταγμα «Περί Αστυκλικής εν Αθήναις», ο Νόμος «Περί συστάσεως Φρενοκομείων», ο Νόμος «Περί συστάσεως επαρχιακών ιατρών» και το Διάταγμα εφαρμογής του καθώς και το Διάταγμα «Περί προσόντων των διορισθησομένων ως νομαρχιακών και επαρχιακών ιατρών και περί συστάσεως εξεταστικής αυτών επιτροπής» αποτελούν ενδείξεις άσκησης στοιχειώδους κρατικής δράσης και στον κοινωνικό τομέα. Παράλληλα παρατηρούνται και δράσεις προνοιακού χαρακτήρα, μέσα από την άσκηση κοινωνικής πολιτικής σχετικά με έκτακτες ανάγκες, με τους Νόμους «Περί βοήθειας των εκ της πολυομβρίας παθόντων εν Ερετρεία οικογενειών των Ψαριανών» και «Περί περιθάλψεως των εν Θήβαις απόρων οικογενειών καταστραφεισών εκ των προ μικρού συμβάντων σεισμών». (Τσέκος, 2003)

Την περίοδο του Βενιζέλου, με το Νόμο ΓπΛΒ'(3932)/1911 δημιουργείται εντός του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας ένα τμήμα Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας με απόσπαση του γραφείου εργασίας από το τμήμα Εμπορίου και Βιομηχανίας και αναβάθμισή του σε τμήμα Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Με το Νόμο 748/1917 «Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως» συγκροτείται το πρώτο υπουργείο με αρμοδιότητες κοινωνικών υπηρεσιών και πεδίο πολιτικής τους επίστρατους και τους πρόσφυγες. Το υπουργείο τελικά μετονομάζεται σε «Υπουργείο Υγιεινής Προνοίας και Αντιλήψεως» το 1922. Στη συνέχεια, το 1928 ο Βενιζέλος προχωρά στη σύσταση Υφυπουργείου Υγιεινής και δημιουργεί εντός αυτού μια ιδιαίτερη δομή για τα θέματα υγείας που με το Νόμο 4172/1929 αναβαθμίζεται σε «αυτοτελές Υπουργείον Υγιεινής» και αποσπάται από το Υπουργείο Προνοίας και Αντιλήψεως, (για να επανανοποιηθεί αργότερα το 1932 από την κυβέρνηση Τσαλδάρη).(Τσέκος, 2003) «Προνοιακές δράσεις μέσα από αυτοτελείς δομές πρωτοεμφανίζονται με τη συγκρότηση μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή της Επιτροπής Αποκαταστάσεως Προσφύγων, μιας ανεξάρτητης διεθνούς επιτροπής που δεν ελέγχονταν από την ελληνική κυβέρνηση, με αμερικανό πρόεδρο, και λειτουργική και οικονομική αυτοτέλεια, η οποία συντόνισε το όλο έργο της προσφυγικής αποκατάστασης». Την μετακατοχική περίοδο και συγκεκριμένα το 1947 παρατηρείται η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια παροχής κρατικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας με τη δημιουργία του οργανισμού «Πρόνοιας Βορείων Επαρχιών Ελλάδος», ο οποίος το 1955 μετονομάζεται σε «Βασιλική Πρόνοια». Το 1970 ο οργανισμός «Βασιλική Πρόνοια» μετατρέπεται σε νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) κοινωφελούς

χαρακτήρα και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομαζόμενος εκ νέου σε «Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας» (Ε.Ο.Π.). Το 1998 ο Ε.Ο.Π. μετατρέπεται σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και μετονομάζεται σε «Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας» (Ε.Ο.Κ.Φ.). (Κοντιάδης κ.α., 2006)

1.3.2 Φορείς Άσκησης Κοινωνικής πολιτικής

Στην Ελλάδα, η κοινωνική πολιτική σχεδιάζεται από το κεντρικό κράτος μέσω της συνεργασίας τεσσάρων συναρμόδιων Υπουργείων. Αυτά συνήθως είναι: το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Εργασίας, το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Οικονομίας. Αυτό όπως αναφέρει και η Στασινοπούλου (2006), είναι το κεντρικό επίπεδο άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Κύριες αρμοδιότητες, όσων εντάσσονται στο κεντρικό επίπεδο, είναι «ο επιτελικός σχεδιασμός, ο καθορισμός των κύριων κατευθυντήριων γραμμών άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και ο έλεγχος». Φορείς άσκησης της κοινωνικής πολιτικής είναι οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ και Β΄ βαθμού (Ο.Τ.Α.), δηλαδή οι Δήμοι και οι Περιφέρειες, που αποτελούν το τοπικό επίπεδο άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Οι Ο.Τ.Α έχουν τη δυνατότητα να σχεδιάζουν και να αποφασίζουν για την πολιτική που θα ασκήσουν, πάντα όμως μέσα στα νομικά πλαίσια που έχει θεσπίσει το Κράτος.

Οι Κοντιάδης κ.α. (2006) αναφέρουν ότι, η δυνατότητα που έχουν οι Ο.Τ.Α να ασκούν την εκάστοτε κοινωνική πολιτική, είναι θεσμοθετημένη. Συγκεκριμένα, μέσω του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (Ν. 3463/2006), για τον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και συγκεκριμένα υπό το άρθρο 75 ορίζεται ότι: οι Ο.Τ.Α Α βαθμού είναι υπεύθυνοι για τη ρύθμιση και διεύθυνση όλων των τοπικών υποθέσεων, με βάση τις αρχές της επικουρικότητας και εγγύτητας. Βασικός σκοπός τους είναι η προστασία, η ανάπτυξη και η συνεχής βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας. Στο ίδιο άρθρο, οργανώνονται και κατατάσσονται οι αρμοδιότητες των Δήμων στους εξής επτά (7) τομείς:

1. Περιβάλλον
2. Ανάπτυξη
3. Ποιότητα Ζωής και Εύρυθμη Λειτουργία των Πόλεων και των Οικισμών
4. Απασχόληση
5. Κοινωνική προστασία και αλληλεγγύη
6. Παιδεία, πολιτισμός και αθλητισμός
7. Πολιτική Προστασία

1.3.2.1 Αρμοδιότητες των Ο.Τ.Α στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών

Σύμφωνα με το νόμο 4430/2016 και ειδικότερα στο άρθρο 2 παρ.6, ορίζονται ως «κοινωνικές υπηρεσίες», οι υπηρεσίες αυτές που είναι προσβάσιμες σε όλους και έχουν σαν στόχο την παροχή κοινωνικής προστασίας και την προαγωγή της ποιότητας ζωής σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη, τα παιδιά και τα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις. Σε αυτές τις υπηρεσίες περιλαμβάνονται αυτές της εκπαίδευσης, της υγείας, της κοινωνικής στέγασης και σίτισης, της παιδικής φροντίδας, της μακροχρόνιας φροντίδας και οι υπηρεσίες κοινωνικής αρωγής.

Συγκεκριμένα στο άρθρο 75, παρ. (έ) του νόμου 3463/2006 , για τον τομέα της Κοινωνικής Προστασίας και αλληλεγγύης ορίζεται ότι οι αρμοδιότητες για τις οποίες είναι υπεύθυνοι οι Ο.Τ.Α, είναι οι εξής:

1. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις με στόχο την υποστήριξη και την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε άτομα που ανήκουν στην βρεφική, παιδική και τρίτη ηλικία. Επίσης έχουν τη δυνατότητα να ιδρύουν και να λειτουργούν Νομικά Πρόσωπα και ιδρύματα, όπως βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς, ορφανοτροφεία, βρεφοκομεία, Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η),Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η) κ.λπ. όπως επίσης έχουν και τη δυνατότητα εκπόνησης μελετών σχετικά με διάφορα κοινωνικά προγράμματα καθώς και την εφαρμογή αυτών.
2. Η παροχή υπηρεσιών υγείας και η προαγωγή της ψυχικής υγείας, με στόχο την μέριμνα, την υποστήριξη και τη φροντίδα ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, μέσω της δημιουργίας δημοτικών/κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, κέντρων υποστήριξης-αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία(Α.με.Α), κέντρων ψυχικής υγείας κ.λπ.
3. Η μέριμνα για τη στήριξη των αστέγων και των κατοίκων της περιοχής με σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή και προβλήματα διαβίωσης, με την παραχώρηση οικοπέδων που ανήκουν στο δήμο ή με την παροχή χρηματικού βοηθήματος, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης.
4. Η πρόληψη της παραβατικότητας στην περιοχή δικαιοδοσίας τους με την σχεδίαση, οργάνωση, συντονισμό και την εφαρμογή προγραμμάτων ή και πρωτοβουλιών.
5. Μέριμνα για την ένταξη των αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών , μεταναστών και προσφύγων στην τοπική κοινωνία.

6. Η δημιουργία τοπικών δικτύων αλληλεγγύης και εθελοντικών οργανώσεων ώστε να αναπτυχθεί το αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντισμού αντίστοιχα. Στόχος αυτών είναι η υποβοήθηση της δημοτικής αρχής στην επίτευξη της κοινωνικής της αποστολής.

Η υλοποίηση του προγράμματος Καλλικράτης, επέφερε πολλές οργανωτικές και λειτουργικές αλλαγές στην «καθημερινότητα» της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναβαθμίστηκε, αφού μεταβιβάστηκαν πρόσθετες αρμοδιότητες από το κεντρικό κράτος, προς του Δήμους και τις Περιφέρειες. (Ιωαννίδης & Σπανού, 2015). Οι πρόσθετες αυτές αρμοδιότητες, προστίθενται στο άρθρο 75 παρ. Ι του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (Ν. 3463/2006) υπό τον τομέα ε' («Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης»), σύμφωνα με το νόμο 3852/2010. Οι αρμοδιότητες αυτές είναι:

7. Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.
8. Η τήρηση κανόνων υγιεινής των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.
9. Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία, που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.
10. Η άσκηση ελέγχου και εποπτείας στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και η ευθύνη λειτουργίας των παιδικών εξοχών.
11. Η εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, καθώς και η έγκριση του προϋπολογισμού τους, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των επιχορηγήσεων, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.

12. Η οικονομική ενίσχυση αυτοστεγαζόμενων, η μίσθωση ακινήτων, η ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και η επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.

13. Ο διορισμός μελών διοικητικών συμβουλίων, η εποπτεία και η ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).

14. Ο ορισμός ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.

15. Η χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας, μετά από σχετική γνωμοδότηση της αρμόδιας Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.

16. Η έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας.

17. Η καταβολή επιδομάτων σε τυφλούς, κωφάλαλους, ανασφάλιστους παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους, διανοητικά καθυστερημένους, ανίκανους προς εργασία, υποφέροντες από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτους ανήλικους, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία και βαριά ανάπηρους, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.δ. 57/1973 (ΦΕΚ 149 Α'), της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων.

18. Η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.

19. Η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.

20. Η υλοποίηση:

α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,

β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση,

γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

21. Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.

22. Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.

23. Η χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.

24. Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.

25. Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.

26. Η χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.
27. Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρους ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.
28. Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, κατά τις ρυθμίσεις της παρ. 7 του άρθρου 14 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α').
29. Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.
30. 30. Η επιβολή ή άρση υγειονομικών μέτρων, λόγω εμφάνισης βαριάς επιζωοτίας για την έκδοση πιστοποιητικών προς μεταφορά ζώων.
31. Ο ορισμός ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. για τα Ν.Π.Δ.Δ. του νομού.
32. Ο ορισμός μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, από το δήμο όπου εδρεύουν τα ταμεία.
33. Η εφαρμογή, οργάνωση και εποπτεία της τεχνητής σπερματέγχυσης και του συγχρονισμού του οίστρου των ζώων.
34. Η παροχή γνωμάτευσης από τον αρμόδιο κτηνίατρο για υγειονομική καταλληλότητα των ζώων όταν πρόκειται για πλανόδια έκθεση ζώων.»

1.3.2.2 Δομές άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην Τοπική Αυτοδιοίκηση

Σύμφωνα με έρευνα της Ε.Ε.Τ.Α.Α, οι Ο.Τ.Α Ά βαθμού έχουν τη δυνατότητα να συγκροτήσουν υπηρεσίες, μέσω των οποίων θα ασκούν την εκάστοτε κοινωνική πολιτική, με τις παρακάτω μορφές (Ε.Ε.Τ.Α.Α, 1995):

1) Κοινωνική Υπηρεσία η οποία έχει συσταθεί με τροποποίηση του Εσωτερικού Κανονισμού Υπηρεσιών (Ε.Κ.Υ) των Ο.Τ.Α., σύμφωνα με το νόμο 1188/1981. Η συγκεκριμένη υπηρεσία αναλαμβάνει τις δραστηριότητες που δεν καλύπτονται από τα Νομικά Πρόσωπα ειδικών σκοπών (π.χ ενημερωτικές, συμβουλευτικές υπηρεσίες κλπ). Επειδή στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν δύναται να υπάρχει ειδική επιχορήγηση, τα έξοδα της υπηρεσίας καλύπτονται από τα γενικά έσοδα των Ο.Τ.Α

2) Αυτοτελές Νομικό Πρόσωπο με τους ίδιους σκοπούς (Κέντρο παροχής κοινωνικών υπηρεσιών), το οποίο μπορεί να έχει τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) ή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ), δηλαδή, δημοτικής επιχείρησης ή αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρίας, μαζί όμως με άλλα Νομικά Πρόσωπα που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας.

Κάθε μία από τις παραπάνω μορφές κοινωνικής υπηρεσίας έχει πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα, τα οποία σχετίζονται με την διαδικασία ίδρυσης, την ευελιξία της λειτουργίας και τα χρηματοοικονομικές δυνατότητες του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, τα Ν.Π.Δ.Δ υπόκεινται σε περιορισμούς σε ότι αφορά τις προσλήψεις προσωπικού, διότι λειτουργούν με βάση τους κανόνες του δημόσιου λογιστικού. Για το λόγο αυτό, διαδικασίες όπως η ανάθεση έργου/μελέτης, η απασχόληση επιστημονικού δυναμικού, η πληρωμή των υποχρεώσεών τους, απαιτούν περισσότερο χρόνο για να διεκπεραιωθούν και υπόκεινται σε αυστηρές γραφειοκρατικές διαδικασίες, που επιβραδύνουν τη λειτουργία των Ν.Π.Δ.Δ. Επιπροσθέτως, αν και οι επιχειρήσεις χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ευελιξία, η σύστασή τους, ωστόσο,

απαιτεί την εξεύρεση αρκετών πόρων (χρηματικά διαθέσιμα, ακίνητα κλπ). Η δυσκολία που συναντάται στην εξεύρεση των πόρων που απαιτούνται για την ίδρυση της επιχείρησης οφείλεται στο γεγονός, ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν είναι προϊόν που μπορεί να αποφέρει έσοδα. Η αστική εταιρία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα χαρακτηρίζεται από ευελιξία στη δομή της, επειδή είναι Ν.Π.Ι.Δ. και δεν δεσμεύεται ως προς τον αριθμό του προσωπικού που θα απασχολεί. Ακόμη, στην περίπτωση που πολλοί Ο.Τ.Α αποφασίσουν να συνεργαστούν, για να παρέχουν από κοινού κοινωνικές υπηρεσίες, η καταλληλότερη νομική μορφή είναι αυτή της διαδημοτικής επιχείρησης, η οποία πέρα από τους συνδέσμους και τις κοινές υπηρεσίες προβλέπεται και από το θεσμικό πλαίσιο.

1.4 Νέα Δημόσια Διοίκηση-Αποτελεσματικότητα

Η Νέα Δημόσια Διοίκηση ορίζεται ως μια φιλοσοφία μάνατζμεντ η οποία χρησιμοποιείται από τις κυβερνήσεις από τη δεκαετία του 1980 για να εκσυγχρονίσει το δημόσιο τομέα. Είναι μια έννοια με ευρύ και περίπλοκο περιεχόμενο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις μεταρρυθμίσεις στον δημόσιο τομέα. Κύρια υπόθεση της είναι ότι ένας μεγαλύτερος προσανατολισμός του δημόσιου τομέα προς την αγορά, θα οδηγήσει σε περισσότερη αποδοτικότητα κόστους για τις κυβερνήσεις χωρίς να έχει αρνητικές επιπτώσεις στους στόχους τους. Την ίδια δεκαετία, έγινε η μετάβαση από τις περισσότερες χώρες προς τη Νέα Δημόσια Διοίκηση, η οποία οδηγεί τον δημόσιο τομέα σε μια αναδιοργάνωση έτσι ώστε (Dunleavy και Hood (1994) και Hood (1995)):

- Να απαλείψει τις διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- Να μειώσει την έκταση κατά οποία η διακριτή εξουσία περιορίζεται με τη χρήση ενός ομοιόμορφου συνόλου κανόνων, με το να μεταφέρει τους κανόνες από τους επαγγελματίες στους πολιτικούς, διευθυντές και γραφειοκράτες

Οι Dunleavy και Hood (1994), υποστήριξαν ότι υπάρχουν επτά (7) σημεία που χαρακτηρίζουν τη Νέα Δημόσια Διοίκηση:

- Η διοίκηση των οργανώσεων είναι στα χέρια των *managers*
- Ξεκάθαρη στοχοθεσία και μέτρηση της αποτελεσματικότητας
- Δίνεται έμφαση στις εκροές του συστήματος, στην επίτευξη των στόχων, στα αποτελέσματα.
- Ο διαχωρισμός πολύ μεγάλων τμημάτων σε μικρότερα που χρηματοδοτούνται ξεχωριστά και επικοινωνούν μεταξύ τους οριζοντίως
- Αύξηση του ανταγωνισμού στα πλαίσια του δημόσιου τομέα
- Υιοθέτηση μεθόδων και πρακτικών από τον ιδιωτικό τομέα
- Δίνεται έμφαση στην πειθαρχία και την ορθολογική χρήση των παραγωγικών πόρων

Οι Osborne και Gaebler (1993), υποστήριξαν ότι οι αρχές που διέπουν τη Νέα Δημόσια Διοίκηση είναι οι:

- Αποκέντρωση αρμοδιοτήτων και πόρων
- Κατάρτιση προϋπολογισμών και καταστάσεων μισθοδοσίας με βάση τις επιδόσεις και τα αποτελέσματα

- Αντικατάσταση των άκαμπτων κανόνων και κανονισμών με πλαίσια συμπεριφοράς
- Διακυβέρνηση βάση στόχων
- Σχεδίαση δημόσιων πολιτικών με λογική ανταγωνισμού
- Μέτρηση της ικανοποίησης των πολιτών με κριτήρια ποιότητας

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω, συμπεραίνεται ότι μία από τις βασικές επιδιώξεις της Νέας Δημόσιας Διοίκησης είναι η αποτελεσματικότητα των δομών που απαρτίζουν τον δημόσιο τομέα δίνοντας έμφαση στην καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με το δυνατό χαμηλότερο κόστος. Άρα, οι φορείς άσκησης των πολιτικών της κεντρικής κυβέρνησης θα πρέπει να κατανοούν αν οι δομές που τους απαρτίζουν είναι αποτελεσματικές.

Σε γενικές γραμμές, η αποτελεσματικότητα μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα των υπηρεσιών να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Στην πλειοψηφία τους, αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να αξιολογηθούν μετά από την παροχή της υπηρεσίας και εκδηλώνονται ως μια μορφή αλλαγών στην κατάσταση του χρήστη των υπηρεσιών.(Lumijärvi 1999) Τα αποτελέσματα μπορούν να αναλυθούν ως οι κοινωνικές επιδράσεις, αποτελέσματα ενός οργανισμού ή επιπτώσεις μεταξύ των πελατών. (Vornanen κ.α. 2011).

Οι Vornanen κ.α (2011), θεωρούν την αποτελεσματικότητα ιδιαίτερα ως κοινωνική αποτελεσματικότητα, καθώς δεν περιλαμβάνει μόνο τις επιπτώσεις των δράσεων αλλά και τις συνέπειές τους μακροπρόθεσμα. Τονίζουν ότι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας είναι κάτι διαφορετικό σε σχέση με τη μέτρηση της παραγωγικότητας. Από κοινωνικο-οικονομική άποψη, η παραγωγικότητα θεωρήθηκε ως η διαδικασία σύγκρισης των αποτελεσμάτων με τις εισροές (άυλοι και υλικοί πόροι) όπου

η αποτελεσματικότητα θεωρείται ως το τελικό αποτέλεσμα των δράσεων (μακροπρόθεσμος αντίκτυπος στην ευημερία)(Pusa κ.α 2004)

Οι Cheetham κ.α (1992), υποστηρίζουν ότι παρά την φαινομενικά απλή χρήση της, η αποτελεσματικότητα δεν είναι μια έννοια που εμπεριέχει χειροπιαστά στοιχεία τα οποία περιμένουν να ερευνηθούν και μετρηθούν. Οι αποφάσεις-κρίσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα, εξαρτώνται από το ποιος καλείται να αποδώσει τον ορισμό της και να ορίσει τα αποτελέσματα που ελπίζει να επιτύχει με την αποτελεσματικότητα.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Στο παραπάνω κεφάλαιο διατυπώθηκε ότι, η κοινωνική πολιτική είναι μια πολυδιάστατη έννοια με ευρύ περιεχόμενο η οποία απαιτεί τη συμμετοχή και συνεργασία επιστημόνων από διάφορους κλάδους, με τελικό στόχο την μεγιστοποίηση της ευημερίας του ατόμου. Ακόμη, τεκμηριώθηκε ότι η δυνατότητα άσκησης κοινωνικής πολιτικής, από τους Ο.Τ.Α, στην Ελλάδα είναι θεσμοθετημένη και επίσης ότι η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας αποτελεί κοινωνική υπηρεσία, αναφέρθηκαν οι αρμοδιότητες των Ο.Τ.Α και ο τρόπος με τον οποίο έχουν τη δυνατότητα να ασκούν κοινωνική πολιτική. Τέλος έγινε αναφορά στην έννοια της Νέας Δημόσιας Διοίκησης και τις βασικές αρχές της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

2.1 Εισαγωγή

Όπως και κάθε άλλο πρόγραμμα κοινωνικού χαρακτήρα, έτσι και το «Βοήθεια στο σπίτι» δημιουργήθηκε με σκοπό την αντιμετώπιση ορισμένων κοινωνικών φαινομένων, με την παροχή υποστήριξης στις σχετιζόμενες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Το πρόγραμμα παρέχει μακροχρόνια φροντίδα τύπου ανοικτής προστασίας σε ηλικιωμένους και ΑμΕΑ(Άτομα με Ειδικές Ανάγκες). Ενώ παράλληλα, είναι μια πρωτοβάθμια υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας και με τη δράση του συμβάλλει στην ποσοτική και ποιοτική διεύρυνση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες.(Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, (2002) και Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2003). Τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ιδρυματική/νοσοκομειακή περίθαλψη στα άτομα που έχουν ανάγκη συνεχούς ιατρικής παρέμβασης και νοσηλευτικής φροντίδας εξαιτίας της μείωσης της αυτονομίας τους. (Φωτόπουλος, 2005)

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο το οποίο αποτελείται από επτά κεφάλαια γίνεται μία ιστορική αναδρομή στη λειτουργία του προγράμματος, περιγράφεται ο στόχος και σκοπός του, οι βασικές αρχές, οι φάσεις εφαρμογής και αναλύεται ο τρόπος στελέχωσης του, και οι φορείς υλοποίησης του. Τέλος αναφέρονται υπηρεσίες παραπλήσιες με αυτήν του προγράμματος.

2.2 Ιστορικό προγράμματος

Η πρώτη αναφορά για την παροχή υπηρεσιών στο σπίτι για ηλικιωμένους εμφανίζεται περίπου 45 χρόνια πριν (το Σεπτέμβριο του 1973) με το Νομοθετικό Διάταγμα 162 (Φ.Ε.Κ. 227/24-9-1973) «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» στο άρθρο 2 όπου ανέφερε: «...δύναται να εκδηλούται ως ιδρυματική περίθαλψις ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχομένη υπό μορφήν ηθικής συμπαράστασεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάλψεως αυτών».

Τη δεκαετία του 1990, έπειτα και από την εμφάνιση φαινομένων αποδόμησης του θεσμού της οικογένειας, δόθηκε έμφαση στις οικογενειακές πολιτικές. Ταυτόχρονα δοκιμάστηκε και εφαρμόστηκε επιτυχώς το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για τους ηλικιωμένους που στερούνται οικογένειας ή μένουν μακριά ή είναι αποκομμένοι από αυτήν, με στόχο την παροχή φροντίδας στο σπίτι των ηλικιωμένων με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς που είναι αδύναμοι ή μοναχικοί, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθεί η αυτονομία και ανεξαρτησία τους.(ΜΗΝΑΚΟΥΛΗ, ΤΣΙΑΚΑΤΟΥΡΑ 2005) Η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος, η οποία βασίστηκε στην Κ.Υ.Α 4514/12-9-96 του Υπουργού Οικονομικών και Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ξεκίνησε το 1997 στο Δήμο Περιστερίου. Ένα χρόνο αργότερα, το 1998 αποφασίστηκε η επέκταση της εφαρμογής του σε 102 δήμους με την προϋπόθεση ότι αυτοί διαθέτουν επαρκώς οργανωμένο Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. Το πρόγραμμα χρηματοδοτούνταν από το το ΥΠ.ΕΣΔΑ σε δύο Φάσεις(Α' και Β'). Στην Α' Φάση, χρηματοδοτήθηκαν 51 δικαιούχοι Ο.Τ.Α που εφάρμοσαν το πρόγραμμα, ενώ στη Β' Φάση χρηματοδοτήθηκαν άλλοι 51. (ΑΝ.ΚΑ, 2006 & Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 2005) Το 2000 μέσω του 'Β Κ.Π.Σ δημιουργήθηκαν 183 προγράμματα «Κοινωνικής Μέριμνας» τα οποία χρηματοδοτούνταν από το ΥΠ.ΕΣΔΑ, το οποίο ήταν υπεύθυνο και για την εποπτεία τους. Εν συνεχεία των παραπάνω, μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων τα οποία αντλούσαν χρηματικούς πόρους από το Γ Κ.Π.Σ, δόθηκε η

δυνατότητα για τη διεύρυνση της εφαρμογής του προγράμματος σε όλους τους υπόλοιπους Ο.Τ.Α της ελληνικής επικράτειας. Η εφαρμογή αυτή μπορούσε να γίνει από:

1. Επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α. του άρθρου 277 επόμενα του Δημοτικού και Κοινωνικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.) οι οποίες έχουν στον σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.
2. Διαδημοτικές επιχειρήσεις και οι αστικές εταιρείες που έχουν συσταθεί από τους ΟΤΑ και οι οποίες έχουν στον σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη, ή την πρόνοια ή συναφή προς τα ανωτέρω σκοπό, κατά το οικείο καταστατικό.
3. Ο.Τ.Α που δεν έχουν συστήσει τις επιχειρήσεις της προηγούμενης παραγράφου και μπορούν να εφαρμόσουν τις ενέργειες της παρούσας μέσω δημοτικών επιχειρήσεων όμορων δήμων ύστερα από σύναψη σχετικής προγραμματικής σύμβασης. Στην περίπτωση αυτή τελικοί δικαιούχοι είναι οι δημοτικές επιχειρήσεις για την υποβολή προτάσεων έργων (πράξεων), προκειμένου να ενταχθούν και χρηματοδοτηθούν στα πλαίσια του παραπάνω Μέτρου.(ΑΝ.ΚΑ, 2006)

Καθοριστικό ρόλο για τη διαμόρφωση του πλαισίου λειτουργίας, του εφαρμοστικού πλαισίου καθώς και για τις προϋποθέσεις σύστασης των μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι», είχε η Κοινή Υπουργική Απόφαση 4035/27-7-2001(Φ.Ε.Κ.1127/Β/30.8.2001), η οποία περιέχει άρθρα στα οποία αναφέρονται: το πλαίσιο ένταξης των ενεργειών, ο στόχος των ενεργειών – ωφελούμενοι, συντονισμός και η υποστήριξη των υλοποιούμενων ενεργειών, οι τελικοί δικαιούχοι, οι επιλέξιμες δράσεις, τα ειδικά κριτήρια αξιολόγησης, οι όροι υλοποίησης, οι επιλέξιμες δαπάνες – δικαιολογητικά υλοποίησης και δαπανών, οι υποχρεώσεις του τελικού δικαιούχου, η χρηματοδότηση, ο έλεγχος και οι τελικές διατάξεις. Η συγκεκριμένη Κ.Υ.Α «οδηγεί στη δημιουργία μιας δεύτερης γενιάς προγραμμάτων, στα οποία μπορούν να ενταχθούν όλοι οι δήμοι της χώρας».(ΑΝ.ΚΑ, 2006)(ΕΓΡΕΣ, 2013) Η παραπάνω Κ.Υ.Α βασίζεται στο νόμο 2646/98, ο οποίος αποτέλεσε το νομοθετικό πλαίσιο αυτής. Στον συγκεκριμένο

νόμο αναφέρεται ότι «Η πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας και αποσκοπεί στην πρόληψη των αναγκών και στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού». Συμπέρασμα αυτού, ότι οι Ο.Τ.Α είχαν τη δυνατότητα άσκησης κοινωνικής πολιτικής μέσω της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους δημότες. (ΑΝ.ΚΑ, 2006) Ακόμη, η ίδια Κ.Υ.Α εκλαμβάνει τη δημιουργία των καινούριων προγραμμάτων, ως συνέχεια της πρώτης προσπάθειας που έλαβε χώρα το 1997. Έπειτα επανατοποθετεί τους σκοπούς του προγράμματος και προσθέτει στην ομάδα στόχο, εκτός από του ηλικιωμένους, και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης, ορίζει ότι υπεύθυνη για το συντονισμό, την υποστήριξη και την παρακολούθηση της εξέλιξης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι η Ο.Δ.Ε (Ομάδα Διοίκησης Έργου), η οποία είχε συσταθεί με την Κ.Υ.Α 10024/1-6-2001(Φ.Ε.Κ 726/τ.β'/2001) και αποτελείται από στελέχη εκπροσώπους των Υπουργείων, στελέχη της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, εκπρόσωποι της Εκκλησίας, της ΕΣΑΕΑ(Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες) κ.α

Μέχρι τις αρχές του 2002 λειτουργούσαν 284 Μονάδες σε 253 Δήμους, εξυπηρετώντας περίπου 9000 άτομα άνω των 65 ετών.(ΜΗΝΑΚΟΥΛΗ, ΤΣΙΑΚΑΤΟΥΡΑ 2005) Σύμφωνα με την Αριθμ. Π1γ/ΓΠ οικ. 62329 (Φ.Ε.Κ Β'925/4-7-2003) το πρόγραμμα ορίστηκε να λειτουργήσει σε βάθος πενταετίας, από τα οποία, τα τρία πρώτα χρόνια θα χρηματοδοτείται από την Ε.Ε και τα επόμενα δύο, από τον κάθε Δήμο.

Σημαντικό σημείο αναφοράς στην πορεία του προγράμματος, αποτέλεσε η ένταξη του στο ΕΣΠΑ, με αποτέλεσμα τη συγχρηματοδότηση του, μέσω της πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής, μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένων επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» για την περίοδο από 01/01/2011 έως και 31/12/2011 μετά από την πρόσκληση 457/21-3-2011 της Ε.Ε.Τ.Α.Α η οποία ορίστηκε ως η επιβλέπουσα αρχή του προγράμματος. Η πράξη αυτή όριζε ότι για να έχει τη δυνατότητα κάποιος να ενταχθεί στο πρόγραμμα ή να συνεχίσει να λαμβάνει τις

παρεχόμενες υπηρεσίες από αυτό, θα έπρεπε να έχει στο συγγενικό του περιβάλλον κάποιο μέλος το οποίο θα ταλανιζόταν από ανεργία και το οποίο μέλος θα έπρεπε να είναι εγγεγραμμένο στον ΟΑΕΔ ή να έχει κάποιο μέλος που να απειλείται άμεσα από ανεργία. Επειδή όμως αυτό θα οδηγούσε σε σημαντική μείωση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ατόμων και θα έθετε σε άμεσο κίνδυνο την βιωσιμότητα του προγράμματος, εξασφαλίστηκαν από το Υπουργείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας, οι απαραίτητοι εθνικοί πόροι, που απαιτούνταν, για την συνέχιση της κάλυψης μέσω του προγράμματος και των ατόμων που δεν θα καλυπτόταν από την παραπάνω δράση. (ΕΓΠΕΣ, 2013) Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Ε.Ε.Τ.Α.Α το Β εξάμηνο του 2012, συμμετείχαν 297 φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ενώ οι συνολικές δομές του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ανερχόταν στις 879 και απασχολούνταν σε αυτές 3.673 εργαζόμενοι. Το σύνολο των δικαιούχων ανερχόταν στους 76.885. Το συνολικό ετήσιο κόστος του προγράμματος ανερχόταν στα 60 εκ. ευρώ.¹

Το υπ' αριθμ. ΦΕΚ 196/16-10-2012 εξασφάλισε τη συνέχεια του προγράμματος το 2012 με καταληκτική ημερομηνία την 31/03/2013. Παράλληλα προβλεπόταν από τον νόμο 4052/1.3.2012 η αντικατάσταση του προγράμματος, από την 01/04/2013, από το πρόγραμμα «Πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας Συνταξιούχων» το οποίο θα αναλάμβανε την κάλυψη των αναγκών της κατ' οίκον φροντίδας των συνταξιούχων όπως αυτή ορίζεται από τις διατάξεις του άρθρου 138 του παραπάνω νόμου. Εν τέλει, το «Βοήθεια στο σπίτι», παρατάθηκε έως την 30/09/2013 με τροπολογία, η οποία ψηφίστηκε στο νομοσχέδιο 4147/2013 «Κύρωση της από 31.12.2012 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου "Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων αρμοδιότητας των υπουργείων Εσωτερικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη, της Γενικής Γραμματείας της Κυβέρνησης και του υπουργού Επικρατείας" και άλλες διατάξεις». Η παράταση αυτή δόθηκε με σκοπό, να γίνει σωστά

¹ Voithiastospiti.blogspot.gr

και μεθοδικά η προετοιμασία του προγράμματος «κατ' οίκον φροντίδας Συνταξιούχων» το οποίο έπειτα θα αντικαθιστούσε το «Βοήθεια στο σπίτι». Τελικά το «κατ' οίκον φροντίδα» δεν τέθηκε ποτέ σε πρακτική εφαρμογή και ουδέποτε αντικατέστησε το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Εκ νέου παράταση δόθηκε στο πρόγραμμα, μέχρι την 30/09/2014 με το άρθρο 127 του νόμου 4199/2013. Με τον νόμο 4277/2014 ΦΕΚ 156 Α/1.8.2014 «Νέο ρυθμιστικό Σχέδιο Αθήνας-Αττικής και άλλες διατάξεις» και συγκεκριμένα στο άρθρο 64 παρ.1 «προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες για κοινωνική φροντίδα στο σπίτι, ηλικιωμένων, ΑμΕΑ, οικονομικά αδύναμων πολιτών κ.λ.π», παρατάθηκε η λειτουργία του προγράμματος έως την 31/12/2015 και η χρηματοδότηση του θα γινόταν από εθνικούς πόρους. Στο ίδιο άρθρο αλλά στην παρ.2 αναφέρεται ότι οι Δήμοι ή τα Νομικά του Πρόσωπα ή οποιαδήποτε άλλα Νομικά Πρόσωπα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που παρέχουν υπηρεσίες με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ή αποφασίσουν ότι θέλουν να ξεκινήσουν να τις παρέχουν από την 01/01/2016 και έπειτα θα πρέπει να συνάπτουν συμβάσεις παροχής υπηρεσιών του προγράμματος, από την 01/09/2015, ως πάροχοι των ειδικότερων προγραμμάτων «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων», «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα».

Με την παρ.2 του άρθρου 49 του Ν. 4351/2015 (ΦΕΚ Α' 164/4-12-2015) δίνεται παράταση στο πρόγραμμα μέχρι την 31/12/2016. Η χρηματοδότηση του γίνεται για ακόμη μία φορά από εθνικούς πόρους. Με τον Ν 4430/2016 (ΦΕΚ Α' 205/31-10-2016), δόθηκε παράταση για ακόμη μία φορά μέχρι και την 31/12/2017, με την χρηματοδότηση να γίνεται από εθνικούς πόρους. Ενώ, σύμφωνα με την παρ.1 του άρθρου 153 του Ν. 4483/2017 (ΦΕΚ Α' 107/31-07-2017), το πρόγραμμα πήρε άλλη μία παράταση της λειτουργίας του, μέχρι τις 31/12/2019. Το συνολικό ποσό που καθορίζεται από τον παραπάνω νόμο ότι χρειάζεται το πρόγραμμα για να λειτουργήσει ανέρχεται στα 60.000.000 ευρώ, τα οποία θα προέρχονται από εθνικούς πόρους.

2.3 Σκοπός και Στόχος του Προγράμματος

Σύμφωνα με το «Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι»» που εξέδωσε η Ομάδα Διοίκησης Έργου του τότε Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (2003), γενικός σκοπός του προγράμματος είναι: « Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.» Στη συνέχεια στο ίδιο έγγραφο προσδιορίζεται ο γενικός στόχος του προγράμματος, ο οποίος είναι: «Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιώνουν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία.» Συγκεκριμένα, «προτεραιότητα δίνεται στην φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους σε μόνιμη φάση ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό. Επίσης, και σε ΑμΕΑ που ζουν μόνα τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν κίνδυνο απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και δημιουργία κρίσης στην οικογένειά τους και κινδυνεύουν πρώιμα ή σε υπέρμετρο βαθμό να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας και έτσι να μειώσουν την ποιότητα της ζωής τους».

Οι υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα είναι:

- Κοινωνικής Εργασίας.
- Νοσηλευτικής φροντίδας.

- Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας.
- Ανάπτυξη λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών.

Στο πλαίσιο του προγράμματος, υπάρχει η δυνατότητα να γίνει επέκταση στο είδος και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε το σύνολο να μη περιέχει μόνο τις παραπάνω. (Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας)

Ειδικότερα ως προς τους σκοπούς του προγράμματος που αφορούν τους ηλικιωμένους και τα ΑμΕΑ, αναφέρονται στο παραπάνω έγγραφο οι εξής:

- Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών, στο πλαίσιο παροχής κοινωνικής φροντίδας, κατά προτεραιότητα στο σπίτι, στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Η ενημέρωση των φορέων άσκησης κοινωνικής πολιτικής και άλλων ενδιαφερόμενων οργανισμών.
- Η δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών και προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και ευκολότερη διαβίωση τους και κοινωνικής ευημερία.
- Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους καθώς και η προστασία τους από συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, αποκλεισμού, αρνητικές διακρίσεις, κακοποίησης, εκμετάλλευσης και παραμέλησης.
- Η αποφυγή του ιδρυματικού εγκλεισμού με την παραμονή τους στο φυσικό και οικείο τους περιβάλλον.
- Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους.

- Η διευκόλυνση της μετακίνησης, επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους.
- Η κατάλληλη διαμόρφωση του εσωτερικού του σπιτιού τους και του εξοπλισμού στον περιβάλλοντα χώρο έπειτα από μελέτη και σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης χρήσης και προσπέλασης αυτών.
- Η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών και της αλληλεγγύης με την στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας τους και των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα τους, χωρίς όμως την υποκατάσταση αυτών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το πρόγραμμα.
- Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- Η ρύθμιση των νοσηλευτικών κα υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η διασυνδετική τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματα τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης
- Η ενίσχυση των φιλικών δεσμών, των κοινωνικών σχέσεων και των συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.

2.4 Βασικές Αρχές του Προγράμματος

Ο Φωτόπουλος (2005), σε εισήγηση του, αναφέρει ότι η φροντίδα που παρέχει το πρόγραμμα, όπως και όλες οι δομές ανοιχτής περίθαλψης, προέρχεται από τη σουηδική αρχή της «ομαλοποίησης». Η αρχή αυτή, λέει ότι «το άτομο υποστηρίζεται να παραμείνει στο σπίτι του ώστε να συνεχίζει να απολαμβάνει την ανεξαρτησία του.» Στην ίδια εισήγηση, αναφέρεται ότι οι βασικές αρχές αυτών των δομών είναι ότι:

- Η φροντίδα στο σπίτι αποτελεί δικαίωμα του πολίτη. Μέσω αυτής, ο πολίτης εξασφαλίζει την παραμονή του στο φυσικό και οικείο του περιβάλλον, δηλαδή στο σπίτι του, στη γειτονιά του. Επίσης, μεγάλης σημασίας είναι να έχει ο καθένας τη δυνατότητα να επιλέξει ο ίδιος ποιας μορφής φροντίδα θα λάβει, ώστε να μην απλά ένας δέκτης υπηρεσιών.
- Η παραμονή σε νοσοκομείο ή ίδρυμα πρέπει να περιορίζεται στο χρονικό διάστημα στο οποίο ο πάσχων ευεργετείται περισσότερο.
- Η κατ'οίκον φροντίδα συμβάλλει στη διατήρηση της ψυχικής υγείας και στην αποφυγή του στιγματισμού και της απόρριψης, τα οποία οδηγούν σε εγκλεισμό. Ακόμη συμβάλλει στην ανάπτυξη και διατήρηση του δεσμού με την οικογένεια, φίλου και γενικά με τις κοινωνικές σχέσεις.
- Μέσω της κατ'οίκον φροντίδας, αποσυμφορίζονται τα εξωτερικά ιατρεία, νοσοκομεία, κλινικές διατήρησης της ψυχικής υγείας και τα ιδρύματα περίθαλψης των ηλικιωμένων. Αυτό συνεπάγεται εξοικονόμηση πόρων αφού το κόστος της ανοιχτής περίθαλψης είναι μικρότερο της κλειστής.
- Ενθαρρύνεται και διατηρείται η ανεξαρτησία του ατόμου.

Οι βασικές αρχές του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» «εμπεριέχονται στις γενικές διακηρύξεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως επίσης και στις ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους και τα ΑμΕΑ». (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2003) Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων τους όπως στο:

- να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους
- Η διαβίωση κάτω από αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Η διατήρηση της αυτονομίας τους, της κοινωνικής συμμετοχής, της επικοινωνίας και η αύξηση της αυτάρκειας τους.
- Να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών.
- Να απολαμβάνουν υπηρεσιών και παροχών που να τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση.
- Να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

2.5 Προετοιμασία και φάσεις εφαρμογής του προγράμματος

Στο παραπάνω έγγραφο καθορίζονται οι ενέργειες που πρέπει να εκτελούνται για την προετοιμασία του προγράμματος και περιγράφονται οι φάσεις εφαρμογής του ως εξής:

Προετοιμασία:

1. Εκπαίδευση προσωπικού
2. Προσαρμογή του σχεδίου στις τοπικές ιδιαιτερότητες
3. Καθορισμός χρονοδιαγράμματος.
4. Επιλογή κατάλληλων εργαλείων και τεχνικών
5. Προμήθεια αναγκαίου υλικού και εξοπλισμού
6. Επιλογή τρόπου εσωτερικής αξιολόγησης και στατιστική επεξεργασία για τις ανάγκες παρακολούθησης και εξωτερικής αξιολόγησης.
7. Υποβολή ενδιάμεσων και τελικών εκθέσεων εκτέλεσης του προγράμματος

Εφαρμογή:

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

3. Ιεράρχηση αναγκών ηλικιωμένων και ΑμεΑ του πληθυσμού προς εξυπηρέτηση (καθορισμός προτεραιοτήτων)
 - i. ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης
 - ii. ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας (διαβίωσης)
 - iii. αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων
 - iv. κάλυψη πολιτιστικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων
4. Συνεργασία και συντονισμός με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.), με τοπικούς φορείς ή δίκτυα, με προτεραιότητα τις υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες του δημοσίου, τομέα, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εθελοντικών οργανώσεων καθώς και των προγραμμάτων πρόνοιας της Εκκλησίας.
5. Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και προετοιμασία της κοινότητας για τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ καθώς και για το περιεχόμενο του προγράμματος.
6. Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα ΑμΕΑ, στους τομείς:
 - i. Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια
 - ii. Εξασφάλισης υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας

- iii. Έμπρακτης υπεράσπισης και προώθησης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίησης του άμεσου και ευρύτερου περιβάλλοντος
- iv. Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας
- v. Οικογενειακής-Οικιακής βοηθητικής φροντίδας και ικανοποίησης πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- vi. Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- vii. Αγωγή Υγείας και Πρόληψης
- viii. Προσαρμογής και βελτίωσης της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος
- ix. Διασυνδετικής με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης σίτισης κ.λ.π
- x. Διευκόλυνσης των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- xi. Διευκόλυνσης της πολιτιστικής, θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης
- xii. Ανάπτυξη ασφαλούς και απόρρητου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος και συστήματος συγκέντρωσης στατιστικών δεδομένων, με ευθύνη του υπευθύνου του συντονισμού του προγράμματος, για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της δράσης και τις

ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη αυτής.

2.6 Προσωπικό προγράμματος

Σύμφωνα με την πρόσκληση 457/21-3-2011 της Ε.Ε.Τ.Α.Α, η οποία είναι και ο επιβλέπων φορέας των προγραμμάτων, κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελείται από τα παρακάτω στελέχη:

- Κοινωνικό/ή λειτουργό (πτυχιούχο ΑΕΙ/ΤΕΙ, με άδεια άσκησης επαγγέλματος) ή Ψυχολόγο ΑΕΙ ή πτυχιούχο ΑΕΙ Κοινωνιολογίας ή Κοινωνικής Πολιτικής ή Κοινωνικής Διοίκησης, ο οποίος/ η οποία είναι υπεύθυνος/η για τη λειτουργία και το συντονισμό του προγράμματος.
- Νοσηλεύτη/τρια (με άδεια άσκησης επαγγέλματος και οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ΙΕΚ [πιστοποιημένο από τον ΟΕΕΚ] ή Σχολών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή άλλου ισότιμου τίτλου Σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής με άδεια άσκησης επαγγέλματος) ή Επισκέπτη Υγείας (ΤΕΙ).
- Οικογενειακή βοηθό.

Στο προσωπικό του προγράμματος, παρέχεται διευκόλυνση σχετικά με την παρακολούθηση σεμιναρίων και συνεδριών τα οποία αφορούν την ειδικότητα και το έργο τους.(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2003) Με τον τρόπο αυτό, το προσωπικό συνεχίζει να βελτιώνει τις γνώσεις του επί του έργου που είναι υπεύθυνο να παρέχει καθώς και τις ικανότητες του και δεν μένει στάσιμο.

2.6.1 Καθηκοντολόγιο Προσωπικού

Ο/Η Κοινωνικός Επιστήμονας παρέχει υπηρεσίες στους τομείς:

- Ατομική κοινωνική στήριξη
- Ενέργειες οργάνωσης και συντονισμού
- Κοινωνική στήριξη της οικογένειας
- Διαμεσολάβηση
- Μετακίνηση από έδρα δομής προς οικία εξυπηρετούμενου

Αναλυτικά τα καθήκοντα του είναι η συλλογή στοιχείων που αφορούν το κοινωνικό ιστορικό, κατάσταση υγείας, αναγκών των εξυπηρετούμενων και γενικά της κοινότητας, η αξιολόγηση και η ιεράρχηση των αναγκών τους, η ενημέρωση σχετικά με τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν και γενικά η πληροφόρηση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και τις υπηρεσίες που δικαιούνται, η συνεργασία του με άλλου φορείς(π.χ δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ιατρικά κέντρα κ.λ.π), η διαμεσολάβηση του για την παραπομπή των εξυπηρετούμενων στους παραπάνω φορείς, εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο. Επίσης υποχρέωση του είναι και η οργάνωση ενημερωτικών συναντήσεων για την καλύτερη πληροφόρηση της κοινότητας και των Ο.Τ.Α για θέματα που αφορούν το πρόγραμμα όπως επίσης και η έρευνα για την ύπαρξη εθελοντικών οργανώσεων, που μπορούν να συμβάλουν στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, και η εκπαίδευση αυτών.

Ο/Η Νοσηλεύτης/ια παρέχει υπηρεσίες στους τομείς:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ατομική-Προσωπική καθημερινή φροντίδα
- Εκπαίδευση φροντιστή οικογένειας
- Κοινωνική στήριξη οικογένειας
- Εξυπηρετήσεις
- Διαμεσολάβηση
- Ενέργειες οργάνωσης-συντονισμού
- Μετακίνηση από έδρα δομής προς οικία εξυπηρετούμενου

Αναλυτικά τα καθήκοντα του/ης νοσηλευτή/ιας είναι η παροχή παντός είδους νοσηλευτικής υπηρεσίας(π.χ τακτικός έλεγχος ζωτικών οργάνων, παροχή πρώτων βοηθειών, αιμοληψία κ.λ.π), η συνταγογράφηση μέσω ιατρού και η παροχή των φαρμάκων καθώς και η παρακολούθηση τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμη, η διασφάλιση της ατομικής υγιεινής με τον έλεγχο και την προετοιμασία του μπάνιου και την παροχή τοπικού πλυσίματος, η ενημέρωση και η παροχή νοσηλευτικής εκπαίδευσης, εκπαίδευσης για την καθημερινή υγιεινή σε άτομα της οικογένειας/φροντιστή. Η αξιολόγηση των στόχων και του προγραμματισμού που αφορούν την κατάσταση του εξυπηρετούμενου όπως επίσης και η αναζήτηση, συντονισμού, εκπαίδευση εθελοντών και εθελοντικών ομάδων.

Ο/η οικιακή βοηθός(βοηθητικό προσωπικό) παρέχει υπηρεσίες στους τομείς:

- Οικιακή καθαριότητα
- Ατομική-Προσωπική καθημερινή φροντίδα
- Ενέργειες οργάνωσης-συντονισμού
- Εξυπηρετήσεις
- Δευτερεύουσα νοσηλευτική φροντίδα
- Μετακίνηση από έδρα δομής προς οικία εξυπηρετούμενου

Αναλυτικά ο/η οικιακή βοηθός είναι υπεύθυνος για την διατήρηση της υγιεινής και την καθαριότητα της οικίας(π.χ καθάρισμα τζαμιών, πλύσιμο πιάτων/σκευών, σφουγγάρισμα πατώματος, στρώσιμο κρεβατιού, αλλαγή σεντονιών κ.λ.π). Επίσης είναι υπεύθυνος/η για την προετοιμασία των γευμάτων, παροχή φροντίδας στο ντύσιμο, διασφάλιση της ατομικής υγιεινής. Επίσης είναι υπεύθυνος και για τις εξωτερικές δουλειές, όπως η αγορά ειδών πρώτης ανάγκης, η διεκπεραίωση των υποθέσεων των εξυπηρετούμενων προς τράπεζες, Δ.Ε.Κ.Ο κ.λ.π, η προμήθεια των φαρμάκων και η συνταγογράφηση αυτών μέσω του αρμόδιου ιατρού. Ακόμη είναι υπεύθυνος/η για την παρακολούθηση της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και για την αξιολόγηση των στόχων και του προγραμματισμού που αφορούν την κατάσταση του εξυπηρετούμενου. (Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας) Η ομάδα των ατόμων που στελεχώνουν το πρόγραμμα, είναι αναγκαίο να λειτουργεί με βάση τις αρχές και μεθόδους της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού. Για τον λόγο αυτό και αφού έχουν προηγηθεί οι αναγκαίες φάσεις των ενεργειών που αναφέρθηκαν σε παραπάνω κεφάλαιο, ορίζεται σταθερή ημέρα όπως επίσης και ώρα για τον μηνιαίο και εβδομαδιαίο απολογισμό και προγραμματισμού του έργου της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας υποχρεούνται να τηρούν αρχείο με τα καθημερινά στατιστικά των υπηρεσιών που παρέχουν και σε εβδομαδιαία φάση, αυτά θα πρέπει να παραδίδονται στον συντονιστή του προγράμματος για τις

ανάγκες ενημέρωσης των αρμόδιων εποπτικών αρχών ώστε να υπάρχει σαφής εικόνα για την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος. Όσον αφορά τα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων που έχει συλλέξει η ομάδα, αυτά φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος υπό την ευθύνη του υπεύθυνου του προγράμματος και θεωρούνται απόρρητα. Πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο τα μέλη της του προγράμματος, τα οποία δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου. (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2003)

2.7 Φορέας Υλοποίησης

Σύμφωνα με την πρόσκληση 457/21-3-2011 της Ε.Ε.Τ.Α.Α φορείς υλοποίησης των προγραμμάτων είναι οι δομές οι οποίες είναι ή ανήκουν σε:

- Δήμους και Νομικά τους πρόσωπα.
- Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου.
- Κάθε είδους φυσικό ή νομικό πρόσωπο δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που αναπτύσσει νομίμως δραστηριότητες με σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφείς προς τα ανωτέρω δραστηριότητες.

Σε έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αναφέρεται ότι

- Ο δικαιούχος φορέας απαγορεύεται να απασχολεί το προσωπικό του προγράμματος, για καθήκοντα διαφορετικά από αυτά που προβλέπονται στο καθηκοντολόγιο τους. Η μη τήρηση των παραπάνω, «συνιστά παράβαση καθήκοντος δημόσιου λειτουργού σε βάρος του κοινωνικού συμφέροντος».

- Η επιβλέπουσα αρχή(σήμερα η Ε.Ε.Τ.Α.Α) θα πρέπει να λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος, από τον δικαιούχο φορέα. Επίσης θα πρέπει να αποστέλλει οποιαδήποτε στοιχεία του ζητούνται και χρειάζονται.

- Έχει την υποχρέωση να παραχωρήσει τον χώρο στέγασης του προγράμματος, ο οποίος θα πρέπει να είναι προσβάσιμος σε όλους τους ωφελούμενους. Ακόμη θα πρέπει να παρέχει τον απαραίτητο εξοπλισμό, τα απαραίτητα μέσα και κάθε αναγκαία διευκόλυνση προς το προσωπικό ώστε αυτό να έχει τη δυνατότητα να προσφέρει τις υπηρεσίες τους απρόσκοπτα.

- Υποχρεούται να παρέχει τα απαραίτητα υλικά και σύνεργα καθαρισμού και νοσηλευτικής φροντίδας, ώστε αυτά να χρησιμοποιηθούν για την εκτέλεση του έργου του προσωπικού, εφόσον δεν παρέχονται από τον ωφελούμενο.

- Ο χώρος στέγασης, που θα διαθέσει ο φορέας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα χώρο για ατομικές συναντήσεις, ο οποίος θα περιλαμβάνει με τη σειρά του: ένα γραφείο, καθίσματα, μια βιβλιοθήκη ασφαλείας, ένα ερμάριο ασφαλείας, τηλεφωνική γραμμή, ηλεκτρονικός υπολογιστής(με όλες τις περιφερειακές συσκευές και σύνδεση στο διαδίκτυο). Επίσης, θα πρέπει να περιλαμβάνει και ένα χώρο για ομαδικές συναντήσεις στον οποίο να υπάρχει: ένα τραπέζι εργασίας, καθίσματα και μια βιβλιοθήκη.

2.8 Παραπλήσιες Υπηρεσίες

Εκτός από το «Βοήθεια στο Σπίτι», άλλες δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων που υπάρχουν, είναι τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ΚΑΙ ΤΑ Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα οποία διασυνδέονται μεταξύ τους, και εμπίπτουν στη δικαιοδοσία των Ο.Τ.Α Α' βαθμού.(Κοντιάδης & Απιστούλας, 2006)

2.8.1 Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η)

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η, αποτελεί φορέα παροχής ανοικτής φροντίδας με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον.(Ντάση, Σαβιόλη, 2012) Η πιλοτική εφαρμογή του στην Ελλάδα, ξεκίνησε το 1979 από φορείς εθελοντισμού, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.(Βουνακη, 2004) Από το 1984 και έπειτα, οι αρμοδιότητες ίδρυσης και λειτουργίας τους περιήλθαν στην ευθύνη των Ο.Τ.Α(ν.1416/1984)

Η βασική κατευθυντήρια γραμμή του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων². Συγκεκριμένα σκοπός των Κ.Α.Π.Η είναι:

- Η πρόληψη προβλημάτων που αφορούν την βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση των ηλικιωμένων, ώστε αυτοί να δύνανται να παραμένουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη(εμβολιασμοί, συμβουλές, ιατρικές-διαγνωστικές εξετάσεις).

Όπως αναφέρεται στις Ντάση και Σαβιόλη (2012), ο Αμίτσης (1993) είπε ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Α.Π.Η είναι ένας συνδυασμός από τις παραδοσιακές

² <http://old.50plus.gr/kapi>

ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνομιακές υπηρεσίες ανοικτού τύπου. Συγκεκριμένα παρέχεται³:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη και κοινωνική φροντίδα στους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους όπως επίσης και ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Φυσιοθεραπεία και Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη Ψυχαγωγία
- Κατ'οίκον εξυπηρέτηση
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων \
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους

Τέλος, όπως αναφέρουν οι Βουνάκη και Χαραλαμπίκη (2004), επιδίωξη του θεσμού είναι η άνευ ταξικών διακρίσεων από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων των ηλικιωμένων με πρωταρχικό στόχο την εξάλειψη του αισθήματος της μοναξιάς.

³ <http://old.50plus.gr/kapi>

2.8.2 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων(Κ.Η.Φ.Η)

Τα Κ.Η.Φ.Η αποτελούν σύγχρονες δομές ημερήσιας φιλοξενίας των ηλικιωμένων που δεν δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και των οποίων τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα τους, εργάζονται ή αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά, οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατούν να ανταποκριθούν πλήρως στη φροντίδα που έχουν αναλάβει. Διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η που ενδεχομένως υπάρχουν στη περιοχή με σκοπό την διευκόλυνση της λειτουργίας της μονάδας σε θέματα έρευνας και καταγραφής των ωφελούμενων, σε θέματα προσωπικού και στην εξεύρεση εθελοντών. Επίσης συνεργάζονται με τοπικούς φορείς παρόχους κοινωνικών υπηρεσιών και με μονάδες υγείας. Οι δομές αυτές, ιδρύονται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και στεγάζονται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους και λειτουργούν σε καθημερινή βάση με δυνατότητα να φιλοξενούν ηλικιωμένους για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα της ημέρας, παρέχοντας τους υπηρεσίες φροντίδας.(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2003) Συγκεκριμένα παρέχεται⁴:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

⁴ <http://old.50plus.gr/kifi>

Σκοπός αυτών των δομών είναι σύμφωνα με έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, έτσι ώστε να διατηρείται η συνοχή της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται η εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας η οποία περιλαμβάνει ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και τέλος η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Παράλληλα στόχος των Κ.Η.Φ.Η είναι η παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας σε ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε απόλυτο βαθμό και δεν έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν καθημερινή υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον για λόγους κοινωνικούς, οικονομικούς και υγείας. Τα Κ.Η.Φ.Η εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα με ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.(Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002)

2.9 Ανακεφαλαίωση

Το παραπάνω κεφάλαιο εστίασε στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λόγω της σημαντικότητας του στην παροχή υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας σε μια ομάδα του πληθυσμού που ολοένα και αυξάνεται. Έγινε μια ιστορική αναδρομή από την πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος το 1997 έως και την τελευταία πράξη ανανέωσης της λειτουργίας του μέχρι το 2019. Ακολούθησε η αναφορά του σκοπού και στόχου του προγράμματος, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η «βελτίωση της ποιότητας ζωής» και η «απόκτηση κοινωνικής ευημερίας» καθώς και των βασικών αρχών που το διέπουν και των φάσεων εφαρμογής του. Επίσης αναλύθηκε ο τρόπος που στελεχώνεται καθώς και τα καθήκοντα του προσωπικού. Ακόμη, έγινε αναφορά στον φορέα υλοποίησης του προγράμματος και στις ευθύνες αυτού προς το πρόγραμμα. Τέλος, έγινε αναφορά σε δομές που προσφέρουν παραπλήσιες υπηρεσίες με αυτούς του προγράμματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ποιότητα στις υπηρεσίες-Ικανοποίηση χρήστη-Ποιότητα ζωής 3^{ης} ηλικίας

3.1 Εισαγωγή

Πριν και από την ύπαρξη των αρχαίων Ελλήνων, οι υπηρεσίες υπήρχαν και οι λήπτες αυτών πλήρωναν για να τις λάβουν (Moritz, 2005). Σήμερα, η καθημερινότητά μας, περιλαμβάνει την χρησιμοποίηση αρκετών υπηρεσιών χωρίς όμως να το αντιλαμβανόμαστε. Για παράδειγμα ο δανεισμός ενός βιβλίου από τη βιβλιοθήκη, οι ταχυδρομικές υπηρεσίες, η αγορά ενός ροφήματος.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελείται από τέσσερα υπό-κεφάλια. Στο πρώτο ορίζεται η έννοια της υπηρεσίας και δίνονται τα χαρακτηριστικά της. Στο δεύτερο δίνονται οι ορισμοί της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης από αυτές. Στο τρίτο παρουσιάζονται έρευνες σχετικές με την μέτρηση των αντιλήψεων ποιότητας και ικανοποίησης και τέλος στο τέταρτο γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών που μετρούν την ικανοποίηση/αντιλήψεις ποιότητας από προγράμματα παροχής φροντίδας στο σπίτι.

3.2 Υπηρεσία

Με τον όρο υπηρεσία περιγράφεται μια σειρά ενεργειών οι οποίες έχουν στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου που λαμβάνει την υπηρεσία, όπως για παράδειγμα ενός πελάτη ή ενός ασθενή. (Χυτήρης & Άννινος, 2015). Σύμφωνα με τον Grönroos (1990) υπηρεσία, είναι μια κοινωνική δραστηριότητα η οποία εκτελείται μεταξύ του λήπτη της υπηρεσίας και του πάροχου αυτής. Δηλαδή, υπάρχει στις

περισσότερες περιπτώσεις άμεση διαπροσωπική επαφή μεταξύ του ατόμου που λαμβάνει την υπηρεσία και του ατόμου που την παρέχει. Οι Armstrong και Kotler (2009) είπαν επίσης, ότι υπηρεσία είναι « κάθε ενέργεια ή όφελος που προσφέρει κάποιος σε κάποιον άλλο, η οποία είναι ουσιαστικά άυλη και δεν έχει ως στόχο την ιδιοκτησία κάποιου πράγματος. Ακόμη οι Johnston, Clark και Shulver (2012) αναφέρουν ότι, το άτομο που λαμβάνει την υπηρεσία, την αντιλαμβάνεται ως συνολική εμπειρία η οποία περιλαμβάνει χρήση/κατανάλωση υλικών προϊόντων, οφέλη, συναισθήματα, πρόθεση επαναγοράς και αξιολόγηση. Συμπεραίνοντας, η αξιολόγηση μια υπηρεσίας, δηλαδή η ανασκόπηση από το άτομο που έλαβε την υπηρεσία, σχετικά με το τι έλαβε και πόσο ήταν το συνολικό κόστος για την «απόκτηση» του, οδηγεί στην ικανοποίηση από αυτήν την υπηρεσία. Σύμφωνα με τους Kotler και Keller (2006) το συνολικό κόστος που αντιλαμβάνεται ο αγοραστής, είναι η άθροιση του κόστους σε χρόνο, ενέργεια, χρήματα και του ψυχικού κόστους μαζί.

Ο Moritz (2005) υποστηρίζει ότι, οι υπηρεσίες έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Οι υπηρεσίες δεν είναι απτές. Μια υπηρεσία δηλαδή δεν έχει υλική υπόσταση, φυσική μορφή και δεν είναι δυνατό κάποιος να την αγγίξει. Δεν μπορεί κανείς να τη δει πριν την αγορά, αλλά μπορεί μόνο να βιώσει τα αποτελέσματα που προέρχονται από αυτήν.
2. Οι υπηρεσίες δεν διαχωρίζονται από την κατανάλωση. Σε αρκετές περιπτώσεις, η παροχή και η κατανάλωση μιας υπηρεσίας γίνονται ακριβώς την ίδια στιγμή, για τον λόγο αυτό, η παροχή μιας υπηρεσίας δεν είναι δυνατό να διαχωριστεί από την κατανάλωση της από τον πελάτη.
3. Οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευτούν. Εφόσον οι υπηρεσίες δεν έχουν υλική υπόσταση, δεν μπορούν και να αποθηκευτούν ή να καταγραφούν.
4. Οι υπηρεσίες δεν οικειοποιούνται. Οι περισσότερες υπηρεσίες καταναλώνονται τη στιγμή χρήσης τους για αυτό δεν δύναται κανείς να πάρει σπίτι του μια υπηρεσία.

5. Οι υπηρεσίες είναι πολύπλοκες εμπειρίες. Η παροχή υπηρεσίας είναι δυνατό να πραγματοποιείται, οποιαδήποτε ώρα και στιγμή. Σε αντίθεση με τα υλικά προϊόντα, ο παραλήπτης της υπηρεσίας δεν μπορεί να αντιληφθεί με τον ίδιο τρόπο δύο όμοιες προσφορές υπηρεσίας.
6. Η ποιότητα των υπηρεσιών δεν μετριέται εύκολα. Οι μετρήσεις της ποιότητας των υπηρεσιών τείνουν να είναι περισσότερο ποιοτικές παρά ποσοτικές. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα και να δυσκολεύει ακόμα πιο πολύ τον έλεγχο της ποιότητάς τους.

3.3 Σχέση Ποιότητας υπηρεσιών-Ικανοποίησης

Η ικανοποίηση ενός ατόμου από την υπηρεσία που «κατανάλωσε», εξαρτάται εκτός των άλλων και από την ποιότητα αυτής. (Kotler & Keller, 2006) Οι ορισμοί που υπάρχουν για την ποιότητα των υπηρεσιών, είναι αρκετοί. Σύμφωνα όμως με τη Miller (1993), «ποιότητα είναι το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που επηρεάζουν την ικανότητά τους να ικανοποιούν τις διατυπωμένες ή τις υπονοούμενες ανάγκες». Ακόμη, το 1985 ο Drucker όρισε την ποιότητα ως την αντίληψη του πελάτη ότι η υπηρεσία που λαμβάνει ικανοποιεί τις ανάγκες του, με βάση τα πρότυπά του και την τιμή την οποία πληρώνει. Ένας ακόμη ορισμός παραθέτει ότι, ποιότητα των υπηρεσιών είναι ο βαθμός που συμπίπτουν οι προσδοκίες που έχει ο παραλήπτης της υπηρεσίας, προτού λάβει τις εκάστοτε παροχές, με την αντίληψη που σχηματίζει για την υπηρεσία αφού έχει λάβει τις τελευταίες. (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990) Επομένως, εάν η αντίληψη του πελάτη, από την κατανάλωση μιας υπηρεσίας, είναι μεγαλύτερη από την προσδοκία του, τότε ο πάροχος της υπηρεσίας έχει ικανοποιήσει τον πελάτη. (Rosen, Karwan & Scribner, 2003). Οι Holbrook, Morris & Corfman (1985), υποστήριξαν ότι οι καταναλωτές δεν χρησιμοποιούν τον όρο ποιότητα με τον ίδιο τρόπο που τον χρησιμοποιούν οι ερευνητές-επιστήμονες, οι οποίοι την ορίζουν εννοιολογικά. Η εννοιολογική προσέγγιση των ερευνητών, διακρίνει δύο ξεχωριστές έννοιες μέσα στην ποιότητα. Την «μηχανιστική»

και την «ουμανιστική» έννοια. Η μηχανιστική ποιότητα, περιλαμβάνει την αντικειμενική πλευρά ή τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου ή ενός γεγονότος. Ενώ από την άλλη, η ουμανιστική ποιότητα περιλαμβάνει την υποκειμενική αντίδραση των ανθρώπων προς ένα αντικείμενο και για αυτό τον λόγο είναι διαφορετική από άνθρωπο σε άνθρωπο.

3.4 Ποιότητα ζωής 3^{ης} ηλικίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(W.H.O, 1997) ορίζει την ποιότητας ζωής ως την αντίληψη των ατόμων για την στάση τους προς τη ζωή στο πλαίσιο της κουλτούρας και των αξιών με τα οποία ζούνε και σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες, τις ανησυχίες και τα πρότυπα. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με έναν περίπλοκο τρόπο από την σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και της σχέσης του με τα κυριότερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος του. Επιπροσθέτως, η ποιότητα ζωής περιγράφεται ως η ευεξία που προκύπτει από ένα συνδυασμό σωματικών, λειτουργικών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων⁵. Τέλος, ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής είναι «προϊόν» της αλληλεπίδρασης μεταξύ των κοινωνικών, των οικονομικών, των περιβαλλοντικών συνθηκών και των συνθηκών υγείας, που επηρεάζουν της ανθρώπινη και κοινωνική ανάπτυξη⁶

Επειδή, όπως συμπεραίνεται και από τους ορισμούς, η ποιότητα της ζωής είναι μια ευρεία έννοια, δεν επιτυγχάνεται γενική συμφωνία ως προς την μέτρηση της. Σε μεγάλο βαθμό ευθύνεται η πληθώρα τρόπων μέτρησης που χρησιμοποιούνται μεταξύ και

⁵ Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS-36 item short-form health survey (SF-36) MedCare . 1992; 30 (6):473-83

⁶ <http://www.qlient.org/indexe.html>

εντός των ενδιαφερόμενων κλάδων της επιστήμης. Οι ιατρικές επιστήμες έχουν μια πληθώρα εργαλείων μέτρησης για την ποιότητα ζωής όπως αυτή επηρεάζεται από την υγεία. Οι κοινωνικές επιστήμες, όσον αφορά τον τρόπο μέτρησης, τείνουν να υιοθετούν μια πολυδιάστατη προσέγγιση εμπεριέχοντας μεταβλητές όπως η υγεία, η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή, το εισόδημα, η κοινωνική δικτύωση κ.α. (Smith, 2000) Στο ίδιο κείμενο ο Smith (2000), καταλήγει ότι το ενδιαφέρον που διακατέχει τους ερευνητές για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής προκύπτει από διάφορους παράγοντες. Αρχικά, λόγω της συνεχόμενης αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμού σε μια περίοδο δημοσιονομικών περιορισμών, παρουσιάζονται προκλήσεις σχετικά με την κάλυψη των αναγκών σε θέματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Δεύτερον, η τεχνολογική εξέλιξη στην ιατρική προσθέτει χρόνια στη ζωή αλλά δεν προσθέτει και απαραίτητα ποιότητα. Τρίτον υπάρχει μια καθοριστική αλλαγή εστίασης του ιατρικού ήθους από τη δευτερογενή και τριτογενή εκτέλεση στην πρωτογενή πρόληψη και παρέμβαση. Τέλος, λόγω της παγκοσμιοποίησης έχει αυξηθεί το φαινόμενο του ανταγωνισμού διεθνώς και κατ'επέκταση μια νέα ανάγκη για τα κράτη, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των πολιτών του με την ελπίδα ότι αυτή η κίνηση θα βελτιώσει την εικόνα του κράτους σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, οι Bowling κ.α. (1995) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα της ζωής επηρεάζεται από την υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ διαπίστωσαν ότι η «καλή» υγεία και η οικονομική άνεση ήταν οι παράγοντες που βελτιώνουν την ποιότητα. Οι Raphael κ.α. (1999) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε μια περιοχή του Τορόντο συμπέραναν ότι η ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες και η ένταξη σε διάφορες ομάδες, επηρέαζαν την ποιότητα ζωής τους. Μια άλλη έρευνα των Michalos κ.α. (2000), υπέδειξε ότι παράγοντες όπως: η ψυχική υγεία, η ικανοποίηση από την τωρινή ηλικία, η οικονομική ασφάλεια, οι δημιουργικές ευκαιρίες, η γειτονία, τα επιτεύγματα στη ζωή και η πρόσβαση σε μαγαζιά λιανικής επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η Farquhar (1995) διεξήγαγε έρευνα σε ένα προάστιο του Λονδίνου και σε μια ημι-αγροτική περιοχή. Τα αποτελέσματα που εξήγαγε, έδειξαν ότι για τους ηλικιωμένους που ζούνε στο σπίτι τους, η υγεία και η λειτουργικότητα δεν είναι οι μόνοι παράγοντες της ποιότητας ζωής. Οι σχέσεις με την οικογένεια, η κοινωνική επαφή και οι δραστηριότητες είναι παράγοντες με

εξίσου μεγάλη σημασία. Οι Cheraghi κ.α (2016) διεξήγαγαν έρευνα σε ηλικιωμένους στο Ιράν και κατέληξαν ότι η σωματική υγεία, ειδικά για τις γυναίκες, και η περιβαλλοντική υγεία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

3.5 Επισκόπηση Ερευνών αξιολόγησης προγραμμάτων «ΒσΣ»-κατ'οίκον φροντίδας

Πίνακας 3.5.1: Επισκόπηση Ερευνών

Συγγραφέας/Έτος /Τίτλος	Τύπος έρευνας/Δείγμα/Ερευνητικό εργαλείο	Μεταβλητές	Στόχος	Συμπεράσματα
Βουνάκη και Χαραλαμπίκη(2004) Τρίτη ηλικία. Αξιολόγηση του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι» στην περιοχή Μασταμπα του Δήμου Ηρακλείου και στο Δήμο Χανίων	Ποσοτική έρευνα Δείγμα:110 άτομα Ερωτηματολόγιο	Επίπεδο ικανοποίησης από υπηρεσίες προγράμματος	Αξιολόγηση του προγράμματος ΒσΣ	80,5% πλήρως ή πολύ ικανοποιημένοι 16,7% λίγο ικανοποιημένοι 2,8% καθόλου
ΑΝ.ΚΑ(2006) «Έρευνα καταγραφής και	Ποσοτική έρευνα Δείγμα:474(υπεύθυν	Κάλυψη αναγκών Αποδοχή προγράμματος	Μέτρηση Βαθμού ικανοποίησης εξυπηρετού	52% Επαρκής Κάλυψη

<p>αποτύπωσης των προβλημάτων, των αναγκών και των ενεργειών για τη συνέχιση λειτουργίας των μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι»»</p>	<p>οι δομών) Ερωτηματολόγιο</p>	<p>από χρήστες</p>	<p>μενων</p>	<p>43% μέτρια 3,5%-5% ανεπαρκώς/ καμία απάντηση 73%πλήρης αποδοχή 25% μερικώς 2% σχετικά ελάχιστα ως καθόλου</p>
<p>Αλεξιάς και Φλάμου (2007) Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο</p>	<p>Ποσοτική έρευνα Δείγμα: 200 Ερωτηματολόγιο</p>	<p>Η κάλυψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους από το πρόγραμμα για: 1.Ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα 2.Ατομική φροντίδα 3.Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι σε</p>	<p>Η γενική αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», στο νομό Χίου.</p>	<p>80% απόλυτα ευχαριστημένο από την παρεχόμενη νοσηλευτική ή φροντίδα 82% αύξηση από αρκετά έως πολύ η ιατρική περίθαλψη</p>

σπίτι»		χώρους.		>63% Ικανοποιημένοι από τη βοήθεια στη μετακίνηση εντός και εκτός
Skaperdas, Lavdaniti, Dimitriadou, Psychogiou, Sgantzou, Krepia, Sapountzi-Krepia (2010) Ικανοποίηση από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» σε μια περιφέρεια της κεντρικής Ελλάδας	Ποσοτική έρευνα Δείγμα: 300 Ερωτηματολόγιο	Βαθμός Ικανοποίησης	Ικανοποίηση από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» σε μια περιφέρεια της κεντρικής Ελλάδας	Ικανοποιημένοι από τη δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης με το προσωπικό του προγράμματος, από τις επαγγελματικές δεξιότητες του προσωπικού και από την επάρκεια του συστήματος Ικανοποιημένοι οριακά, από το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών
Ντάση και Σαβιόλη (2012) η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων	Ποσοτική έρευνα Δείγμα: 240	Βαθμός Ικανοποίησης	Μέτρηση Βαθμού Ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος	Οι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι από το

αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στον Δήμο Ηρακλείου.	Ερωτηματολόγιο		ος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου, σε σχέση με τις υπηρεσίες του προγράμματος.	πρόγραμμα.
Εγρέζ(2013) μέτρηση της ικανοποίησης/αντίληψης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών των εξυπηρετούμενων από το «ΒσΣ» σε ορεινό και αστικό δήμο της περιφερειακής ενότητας Καστοριάς	Ποσοτική έρευνα Δείγμα:266 Ερωτηματολόγιο	Βαθμός Ικανοποίησης/Αντίληψης Ποιότητας	Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων και ΑΜΕΑ που εξυπηρετούνται από τη δομή Βοήθεια στο Σπίτι στο Δήμο Νεστορίου και στο Δήμο Καστοριάς της Περιφερειακής Ενότητας Καστοριάς.	86,1% του ορεινού δήμου ικανοποιημένοι 26,4% του αστικού δήμου ικανοποιημένοι

3.6 Ανακεφαλαίωση

Στο παραπάνω κεφάλαιο δόθηκαν ορισμοί για την έννοια της υπηρεσίας και της ποιότητας των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, γενικό συμπέρασμα είναι ότι η υπηρεσία είναι μια σειρά από ενέργειες που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του αισθήματος της ικανοποίησης στο λήπτη της υπηρεσίας και την αποκομιδή των ανάλογων οφελών από τον πάροχο αυτής. Η ποιότητα της υπηρεσίας μετριέται ως ο βαθμός ικανοποίησης του λήπτη. Ακόμη, καταλήξαμε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Τέλος, παρατηρήθηκε από τη μελέτη του πίνακα 3.5.1, ότι δεν έχει γίνει μέτρηση της αποτελεσματικότητας σε προγράμματα κατ'οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος και της ποιότητας ζωής τους.

B ΜΕΡΟΣ

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Εισαγωγή

Έρευνα αγοράς είναι η διαδικασία συλλογής, ανάλυσης και ερμηνείας πληροφοριών σχετικά με μια αγορά και ένα προϊόν ή υπηρεσία προς πώληση σε αυτήν την αγορά. Αφορά, πελάτες του παρελθόντος, του παρόντος αλλά και μελλοντικούς πελάτες, οι οποίοι αγόρασαν, αγοράζουν ή ενδέχεται να αγοράσουν το προϊόν ή την υπηρεσία. Μέσω της έρευνας προκύπτουν πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τις καταναλωτικές συνήθειες και τις ανάγκες της επιχείρησης(βλ. <https://www.entrepreneur.com/encyclopedia/market-research>), αποτελεί δηλαδή μια διαδικασία διευκόλυνσης(Σιώμκος και Μαύρος, 2008) Παρόλο που η παρούσα έρευνα έχει σκοπό την συλλογή στοιχείων μιας δομής κοινωνικού τύπου, η οποία δεν τιμολογεί την υπηρεσία που προσφέρει και δεν αποσκοπεί σε οικονομικό κέρδος από συναλλαγές με πελάτες, τα βασικά στοιχεία και η κατεύθυνση παραμένουν ίδια.

Το παρόν κεφάλαιο αποτελείται από οκτώ υπό-κεφάλαια. Στο πρώτο αποτυπώνεται ο σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν σε αυτήν. Στο δεύτερο παρουσιάζεται ο τύπος της έρευνας και η ερευνητική στρατηγική, στο τρίτο περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, στο τέταρτο αναφέρεται η μέθοδος συλλογής των δεδομένων, στο πέμπτο γίνεται περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε, στο έκτο

4.2. Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος. Η παραπάνω διερεύνηση θα δώσει χρήσιμες πληροφορίες στα στελέχη που εργάζονται σε αυτές τις δομές συντελώντας έτσι στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχει η συγκεκριμένη δομή με θετικότερα αποτελέσματα για τους χρήστες.

4.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα έρευνα τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες διαστάσεις αποτυπώνουν την έννοια της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας (εξυπηρέτησης), της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών σε ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας;
2. Πως σχετίζεται το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας με την ικανοποίηση και την ευημερία (ποιότητα ζωής) των χρηστών;

4.3. Τύπος έρευνας και ερευνητική στρατηγική

Η παρούσα έρευνα είναι μία ποσοτική, περιγραφική έρευνα πεδίου (Σιώμκος και Μαύρος, 2008) που πραγματοποιήθηκε στους χρήστες του «Βοήθεια στο Σπίτι» (εφεξής «ΒσΣ») που υλοποιείται στη δημοτική ενότητα Μεσοποταμίας του δήμου Καστοριάς (μελέτη περίπτωσης).

4.4. Πληθυσμός - δείγμα έρευνας

Η δημοτική ενότητα Μεσοποταμίας του δήμου Καστοριάς, αποτελείται από 6 κοινότητες: τη δημοτική κοινότητα Μεσοποταμίας και τις τοπικές κοινότητες Αγίας Κυριακής, Καλοχωρίου, Οινόης, Πτεριάς και Κολοκυνθούς. Ο συνολικός πληθυσμός της παραπάνω δημοτικής ενότητας ανέρχεται στους 4.224 κατοίκους, σύμφωνα με απογραφή του 2011, οι οποίοι εξυπηρετούνται υγειονομικά από το κέντρο υγείας της περιοχής. Η Δημοτική ενότητα Μεσοποταμίας είναι η τρίτη μεγαλύτερη σε έκταση ενότητα του δήμου Καστοριάς ενώ η μορφολογία της συνδυάζει πεδινές, ορεινές και ημιορεινές περιοχές. Επίσης, ο δείκτης γήρανσης ανέρχεται στο 130,52. Αυτό σημαίνει ότι αναλογούν περίπου 131 άτομα ηλικίας άνω των 65 για κάθε 100 άτομα μέχρι 14 χρονών.

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από τους εξυπηρετούμενους της δομής «ΒσΣ», η οποία έχει υπό την επίβλεψη της όλες τις προαναφερθείσες περιοχές. Στα μητρώα της συγκεκριμένης δομής υπήρχαν εγγεγραμμένα 133 άτομα. Από αυτά τα 53 δέχονταν επίσκεψη από το προσωπικό της δομής ανά διαστήματα μεγαλύτερα των δύο

μηνών γεγονός που ίσως δεν τους επέτρεπε να σχηματίσουν ολοκληρωμένη άποψη για τα ερωτήματα που θα έπρεπε να απαντήσουν. Για το λόγο αυτό, τα άτομα αυτά δεν συμπεριελήφθησαν στο δείγμα της έρευνας. Τελικά το δείγμα αποτελείται από 80 εγγεγραμμένους εξυπηρετούμενους με συχνότητα επίσκεψης τουλάχιστον 1 φορά το μήνα.

4.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την καλύτερη επίτευξη του σκοπού της έρευνας μας, επιλέξαμε τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω ποσοτικής έρευνας, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

4.6. Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο (Βλ. Παράρτημα Ι) που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αποτελείται από τρία μέρη. Το Α μέρος περιέχει πληροφορίες που αφορούν το σκοπό τις έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης του. Το Β μέρος περιλαμβάνει εννέα κλειστές ερωτήσεις για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων (Ηλικία, εισόδημα, φύλο κ.α). Το Γ μέρος αποτελείται από τρεις ενότητες (*αντιλήψεις ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, ποιότητα ζωής εξυπηρετούμενων, βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες*), περιλαμβάνοντας 44 κλειστού τύπου διαβαθμισμένες σύμφωνα με την 5βάθμια κλίμακα Likert. Για τις ερωτήσεις που αφορούν τις αντιλήψεις ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (ερ. 1 –32) και προσωπικά οφέλη-ευημερία των εξυπηρετούμενων (ερ. 1-6), η διαβάθμιση ήταν η εξής: 1= διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3 = ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ, 4= συμφωνώ και 4 =συμφωνώ

απόλυτα. Ενώ για τη μεταβλητή ικανοποίηση (ερ. 1-6): 1= απόλυτα δυσαρεστημένος, 2=δυσαρεστημένος, 3=ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η, 4 = ικανοποιημένος/η και 5=απόλυτα ικανοποιημένος/η. Ορισμένες από τις ερωτήσεις της ενότητας *αντιλήψεις ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών* του Γ μέρους ήταν κωδικοποιημένες αντίστροφα (reverse coded): Ερώτηση: 3,5,9,13,16,20,22,28

4.7. Κλίμακες μέτρησης των υπό-μελέτη μεταβλητών

Έπειτα από τη μελέτη της βιβλιογραφίας για την μέτρηση των *αντιλήψεων ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας* χρησιμοποιήθηκε προσαρμοσμένη η κλίμακα που ανέπτυξαν για αντίστοιχη δομή οι Κωσταρέλης και Τσιτουρίδου (2006), στην εργασία τους, που πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του αν. καθηγητή κ. Αλετρά.

Για τη μέτρηση της *ικανοποίησης* διαμορφώθηκε μία κλίμακα 6 ερωτήσεων με βάση τις έρευνες των Εγρέ (2013) και Ντάση και Σαβιόλη (2012) και για την ποιότητα ζωής των χρηστών χρησιμοποιήθηκαν 6 ερωτήσεις (με βάση τους στόχους του προγράμματος ΒσΣ) από την κλίμακα που αναπτύχθηκε από το World Health Organization Quality of Life-Brief (WHOQOL) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που αποτελείται από 26 ερωτήσεις και αφορούν την φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και περιβαλλοντική υγεία των ηλικιωμένων.

4.8. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Έπειτα από συζήτηση με τον υπεύθυνο της δομής από την οποία προέρχεται το δείγμα, καταλήξαμε ότι είναι επιτρεπτό και εφικτό να διεξάγουμε την έρευνα πάντα όμως

με την παρουσία, έστω και σε διαφορετικό χώρο, ενός τουλάχιστον λειτουργού της δομής για τις περιπτώσεις μοναχικών ατόμων. Η διάθεση του ερωτηματολογίου έγινε σε έντυπη μορφή κατά τον μήνα Φεβρουάριο, με κατ' οίκον επίσκεψη. Στις περιπτώσεις που δεν ήταν εφικτό να είναι παρών το προσωπικό της δομής, προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία μεταξύ του ερωτώμενου και του προσωπικού με σκοπό τον καθησυχασμό του ερωτώμενου σχετικά με την παρουσία του ερευνητή. Αρχικά ανακοινώνονταν περιληπτικά οι στόχοι και τα στοιχεία του ερευνητή και αφού οι ερωτώμενοι εκφράζανε την επιθυμία να συμμετέχουν προχωρούσαμε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, για την οποία αφιερώθηκε όσος χρόνος απαιτούνταν ώστε να κατανοηθούν καλύτερα οι ερωτήσεις. Βοήθεια στην κατανόηση των ερωτήσεων παρείχαμε όλοι όσοι βρισκόμασταν στο χώρο.

4.9. Στατιστική ανάλυση

Για τους σκοπούς της διπλωματικής εργασίας διενεργήθηκε στατιστική ανάλυση. Το εργαλείο στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε είναι το S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences) και ειδικότερα η έκδοση SPSS V.20. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν λαμβάνοντας υπό όψη τις ερωτήσεις που ήταν κωδικοποιημένες αντίστροφα και περάστηκαν στο πρόγραμμα.

Αρχικά, με τη χρήση του λογισμικού και των εργαλείων της περιγραφικής στατιστικής έγινε ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Έπειτα προκειμένου να απαντηθεί το 1^ο ερευνητικό ερώτημα ακολούθησε ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, για τον έλεγχο εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων

(factor analysis) με τη μέθοδο περιστροφής Varimax (Yeomans and Golder, 1982). Δόθηκε προσοχή στις ιδιοτιμές (eigenvalues > 1) και στα φορτία (loadings > 0,4).

Στη συνέχεια για τη μέτρηση της αξιοπιστίας έγινε ο υπολογισμός του συντελεστή α – Cronbach ανά παράγοντα των υπο-μελέτη τριών μεταβλητών. Ο δείκτης Cronbach's alpha μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 1. Επαρκής συνάφεια και επομένως καλή αξιοπιστία έχουμε όταν ο δείκτης αυτός είναι πάνω από 0,7, ενώ χαμηλή αξιοπιστία έχουμε στην περίπτωση που ο δείκτης είναι μικρότερος από 0,7. Η χαμηλότερη αποδεκτή τιμή του δείκτη είναι το 0,7 και έτσι αυτός χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα διπλωματική εργασία για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του προτεινόμενου θεωρητικού μοντέλου. Η επιλογή Scale if item deleted, χρησιμεύει στον υπολογισμό του δείκτη α με ενδεχόμενη αφαίρεση ερωτήματος. Η ανάλυση αξιοπιστίας χρησιμοποιείται προκειμένου να ελεγχθεί κατά πόσο οι μεταβλητές που απαρτίζουν τις συνιστώσες είναι ικανές για να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο μοντέλο ή εάν θα πρέπει να γίνει διαγραφή ή τροποποίησή τους. Έπειτα από κάποιες επαναλήψεις και απορρίπτοντας όσες ερωτήσεις καθιστούσαν αναξιόπιστη την κλίμακα μέτρησης, η ανάλυση αυτή οδήγησε στα τελικά αποτελέσματα.

Τέλος, προκειμένου να απαντηθεί το 2^ο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκε η συσχέτιση - συντελεστής Pearson – μεταξύ των 3 υπό μελέτη μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης δύο τυχαίων μεταβλητών είναι το μέτρο που υποδεικνύει το εύρος στο οποίο οι δύο μεταβλητές συνδέονται γραμμικά μεταξύ τους (Wilcox, 1987). Ως συντελεστής συσχέτισης των παραγόντων του Μοντέλου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson (συμβολίζεται με το r , με τιμές στο εύρος -1 έως 1), που είναι ο πλέον γνωστός. Όταν $r=0$ δεν υπάρχει συσχέτιση, όταν $r>0$ υπάρχει θετική συσχέτιση και όταν $r<0$ υπάρχει αρνητική συσχέτιση των μεταβλητών. Πολύ σπάνια όμως μπορεί να παρατηρηθεί μια συσχέτιση 0, -1 ή 1. Συνήθως οι τιμές κυμαίνονται κάπου στο

ενδιάμεσο. Παρακάτω παρουσιάζονται τα όρια των τιμών που μπορεί να πάρει ο συντελεστής Pearson (r)⁷ :

-Υψηλή συσχέτιση: 0,5 έως 1,0 ή -0,5 έως -1,0

-Μέτρια συσχέτιση: 0,3 έως 0,5 ή -0,3 έως -0,5

-Χαμηλή συσχέτιση: 0,1 έως 0,3 ή -0,1 έως -0,3

Με τη χρήση συσχετίσεων δίνεται η δυνατότητα να ελεγχθούν δυο μεταβλητές ως προς τη γραμμική τους σχέση και κατά πόσο μια μεταβολή στη μια θα επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την άλλη. Το μειονέκτημα στην προσέγγιση αυτή είναι η αδυναμία εμφάνισης της σχέσης αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ των μεταβλητών. Με άλλα λόγια δεν μπορεί να δείξει την αιτιώδη συνάφεια δύο μεταβλητών (αιτίας και αποτελέσματος) και εάν η δεύτερη κατάσταση προέκυψε εξ αιτίας της πρώτης.

⁷<https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/pearsons-product-moment-correlation-using-spss-statistics.php>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

5.1. Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν έπειτα από την συλλογή, καταγραφή, επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Ειδικότερα, γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των χαρακτηριστικών του δείγματος, από την περιγραφική στατιστική, δηλαδή τους μέσους όρους, τα αποτελέσματα από τον έλεγχο εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών και τέλος τα αποτελέσματα από τις συσχετίσεις των παραγόντων.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελείται από 3 υπό-κεφάλαια. Στο 1^ο περιγράφεται το δείγμα της έρευνας με την παρουσίαση των πινάκων των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων που αποτελούν το δείγμα. Στο 2^ο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών όπως επίσης και τα αποτελέσματα από τις συσχετίσεις των παραγόντων. Τέλος, στο 3^ο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής, δηλαδή οι μέσοι όροι, για το επίπεδο ποιότητας της εξυπηρέτησης, ικανοποίησης, ποιότητας ζωής.

5.2 Περιγραφή Δείγματος

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαπιστωθεί η σύνθεση του δείγματος που εξετάστηκε. Όπως φαίνεται στον Πίνακες 5.2.1. και 5.2.2 η πλειοψηφία των

ερωτηθέντων είναι γυναίκες - 73,8 % έναντι 26,3% των ανδρών – και ηλικία άνω των 80 ετών (60,2%). Σημαντικό αναφοράς είναι ότι μόνο ένα 5% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 65-69. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι πιο αυτόνομα και μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν σε μεγαλύτερο βαθμό από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πίνακας 5.2.1.: Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΝΔΡΑΣ	21	26,3
ΓΥΝΑΙΚΑ	59	73,8
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 5.2.2: Ηλικία συμμετεχόντων

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
65-69	4	5,0
70-74	2	2,5
75-79	6	7,5
80-85	23	28,7

86-90	26	32,5
ΑΛΛΟ	19	23,8
Σύνολο	80	100,0

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων (βλ. Πίνακα 5.2.3) παρατηρείται ότι είναι αρκετά χαμηλό, καθώς το 51,2% έχουν μόρφωση δημοτικού και το 43,8 % δεν έχουν λάβει καμία εκπαίδευση.

Πίνακας 5.2.3: Επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	35	43,8
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	41	51,2
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	3	3,8
ΑΕΙ	1	1,3
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 5.2.4: Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΑΓΑΜΟΣ/Η	3	3,8
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	18	22,5
ΧΗΡΟΣ	57	71,3
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	2	2,5
Σύνολο	80	100,0

Σημαντικό στοιχείο του δείγματος είναι ότι η πλειοψηφία τους είναι χήροι/ες (71,3%). Ενδεχομένως σε αυτό να οφείλεται και η επιλογή τους να ενταχθούν στο πρόγραμμα.

Πίνακας 5.2.5: Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

Εισόδημα	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
301-500	57	71,3
501-700	13	16,3
701-900	9	11,3
900+	1	1,3
Σύνολο	80	100,0

Ένα ακόμη σημαντικό πόρισμα που βγαίνει από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, είναι ότι το 71,3% λαμβάνει ένα πολύ χαμηλό εισόδημα. Αυτό ίσως είναι ένας ακόμη λόγος ένταξης τους στο πρόγραμμα.

Πίνακας 5.2.6: Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα

Περίοδος συμμετοχής	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΜΕΧΡΙ 6 ΜΗΝΕΣ	3	3,8
7-12 ΜΗΝΕΣ	2	2,5
13-18 ΜΗΝΕΣ	2	2,5
19-24 ΜΗΝΕΣ	4	5,0
2-3 ΧΡΟΝΙΑ	8	10,0
3-4 ΧΡΟΝΙΑ	11	13,8
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 4 ΧΡΟΝΙΑ	50	62,5
Σύνολο	80	100,0

Στη συνέχεια, παρατηρείται ότι, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (62,5%) συμμετέχουν στο πρόγραμμα πάνω 4 χρόνια και ακολουθούν με ποσοστό περίπου 24% (13,8+10) αυτοί που συμμετέχουν από 2 χρόνια έως 4. Από αυτά, μπορούμε να υποθέσουμε τη μεγάλη σημαντικότητα του προγράμματος για τους χρήστες του.

Πίνακας 5.2.7: Συχνότητα επισκέψεων

Συχνότητα επισκέψεων	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	57	71,3
2-3 ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3	3,8
4-5 ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3	3,8
1 ΣΤΙΣ 15 ΗΜΕΡΕΣ	3	3,8
1 ΤΟΝ ΜΗΝΑ	14	17,5
Σύνολο	80	100,0

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται η συχνότητα που οι λειτουργοί του προγράμματος επισκέπτονται τους ερωτηθέντες εξυπηρετούμενους. Το 71,3% δέχεται επίσκεψη 1 φορά την εβδομάδα. Το 17,5 % δέχεται επίσκεψη 1 φορά τον μήνα, αυτό ίσως οφείλεται στο ότι αυτά τα άτομα χρήζουν μικρότερης υποστήριξης απ'ότι οι υπόλοιποι ή υπάρχει δυσκολία μετακίνησης του προσωπικού λόγω της γεωγραφικής ιδιαιτερότητας της περιοχής και των χιλιομετρικών αποστάσεων.

Πίνακας 5.2.8: Άλλες πηγές βοήθειας

Πηγή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συγγενείς	11	13,8
Παιδιά	53	66,3
Κανείς	16	20,0
Σύνολο	80	100,0

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται, ότι εκτός από το πρόγραμμα «ΒσΣ», η πλειοψηφία των ερωτώμενων λαμβάνει βοήθεια από παιδιά(66,3%) και άλλους συγγενείς(13,8%)

5.3. 1^ο ερευνητικό ερώτημα: Έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών:

Προκειμένου να απαντηθεί το 1ο :

Ποιες διαστάσεις αποτυπώνουν την έννοια της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών σε ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας;

πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των 3 υπό-μελέτη μεταβλητών.

5.3.1 Ανάλυση παραγόντων

Αντιλήψεις ποιότητας

Ο έλεγχος της εγκυρότητας των πρώτων 32 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, του άξονα «αντιλήψεις ποιότητας», έγινε με τη μέθοδο της ανάλυσης παραγόντων (factor analysis), η οποία μας βοηθάει στη διασύνδεση των μη παρατηρούμενων μεταβλητών, με μεταβλητές που έχουν παρατηρηθεί και για τις οποίες έχουμε διαθέσιμες μετρήσεις. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η ομαδοποίηση των παρατηρούμενων μεταβλητών και κατ' επέκταση η απλούστευση των δεδομένων. Η ανάλυση παραγόντων σαν μέθοδος, μπορεί να είναι είτε διερευνητική, δηλαδή να μας βοηθάει να ανακαλύψουμε και να ταυτοποιήσουμε παράγοντες που δεν τους έχουμε παρατηρήσει, είτε επιβεβαιωτική όπου ελέγχεται αν ένα σύνολο μεταβλητών που χρησιμοποιούμε για να μετρήσουμε μη παρατηρούμενους παράγοντες είναι ικανοποιητικό⁸⁹.

Για να διαπιστώσουμε αν είναι σωστή η επιλογή χρήσης της παραπάνω μεθόδου, θα πρέπει να διεξάγουμε έλεγχο με τον δείκτη KMO(Kaiser-Meyer-Olkin), ο οποίος θα πρέπει να έχει τιμή $>0,50$, όπως επίσης να διεξάγουμε και τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett, με τον οποίο ελέγχεται εάν υπάρχουν συσχετίσεις στα δεδομένα και εάν το υπόδειγμα της παραγοντικής ανάλυσης είναι αποδεκτό. Στην συγκεκριμένη έρευνα, ο δείκτης KMO είναι 0,801, άρα αρκετά υψηλός, και ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett είχε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας μικρότερο από 0,1%. (Πίνακας 5.3.1.1) Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι, στα δεδομένα μας υπάρχουν συσχετίσεις και είναι

⁸ <http://www.statisticssolutions.com/factor-analysis-2>

⁹ <http://www2.stat-athens.aueb.gr/~jpan/diatrives/Marouga/chapter6.pdf>

αποδεκτό να χρησιμοποιηθεί η ανάλυση παραγόντων για την διεξαγωγή του ελέγχου εγκυρότητας του δείγματος.

Πίνακας 5.3.1.1: KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,801
Bartlett's Test of Approx. Chi-Square	1644,274
Sphericity	
df	496
Sig.	,000

Ο πρώτος πίνακας που προέκυψε είναι ο Total Variance Explained, ο οποίος βοηθάει στη λήψη της απόφασης για το πόσοι παράγοντες θα επιλεχθούν τελικά. Στην πρώτη στήλη του πίνακα εμφανίζονται οι ιδιοτιμές (eigenvalues), δηλαδή η ποσότητα της διακύμανσης της κάθε μεταβλητής που αφορά τους αντίστοιχους παράγοντες. Όσο μεγαλύτερες οι ιδιοτιμές τόσο μεγαλύτερο και το ποσοστό της διακύμανσης που εξηγεί ένας παράγοντας. Επειδή έχουμε ορίσει ότι πρέπει οι ιδιοτιμές να είναι >1 για να εξαχθεί κάποιος παράγοντας Από αυτόν το πίνακα κρατούνται μόνο όσοι παράγοντες έχουν eigenvalues > 1.

Συγκεκριμένα, έγινε αρχική εξαγωγή 8 παραγόντων για την έρευνά μας, οι οποίοι σύμφωνα και με τον πίνακα ερμηνεύουν το 71,388% της διακύμανσης των 32 ερωτήσεων. Έπειτα, έγινε περιστροφή των δεδομένων με τη μέθοδο Varimax με την οποία ελαχιστοποιείται ο αριθμός των μεταβλητών που έχουν μεγάλο παραγοντικό φορτίο (factor loading) στους παράγοντες που έχουμε ήδη εξάγει. Ο πίνακας που

προκύπτει είναι ο Rotated Component Matrix, στον οποίο έχουν περιστραφεί οι παράγοντες ώστε να ανακατευθούν τα factor loadings και να γίνει πιο εύκολη η εξήγηση των παραγόντων. Η μέθοδος αυτή, δεν επηρεάζει κανένα από τα χαρακτηριστικά του μοντέλου(ποσό διακύμανσης-συνδιακύμανσης) παρά μόνο τις τιμές των φορτίων των παραγόντων. Η ελάχιστη αποδεκτή τιμή που έχουμε θέσει στα factor loadings είναι η 0,4. Με την περιστροφή προσπαθούμε να απλοποιήσουμε ακόμη περισσότερο τα δεδομένα και να περιορίσουμε εν τέλει την ερμηνεία των δεδομένων μέσω συγκεκριμένων παραγόντων. Μετά από αρκετές επαναλήψεις της παραπάνω μεθόδου, καταλήξαμε στην απόρριψη ορισμένων ερωτήσεων, οι οποίες δεν είχαν εννοιολογική συνάφεια και οι οποίες είχαν παραγοντικό φορτίο μικρότερο της τιμής ορίου που είχαμε θέσει. Ο τελικός Rotated Component Matrix πίνακας (Πίνακας 5.3.1.2) που προκύπτει περιέχει μόνο 5 παράγοντες από τους 8 που προέκυψαν στην αρχή.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, προκύπτει ότι ο πρώτος παράγοντας, ο οποίος ονομάστηκε *Τυπικότητα-Ασφάλεια*, περιλαμβάνει τις εξής 8 ερωτήσεις:

5. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου(RC)
6. Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη
9. Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου(RC)
12. Έχω ένα αίσθημα ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.
13. Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες(RC)
20. Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες που αποτελούν μέρος των καθηκόντων του(RC)
22. Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν(RC)
28. Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή(RC)

Πίνακας 5. 3.1.2: Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας

Ερώτηση	Διάσταση				
	1	2	3	4	5
13. Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες(RC)	,869	,147	,068	,149	,030
22. Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν(RC)	,712	,240	,099	,205	-,047
20. Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες που αποτελούν μέρος των καθηκόντων του(RC)	,656	,192	,299	,158	,273
9. Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου(RC)	,646	,221	,310	,303	-,143
12.Έχω ένα αίσθημά ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.	,577	,261	,374	-,075	,036
5. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου(RC)	,473	,429	,353	,084	,119

2. Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν	,162	,910	,089	,091	-,024
1. Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό	,238	,863	,117	,137	,101
3. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω(RC)	,444	,659	,135	,101	,166
4. Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες)	,208	,608	,251	,416	,022
6. Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη	,460	,506	,375	,146	,285
8. Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ	,261	,188	,747	,036	,102
29. Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω	,207	-,033	,732	,258	,114
23. Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (π.χ. θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοήθ ή νοσοκόμα στο σπίτι).	,101	,217	,688	,286	,265

10.Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου	,184	,234	,595	,325	,009
15.Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω	,139	,228	,195	,806	,130
16. Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστεύομαι(RC)	,474	,106	-,020	,734	,194
31.Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει)	,075	,007	,373	,632	,206
14.Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (π.χ. για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης)	,055	,243	,449	,574	,085
19.Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση	,352	,128	,413	,501	,344
32. Το πρόγραμμα με βοηθάει να είμαι συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής μου	-,043	-,044	,126	,109	,855

27. Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια)	,060	,143	,121	,172	,741
28. Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή(RC)	,561	,239	,144	,252	,564

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a a. Rotation converged in 8 iterations.

Ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει τις παρακάτω 4 ερωτήσεις:

- 1. Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό
- 2. Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν
- 3. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω(RC)
- 4. Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μμεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες)

Ο παραπάνω παράγοντας καλείται, *Ενίσχυση-Ενδυνάμωση*.

Ο τρίτος παράγοντας, ονομάστηκε *Ενσυναίσθηση* και συσχετίζεται με τις εξής 5 ερωτήσεις:

- 8. Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ
- 10. Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου
- 19. Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση

- 23. Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (π.χ. θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοηθό ή νοσοκόμα στο σπίτι).
- 29. Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω

Ο τέταρτος, ονομάστηκε *Επικοινωνία* και συσχετίζεται με τις παρακάτω 4 ερωτήσεις:

- 14. Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (π.χ. για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης)
- 15. Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω
- 16. Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστεύομαι (RC)
- 31. Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει)

Τέλος, ο πέμπτος παράγοντας ο οποίος ονομάστηκε, *Αξιοπιστία* συσχετίζεται με τις εξής 2 ερωτήσεις:

- 27. Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια)
- 32. Το πρόγραμμα με βοηθάει να είμαι συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής μου

Ικανοποίηση των χρηστών

Ο πίνακας Total Variance Explained που προέκυψε μας υπέδειξε, σύμφωνα με τις eigenvalues, ότι πρέπει να εξάγουμε δύο παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 78,592% της διακύμανσης.

Παράλληλα, σύμφωνα με Πίνακα 5.3.1.3 εξάγονται δύο παράγοντες. Ο πρώτος, ονομάστηκε «*Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες*» και περιέχει τις ερωτήσεις:

- 3. Το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος
- 4. Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες
- 5. Τη συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού

Ο δεύτερος παράγοντας ονομάστηκε «*Ικανοποίηση από το Προσωπικό*» και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις :

- 1.Την ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις-προβλήματα σας.
- 2. Την συμπεριφορά .του προσωπικού απέναντι σας

Πίνακας 5.3.1.3: Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ικανοποίησης

Ερώτηση	Component	
	1	2

5.Τη συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού	,853	-,012
3. Το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος	,841	,181
4. Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες	,732	,236
2. Την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι σας	,143	,958
1.Την ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις-προβλήματα σας.	,147	,955

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations

Ποιότητα ζωής

Με βάση την ανάλυση παραγόντων οι ερωτήσεις της ποιότητας ζωής ομαδοποιούνται σε ένα παράγοντα, ο οποίος ερμηνεύει το 65,070% της διακύμανσης των 6 ερωτήσεων.

Ο παράγοντας αυτός, ονομάστηκε «Ευημερία» και περιλαμβάνει τις παρακάτω ερωτήσεις:

- 1. Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"
- 2 Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η.
- 3. Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος νιώθω περισσότερη ενέργεια
- 4. Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος μπορώ σιγά –σιγά να αυτό - εξυπηρετούμαι και να απολαμβάνω περισσότερο τη ζωή μου.
- 5. Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου
- 6. Η καθημερινότητά μου έχει γίνει ευκολότερη από τότε που συμμετέχω στο "Βοήθεια στο Σπίτι".

Πίνακας 5.3.1.4 Ανάλυση παραγόντων των ερωτήσεων της ποιότητας ζωής/ευημερίας

Ερώτηση	Διάσταση
	1

1.Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"	,883
2.Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η.	,877
3.Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος νιώθω περισσότερη ενέργεια	,841
5.Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου	,818

<p>6.Η καθημερινότητά μου έχει γίνει ευκολότερη από τότε που συμμετέχω στο "Βοήθεια στο Σπίτι".</p> <p>4.Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος μπορώ σιγά –σιγά να αυτό - εξυπηρετούμαι και να απολαμβάνω περισσότερο τη ζωή μου.</p>	<p>,705</p> <p>,694</p>
---	-------------------------

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a.1 components extracted.

5.3.2. Έλεγχος Αξιοπιστίας

Εν συνεχεία των παραπάνω, για να μετρήσουμε και να ελέγξουμε τον βαθμό αξιοπιστίας των στοιχείων που απαρτίζουν τον κάθε παράγοντα των τριών αξόνων, πραγματοποιείται ο υπολογισμός του συντελεστή alpha Cronbach για κάθε παράγοντα. Ο συγκεκριμένος συντελεστής θα μας αποκαλύψει εάν τα στοιχεία που απαρτίζουν τον

κάθε παράγοντα είναι ομοιογενή. Οι συνήθως αποδεκτές τιμές για τον συγκεκριμένο συντελεστή σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές είναι οι τιμές που είναι μεγαλύτερες του 0,70.¹⁰

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας του πρώτου άξονα, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε και συμπεραίνουμε ότι ο συντελεστής alpha Cronbach για τον πρώτο παράγοντα «Τυπικότητα-Ασφάλεια» είναι 0,893 που σημαίνει ότι ο βαθμός εσωτερικής συνοχής είναι υψηλός. Στον δεύτερο παράγοντα «Ενίσχυση-Ενδυνάμωση» ο συντελεστής είναι 0,873, στον τρίτο «Ενσυναίσθηση» είναι 0,836 και στον τέταρτο «Επικοινωνία» είναι 0,806. Παρατηρείται επίσης, ότι ο πέμπτος παράγοντας «Αξιοπιστία» έχει συντελεστή 0,660, πράγμα το οποίο θεωρείται *μη αποδεκτό* στην έρευνα μας και για τον λόγο αυτό ο συγκεκριμένος παράγοντας απορρίπτεται.

Πίνακας 5.3.2.1 : Συντελεστής alpha Cronbach των παραγόντων των αντιλήψεων ποιότητας

Αριθμός Στοιχείου	Περιγραφή Στοιχείου	Συντελεστής Cronbach παράγοντα	Συντελεστής Cronbach χωρίς το στοιχείο
Τυπικότητα-Ασφάλεια		0,893	
Ερώτηση 5	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου		0,884
Ερώτηση 6	Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει		0,875

¹⁰ <https://stats.idre.ucla.edu/spss/faq/what-does-cronbachs-alpha-mean>

	ανάγκη		
Ερώτηση 9	Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου		0,881
Ερώτηση 12	Έχω ένα αίσθημά ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο		0,887
Ερώτηση 13	Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες.		0,874
Ερώτηση 20	Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητώ εργασίες που αποτελούν μέρος των καθηκόντων του		0,875
Ερώτηση 22	Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν		0,882
Ερώτηση 28	Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου		0,880

	χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή		
Ενίσχυση-Ενδυνάμωση		0,873	
Ερώτηση 1	Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό		0,790
Ερώτηση 2	Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν		0,797
Ερώτηση 3	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω		0,859
Ερώτηση 4	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μμεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες)		0,888

Ενσυναίσθηση		0,836	
Ερώτηση 8	Το προσωπικό είναι ευαίσθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ		0,808
Ερώτηση 10	Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου		0,812
Ερώτηση 19	Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση		0,806
Ερώτηση 23	Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (π.χ. θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοήθό ή νοσοκόμα στο σπίτι).		0,782
Ερώτηση 29	Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα)		0,804

	όταν του το ζητάω		
Επικοινωνία		0,806	
Ερώτηση 14	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (π.χ. για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης)		0,781
Ερώτηση 15	Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω		0,709
Ερώτηση 16	Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστεύομαι		0,743
Ερώτηση 31	Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει		0,786

	υπομονή όταν με ακούει)		
Αξιοπιστία (απορρίπτεται)		0,660	
Ερώτηση 27	Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια)		
Ερώτηση 32	Το πρόγραμμα με βοηθάει να είμαι συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής μου		

Ο συντελεστής alpha για τους παράγοντες τις ικανοποίησης είναι:

Πίνακας 5.3.2.2: Alpha Cronbach παραγόντων ικανοποίησης

Αριθμός Στοιχείου	Περιγραφή Στοιχείου	Συντελεστής Cronbach παράγοντα	Συντελεστής Cronbach χωρίς το στοιχείο
Ικανοποίηση από προσωπικό		0,937	
Ερώτηση 3.1	Την ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις-προβλήματα σας		

Ερώτηση 3.2	Την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί σας		
Ικανοποίηση από υπηρεσίες		0,745	
Ερώτηση 3.3	Το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος		0,677
Ερώτηση 3.4	Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες		0,671
Ερώτηση 3.5	Τη συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού		0,654

Στον συγκεκριμένο άξονα ο συντελεστής άλφα για τον παράγοντα «Ικανοποίηση από το προσωπικό» είναι 0,937, τιμή που θεωρείται αρκετά υψηλή. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι για τον «Ικανοποίηση από υπηρεσίες ο συντελεστής άλφα είναι 0,745, ο οποίος γίνεται αποδεκτός αφού το όριο που έχουμε θέσει είναι το 0,7. Ακόμη, για τον ίδιο παράγοντα, παρατηρήθηκε ότι εάν αφαιρεθεί η ερώτηση 3.6 ο συντελεστής άλφα αυξάνει. Για το λόγο αυτό, η συγκεκριμένη ερώτηση θα χρησιμοποιηθεί μόνη της ως ο παράγοντας «Ολική Ικανοποίηση».

Τέλος, ο συντελεστής alpha είναι 0,892 για την μεταβλητή «Ποιότητα ζωής/ευημερίας», χαρακτηρίζοντας τον αξιόπιστο (βλ. Πίνακα 5.3.2.3).

Πίνακας 5.3.2.3. : Alpha Cronbach παράγοντα ποιότητας ζωής

Αριθμός Στοιχείου	Περιγραφή Στοιχείου	Συντελεστής Cronbach	Συντελεστής Cronbach χωρίς το στοιχείο
Ευημερία		0,892	
Ερώτηση 2.1	Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"		0,858
Ερώτηση 2.2	Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η		0,859
Ερώτηση 2.3	Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος νιώθω περισσότερη ενέργεια		0,866
Ερώτηση 2.4	Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος μπορώ σιγά –σιγά να αυτό - εξυπηρετούμαι και να απολαμβάνω περισσότερο τη ζωή μου		0,892
Ερώτηση 2.5	Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου		0,869
Ερώτηση 2.6	Η καθημερινότητά μου έχει γίνει ευκολότερη από τότε που συμμετέχω στο		0,889

	"Βοήθεια στο Σπίτι"		
--	---------------------	--	--

5.4. 2^ο ερευνητικό ερώτημα: Συσχετίσεις παραγόντων

Προκειμένου να απαντηθεί το 2^ο ερευνητικό ερώτημα:

Πως σχετίζεται το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (εξυπηρέτησης) σε ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας με την ικανοποίηση και την ευημερία (ποιότητα ζωής) των χρηστών;

στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των παραγόντων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 5.4.2.1: Συντελεστές Συσχέτισης

	Τυπικότητα-Ασφάλεια	Ενίσχυση-Ενδυνάμωση	Ενσυναίσθηση	Επικοινωνία	Ευημερία	Ικανοποίηση από προσωπικό	Ικανοποίηση από υπηρεσίες	Ολική Ικανοποίηση
Τυπικότητα-Ασφάλεια	1							
Ενίσχυση-Ενδυνάμωση	,688**	1						
Ενσυναίσθηση	,670**	,489**	1					
Επικοινωνία	,586**	,485**	,665**	1				
Ευημερία	,491**	,472**	,536**	,630**	1			
Ικανοποίηση από προσωπικό	,448**	,414**	,258*	,228*	,257*	1		
Ικανοποίηση από υπηρεσίες	,540**	,462**	,521**	,455**	,471**	,312**	1	
Ολική Ικανοποίηση	0,134	0,214	,279*	,294**	,447**	,335**	,454**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Αρχικά παρατηρείται, θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των παραγόντων, όπως επίσης παρατηρείται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν μέτριες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων(συντελεστής Pearson έως $\pm 0,5$) και σε αρκετές υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις(συντελεστής Pearson έως $\pm 1,0$) . Αναλυτικότερα για κάθε παράγοντα:

Η «**Ευημερία**» παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με τον «Τυπικότητα Ασφάλεια» ($r=0,491$) και με τον «Ενίσχυση-Ενδυνάμωση» ($r=0,472$), ενώ παρουσιάζει υψηλή θετική συσχέτιση με τους «Ενσυναίσθηση»($r=0,536$) και «Επικοινωνία»($r=0,630$). Η «**Ικανοποίηση από το προσωπικό**», παρατηρείται μέτρια θετική συσχέτιση με τον

«Ενδυνάμωση» ($r=0,414$) και «Τυπικότητα-Ασφάλεια»($r=0,448$) ενώ ασθενή θετική συσχέτιση μαζί του παρουσιάζουν οι «Ενσυναίσθηση» ($r=0,258$) και «Επικοινωνία»($r=0,228$). Η «**Ικανοποίηση από υπηρεσίες**» έχει υψηλή θετική συσχέτιση με τον «Τυπικότητα-Ασφάλεια»($r=0,540$) και με τον «Ενσυναίσθηση»($r=0,521$), παράλληλα εμφανίζει μέτρια θετική συσχέτιση με τον «Ενίσχυση-Ενδυνάμωση» ($r=0,462$) και «Επικοινωνία»($r=0,455$) Η «**Ολική Ικανοποίηση**» παρουσιάζει ασθενή θετική συσχέτιση με τους «Τυπικότητα-Ασφάλεια» ($r=0,134$), «Ενδυνάμωση»($r=0,214$), «Ενσυναίσθηση»($r=0,279$) και «Επικοινωνία»($r=0,294$). Λόγω όμως της έλλειψης στατιστικής σημαντικότητας των παραπάνω τιμών, υποχρεούμαστε σε απόρριψη τους και συμπεραίνουμε ότι ο «**Ολική Ικανοποίηση**» δεν επηρεάζεται από τις αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών.

Από όλες τις συσχετίσεις με τους παράγοντες της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ευημερία, η υψηλότερη συσχέτιση εμφανίζεται ανάμεσα στον παράγοντα επικοινωνία με την ευημερία($r=0,630$), δηλαδή όσο υψηλότερη είναι η ικανότητα του προσωπικού στην επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους, τόσο υψηλότερη θα είναι και η ευημερία(ποιότητα ζωής) αυτών. Έπειτα ακολουθεί αυτή της Ενσυναίσθησης με την Ευημερία($r=0,536$), η οποία είναι και αυτή υψηλή θετική, ενώ μέτριες θετικές συσχετίσεις παρουσιάζουν οι υπόλοιποι παράγοντες με την Ευημερία. Από αυτό, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Ευημερία των εξυπηρετούμενων θα μεταβάλλεται θετικά και σε βαθμό τόσο όσο μεταβάλλονται και οι αντιλήψεις των εξυπηρετούμενων για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών, ξεχωρίζει η συσχέτιση μεταξύ της Τυπικότητας-Ασφάλειας με την Ικανοποίηση από το προσωπικό ($r=0,540$) και της Ενσυναίσθησης με την Ικανοποίηση από υπηρεσίες($r=0,521$). Και οι δύο αυτές συσχετίσεις είναι υψηλές θετικές και μας δείχνουν ότι όσο θα αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας των εξυπηρετούμενων και η τυπικότητα του προσωπικού, θα αυξάνεται και η Ικανοποίηση από το προσωπικό. Το ίδιο ισχύει και για την αντίληψη ότι το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑμΕΑ και το αίσθημα εμπιστοσύνης προς το προσωπικό, δηλαδή όσο θα αυξάνονται, θα αυξάνεται και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες. Τέλος,

παρατηρήθηκε ότι οι αντιλήψεις για το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν επηρεάζουν την Ολική ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα, αφού οι τιμές του συντελεστή Pearson είναι στατιστικά μη σημαντικές.

Από τις συσχετίσεις των παραπάνω παραγόντων παρατηρείται ότι, μια μεταβολή σε έναν παράγοντα επηρεάζει θετικά/αρνητικά έναν άλλον. Όσο πιο υψηλή θετική είναι η συσχέτιση τόσο πιο ισχυρή η μεταβολή. Μια υψηλή θετική συσχέτιση μας δείχνει ότι όση είναι η μεταβολή ενός παράγοντα τόση θα είναι και η μεταβολή του άλλου παράγοντα προς την ίδια κατεύθυνση.

5.4 Αντιλήψεις για το επίπεδο ποιότητας παρεχόμενης υπηρεσίας, επίπεδο ικανοποίησης και ποιότητας ζωής

Με βάση την ανάλυση εγκυρότητας και αξιοπιστίας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών – κρίθηκε σκόπιμο να μετρηθούν με τη χρήση μέσων όρων οι αντιλήψεις των χρηστών για επίπεδο ποιότητας της εξυπηρέτησης, ικανοποίησης, ποιότητας ζωής.

5.4.1 Ποιότητας παρεχόμενης υπηρεσίας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των ερωτήσεων που απαρτίζουν τους παράγοντες που προέκυψαν για την **ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας**. Η κλίμακα διαβάθμισης των απαντήσεων είναι η 5-βάθμια Likert.

Πίνακας 5.4.1.1. Μέσοι όροι παραγόντων ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας

	Μέσος όρος
--	------------

Τυπικότητα-Ασφάλεια	4,32
5. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου(RC)	4,5
6. Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη	4,35
9. Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου(RC)	4,32
12.Έχω ένα αίσθημά ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.	4,21
13..Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες.(RC)	4,32
20.Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες που αποτελούν μέρος των καθηκόντων του(RC)	4,31
22.Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν(RC)	4,27
28.Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή(RC)	4,33
Ενίσχυση-Ενδυνάμωση	4,44
1.Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό	4,48
2.Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν	4,42

3. Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω(RC)	4,56
4. Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες)	4,28
Ενσυναίσθηση	4,19
8.Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ	4,28
10.Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου	4,12
19.Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση	4,22
23. Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (π.χ. θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοηθό ή νοσοκόμα στο σπίτι).	4,21
29.Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω	4,13
Επικοινωνία	4,15
14.Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (π.χ. για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης)	4,18
15.Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω	4,15

16.Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστεύομαι(RC)	4,2
31.Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει)	4,07

Παρατηρείται ότι, όλες παρουσιάζουν μέσο όρο(μ.ό.) άνω του 3 που είναι η μέση βαθμίδα της χρησιμοποιούμενης κλίμακας μέτρησης. Ειδικότερα, οι εξυπηρετούμενοι θεωρούν ότι το προσωπικό είναι περισσότερο αποτελεσματικό στον παράγοντα Ενίσχυση-Ενδυνάμωση με μ.ό. 4,44. Έπειτα ακολουθεί ο παράγοντας, Τυπικότητα-Ασφάλεια με μ.ό. 4,32, ο Ενσυναίσθηση με 4,19 και ο Επικοινωνία με 4,15. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι, οι υπηρεσίες ενίσχυσης-ενδυνάμωσης είναι ποιοτικότερες σε σχέση με τις υπόλοιπες. Συνολικά, η αντίληψη που έχουν οι εξυπηρετούμενοι για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι αρκετά θετική αφού και οι 4 παράγοντες είναι πάνω από το μέσο της κλίμακας(3). Αναλυτικότερα, όσον αφορά την *ενίσχυση-ενδυνάμωση*, οι ερωτώμενοι παρουσιάζονται να συμφωνούν σε πολύ μεγάλο βαθμό, σχεδόν απόλυτα, με ορισμένες διατυπώσεις και γενικά σε μεγάλο βαθμό και με τις υπόλοιπες. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι παρουσιάστηκαν σχεδόν απόλυτα σύμφωνοι με την ερώτηση 3 «Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω» , η οποία έχει αντιστραφεί, με μέσο όρο 4,56 ο οποίος είναι και ο μεγαλύτερος και με την ερώτηση 1 «Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό» με μέσο όρο 4,48, καθώς οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι το προσωπικό δεν τους βλέπει υποτιμητικά παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και ότι πάντα θα προσπαθεί να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν τα προβλήματα αυτά. Έπειτα ακολουθεί η διατύπωση 5 «Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου», του παράγοντα *Τυπικότητα-Ασφάλεια*, η οποία έχει αντιστραφεί και παρουσιάζει μέσο όρο 4,5.

Για τον παράγοντα *Ενσυναίσθηση*, παρατηρήθηκε ότι πολλοί ερωτώμενοι έχουν την αντίληψη ότι το προσωπικό είναι ευαίσθητοποιημένο σε θέματα που τους αφορούν,

με την ερώτηση 8 «Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ» να έχει μ.ό. 4,28 ο οποίος είναι και ο μεγαλύτερος αυτής της κατηγορίας.

Στον παράγοντα *επικοινωνία*, ο οποίος έχει τον χαμηλότερο μέσο όρο από τους υπόλοιπους(4,15), παρατηρήθηκε από την ερώτηση 16 «Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστεύομαι(RC)»(μ.ό. 4,20) ότι το προσωπικό έχει δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας και διατηρεί καλές σχέσεις με τους εξυπηρετούμενους, αφού οι ερωτώμενοι εμπιστεύονται το προσωπικό και μιλούν μαζί του για προσωπικά τους θέματα.

5.4.2 Επίπεδο ικανοποίησης

Πίνακας 5.4.2.1 : Μέσοι όροι παραγόντων ικανοποίησης

	Mean
Ικανοποίηση από προσωπικό	4,7
3.1 Την ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις-προβλήματα σας	4,68
3.2 Την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί σας	4,71
Ικανοποίηση από υπηρεσίες	4,2
3.3 Το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος	4,16
3.4 Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες	4,31
3.5 Τη συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού	4,12
Ολική Ικανοποίηση	4,38
3.6 Συνολικά, είμαι ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες	4,38

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι, οι παράγοντες της Ικανοποίησης από το προσωπικό και από τις υπηρεσίες, έχουν μ.ό. 4,7 και 4,2 αντίστοιχα. Ειδικότερα για την *Ικανοποίηση από το προσωπικό*, παρατηρείται ότι ο μ.ό. των ερωτήσεων που αφορούν την ανταπόκριση του προσωπικού και τη συμπεριφορά του πλησιάζουν το μέγιστο όριο της κλίμακας(5), άρα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ανταπόκριση του προσωπικού σε προβλήματα-απαιτήσεις είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (μ.ό. 4,68) και ότι η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους του είναι σχεδόν άψογη.

Για την *Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες*, ξεχωρίζει η ερώτηση 4 «Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες» με μέσο όρο 4,31, τον μεγαλύτερο αυτής της κατηγορίας, που όμως δείχνει ότι ο τρόπος που το προσωπικό προσφέρει τις υπηρεσίες του προγράμματος, είναι απλά ικανοποιητικός και δεν πλησιάζει αρκετά στο μέγιστο.

Τέλος, η *Ολική ικανοποίηση* που εκφράζεται μέσω της ερώτησης 6 «Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες» εμφανίζει μ.ό. 4,38 και μας καταδεικνύει ότι παρόλο που εξυπηρετούμενοι θεωρούν ότι συνολικά μένουν αρκετά ικανοποιημένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

5.4.3 Ποιότητα ζωής

Πίνακας 5.4.3.1: Μέσοι όροι ποιότητας ζωής

	Μέσος όρος
Ποιότητα ζωής/Ευημερία	4,32

2.1 Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"	4,37
2.2 Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η	4,36
2.3 Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος νιώθω περισσότερη ενέργεια	4,31
2.4 Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος μπορώ σιγά –σιγά να αυτό - εξυπηρετούμαι και να απολαμβάνω περισσότερο τη ζωή μου	4,28
2.5 Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου	4,37
2.6 Η καθημερινότητά μου έχει γίνει ευκολότερη από τότε που συμμετέχω στο "Βοήθεια στο Σπίτι"	4,25

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι εξυπηρετούμενοι της υπό-μελέτης δομής θεωρούν όντως ότι προκύπτουν πραγματικά οφέλη από την ένταξη τους στο πρόγραμμα και ότι επακόλουθο αυτών των οφελών είναι η αύξηση της ποιότητας της ζωής τους. Ακόμη, παρατηρείται ότι αξιολογούν με θετικό τρόπο αυτήν την αύξηση στην ποιότητα της ζωής τους, αφού η *Ευημερία/Ποιότητα ζωής* έχει μέσο όρο 4,32. Ειδικότερα, από τις ερωτήσεις 1 «Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"»(μ.ό.4,37), 2 «Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η»(μ.ό.4,36), 5 «Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου»(μ.ό.4,37), μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το αίσθημα της συντροφιάς που έχει ως επακόλουθο τη μείωση του αισθήματος της μοναξιάς και η βελτίωση της αυτοεκτίμησης των ερωτώμενων, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ευημερία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα–Συμβολή/χρησιμότητα–Περιορισμοί- Μελλοντική έρευνα

6.1. Εισαγωγή

Με την παρούσα έρευνα επιδιώχθηκε η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε μελέτη περίπτωσης της δομής «ΒσΣ» που υλοποιείται στη δημοτική ενότητα Μεσοποταμίας του δήμου Καστοριάς. Το δείγμα της έρευνας αποτελέσανε 80 άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στα μητρώα της δομής και δέχονταν επίσκεψή από το προσωπικό της δομής τουλάχιστον 1 φορά το μήνα. Επιλέχθηκε η συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω ποσοτικής έρευνας, για την επίτευξη ενός βέλτιστου αποτελέσματος, χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Το Α μέρος περιέχει πληροφορίες που αφορούν το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης του. Το Β μέρος περιλαμβάνει εννέα κλειστές ερωτήσεις για την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων (Ηλικία, εισόδημα, φύλο κ.α). Το Γ μέρος αποτελείται από τρεις ενότητες (*αντιλήψεις ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, ποιότητα ζωής εξυπηρετούμενων, βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες*), περιλαμβάνοντας 44 κλειστού τύπου διαβαθμισμένες σύμφωνα με την 5βάθμια κλίμακα Likert. Ορισμένες από τις ερωτήσεις της ενότητας *αντιλήψεις ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών* του Γ μέρους ήταν κωδικοποιημένες αντίστροφα (reverse coded): Ερώτηση: 3,5,9,13,16,20,22,28 . Αφού ολοκληρώθηκε η συλλογή των δεδομένων, ακολούθησε η ανάλυση τους, με το στατιστικό εργαλείο SPSS V.20, με χρήση περιγραφικής στατιστικής(μέσοι όροι), ανάλυσης παραγόντων, υπολογισμό του συντελεστή α-Cronbach και υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

6.2. Συμπεράσματα

Αρχικά από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, προέκυψε το παρακάτω προφίλ των ατόμων που εξυπηρετούνται από την υπό-μελέτη δομή. Η δομή εξυπηρετεί κυρίως άτομα του γυναικείου φύλου(73,8%), άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών(60,2%), με αρκετά υψηλό ποσοστό αναλφαβητισμού (43,8%) και απόφοιτους δημοτικού (51,2%). Το μεγαλύτερο μέρος αυτών των ατόμων λαμβάνει χαμηλή συνταξιοδοτική αμοιβή έως 500 ευρώ(71,3%) και διαβεί μόνο του(71,3%), συμμετέχει στο πρόγραμμα τουλάχιστον 2 χρόνια(86,3%) λαμβάνοντας τις υπηρεσίες του προγράμματος σε εβδομαδιαία βάση(78,9%) και εκτός από το πρόγραμμα υποστηρίζεται ως προς την κάλυψη των αναγκών του από τα τέκνα(66,3%)

Στη συνέχεια, για την απάντηση του 1^{ου} ερωτήματος, αφού εξασφαλίστηκε η επάρκεια του δείγματος μέσω του δείκτη ΚΜΟ, ακολούθησε ο έλεγχος εγκυρότητας των κλιμάκων μέτρησης των μεταβλητών. Για τον έλεγχο εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων με τη μέθοδο περιστροφής *Varimax*. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος αξιοπιστίας, με υπολογισμό του συντελεστή α -Cronbach. Τελικά μετά από κάποιες επαναλήψεις και απορρίπτοντας όσες ερωτήσεις καθιστούσαν αναξιόπιστη την κλίμακα μέτρησης, η ανάλυση αυτή μας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι : τα στοιχεία της 1^{ης} κλίμακας ομαδοποιούνται σε 4 παράγοντες που αφορούν *Τυπικότητα-Ασφάλεια, Ενσυναίσθηση, Ενίσχυση-Ενδυνάμωση, Επικοινωνία*. Τα στοιχεία της 2^{ης} ομαδοποιούνται σε 1, την *Ενημερία* και της 3^{ης} σε 3: την *Ικανοποίηση από το προσωπικό, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και την Ολική Ικανοποίηση*.

Έπειτα, για την απάντηση του 2^{ου} ερωτήματος, οι συντελεστές συσχέτισης των παραγόντων έδειξαν θετική συσχέτιση σε όλες τις μεταβλητές και ειδικότερα προέκυψε ότι μια μεταβολή σε ορισμένες από τις αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών, θα μεταβάλει την ποιότητα ζωής στον ίδιο βαθμό και στην ίδια κατεύθυνση. Ακόμη, προέκυψε το ίδιο συμπέρασμα σχετικά με ορισμένες από τις αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών σε σχέση με την Ικανοποίηση από το προσωπικό και την Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες. Αντιθέτως η *Ολική Ικανοποίηση* παρατηρήθηκε ότι δεν επηρεάζεται από μεταβολές στις αντιλήψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, με βάση τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής και συγκεκριμένα από την εξαγωγή των μέσων όρων αναφορικά με τις αντιλήψεις για το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, επίπεδο ικανοποίησης και ποιότητας ζωής, προέκυψε ότι οι χρήστες του προγράμματος αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως ποιοτικές. Ακόμη, με αυτές που αφορούν την Ενίσχυση-Ενδυνάμωση να ξεχωρίζουν με μέσο όρο 4,44 και να μας υποδεικνύουν ότι το προσωπικό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην ενίσχυση της ψυχολογικής και σωματικής υγείας των εξυπηρετούμενων αλλά και της

μοναδικότητας του ατόμου ενώ μεγάλο ρόλο διαδραμάτισε η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των χρηστών μετά την εγγραφή τους στο «ΒσΣ». Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι ικανοποιούνται σχεδόν σε απόλυτο βαθμό από τη συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί τους και από την ανταπόκριση του στα προβλήματα τους ενώ παράλληλα μέσω του μέσου όρου της Ολικής Ικανοποίησης(4,38) συμπεραίνουμε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα γενικά, ικανοποιούν τους χρήστες του σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, όσον αφορά το πρόγραμμα, αυτό κρίνεται ως αποτελεσματικό αφού προκύπτουν όντως πραγματικά οφέλη για τους εξυπηρετούμενους τα οποία συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ορισμένα από αυτά τα οφέλη είναι, η βελτίωση της κοινωνικής τους ζωής, η αποβολή του το αισθήματος της μοναξιάς, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους, καθώς και η ενίσχυση της αυτονομίας-αυτοεξυπηρέτησης τους.

6.3. Συμβολή/χρησιμότητα

Με την παρούσα έρευνα επιχειρείται η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας σε σχέση με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το βαθμό ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής (ευημερίας) των χρηστών του προγράμματος. Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, προέκυψαν χρήσιμες πληροφορίες οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά από το προσωπικό του προγράμματος, θα του δώσουν τη δυνατότητα να αναβαθμίσει ποιοτικά τις υπηρεσίες που παρέχει με θετικότερα αποτελέσματα για τους χρήστες.

6.4. Περιορισμοί - μελλοντική έρευνα

Κατά την αξιολόγηση της παρούσας εργασίας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω περιοριστικά στοιχεία. Πρώτος βασικός περιορισμός είναι ότι δεν

πραγματοποιήθηκε προέλεγχος του ερωτηματολογίου, λόγω έλλειψης χρόνου και πόρων, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι οι ερωτήσεις ερμηνεύονται από τους ερωτώμενους με τον τρόπο που επιθυμούμε, οι ερωτώμενοι κατανοούν όλες τις ερωτήσεις και τέλος εάν το ερωτηματολόγιο παρακινεί τους ερωτώμενους να το απαντήσουν.

Ο δεύτερος περιορισμός είναι ότι λόγω και της μελέτης περίπτωσης μια συγκεκριμένης δομής και κατά συνέπεια τον μικρό αριθμό του δείγματος, περιορίζεται η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας. Για το λόγο αυτό προτείνεται η πραγματοποίηση έρευνας σε διαδημοτικό επίπεδο, ώστε να γίνει εξαγωγή εγκυρότερων αποτελεσμάτων και να διαμορφωθεί μια συνολική εικόνα για την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος «ΒσΣ».

Ο τρίτος περιορισμός, αφορά τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η παρουσία στις περισσότερες περιπτώσεις του προσωπικού της δομής και των φροντιστών των ατόμων που συμμετείχαν, ενδεχομένως να προκάλεσε προκατειλημμένες απαντήσεις καθώς οι ηλικιωμένοι θεωρούνται μία πληθυσμιακή ομάδα περισσότερο επιρρεπής σε σφάλμα προκατειλημμένης απάντησης (Bauld et al., 2000).

Τέλος, όσον αφορά την απάντηση του 2^{ου} ερωτήματος, η οποία προέκυψε από τις συσχετίσεις των μεταβλητών, τίθεται το ζήτημα ότι αυτή η προσέγγιση δίνει τη δυνατότητα να ελεγχθούν δύο μεταβλητές ως προς τη γραμμική τους σχέση και κατά πόσο μια μεταβολή στη μία θα επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την άλλη και δεν δύναται να αποκαλύψει τις σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος μεταξύ των μεταβλητών, δηλαδή την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ των μεταβλητών. Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να μελετηθεί η σχέση αιτίας-αποτελέσματος των μεταβλητών δίνοντας μας μια εναλλακτική ερμηνεία και ίσως και μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για τις σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές.

Παράρτημα Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Αγαπητές/οι φίλες/οι,

Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας στο τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διεξάγεται έρευνα σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί λίγο από το χρόνο σας και θα προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν απαιτείται να αναγράψετε κανένα από τα στοιχεία σας. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια και σύμφωνα με όσα πιστεύετε για το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Ευχαριστούμε για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Ιωαννίδης Ιωάννης, Φοιτητής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου .

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ

1. Φύλο

Ανδρας	
--------	--

Γυναίκα	
---------	--

2. Ηλικία

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

3. Μόρφωση

Αναλφάβητος/η	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο

4. Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος/η	Παντρεμένος/η	Χήρος/α	Διαζυγευμένος/η

5. Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα (σε Ευρώ)

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

6. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Απόφοιτος/η Δημοτικού	Απόφοιτος/η Γυμνάσιου	Απόφοιτος/η Λύκειο	Απόφοιτος/η ΤΕΙ	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	Άλλο

7. Περίοδος συμμετοχής στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Μέχρι και 6 μήνες	7-12 μήνες	13-18 μήνες	19-24 μήνες	2 -3 χρόνια	3-4 χρόνια

A/A	Διατύπωση	Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ

Συγγενείς	Παιδιά	Γείτονες	Φίλοι	Κανείς	Άλλο

8. Συχνότητα επισκέψεων

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

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

1. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις αντιλήψεις σας για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας από το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" στο οποίο συμμετέχετε. Παρακαλούμε εκφράστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω διατυπώσεις κυκλώνοντας τον αριθμό που εκφράζει την άποψή σας.

Όπου: **1**= Διαφωνώ απόλυτα , **2** = Διαφωνώ **3**= Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ
4= Συμφωνώ **5** = Συμφωνώ απόλυτα

1.	Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό	1	2	3	4	5
2.	Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν	1	2	3	4	5
3.	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω(RC)	1	2	3	4	5
4.	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες)	1	2	3	4	5
5.	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου(RC)	1	2	3	4	5
6.	Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη	1	2	3	4	5
7.	Θεωρώ ότι έπρεπε να ασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού (π.χ, νοσοκόμες, οικογενειακοί βοηθοί, κοινωνικοί λειτουργοί)	1	2	3	4	5

8.	Το προσωπικό είναι ευαίσθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους/ΑΜΕΑ	1	2	3	4	5
9.	Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου (RC)	1	2	3	4	5
10.	Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου	1	2	3	4	5
11.	Νομίζω ότι το προσωπικό πρέπει να με επισκέπτεται περισσότερες φορές (μέρες)	1	2	3	4	5
12.	Έχω ένα αίσθημα ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.	1	2	3	4	5
13.	Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες (RC)	1	2	3	4	5
14.	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (π.χ. για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης)	1	2	3	4	5
15.	Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του	1	2	3	4	5

	και να του πω αυτό που θέλω					
16.	Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή δεν το εμπιστευόμαι(RC)	1	2	3	4	5
17.	Το προσωπικό πάντοτε λαμβάνει υπόψη τη γνώμη μου στις περιπτώσεις λήψης αποφάσεων που με αφορούν	1	2	3	4	5
18.	Οι υπηρεσίες που μου προσφέρει το "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μικρής σημασίας για εμένα	1	2	3	4	5
19.	Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση	1	2	3	4	5
20.	Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες που αποτελούν μέρος των καθηκόντων του(RC)	1	2	3	4	5
21.	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έγινε σε σύντομο χρονικό διάστημα και ήταν εύκολη	1	2	3	4	5
22.	Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν(RC)	1	2	3	4	5
23.	Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (π.χ. θα	1	2	3	4	5

	έπρεπε να πληρώσω οικιακή βοηθό ή νοσοκόμα στο σπίτι).					
24.	Η υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει ανάγκη από προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων (π.χ. γιατρό, ή φυσιοθεραπευτή ή κάτι άλλο).	1	2	3	4	5
25.	Νιώθω ότι αν έχω κάποια ανάγκη πάντοτε θα υπάρχει κάποιος από το προσωπικό κοντά μου	1	2	3	4	5
26.	Το προσωπικό του "Βοήθεια στο Σπίτι" κάνει αλλαγές στο πρόγραμμα χωρίς να ερωτηθώ	1	2	3	4	5
27.	Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια)	1	2	3	4	5
28.	Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή(RC)	1	2	3	4	5
29.	Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω	1	2	3	4	5
30.	Θεωρώ ότι το προσωπικό πρέπει να έρχεται άλλες ώρες ή και μέρες από αυτές που έρχεται στο σπίτι μου	1	2	3	4	5

31.	Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει)	1	2	3	4	5
32.	Το πρόγραμμα με βοηθάει να είμαι συνεπής στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής μου	1	2	3	4	5

2. Σε σχέση με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», παρακαλούμε εκφράστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω διατυπώσεις κυκλώνοντας τον αριθμό που εκφράζει την άποψή σας.

Όπου:

1= Διαφωνώ , 2 = Διαφωνώ 3= Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ 4= Συμφωνώ
5 = Συμφωνώ απόλυτα

A/A	Διατύπωση	Διαφωνώ απόλυτα	Ούτε συμφωνώ /ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα		
1.	Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι"	1	2	3	4	5
2.	Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα με κάνει να νιώθω λιγότερο μόνος/η	1	2	3	4	5
3.	Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος νιώθω περισσότερη ενέργεια	1	2	3	4	5
4.	Λόγω της φροντίδας που μου παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος μπορώ σιγά –σιγά να αυτό - εξυπηρετούμαι και να απολαμβάνω περισσότερο τη ζωή μου	1	2	3	4	5

5.	Λόγω της συμμετοχής μου στο πρόγραμμα έχει βελτιωθεί η αυτοεκτίμησή μου	1	2	3	4	5
6.	Η καθημερινότητά μου έχει γίνει ευκολότερη από τότε που συμμετέχω στο "Βοήθεια στο Σπίτι"	1	2	3	4	5

3. Σε σχέση με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», παρακαλούμε κυκλώστε το βαθμό ικανοποίησης/δυσανεξικίας σας από:

A/A	Διατύπωση	Απόλυτα Δυσανεξικημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσανεξικημένος/η	Απόλυτα Ικανοποιημένος/η		
1.	Την ανταπόκριση του προσωπικού στις απαιτήσεις-προβλήματα σας	1	2	3	4	5
2.	Την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι σας	1	2	3	4	5
3.	Το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος	1	2	3	4	5
4.	Από τον τρόπο που σας προσφέρονται οι παραπάνω υπηρεσίες	1	2	3	4	5
5.	Τη συχνότητα των επισκέψεων του	1	2	3	4	5

	προσωπικού					
6.	Συνολικά, είμαι ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες	1	2	3	4	5

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αλεξιάς, Γ. και Φλάμου, Α. (2007). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24,(1), 37-42

ΑΝ.ΚΑ., (2006) «Έρευνα καταγραφής και αποτύπωσης των προβλημάτων, των αναγκών και των ενεργειών για τη συνέχιση λειτουργίας των μονάδων ‘Βοήθεια στο Σπίτι’», Καρδίτσα

Βουνάκη, Ε., Χαραλαμπίκη, Μ. (2004). «Τρίτη ηλικία. Αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Μασταμπα του δήμου Ηρακλείου και στο Δήμο Χανίων». Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης— Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Εγγές, Κ. (2013). «Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ατόμων που εξυπηρετούνται από τη δομή «Βοήθεια στο Σπίτι» σε ορεινό Δήμο και σε Δήμο αστικού τύπου στην Περιφερειακή Ενότητα Καστοριάς.», Μεταπτυχιακή Εργασία, Ε.Α.Π.-Σχολή Κοινωνικών Επιστημών-Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Ε.Ε.Τ.Α.Α, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ, 1995

Ε.Ε.Τ.Α.Α., (2011) Πρόσκληση Εκδήλωσής Ενδιαφέροντος για την Υλοποίηση Πράξεων στο πλαίσιο της δράσης: «Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ’ οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης», Αθήνα

Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, (2002) «Η ελληνική απάντηση στο ερωτηματολόγιο σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα για του ηλικιωμένους», Αθήνα. Σ.9

Κοντιάδης, Ξ.Ι. & Απιστούλας, Δ. (2006). Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους και Τοπική Αυτοδιοίκηση Συντονισμός και δικτύωση των δομών κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. Σ. 77

Κοντιάδης, Ξ., Καλατζής, Ν., Μίχος, Λ., Μπιτσάνη, Ε., Τσέκος, Θ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ, 2006

Κοινή Υπουργική Απόφαση 4514/12-9-96

Κοινή Υπουργική Απόφαση 4035/27-7-2001(Φ.Ε.Κ.1127/Β/30.8.2001)

Κοινή Υπουργική Απόφαση 10024/1-6-2001 (Φ.Ε.Κ 726/τ.β’/2001)

Κωσταρέλης, Α., Τσιτουρίδου, Μ. (2006) «Πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι”- Ικανοποίηση Εξυπηρετούμενων», Μεταπτυχιακή Εργασία, ΕΑΠ - Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, σελ.12,28

Μηνακούλη, Θ. & Τσιακατούρα, Χ. (2005).Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ Η ΜΕΡΙΜΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ετήσια έκθεση για την υγεία.

Ντάση, Α., Σαβιόλη, Π. (2012) «Ο βαθμός ικανοποίησης και η αυτοαναφερόμενη υγεία των χρηστών του προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι” στον Δήμο Ηρακλείου», Μεταπτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης – Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Νόμος 2646/1998 - ΦΕΚ 236/Α/20-10-1998

Νόμος 3463/2006 ΦΕΚ 114/Α'/8.6.2006 Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων

Νόμος 4430/2016 ΦΕΚ Α' 205/31-10-2016 Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις

Νόμος 3852/2010 - ΦΕΚ 87Α/7-6-2010 Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης.

Νόμος 1416/1984

Νομοθετικό Διάταγμα 162 (Φ.Ε.Κ. 227/24-9-1973)

Νόμος 4199/2013.

Νόμος 4277/2014 ΦΕΚ 156 Α/1.8.2014

Ν. 4351/2015 (ΦΕΚ Α' 164/4-12-2015)

Ν 4430/2016 (ΦΕΚ Α' 205/31-10-2016)

Ν. 4483/2017 (ΦΕΚ Α' 107/31-07-2017)

Νόμος 4147/2013 «Κύρωση της από 31.12.2012 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου "Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων αρμοδιότητας των υπουργείων Εσωτερικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη, της Γενικής Γραμματείας της Κυβέρνησης και του υπουργού Επικρατείας" και άλλες διατάξεις»

Νόμος 4052/1.3.2012-ΦΕΚ Α' 41/01-03-2012

Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας. Παράρτημα 1, Περιγραφή υπηρεσιών ανά ειδικότητα

ΠΑΝΟΣ ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, ΜΑΡΙΑ ΣΠΑΝΟΥ, Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στην τοπική αυτοδιοίκηση: η περίπτωση της Ελλάδας, http://www.citybranding.gr/2015/11/blog-post_12.html

Σιώμκος, Γ., Ι. & Μαύρος, Δ., Α..(2008). Έρευνα Αγοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε. Σ. 23

Στασινοπούλου, Ο., (2006), Εισαγωγή στην Κοινωνική Πολιτική, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Τσέκος Θ. (2003), «Συγκρότηση και αναπαραγωγή μιας μη βεμπεριανής γραφειοκρατίας. Η ιστορική εξέλιξη της ελληνικής δημόσιας διοίκησης» Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ομάδα Διοίκησης Έργου (2003) «Σχέδιο περιγραφής της δράσης “Βοήθεια στο σπίτι” στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ’ΚΠΣ», Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2003). «Νέες Δομές στο χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης»

Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, (2005). Αθήνα 10/08. Σ. 6

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. (2002). «Η πολιτική μας για την Πρόνοια»

Φ.Ε.Κ Β’925/4-7-2003

ΦΕΚ 196/16-10-2012

Φωτόπουλος, Γ. (2005) «Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι: Πυλώνας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;». Συνέδριο: «Βοήθεια στο Σπίτι» στην 1^η γραμμή των κοινωνικών υπηρεσιών. Καρδίτσα

Χυτήρης, Α. & Άννινος, Α. (2015). Διοίκηση και ποιότητα υπηρεσιών. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Σ. 57

Ξενογλώσσα

Armstrong, G. & Kotler, P. (2009). Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ. Ένατη έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επίκεντρο Α.Ε. (σ. 313)

Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K. (2000) Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature, Health and Social Care in the Community, 8:316-324

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Fleissig, A., Banister, D., Sutton, S.(2003). INT’L. J. AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, Vol. 56(4) 269-306

Cheetham, J., Fuller, R., McIvor, G., Petch, A., Evaluating Social Work Effectiveness, 1992, Open University Press, Buckingham.

CHERAGHI, Z., DOOSTI-IRANI, A., NEDJAT, S., CHERAGHI, P., & NEDJAT, S. (2016). Quality of Life in Elderly Iranian Population Using the QOL-brief Questionnaire: A Systematic Review. *Iranian Journal of Public Health*, 45(8), 978–985.

DUNLEAVY P., HOOD C. (1994), "From Old Public Administration to New Public Management", *Public Money and Management*, July-September, pp. 9-16.

Drucker, P. (1985). *Innovation and entrepreneurship*. New York: Harper & Row.

Farquhar, M. (1995) 'Elderly People's Definitions of Quality of Life', *Social Science and Medicine* 41,10:1439-1446.

Grönroos, C. (1990). *Service management and marketing*. Lexington, Mass: Lexington Books.

Hagenbuch, W., *Social Economics*, Nisbet, Welwyn, 1958, p. 20

Holbrook, Morris B., Corfman, K.P. (1985). Quality and value in the consumption experience: Phaedrus rides again. Perceived quality. Vol. 31, Issue 2, p 31-57. Lexington, MA: Lexington Books

HOOD C. (1995), "The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, No. 2/3, pp. 93-109.

Johnston, R., Clark, R. & Shulver, M. (2012). *Service operations management*. Essex: Pearson Education.

Kajonius, P.J. & Kazemi, A. (2016). "Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care". *Health and Social Care in the Community*. 24(6), 699-707

Kotler, P. & Keller, K. (2006). *Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ*. Δωδέκατη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος (σ. 162, 168)

Lumijärvi, I. (1999) *Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Marshall, T. H., *Social Policy*, Hutchinson, London, 1965, p. 7

Moritz, S. (2005). *Service Design Practical access to an evolving field*. London

Michalos, A.C., Hubley A., Zumbo, B.D., Hemingway, D. (2000) 'Health and Other Aspects of the Quality of Life of Older People'. Draft paper. University of North British Columbia, Canada.

Miller, C. (1993). U.S. firms lag in meeting global quality standards. *Marketing News*. Vol. 27, Issue 4, p1. 15/02/1993

Osborne, D. & Gaebler, T., (1993) *Reinventing Government*

Raphael, D., Steinmetz, B., & Renwick, R. (1999) 'The People, Places, and Priorities of Lawrence Heights: Conclusions from the Community Quality of Life Project'. University of Toronto, Canada

Rosen, L.D., Karwan, K.R. & Scribner, L.L. (2003). Service quality measurement and the disconfirmation model: taking care in interpretation. *Total Quality Management*, Vol 14, Issue 1, p. 3-14.

Skaperdas, I., Lavdaniti, M., Dimitriadou, A., Psychogiou, M., Sgantzios, M., Krepia, V., & Sapountzi-Krepia, D. (2010). Satisfaction from the 'Help at Home' programme in a prefecture of central Greece. *International journal of nursing practice*. 16. 342-51.

Smith, A.,(2000). *Researching Quality of Life of older people Concepts, Measures and findings*. Centre for Social Gerontology. Keele University

Pusa, O. Piirainen, K. Kettunen, A. (2002). *Johdatus sosiaalitaloustieteeseen ja sosiaalipalvelujen talouteen*. Pieksämäki: Sosiaalitalouden tutkimuskeskus.

Vornanen R., Polkki P., Pohjanpalo H. & Miettinen J. (2011) The possibilities for effective child protection – The Finnish research perspective, *ERIS web journal*, 1, 14-20.

Yeomans, K.A., Golder, P.A. (1982). "The Guttman-Kaiser criterion as a predictor of the number of common factors", *The Statistician*, 31, 221-229.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS-36 item short-form health survey (SF-36) *Med Care* . 1992; 30 (6):473–83

World Health Organization. (1997). *WHOQOL-Measuring Quality of Life*

Wilcox, R. (1987). "New statistical procedures for the social sciences", ,LEA Publishers

Zeithaml, V.A., Parasuraman. A. & Berry, L.L. (1990). *Delivering quality service*. New York: Free Press.

Διαδικτυακοί Τόποι/Ιστοσελίδες

<https://www.entrepreneur.com/encyclopedia/market-research> Market Research

<https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/pearsons-product-moment-correlation-using-spss-statistics.php>

<http://www.statisticssolutions.com/factor-analysis-2>

<http://www2.stat-athens.aueb.gr/~jpan/diatrives/Marouga/chapter6.pdf>

<https://stats.idre.ucla.edu/spss/faq/what-does-cronbachs-alpha-mean>

<http://old.50plus.gr/kapi>

<http://old.50plus.gr/kifi>

<http://www.qliont.org/indexe.html>

<http://voithiastospiti.blogspot.gr/>