

ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ



European  
University  
Cyprus

## ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»

### ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο βαθμός ικανοποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας που/οι οποίοι χρησιμοποιούν Δημόσιες Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας : Η Περίπτωση της Τρίτης ηλικίας του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου».**

Επιμέλεια: ΖΑΙΜΗ ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ

A.M.: Δ.Μ.Υ. - 46

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Τσότσολας Νικόλαος

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2017

## *Ευχαριστίες*

Φθάνοντας στο τέλος του μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Τσότσολα Νικόλαο, διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πειραιά, για το ενδιαφέρον, την καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχε κατά την διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας. Επίσης πολλές ευχαριστίες σε όλο το διδακτικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» για τις γνώσεις που πρόσφεραν κατά την διάρκεια του χρόνου φοίτησής μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο της Δημοτικής Κοινοφελούς Επιχείρησης Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου, Κο Σκαρμούτσο Αναστάσιο, καθώς και τους συναδέλφους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δημοτικών Κοινοτήτων Μεσολογγίου, Αιτωλικού και Οινιαδών, για την υποστήριξή τους στην ερευνητική προσέγγιση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην μητέρα μου Μαρία και στο σύζυγό μου Γεώργιο Δάλλα, που καθ' όλη την διάρκεια της φοίτησής μου, με βοήθησαν με την αμέριστη και ακούραστη υπομονή τους, κατανοώντας τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς μου, για την ανταπόκρισή μου στις απαιτήσεις του Μεταπτυχιακού, αλλά και για το χρόνο δέσμευσής μου από τις οικογενειακές στιγμές της κοινής μας ζωής.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	1
Περίληψη.....	2
Abstract.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
1.1. Η σημαντικότητα του θέματος και η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος .....	6
1.2. Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας.....	7
1.3. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του προβλήματος.....	8
1.4. Κλάδος – Οργανισμός στον οποίο εστιάζει η έρευνα .....	9
1.4.1. Κέντρο Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου.....	9
1.4.2. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου .....	10
1.4.3. Δημοτικό - Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ .....	14
2.1. Ορισμός και Χαρακτηριστικά Τρίτης Ηλικίας.....	14
2.2. Οι θεωρίες γύρω από το γήρας .....	17
2.2.1. Βιολογικές Θεωρίες.....	17
2.2.2. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες γήρανσης .....	19
2.3. Οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας .....	22
2.3.1. Η Θεωρία του Maslow .....	22
2.3.2. Οι ανάγκες της τρίτης Ηλικίας .....	23
2.4. Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.....	27
2.4.1. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης .....	28
2.4.2. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στον κόσμο την Ελλάδα και στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας .....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ .....	35
3.1. Παρουσίαση της Κοινωνικής φροντίδας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	35
3.2. Παρουσίαση της Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα .....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΗΝ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ & ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ «ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ».....	38
4.1. Έννοια της ικανοποίησης των ωφελούμενων των υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας .....	38
4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.....	39
4.3. Μέτρηση της ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας .....	41
4.4. Οφέλη μέτρησης ικανοποίησης χρηστών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας .....	43
4.5. Σχετικές έρευνες με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων .....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....	47
5.1. Η μέθοδος MUSA.....	47
5.1.1. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου MUSA είναι: .....	48
5.1.2. Στάδια μεθοδολογίας MUSA .....	49
5.1.3. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της μεθόδου .....	50
5.1.4. Μέσοι δείκτες ικανοποίησης.....	52
5.1.5. Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας.....	52
5.1.6. Μέσοι Δείκτες Αποτελεσματικότητας .....	52
5.1.7. Διαγράμματα Δράσης και Βελτίωσης .....	53
5.1.7.1. Διαγράμματα Δράσης .....	53
5.1.7.2. Διαγράμματα Βελτίωσης .....	54
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	57
6.1. Σκοπός και στόχοι της Παρούσης Έρευνας .....	57
6.2. Καθορισμός διαδικασίας μέτρησης ικανοποίησης.....	58
6.3. Ανάπτυξη και δομή του Ερωτηματολογίου.....	59
6.4. Συλλογή Δείγματος.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	63
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	63
7.1.1. Διαχωρισμός δείγματος ανά φύλο.....	63
7.1.2. Ηλικιακή Σύθεση.....	64
7.1.3. Εκπαιδευτικό Επίπεδο .....	65
7.1.4. Επαγγελματική Κατάσταση .....	65

7.1.5.	Μηνιαίες αποδοχές του δείγματος .....	66
7.2.	Γενικές ερωτήσεις.....	67
7.2.1.	Πηγή Εισοδήματος .....	67
7.2.2.	Ασφαλιστική κάλυψη του δείγματος .....	67
7.2.3.	Οικογενειακή κατάσταση.....	68
7.2.4.	Κατάσταση Υγείας του δείγματος.....	69
7.2.5.	Χρόνια προβλήματα υγείας.....	69
7.2.6.	Συχνότητα χρήσης Προνοιακών Κοινωνικών Υπηρεσιών .....	70
7.2.7.	Χρήση Υπηρεσιών Κοινωνικών Δομών .....	71
7.3.	Ανάλυση και Επεξεργασία των αποτελεσμάτων ικανοποίησης με τη Μέθοδο MUSA.....	71
7.4.	Ολική ικανοποίηση.....	72
7.5.	Ικανοποίηση ανά κριτήριο.....	79
7.5.1.	Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου επιστημονικού προσωπικού .....	79
7.5.2.	Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου διοικητικού προσωπικού .....	86
7.5.3.	Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου εξυπηρέτηση .....	92
7.5.4.	Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου ποιότητα υπηρεσιών.....	98
7.5.5.	Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου εικόνα/προφίλ υπηρεσίας.....	102
7.6.	Ερωτήσεις Πίστης.....	107
7.6.1.	Μελλοντική επίσκεψη στις Προνοιακές Κοινωνικές Δομές.....	107
7.6.2.	Σύσταση σε άλλους ενδιαφερόμενους .....	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ -ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		109
8.1.	Ενότητα I : Δημογραφικά στοιχεία .....	110
8.2.	Ενότητα II: Στοιχεία προερχόμενα από το πολυκριτήριο πρόγραμμα ανάλυσης ικανοποίησης MUSA.....	111
8.3.	Προτάσεις .....	115
8.4.	Συζήτηση .....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ. ΜΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ .....		130
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....		152
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....		161

**Κατάλογος Διαγραμμάτων** (Τα διαγράμματα με το διακριτικό «Π» βρίσκονται στα Παραρτήματα Α και Γ της Εργασίας.)

Διάγραμμα 1 : Σύνθεση προτιμήσεων του πελάτη (Γρηγορούδης et al.,1997) .....	47
Διάγραμμα 2 : Σύνθεση προτιμήσεων του πελάτη (Γρηγορούδης et al.,1997) .....	49
Διάγραμμα 3 :Ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό Απαιτητικότητας .....	51
Διάγραμμα 4: Διάγραμμα Δράσης Πηγή: Γρηγορούδης και Σίσκος (2000).....	53
Διάγραμμα 5 : Διάγραμμα Βελτίωσης Πηγή: Γρηγορούδης και Σίσκος (2000).....	55
Διάγραμμα 6: Ιεραρχική δομή κριτηρίων ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες προνοιακών δομών Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου .....	61
Διάγραμμα 7: Διαχωρισμός ανά φύλο .....	63
Διάγραμμα 8: Ηλικιακή Σύνθεση.....	64
Διάγραμμα 9: Εκπαιδευτικό Επίπεδο .....	65
Διάγραμμα 10: Επαγγελματική Κατάσταση .....	65
Διάγραμμα 11: Μηνιαίες αποδοχές δείγματος .....	66
Διάγραμμα 12: Πηγή Εισοδήματος.....	67
Διάγραμμα 13: Ασφαλιστική κάλυψη.....	67
Διάγραμμα 14: Οικογενειακή κατάσταση.....	68
Διάγραμμα 15: Κατάσταση Υγείας.....	69
Διάγραμμα 16: Χρόνια προβλήματα υγείας.....	69
Διάγραμμα 17: Συχνότητα χρήσης προνοιακών υπηρεσιών .....	70
Διάγραμμα 18: Χρήση Υπηρεσιών Κοινωνικών Δομών .....	71
Διάγραμμα 19 Δείκτης Συνολικής (Ολικής) Ικανοποίησης .....	73
Διάγραμμα 20: Βάρη ή Σημαντικότητα Ολικών Κριτηρίων.....	74
Διάγραμμα 21: Μέσοι δείκτες Συνολικής (Ολικής) Ικανοποίησης Κριτηρίων .....	75
Διάγραμμα 22: Δείκτες Απαιτητικότητας Κριτηρίων .....	76
Διάγραμμα 23: Δείκτης Συνολικής (Ολικής) Απαιτητικότητας.....	76
Διάγραμμα 24: Ικανοποίηση συνολικής (Ολικής) Δράσης.....	78
Διάγραμμα 25: Συνολικής (Ολικής) Βελτίωσης .....	79
Διάγραμμα 26: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Επιστημονικό Προσωπικό». ....	80
Διάγραμμα 27: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Επιστημονικό Προσωπικό». .....	81

Διάγραμμα 28: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Επιστημονικού Προσωπικού».....	82
Διάγραμμα 29: Δράσης κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό».....	84
Διάγραμμα 30: Βελτίωσης κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό».....	85
Διάγραμμα 31: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Διοικητικό Προσωπικό».....	87
Διάγραμμα 32: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Διοικητικό Προσωπικό»..	87
Διάγραμμα 33: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Διοικητικό Προσωπικό» .....	88
Διάγραμμα 34: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Διοικητικού Προσωπικού».....	89
Διάγραμμα 35 : Δράσης κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό».....	91
Διάγραμμα 36: Βελτίωσης κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό» .....	92
Διάγραμμα 37: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Εξυπηρέτηση» .....	93
Διάγραμμα 38: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Εξυπηρέτηση».....	94
Διάγραμμα 39: Σημαντικότητα υποκριτηρίων «Εξυπηρέτησης» .....	95
Διάγραμμα 40: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Εξυπηρέτηση».....	95
Διάγραμμα 41: Δράσης κριτηρίου «Εξυπηρέτηση».....	96
Διάγραμμα 42: Βελτίωσης κριτηρίου «Εξυπηρέτηση».....	97
Διάγραμμα 43: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Ποιότητα Υπηρεσιών» .....	98
Διάγραμμα 44: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	99
Διάγραμμα 45: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	100
Διάγραμμα 46: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Ποιότητα Υπηρεσιών»	101
Διάγραμμα 47: Δράσης κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	101
Διάγραμμα 48: Βελτίωσης κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	102
Διάγραμμα 49: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας».....	103
Διάγραμμα 50: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας».....	104
Διάγραμμα 51: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» .....	104
Διάγραμμα 52: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» .....	105
Διάγραμμα 53: Δράσης κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας».....	106
Διάγραμμα 54: Βελτίωσης κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» .....	107
Διάγραμμα 55: Μελλοντική επίσκεψη στις Κοινωνικές Προνοιακές Δομές.....	108

Διάγραμμα 56: Σύσταση σε άλλους ενδιαφερόμενους .....	108
Διάγραμμα 57 Π: Συνολική (ολική) Ικανοποίησης Κριτηρίων .....	130
Διάγραμμα 58 Π : Συνολική Ικανοποίηση-Κριτήριο «Επιστημονικό Προσωπικό».....	130
Διάγραμμα 59 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Γνώση Αντικειμένου».....	131
Διάγραμμα 60 Π : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ακρίβεια διάγνωσης αξιολόγησης».	131
Διάγραμμα 61 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Αποτελεσματικότητα θεραπευτικής παρέμβασης».....	132
Διάγραμμα 62 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευγένεια/φιλική Συμπεριφορά».....	132
Διάγραμμα 63 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Συμβουλευτική υποστήριξη».....	133
Διάγραμμα 64 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προστασία προσωπικών δεδομένων».....	133
Διάγραμμα 65 Π : Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Επιστημονικό Προσωπικό». ...	134
Διάγραμμα 66 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό». ....	134
Διάγραμμα 67 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Γνώση Αντικειμένου». ...	135
Διάγραμμα 68 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Επαρκή ενημέρωση διαδικασιών»... ..	135
Διάγραμμα 69 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά»..	136
Διάγραμμα 70 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών».....	136
Διάγραμμα 71 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων».....	137
Διάγραμμα 72 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προστασία Προσωπικών δεδομένων».....	137
Διάγραμμα 73 Π: Σημαντικότητα υποκριτηρίων «Διοικητικού Προσωπικού».....	138
Διάγραμμα 74 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Διοικητικό Προσωπικό». ....	138
Διάγραμμα 75 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό». ....	139
Διάγραμμα 76 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος μεταξύ τηλεφωνικής επαφής και πραγματοποίησης ραντεβού».....	139
Διάγραμμα 77 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού».....	140
Διάγραμμα 78 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Τήρηση προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού» .....	140
Διάγραμμα 79 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση». ....	141



Διάγραμμα 80 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Παροχή πληροφοριών».....	141
Διάγραμμα 81 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης».....	142
Διάγραμμα 82 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα».....	142
Διάγραμμα 83 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Γραφειοκρατικές διαδικασίες».....	143
Διάγραμμα 84 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Εξυπηρέτηση».....	143
Διάγραμμα 85 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Εξυπηρέτησης».....	144
Διάγραμμα 86 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Πληρότητα παρεχόμενων υπηρεσιών».....	144
Διάγραμμα 87 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών».....	145
Διάγραμμα 88 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας».....	145
Διάγραμμα 89 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	146
Διάγραμμα 90 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών».....	146
Διάγραμμα 91 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας».....	147
Διάγραμμα 92 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία».....	147
Διάγραμμα 93 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προσβασιμότητας σε ΑμεΑ».....	148
Διάγραμμα 94 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Καθαριότητα του χώρου».....	148
Διάγραμμα 95 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Καταλληλότητα του χώρου».....	149
Διάγραμμα 96 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Κτιριακή υποδομή».....	149
Διάγραμμα 97 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Υλικοτεχνικό εξοπλισμό».....	150
Διάγραμμα 98 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» ....	150
Διάγραμμα 99 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» .....	151
Διάγραμμα 100 Π: Πληθυσμός, γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα (1960-2010) (βάση 100 το 1960 Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics.....	161
Διάγραμμα 101 Π: Ηλικιακή δομή πληθυσμού της Ελλάδας, Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics .....	162
Διάγραμμα 102 Π: Η μακροχρόνια εξέλιξη του αριθμού των ατόμων ηλικίας 65 και άνω στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010.....	162

Διάγραμμα 103 Π:: Αριθμός ατόμων ηλικίας 15-64 ετών που αντιστοιχούν σε ένα άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω (support ratio) στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010, .....	163
Διάγραμμα 104 Π:: Η μακροχρόνια εξέλιξη του αριθμού των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010.....	163

### **Πίνακας Συντομογραφιών**

Κ.Α.Π.Η.	Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- World Health Organization
ΕΥ	Ευρωπαϊκή Ένωση
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ΔΗ.ΠΕ.	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
Κ.Η.Φ.Η	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

# **I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ***Περίληψη***

Η Τρίτη Ηλικία αποτελεί μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, σημαντικά αυξανόμενη με ανομοιογενή γνωρίσματα καθώς και αυξημένες προκλήσεις και ανάγκες. Είναι σαφές ότι μεταξύ των ηλικιωμένων υπάρχουν έντονες διαφορές κατά την οικονομική και κοινωνική τους θέση αλλά και τη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική (τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια, συμβιώνοντες με παιδιά ή μη συμβιώνοντες κλπ.). Το ίδιο σημαντικές είναι και οι διαφορές μεταξύ των φύλων, αφού η θέση των γυναικών είναι δυσχερέστερη από οικονομικής άποψης. Ουσιώδεις διαφορές συνιστούν και τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) και άρα και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων. Οι δημόσιες υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου στοχεύουν μέσω των δομών και των προγραμμάτων δράσεων (Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο Σπίτι, Δημοτικό- Κοινωνικό Ιατρείο), στην εξατομικευμένη ιατροφαρμακευτική φροντίδα, στην ενημέρωση, υποστήριξη, σωματική και ψυχική ενδυνάμωση και παράλληλα ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και αυτοπεποίθησης στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η συγκεκριμένη μελέτη διερευνά το βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων σε ότι αφορά την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα καθώς και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος των υπηρεσιών. Η ενημέρωση που παρέχεται στο άτομο για το πρόβλημα της υγείας του, η πληρότητα και συμπεριφορά του προσωπικού, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου ατόμου. Καθώς δεν υπάρχει προηγούμενο ερευνών στο συγκεκριμένο τομέα των προνοιακών υπηρεσιών του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου, η μέτρηση του βαθμού της ικανοποίησης στη συγκεκριμένη έρευνα, βασίστηκε τόσο στην χορήγηση ερωτηματολογίων όσο και στην ανασκόπηση τόσο της ελληνικής όσο και της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας.

**Λέξεις -Κλειδιά:** Ικανοποίηση, τρίτη ηλικία, Δήμος Ι.Π. Μεσολογγίου, Κοινωνική Πρόνοια, MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis)

## ***Abstract***

Elderly is a particular population group, significantly growing with heterogeneous traits as well as increased challenges and needs. It is clear that there are strong differences between the elderly, in their economic and social situation, but also physical (chronic or serious diseases), demographic (third and fourth age) and marital status (widowed, couples, etc.). Gender differences are equally important, as, the position of women is more difficult in economic terms. Significant differences are, also, the geomorphological (eg mountainous, lowland) and thus productive characteristics of communities. The public social services of the Municipality of Mesologgi aim to provide personalized health care, information, support, physical and mental empowerment through the structures and programs of actions (K.A.Π.H, Home Help, Municipal Social Services) and at the same time to enhance the sense of security and self-confidence in elderly people. This study explores the satisfaction of older people in terms of accessibility, efficiency and availability as well as the quality of social resources and the professional environment of services as well. Information provided to the individual about his/ her health problem, completeness and behavior of the staff, waiting time, quality and availability of the equipment, and high rates of diagnostic success are some of the parameters evaluated for the satisfaction assessment serving a person. As there is no prior research in this area of the social care services of the Municipality of Mesologgi, the measurement of the degree of satisfaction in this research was based both on the provision of questionnaires and on the review of both Greek and foreign literature.

**Key Words:** Satisfaction, elderly, Municipality of Mesologgi, Social Care Services, MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis)

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία διερευνά το βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων σε ότι αφορά την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα καθώς και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος στοχευμένων-κοινωνικών-υπηρεσιών του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου και συγκεκριμένα των δομών Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο Σπίτι και Δημοτικό- Κοινωνικό Ιατρείο. Η έρευνα εστιάζει σε διάφορες παραμέτρους (ενημέρωση που παρέχεται στο άτομο για το πρόβλημα της υγείας του, πληρότητα και συμπεριφορά του προσωπικού, χρόνος αναμονής, ποιότητα και διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας, κλπ) οι οποίες σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και την προσωπική εμπειρία της συγγραφέως (ως Προϊσταμένη του Αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας Παιδείας και Πολιτισμού Δήμου Ι.Π.) αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του εξυπηρετούμενου ατόμου με ειδική στόχευση στα άτομα της τρίτης ηλικίας που αποτελούν τους χρήστες των τριών δομών που αναφέρθηκαν και στις οποίες εστιάζει η έρευνα.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται καταρχήν σε 2 «βασικά» μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος παρουσιάζεται η σημαντικότητα του θέματος που διαπραγματεύεται η εργασία, διατυπώνονται τα ερευνητικά προβλήματα αυτής, γίνεται ανάλυση του σκοπού και των στόχων που έχουν τεθεί και παρουσιάζονται οι βασικές «θεωρητικές» προσεγγίσεις του προβλήματος με συνοπτική αναφορά του κλάδου (γενικότερα) και των συγκεκριμένων δομών του Δήμου Ιεράς Πόλεως του Μεσολογγίου στις οποίες θα εστιάσει η εργασία. Επιπλέον δίνεται ο ορισμός και παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του γήρατος και των αναγκών των ηλικιωμένων, ενώ σε διακριτή ενότητα αναλύεται το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης. Για την καλύτερη κατανόηση του «περιβάλλοντος» της Εργασίας γίνεται συνοπτική αναφορά στα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα και στη Ε.Ε.(με έμφαση στις δομές στις οποίες εστιάζει η έρευνα) και αναλύεται η έννοια της ικανοποίησης, οι παράγοντες που την επηρεάζουν (στοχευμένη ανάλυση στον κλάδο της υγείας/πρόνοιας (παροχή υπηρεσιών), και στην ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων) καθώς και οι μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας/πρόνοιας.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε ότι από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση (σε θέματα που αφορούν την ικανοποίηση) που πραγματοποιήθηκε, οι υπάρχουσες έρευνες,

εργασίες, κλπ., αναφέρονται σε «ασθενείς» και «πελάτες». Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιείται ο όρος «ωφελοούμενοι» των κοινωνικών Δομών.

Στο Ειδικό Μέρος **της Εργασίας**, παρουσιάζεται η μεθοδολογία διεξαγωγής της έρευνας με ανάλυση στους σκοπούς και στους στόχους της έρευνας, στη διαδικασία μέτρησης ικανοποίησης, στον τρόπο ανάπτυξης και στην τελική δομή του ερωτηματολογίου, αλλά και στο δείγμα και στους περιορισμούς της έρευνας. Τέλος, γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που εξάγονται από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων και καταρτίζεται σειρά προτάσεων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### ***1.1. Η σημαντικότητα του θέματος και η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος***

Η παροχή στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων, της απαιτούμενης προσοχής και προστασίας αποτελεί ένα «πηγαίο ένστικτο» κοινό στα περισσότερα έμψυχα όντα, και στη σύγχρονη εποχή τείνει (και πρέπει) να θεωρείται κοινωνική υποχρέωση και το ενδιαφέρον πλήθους επιστημών έχει στρέψει την προσοχή του προς την ηλικιακή αυτή ομάδα. Οι ηλικιωμένοι αποδέχονται ρόλους εξάρτησης από το κράτος, το οικογενειακό περιβάλλον, το εκάστοτε εφαρμοζόμενο σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κλπ. εξαιτίας κοινωνικών αιτιών, (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999) παρά το γεγονός ότι αποτελούν ουσιαστικά γενεσιουργούς παράγοντες κατάθλιψης.

Η πληθυσμιακή ομάδα των 65+ στην χώρα μας αποτελεί το 18% του συνολικού πληθυσμού, ενώ επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν ότι το 10-25% αυτών, εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης που προκαλούνται ως επί το πλείστον από αίτια ψυχολογικής ή κοινωνικής φύσης. (ενδεικτικά και όχι εξαντλητικά: πένθος και απώλεια αγαπημένων προσώπων, κοινωνικός αποκλεισμός, έλλειψη ενδιαφερόντων, αλλαγή στον τρόπο διαβίωσης και στις καθημερινές συνήθειες, μοναξιά, οικονομικά προβλήματα). (Αμηρά και συν.1986)

Σε ότι αφορά τις παρεχόμενες προνοιακές υπηρεσίες (Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), Βοήθεια στο Σπίτι κ.α.), δεν υπάρχουν έρευνες μέχρι σήμερα που να μελετούν το πόσο αποδοτικές είναι οι συγκεκριμένες δομές και αν κάνουν καλύτερη την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Έτσι θα πρέπει να απαντηθούν κάποια ερωτήματα για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή κατά πόσο έχουν πετύχει τον στόχο τους, αν συμβάλουν στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και πώς αυτό αντανακλά στους ίδιους και στα μέλη των οικογενειών τους.

Κατά συνέπεια θεωρείται αναγκαία η αξιολόγηση της χρηστικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας που παρέχει ο Δήμος Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου προς τους ηλικιωμένους κατοίκους του, διότι μέσα από τις αντιλήψεις των ίδιων όντας ωφελούμενοι, προκύπτουν νέα δεδομένα που θα βοηθήσουν και θα υποστηρίξουν συμβουλευτικά το Δήμο, σε θέματα αξιολόγησης, εφαρμογής νέων πολιτικών και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.



## **1.2. Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας**

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου, και συγκεκριμένα, των τριών κοινωνικών Δομών:

- Βοήθεια στο Σπίτι (Κάλυψη Δημοτικών Ενοτήτων Μεσολογγίου, Αιτωλικού και Οινιάδων)
- Κέντρο Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και
- Δημοτικό Ιατρείο

Επιπλέον αναλύεται το προφίλ και τα χαρακτηριστικά των ωφελούμενων ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία, βασιζόμενοι στην θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης, στην ανάλυση και αξιολόγηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων, στην εξαγωγή συμπερασμάτων και πληροφοριών, που θα βοηθήσουν στην βελτίωση της απόδοσης και αξιολόγησης των υπηρεσιών πρόνοιας του Δήμου.

Αναλυτικότερα, οι θεωρητικοί και οι ερευνητικοί στόχοι της εργασίας είναι οι εξής:

### **Θεωρητικοί Στόχοι:**

- Να περιγραφεί η έννοια της ικανοποίησης και των παραγόντων που επιδρούν σε αυτήν,
- Να αναλυθεί το ψυχοκοινωνικό προφίλ των ατόμων τρίτης ηλικίας,
- Να σκιαγραφηθεί/καταγραφεί η έννοια της τρίτης ηλικίας και των αναγκών που καλύπτονται από τις υπηρεσίες πρόνοιας,
- Να περιγραφούν οι προνοιακές κοινωνικές δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας που λειτουργούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

### **Ερευνητικοί Στόχοι:**

- Να ερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας, από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου,
- Να εντοπιστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση που αντλεί η τρίτη ηλικία, από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου,
- Να εξακριβωθούν οι προσδοκίες των ατόμων τρίτης ηλικίας από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου,
- Να διερευνηθεί το ψυχοκοινωνικό προφίλ των ατόμων τρίτης ηλικίας, που συνδέεται με το βαθμό ικανοποίησής τους.

### ***1.3. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις του προβλήματος***

Είναι αλήθεια πως στην σύγχρονη εποχή, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα φαινόμενο που λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Στην Ελλάδα το εν λόγω θέμα έχει αρχίσει να γίνεται ιδιαίτερα ανησυχητικό, κυρίως έπειτα από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και των επιπτώσεων στην ελληνική κοινωνία. Σύμφωνα με τον OECD (2015), ήδη από το 2004 η Ελλάδα έχει το τρίτο υψηλότερο δείκτη εργασιακής και οικονομικής εξάρτησης από ηλικιωμένους, σε σύγκριση με τα άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στην χώρα μας -παραδοσιακά- τη φροντίδα των ηλικιωμένων αναλάμβανε η οικογένεια αλλά τα τελευταία χρόνια καταγράφεται αυξανόμενος αριθμός οικογενειών οι οποίες για διάφορους λόγους δεν δύναται να αναλάβουν και να φέρουν σε πέρας τον ρόλο αυτό παρέχοντας στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειάς τους τις απαιτούμενες υπηρεσίες. Κατά συνέπεια γίνεται εμφανής η αναγκαιότητα της εφαρμογής στοχευμένων προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης και φροντίδας με ομάδα στόχου τα άτομα τρίτης ηλικίας. (Μαρκάκη, 2012).

Το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (<http://www.ypakp.gr/>) είναι υπεύθυνα για τον σχεδιασμό, την οργάνωση και την άσκηση της πολιτικής της κοινωνικής αλληλεγγύης, αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχευση τη σύσταση και λειτουργία δικτύων (σε τοπικό επίπεδο) κοινωνικής στήριξης και πρόληψης φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού (ενδεικτικά και όχι εξαντλητικά: «Βοήθεια στο Σπίτι», Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), Κέντρα Ημέρας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)) αποτελούν παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση αυτή.

Πρωταρχικός στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας και αξιοπρεπούς διαβίωσης σε τοπικό επίπεδο αφού ουσιαστικά επιβλέπονται από την αρμόδια υπηρεσία του Δήμου (Κοινωνικές Υπηρεσίες), ενώ σε πολλές περιπτώσεις η σύσταση και η αρχική λειτουργία τους υπήρξε προϊόν συγχρηματοδότησης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ). Τέλος σύμφωνα με μελέτες (Αφουξενίδης & Γαρδίκη, 2015), η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών είναι πολύ καλή, και ο βαθμός ικανοποίησης που καταγράφεται είναι υψηλός.

#### ***1.4. Κλάδος – Οργανισμός στον οποίο εστιάζει η έρευνα***

Στο Δήμο Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου λειτουργούν κοινωνικές δομές μέσω των οποίων επιδιώκεται η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας και αξιοπρεπούς διαβίωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας εξετάστηκε η ικανοποίηση των ωφελούμενων από τρεις κοινωνικές δομές:

- Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ),
- Βοήθεια στο Σπίτι (Κάλυψη Δημοτικών Ενοτήτων Μεσολογγίου, Αιτωλικού και Οινιάδων) και
- Δημοτικό Ιατρείο

##### ***1.4.1. Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου.***

Το Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984, ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, διοικούμενο από επτά (7) μέλη με πρόεδρο τον εκάστοτε Δήμαρχο, και το 2010 με απόφαση Δημάρχου καταργήθηκε ως Νομικό Πρόσωπο και παραμένει ως Πρόγραμμα Κοινωνικής Προστασίας Ηλικιωμένων στο Αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας Παιδείας και Πολιτισμού του Δήμου, το οποίο υποστηρίζεται από προσωπικό της Δημοτικής Κοινοφελούς Επιχείρησης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Πολιτισμού.

Σκοπός του είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου,
- Η πληροφόρηση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Οι σκοποί του επιτυγχάνονται με ποικίλες δραστηριότητες που καλύπτουν πολλούς τομείς της καθημερινότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας όπως:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους,
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- Παροχή δωρεάν φυσικοθεραπείας σε άτομα που πάσχουν από διάφορες παθήσεις κυρίως του νευρομυϊκού και σκελετικού συστήματος, προσκομίζοντας ιατρική γνωμάτευση από Ορθοπεδικό ή Νευρολόγο
- Οργανωμένη ψυχαγωγία και λειτουργία ομάδων δημιουργικής απασχόλησης (χορευτικού, εκμάθησης Υπολογιστών, Επισκέψεις σε χώρους πολιτισμού, Εκδρομές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, Θαλάσσια μπάνια).

Απασχολείται ένας Φυσικοθεραπευτής ως μόνιμο προσωπικό και υποστηρίζεται από μια Κοινωνική Λειτουργό με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μέσω προγραμμάτων κοινωφελής εργασίας του ΟΑΕΔ. Επίσης, από μία ψυχολόγο της Δημοτικής Κοινωφελής Επιχείρησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και από μια υπάλληλο γενικών καθηκόντων Υ.Ε.

Ο αριθμός των εγκεκριμένων μελών του Κέντρου ξεπερνά τα 200 άτομα, ηλικίας από 58 ετών και άνω, αλλά τα ενεργά μέλη που συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες, είναι περίπου 60 άτομα. Λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 π.μ. μέχρι τις 14:00 μ.μ. και υποστηρίζεται οικονομικά από τον τακτικό προϋπολογισμό του Δήμου και στεγάζεται επί της οδού Σπ. Τρικούπη 31 .

#### ***1.4.2. Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου***

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ξεκίνησε το 2002 στο Δήμο Μεσολογγίου. Το 2011 με την εφαρμογή του προγράμματος «Καλλικράτης», εντάχθηκαν στην Δημοτική Κοινωφελή επιχείρηση και τα αντίστοιχα προγράμματα των πρώην Δήμων Αιτωλικού και Οινιαδών. Συνολικά εξυπηρετούνται περίπου 440 άτομα και απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται και σε άτομα με αναπηρία. Επισημαίνεται ότι δίνεται προτεραιότητα σε άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και σε άτομα με αναπηρία που παρουσιάζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα ψυχικής ή σωματικής υγείας, που ζουν μόνα τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους ή που το εισόδημά τους δεν ξεπερνά την κατώτατη σύνταξη ΟΓΑ περίπου 360€ μηνιαίως.

Και τα τρία προγράμματα της Δημοτικής Ενότητας Μεσολογγίου, Αιτωλικού και Ονιαδών στελεχώνονται από ειδικούς επιστήμονες, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές/τριες και Οικογενειακούς Βοηθούς, με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Υποστηρίζονται από έναν γιατρό με σύμβαση έργου, παρέχοντας συνταγογράφηση και γενικές ιατρικές υπηρεσίες – συμβουλές, όταν κρίνεται αναγκαίο.

Οι **Κοινωνικοί Λειτουργοί** προσφέρουν :

- Συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε θέματα που απασχολούν τον ηλικιωμένο και την οικογένειά του,
- Πληροφορίες για τα δικαιώματα τους, σε θέματα προνοιακών επιδομάτων και ασφαλιστικών - συνταξιοδοτικών παροχών,
- Συνεργάζεται με φορείς και ιδρύματα όταν κρίνει απαραίτητο την εισαγωγή τους σε ιδρύματα ή την εγγραφή τους σε κοινωνικές δομές, όπως συσσίτιο για μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα.

Οι **Νοσηλεύτριες** προσφέρουν:

- Παροχή πρωτοβάθμια νοσηλευτικής φροντίδας και συμβουλευτική σε θέματα υγείας του ηλικιωμένου. Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, σφυγμών, έλεγχος σακχάρου του αίματος, αλλαγή και τοποθέτηση ουροκαθετήρα, αιμοληψίες και μεταφορά αίματος και ούρων στο Νοσοκομείο.
- Καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση της σωστής λήψης των φαρμάκων,
- Εκπαίδευση των ηλικιωμένων και της οικογένειας όταν υπάρχουν προβλήματα σακχαρώδη διαβήτη ή υψηλής πίεσης κ.α.
- Συνταγογράφηση και περιποίηση κατακλίσεων, καθώς και συνοδεία του ηλικιωμένου στο γιατρό.

Οι **οικογενειακοί βοηθοί** προσφέρουν:

- Καθαριότητα του σπιτιού, βοήθεια στην ατομική υγιεινή και φροντίδα του ηλικιωμένου,
- Ελαφρύ μαγείρεμα, πληρωμή λογαριασμών , διάφορα ψώνια και αγορά φαρμάκων,
- Συντροφιά στον ηλικιωμένο ή στον ασθενή ηλικιωμένο που νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο, συζήτηση μαζί του.

Η πρόσβαση των ωφελούμενων στα προγράμματα γίνεται είτε κατόπιν υποβολής σχετικής αίτησης του ίδιου ή της οικογένειας του ηλικιωμένου, είτε από αρμόδιους φορείς υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου. Οι υπηρεσίες παρέχονται με επισκέψεις κατ' οίκον σε τακτά χρονικά διαστήματα στη βάση του εξατομικευμένου προγράμματος των αναγκών των ηλικιωμένων. Η χρηματοδότηση της υλοποίησης του Προγράμματος γίνεται από μεταφορά πόρων

α) του λογαριασμού της Εισφοράς Αλληλεγγύης συνταξιούχων,

β) από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και του Υπουργείου Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης και

γ) από την ειδική εισφορά ασφαλισμένων που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του Ν. 4052/2012 για τη χρηματοδότηση του Προγράμματος «Κατ' οίκον φροντίδα Συνταξιούχων». (πηγή:www.eetaa.gr)

#### ***1.4.3. Δημοτικό - Κοινωνικό Ιατρείο Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου***

Από τον Σεπτέμβριο του 2008 ξεκίνησε η λειτουργία του Δημοτικού Ιατρείου με την αριθμ. πράξη 16233/12/9/2008 (ΦΕΚ 1841 τ.Β') ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Σκοπός του ως Ν.Π.Δ.Δ. ήταν:

- Η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης.
- Η παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και φροντίδας υγείας.
- Η οργάνωση εθελοντικής αιμοδοσίας.
- Η ενημέρωση με κατάλληλα προγράμματα για τρόπους υγιεινής διαβίωσης.
- Ο έλεγχος παραγόντων κινδύνου σε καταυλισμούς, ιδρύματα, είδη διατροφής κ.λπ.
- Η διεξαγωγή στατιστικών ερευνών για συστηματική αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων στο πληθυσμό του Δήμου ή κατηγορίες αυτού (π.χ. μαθητικός πληθυσμός).
- Η μελέτη μέτρων και η υποβολή προτάσεων για ειδικές κατηγορίες ατόμων (Τρίτη ηλικία, χρονίως πάσχοντες, άτομα με ειδικές ανάγκες, κ.λπ.).
- Η διεξαγωγή ερευνών για τις πηγές ρύπανσης.
- Η συμβολή στη πρόληψη ατυχημάτων.

- Η συνεργασία με όλους τους άλλους φορείς που έχουν παρόμοιες δραστηριότητες, όπως Νοσοκομεία, κλινικές Υπουργεία κ.λπ.
- Η συμμετοχή σε προγράμματα τηλεϊατρικής καθώς και σε προγράμματα χρηματοδοτούμενα από διάφορους φορείς (Ε.Ε., κ.λπ.)

Το 2011 με την εφαρμογή του προγράμματος «Καλλικράτη» καταργήθηκε ως Ν.Π.Δ.Δ. και εντάχθηκε ως αρμοδιότητα Προαγωγής και Πρόληψης Υγείας στον Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας του Δήμου του Αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας Παιδείας και Πολιτισμού. Στεγάζεται σε κτίριο επί της οδού Σπ. Τρικούπη 31 και λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 π.μ. μέχρι τις 14:00 μ.μ..

Στελεχώνεται από έναν μόνιμο Γιατρό με ειδικότητα Βιοπαθολόγου-Υγιεινολόγου και υποστηρίζεται από μια Νοσηλεύτρια με σύμβαση ορισμένου χρόνου, μέσω προγραμμάτων κοινωφελής εργασίας του ΟΑΕΔ. Επιπλέον επειδή συστεγάζεται στο χώρο του ΚΑΠΗ ενισχύεται από την ψυχολόγο και την Κοινωνική Λειτουργό.

Παρόλα τα προβλήματα της υποστελέχωσης σε προσωπικό, αποτελεί μια δυναμική κοινωνική δομή, διότι προσφέρει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε έναν μεγάλο αριθμό δημοτών (περίπου 300 άτομα), συνταγογραφώντας ιατρικές εξετάσεις και φάρμακα για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και σε ανασφάλιστους οικονομικά αδύνατους δημότες.

Επιπλέον, προγραμματίζονται και υλοποιούνται προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης σε συνεργασία με το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων στο οποίο είναι μέλος, ενώ οι πόροι του Δημοτικού – Κοινωνικού Ιατρείου, προέρχονται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Δήμου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

### ***2.1. Ορισμός και Χαρακτηριστικά Τρίτης Ηλικίας***

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικίας, τα οποία δεν αφορούν μόνο τον προφανή χρονικό της χαρακτηρισμό αλλά και τα υπόλοιπα στοιχεία που συναποτελούν την Τρίτη Ηλικία ή ακόμη και τα επόμενα στάδια της ζωής του ατόμου μέχρι το θάνατο.

«Γήρας», ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Το 1980 τα Ηνωμένα Έθνη καθόρισαν ως εποχή μετάβασης των ανθρώπων στο ηλικιωμένο τμήμα του πληθυσμού τα 60 χρόνια, (WHO,1989) ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Εξάλλου, το γεγονός ότι η Τρίτη Ηλικία συνδέεται άμεσα με τη συνταξιοδότηση, δηλαδή αποβάλλει την ιδιότητα του παραγωγού προϊόντων και υπηρεσιών και μεταβάλλεται πλέον σε καταναλωτής τους, ιδιότητα που καθορίζει και τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου, επειδή θεωρεί ότι δεν έχει πλέον το χρονικό περιθώριο για να ολοκληρώσει όσα δεν είχε καταφέρει μέχρι τότε, κατάσταση που αποτελεί μια πραγματικότητα. (Ζήρας, Αγαλόπουλος, 2015).

Επιπλέον, πρέπει να επισημανθεί ότι αφενός μεν η κάμψη των λειτουργιών δεν εμφανίζεται την ίδια ηλικιακή στιγμή στο κάθε άτομο αφετέρου δε η εξέλιξη της κάμψης αυτής εξελίσσεται με διαφορετικό ρυθμό στον καθένα. Επίσης δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων. Η κάμψη των λειτουργιών, εκτιμάται ότι αρχίζει πολύ νωρίς, (κάποιοι υποστηρίζουν από το 30ό έτος ζωής ή σύμφωνα με άλλους από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη) και συνεχίζεται σ' όλη την διάρκεια της ζωής του. (Μαλγαρινού και Γούλια, 1986).

Οι μεταβολές αυτές (βιολογικές) ανιχνεύονται ευκολότερα και με μεγαλύτερη συχνότητα στην ομάδα των ηλικιωμένων, και αφορούν, ελάττωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις στην οπτική και ακουστική λειτουργία καθώς και στους πνεύμονες και στην καρδιά. Το αθροιστικό αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών επιφέρει σειρά προβλημάτων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται η πτώση της ζωτικότητας του ατόμου και υπολειτουργία συγκεκριμένων



σημαντικών οργάνων προκαλώντας καρδιακές και αναπνευστικές δυσλειτουργίες αλλά και κινητικές. (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής (Τσακρακλίδης, 2007):

- η κληρονομικότητα
- το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- η ψυχосύνθεση του ατόμου
- η υγιεινή διαβίωση.

Όσον αφορά τους παράγοντες βάση των οποίων εξετάζεται η ηλικία ενός ατόμου, σημαντικές παράμετροι στη μελέτη του γήρατος αποτελούν (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999):

- η βιολογική ηλικία: παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το άτομο και την εποχή του. Επίσης, αφορά τη μορφολογική εμφάνιση και τον τρόπο που λειτουργούν τα όργανα και τα συστήματα του ατόμου.
- η χρονολογική ηλικία: μετριέται με βάση τα έτη που περνούν από τη στιγμή γέννησης του ατόμου και μπορεί να μετρηθεί με βάση το γνωστό μετρικό σύστημα του χρόνου σε δευτερόλεπτα, λεπτά, ώρες κ.ο.κ. Πρόκειται, ίσως, για το σύστημα εκείνο με τη μεγαλύτερη ακρίβεια στην προσέγγιση των αριθμητικών του τιμών, λόγω τις αντικειμενικότητάς του, ωστόσο δεν μπορούμε να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα από την χρονολογική ηλικία κάποιου για την κατάσταση της υγείας του.
- η ψυχολογική ηλικία: εξαρτάται από την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν στο περιβάλλον που εντάσσονται. Το σημαντικότερο, ίσως, σημείο της ψυχολογικής ηλικίας είναι οι επιπτώσεις που εντοπίζονται στο κοινωνικό σύνολο.
- η κοινωνική ηλικία: σχετίζεται με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα και την κοινωνία στην οποία εντάσσονται. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου συναρτάται με την χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία αλλά δεν καθορίζεται ολοκληρωτικά από αυτές.

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου - Ευκλείδη (1999), υπάρχουν τρεις βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων:

- μόρφωση των ατόμων
- εισόδημα
- σωματική και ψυχική υγεία.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην Τρίτη Ηλικία λαμβάνει χώρα μια σειρά μεταβολών που αφορούν τόσο τη βιολογική όσο και την ψυχική του κατάσταση. Οι μεταβολές αυτές συνδέονται με μεταβολές σε κυτταρικό επίπεδο σε διάφορα όργανα και μέρη του σώματος και προκαλούν περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας και προσαρμοστικότητας του οργανισμού. Επισημαίνεται ότι όσον αφορά τις μεταβολές στον βιολογικό τομέα οι θεωρητικοί έχουν ενστερνιστεί την επίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ενδογενείς παράγοντες:

κυτταρικές μεταλλάξεις

αυτοάνοσες αντιδράσεις του οργανισμού και

άλλες εγγενείς διεργασίες.

Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται ότι και ακόμα στην περίπτωση που διατηρείται η καλή υγεία του ατόμου και αποφεύγονται -στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό- οι ασθένειες, οι βιολογικές αλλαγές εκδηλώνονται και αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού καθώς εμφανίζονται ρυτίδες, τα μαλλιά αλλάζουν χρώμα, ενώ καταγράφονται αλλαγές και στο ανοσολογικό και μυοσκελετικό σύστημα, σε κυτταρικό επίπεδο, στις αισθήσεις, στο ουροποιητικό σύστημα, στον εγκέφαλο, στο καρδιακό σύστημα, στο γαστρεντερικό, καθώς και στο ενδοκρινικό και αναπνευστικό σύστημα Κωσταρίδου - Ευκλείδη (1999).

Εξωγενείς παράγοντες:

επιδράσεις από το περιβάλλον (πχ ασθένειες)

κλιματολογικές συνθήκες της κάθε περιοχής .

Εκτός, όμως, από τις βιολογικές μεταβολές εντοπίζονται μεταβολές και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου Πηγή: (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999):.

επεξεργασία  
πληροφοριών

τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να επεξεργαστούν με ταχύτητα μεγάλο όγκο πληροφοριών, γεγονός που τα οδηγεί στην καθυστερημένη λήψη αποφάσεων.

μνήμη

δυσχέρεια στην ανάκληση της μνήμης

νοημοσύνη

η νοημοσύνη διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που έχουν να κάνουν με την ψυχική υγεία του ατόμου, τη μόρφωση και τις πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες έζησε

## 2.2. Οι θεωρίες γύρω από το γήρας

Καταγράφεται πληθώρα θεωριών σχετικά με τον/τους λόγους που προκαλείται το γήρας. Σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι διαδραματίζουν διάφοροι παράγοντες όπως:

Φαγητό
Τόπος διαμονής
Επάγγελμα
Άσκηση
Κληρονομικότητα

Δύο είναι οι επικρατούσες θεωρίες σχετικά με το γήρας:

- + βιολογικές και
- + ψυχοκοινωνικές.

### 2.2.1. Βιολογικές Θεωρίες

Σύμφωνα με τον Δαρδαβέση, (1989) οι βιολογικές θεωρίες γήρανσης εξετάζουν τους μηχανισμούς που ευθύνονται για τις δομικές και λειτουργικές αλλαγές κατά της γήρανσης.

Η θεωρία προγραμματισμού του γήρατος.

Προτείνει ότι το γήρας ακολουθεί ένα βιολογικό χρονοδιάγραμμα.

Υποστηρίζει την ιδέα ότι κάθε οργανισμός είναι προγραμματισμένος να ζήσει ένα συγκεκριμένο αριθμό ετών.

Παράδειγμα θεωρίας προγραμματισμού είναι η ανοσολογική θεωρία του γήρατος η οποία υποστηρίζει ότι ένα γερασμένο σώμα καθίσταται λιγότερο ικανό να διακρίνει τα δικά του κύτταρα από τα ξένα.

Μπορεί να ενισχυθεί η ανοσολογική του λειτουργία του οργανισμού μέσα από μια υγιεινή διατροφή και τρόπο ζωής, σε συνδυασμό με προληπτικά μέτρα, όπως το ετήσιο εμβόλιο κατά της γρίπης.

<b>Η διασταυρούμενη θεωρία του γήρατος</b>	<p>Βασίζεται στο εύρημα ότι, καθώς ένα άτομο γερνάει, πρωτεΐνες, DNA και άλλα μόρια του σώματος αναπτύσσουν ακατάλληλες συνδέσεις μεταξύ τους.</p> <p>Αυτές οι συνδέσεις μειώνουν την ελαστικότητα των πρωτεϊνών και άλλων μορίων και αποτρέπουν τα ένζυμα από το να καταστρέψουν τις πρωτεΐνες.</p> <p>Ως αποτέλεσμα, κατεστραμμένες και άχρηστες πρωτεΐνες παραμένουν στον οργανισμό, προκαλώντας προβλήματα.</p>
<b>Η θεωρία του ρυθμού ζωής του γήρατος.</b>	<p>Βασίζεται στην ιδέα ότι οι ανθρώπινοι οργανισμοί κατέχουν μια πεπερασμένη ποσότητα, ζωτικής ουσίας, και όταν αυτή εξαντληθεί το άτομο πεθαίνει.</p> <p>Ωστόσο αυτή η θεωρία δεν εξηγεί γιατί μερικοί άνθρωποι φθάνουν μέχρι και την ηλικία των 100 ετών η και παραπάνω</p>

(Gavrilov et al., 2001)

Επιπλέον τα τελευταία χρόνια ως μια από τις κύριες αιτίες γήρανσης θεωρείται και το «οξειδωτικό στρες» σύμφωνα με την οποία η συγκέντρωση ελευθέρων ριζών οξυγόνου στα κύτταρα η οποία προκαλείται από τη διαδικασία της οξείδωσης προκαλεί καταστροφή και θάνατο του κυττάρου.

Τέλος, εξετάζοντας τη «βιολογική» θεώρηση της γήρανσης, η οποία βιώνεται από το σύνολο των ανθρώπων και λαμβάνοντας υπόψη αλλαγές στο σώμα, μείωση της αντοχής, της μνήμης, αλλά και γενικότερα της μειωμένης ικανότητας πραγματοποίησης καθημερινών λειτουργιών, μπορεί να οριστεί ως βιολογική γήρανση η προοδευτική παρακμή των φυσιολογικών λειτουργιών ενός οργανισμού που οδηγούν σε μείωση της ικανότητας του να ανταποκριθεί σε δυσμενείς συνθήκες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τη συσσώρευση επιβλαβών διαταραχών που τελικά οδηγούν στο θάνατο. Σύμφωνα με την εργασία του Καραμολέγκου, (2017), οι μηχανισμοί που συνδέονται με τη γήρανση επηρεάζοντας τόσο τη διάρκεια όσο και την ποιότητα ζωής είναι οι εξής:

- Γονιδιωματική αστάθεια: Συσσώρευση βλαβών τόσο στο πυρηνικό, όσο και στο μιτοχονδριακό DNA με το πέρας της ηλικίας
- Φθορά τελομερών: Η συσσώρευση βλαβών στο DNA μοιάζει να επηρεάζει το γονιδίωμα με τρόπο σχεδόν τυχαίο, με εξαίρεση κάποιες συγκεκριμένες χρωμοσωμικές περιοχές, τα τελομερή τα οποία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε ηλικιο-εξαρτώμενες αλλοιώσεις με συνέπεια η φυσιολογική γήρανση να προκαλείται -και- από τη φθορά των τελομερών.

- **Επιγενετικές τροποποιήσεις:** Πλήθος επιγενετικών τροποποιήσεων επηρεάζουν όλα τα κύτταρα και του ιστούς κατά τη διάρκεια της ζωής ενός οργανισμού.
- **Απώλεια πρωτεόστασης:** Τα κύτταρα των ζωντανών οργανισμών διαθέτουν μηχανισμούς ποιοτικού ελέγχου για να διατηρούν τη σταθερότητα και τη λειτουργικότητα του πρωτεόματός τους, η οποία όμως διαταράσσεται με τον χρόνο αφού αφενός μεν η γήρανση, αφετέρου δε διάφορες ασθένειες (άμεσα συνδεδεμένες με την ηλικία) συνδέονται με την απώλεια της πρωτεόστασης.
- **Μιτοχονδριακή δυσλειτουργία:** Με τη γήρανση, μειώνεται η αποτελεσματικότητα της αναπνευστικής αλυσίδας των μιτοχονδρίων των κυττάρων με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου(ROS).
- **Κυτταρική γήρανση:** Ως «κυτταρική γήρανση» ορίζεται η μόνιμη παύση του κυτταρικού κύκλου συνοδευόμενη από τυπικές φαινοτυπικές αλλαγές και προκύπτει σαν αντίδραση προοδευτικών αλλαγών της γήρανσης.
- **Εξάντληση βλαστοκυττάρων:** Ένα από πλέον ξεκάθαρα χαρακτηριστικά της γήρανσης είναι η παρακμή του αναγεννητικού δυναμικού των ιστών.
- **Τροποποίηση διακυτταρικής επικοινωνίας:** Κατά τη γήρανση, πλέον των αυτόνομων αλλαγών στα κύτταρα καταγράφονται αλλαγές στην διακυτταρική επικοινωνία μέσω ενδοκρινικής, νευρικής και νευροενδοκρινικής σηματοδότησης.

### **2.2.2. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες γήρανσης**

Μέσω των ψυχοκοινωνικών θεωριών της γήρανσης περιγράφονται οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα σε επίπεδο κοινωνικό και συναισθηματικό κατά την περίοδο που το άτομο πλησιάζει την τελευταία περίοδο της ζωής του. Αυτές οι αλλαγές τείνουν να περιλαμβάνουν ρόλους και κοινωνικές σχέσεις.

Τρία παραδείγματα ψυχοκοινωνικών θεωριών είναι

- η θεωρία της δραστηριότητας,
- η θεωρία της αποδέσμευσης και
- η θεωρία της συνοχής.

#### **Η θεωρία της δραστηριότητας:**

- Υποστηρίζει ότι η ενεργητικότητα των ηλικιωμένων συνδέεται με την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ζωή τους.

- Η περιορισμένη δραστηριότητα οδηγεί σε απώλεια νοήματος και μη ικανοποίηση από την ζωή.
- Για την διατήρηση μιας θετικής αίσθησης για τον εαυτό τους, τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να υποκαταστήσουν τους προηγούμενους ρόλους, που έχουν πλέον ατονήσει, με νέους.

(Slater, 2003).

Η **θεωρία της αποδέσμευσης** (εισήχθη το 1961, και βρίσκεται σε σύγκρουση με την θεωρία της δραστηριότητας) (Tabloski, 2006).

- Διαβεβαιώνει ότι όσο περνάνε τα χρόνια, οι σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές οδηγούν σε αμοιβαία και αμφίπλευρη απόσυρση του ατόμου και της οικογένειας.

Στην **θεωρία της συνοχής**

- Υποστηρίζει ότι για ένα ευτυχές γήρας θα πρέπει να υποκαθίστανται οι προηγούμενοι ρόλοι, που έχουν πλέον ατονήσει, με νέους, και θα πρέπει το άτομο να συνεχίζει να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του.
- Θα πρέπει να διατηρεί τις αρχές, τις συνήθειες και τις συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του.
- Τα γηρατειά δεν θα πρέπει να είναι περίοδος σημαντικών αλλαγών, άλλα, αντίθετα θα πρέπει κανείς να συνεχίζει τις συνήθεις δραστηριότητές του, αλλά με βραδύτερο ρυθμό. (Tabloski, 2006).

Μια ακόμη κοινωνική θεωρία που σχετίζεται με το γήρας είναι η θεωρία των ρόλων που υποστηρίζει ότι η απώλεια των ρόλων επιτυγχάνει την διαδικασία της γήρανσης, και σχετίζεται με την απώλεια της ταυτότητας και του αυτοσεβασμού.

Άλλες θεωρίες που θεωρούνται σημαντικές είναι οι :

- ✚ διαστρωμάτωση του γήρατος,
- ✚ εκσυγχρονισμού και
- ✚ ανταλλαγής της γήρανσης (Darkwa, 2007).

Σύμφωνα με τη θεωρία της **διαστρωμάτωσης του γήρατος** η οποία εξετάζει την κίνηση των διαδοχικών γενεών, κάθε γενιά είναι μοναδική καθώς έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και βιώνει συγκεκριμένα ιστορικά γεγονότα μέσω των οποίων επηρεάζεται η συμπεριφορά των μελών (Schafer, 2006).

Σύμφωνα πάλι με τη **θεωρία του εκσυγχρονισμού** ο ρόλος και η κοινωνική θέση του ηλικιωμένου είναι αντιστρόφως ανάλογη του επιπέδου κοινωνικής βιομηχανοποίησης και

υποστηρίζει ότι με την αύξηση της βιομηχανοποίησης μειώνεται η υποστήριξη προς τους ηλικιωμένους και η υλική οικογενειακή υποστήριξη τείνει να εξαφανίζεται (Aboderin, 2004). Τέλος η **θεωρία ανταλλαγής** υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερη δύναμη σε σχέση με νεότερα άτομα επειδή διαθέτουν λιγότερους πόρους, και η συνέχιση της αλληλεπίδρασής τους με νεότερα άτομα γίνεται όλο και πιο δαπανηρή. Η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ ηλικιωμένων και νέων τείνει να περιορίζεται, επειδή οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερους πόρους να προσφέρουν σε αυτή την ανταλλαγή. Η μείωση των πόρων περιορίζει τις πιθανότητες για συνεχή αλληλεπίδραση με τους άλλους. (Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, (2012).

## **2.3. Οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας**

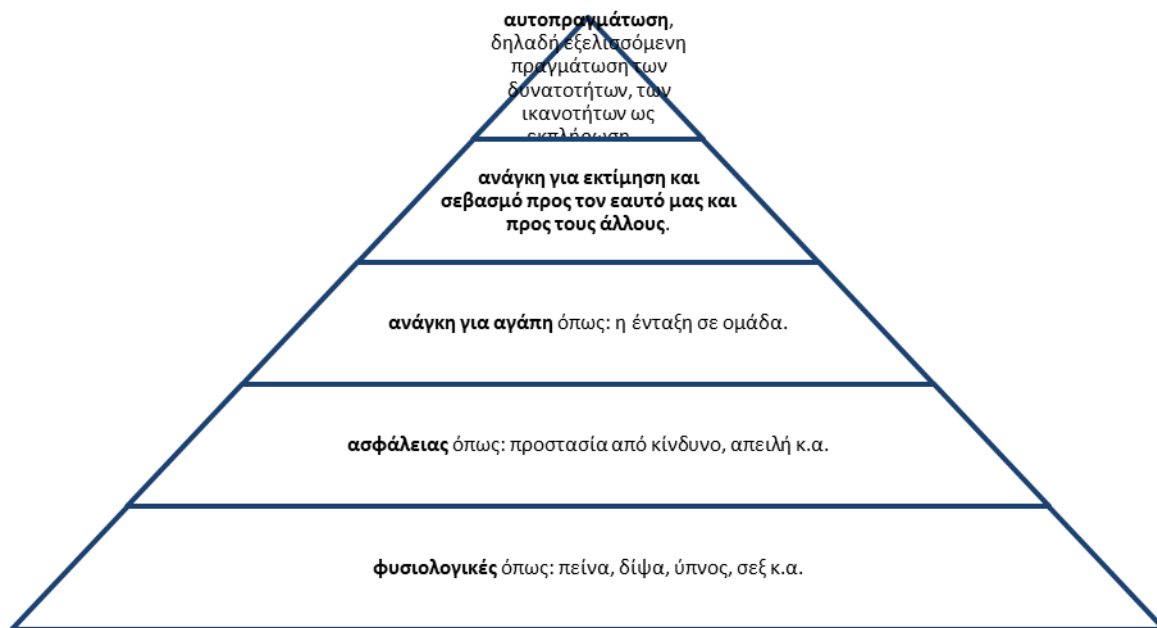
### **2.3.1. Η Θεωρία του Maslow**

Μια από τις πιο διάσημες θεωρίες σχετικά με την ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών (η οποία συνήθως αναπαρίσταται με τη μορφή πυραμίδας) είναι αυτή του Maslow. Ο Abraham Maslow υπήρξε ανθρωπιστής ψυχολόγος ο οποίος υποστήριξε για πρώτη φορά ότι όσο ανεβαίνει ο άνθρωπος επίπεδα στην πυραμίδα τόσο μεγαλώνουν οι ψυχολογικές και κοινωνικές του ανάγκες.

Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow (Maslow,1970), οι συγκρούσεις, η ένταση και το αίσθημα κατωτερότητας δεν είναι μόνο χαρακτηριστικά ενός ατόμου που νοσεί. Ακόμα κι ένας υγιής άνθρωπος που τείνει να κερδίζει την αρμονία, την ισορροπία και την σταθεροποίηση, θα την χάσει κάποια στιγμή αν θέλει να εξελιχθεί πραγματικά προς ένα επίπεδο ανώτερου ιδεώδους. Μόνο η στασιμότητα μειώνει τον πόνο αλλά, παράλληλα, ανακάμπτει και την εξέλιξη. Όπως διατυπώνει ο Maslow στην θεωρία του: «*Η ανάπτυξη και η πρόοδος μπορούν να βγουν μέσα από τον πόνο και την σύγκρουση*». Ένα βασικό σημείο της θεωρίας του και κατ' επέκταση των υπαρξιστών, είναι η άποψη ότι ο άνθρωπος έχει διπλή φύση, μια ζωική και μία θεία και καμία δεν πρέπει να απορριφθεί εις βάρος της άλλης.

Ξεκινάει, λοιπόν, από την βασική θέση της ύπαρξης στον άνθρωπο μιας τάσης προς ανάπτυξη, αυτοπραγμάτωση. Η έννοια της αυτοπραγμάτωσης αναφέρεται σε έναν μακρινό στόχο για τον άνθρωπο που τείνει να την θεωρεί ως μια ύψιστη και λογική κατάσταση πραγμάτων. Και ενώ η ανάπτυξη συντελείται συνεχώς στην ζωή ενός ανθρώπου και είναι μία δυναμική κατάσταση, ένα γίνεσθαι, η αυτοπραγμάτωση είναι ο στόχος, δηλ. το να «είναι» κανείς. Κριτήριο για να παρακινηθεί ο άνθρωπος για την αυτοπραγμάτωση είναι η ανικανοποίητη ανάγκη. Η ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου σκιαγραφείται από την μετάβασή του από το επίπεδο των φυσιολογικών βασικών αναγκών (προσωπικές ανάγκες) στο επίπεδο των κοινωνικών αναγκών (ανάγκη για σεβασμό, αυτοεκτίμηση και αυτοπραγμάτωση). Η ιεράρχηση των αναγκών παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα 1 γνωστό και ως Πυραμίδα Maslow:





Σχήμα 1: Ιεράρχηση αναγκών Πυραμίδα Maslow, (Maslow,1970)

Επισημαίνεται ότι το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά εξελίσσεται, δεχόμενο επιρροές από παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες κλπ. (Maslow, 1995).

### 2.3.2. Οι ανάγκες της τρίτης Ηλικίας

Οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των ανθρώπων στις άλλες ηλικιακές φάσεις της ζωής τους, και ως βασική ανάγκη καταγράφεται η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Παρόλα αυτά υπάρχουν συγκεκριμένα γνωρίσματα και ανάγκες στα άτομα τρίτης ηλικίας που πρέπει να ικανοποιηθούν, προκειμένου να καταστεί η Τρίτη ηλικία ωφέλιμη και ευχάριστη. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Παρακάτω παρουσιάζεται μια κατηγοριοποίηση των αναγκών που έχουν τα ηλικιωμένα άτομα:

- ❖ **Εισόδημα:** Αποτελεί βασική ανάγκη προκειμένου να μπορεί να καλύψει το άτομο τις βασικές του ανάγκες (φαγητό, ένδυση/υπόδηση, κατοικία καθαριότητα, θέρμανση, κλπ)..
- ❖ **Δυνατότητα παραμονής στην κοινότητα:** Αποτελεί την ανάγκη των ηλικιωμένων να παραμείνουν σπίτι τους, κοντά στην οικογένεια τους και να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου. Η σιγουριά και η ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι που ζουν κοντά

στα παιδιά τους και στην οικογένειά τους γενικότερα, συμβάλλουν ώστε να αποφευχθεί η αλλοίωση της προσωπικότητάς τους, ενώ τους παρέχεται κίνητρο προκειμένου να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη φάση της ζωής τους.

- ❖ **Ιατροφαρμακευτική/προνοιακή περίθαλψη:** Αποτελεί την ανάγκη να λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη, νοσοκομειακή περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα, με σεβασμό στην προσωπικότητά τους και στις εξατομικευμένες ανάγκες τους, χωρίς ταλαιπωρία και χωρίς να προσβάλλεται η αξιοπρέπειά τους. Σύμφωνα με τους (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999), *«η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειών, στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε., ΟΓΑ και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών μέσω των υπηρεσιών τους και στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων, ωστόσο, αποκλίνει σημαντικά από ένα πλήρες και σωστά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, που να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας».*
- ❖ **Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές:** Αποτελεί την ανάγκη να αισθάνεται ο ηλικιωμένος ότι είναι ακόμα ενεργό και δραστήριο μέλος στην κοινωνία. Ως προς την διασκέδασή τους, οι ηλικιωμένοι που δεν είναι κοινωνικά απομονωμένοι και έχουν κάποια οικονομική άνεση, χωρίς να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και σε δραστηριότητες συλλόγων, σωματείων ή οργανώσεων. Όμως υπάρχουν και ηλικιωμένοι που δεν έχουν την δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΗ.ΦΗ.) συνεισφέρουν σημαντικό έργο, προγραμματίζοντας δραστηριότητες ψυχαγωγίας, θεατρικές παραστάσεις, μουσικά δρώμενα και πολιτιστικές και εκκλησιαστικές εκδρομές.
- ❖ **Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους :** Κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη ατόμου επιφορτισμένο με την ευθύνη προστασίας ηλικιωμένων ατόμων που εμφανίζουν κάποια μορφή κινητικής αναπηρίας ή είναι ευάλωτοι και χρειάζονται υποστήριξη στην κίνησή τους (πχ. μπαστούνι, πατερίτσα, αναπηρικό αμαξίδιο).

- ❖ **Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν:** Οι ηλικιωμένοι πρέπει να αισθάνονται ότι συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με θέματα που τους αφορούν, νοιώθοντας ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων.
- ❖ **Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία:** Οι υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας και φροντίδας πρέπει να ακολουθούν μεταβαλλόμενο πρόγραμμα προσαρμοζόμενο στις ειδικές ανάγκες κάθε περίπτωσης και κάθε ατόμου /ηλικιωμένου. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999). Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται ο εγκλεισμός σε ιδρύματα και μειώνει στο ελάχιστο το χρόνο νοσοκομειακής περίθαλψης.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να επισημανθεί ότι η πεποίθηση ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν, δεν αντανακλά την πραγματικότητα, καθώς καταγράφεται μείωση συγκεκριμένων δαπανών και αύξηση κάποιων άλλων, λόγω της μειωμένης σωματικής κινητικότητας και των προβλημάτων υγείας που εμφανίζονται. και πολλές φορές απαιτούν πολλά χρήματα για να αντιμετωπιστούν.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των υγιών ηλικιωμένων είναι λιγότερο ικανοί για συγκεκριμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους με αποτέλεσμα να δαπανούν χρήματα για την πραγματοποίησή τους.

Επιπλέον η μειωμένη κινητικότητα των ηλικιωμένων (σε μεγάλο ποσοστό), καθιστά τη ζωή τους πιο πολυέξοδη, καθώς πρέπει να δαπανούν χρήματα για μεταφορικό μέσον, τηλεφωνία, συγκεντρώσεις φίλων, κλπ.

Σύμφωνα με τους Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, «Οι υπερήλικες ζουν συχνότερα μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι συνήθως υψηλότερο. Πολλές από τις δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Επιπλέον οι βασικές οικονομικές ανάγκες, δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ο μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων, είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται

για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν, είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν γνωρίζουν, τις υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τις παροχές που προσφέρει το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, σε αυτούς και τις οικογένειές τους.» (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

#### ❖ Ατομική υγιεινή

Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και διατήρησης της αυτονομίας συμβάλει άμεσα στην αποδοχή του ηλικιωμένου ατόμου από το κοινωνικό περίγυρο. Επισημαίνεται δείγμα της συναισθηματικής και της ψυχικής κατάστασης των ηλικιωμένων αποτελεί η ατομική υγιεινή. (Ζήρας και Αγαλόπουλος., 2015).

#### ❖ Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες:

Σύμφωνα με την Πλατή (1993) «Η τρίτη ηλικία συνδέεται με την βαθμιαία απώλεια της δύναμης, με την σωματική φθορά, αλλά και τις διάφορες ασθένειες που είναι και οι συχνότερες. Βέβαια, ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος βιώνει το γήρας, εξαρτάται από ποικίλους ατομικούς παράγοντες, όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς».

Κυριαρχεί η πεποίθηση ότι η Τρίτη Ηλικία αποτελεί ένα πέρασμα στο περιθώριο της ζωής. Τα ηλικιωμένα άτομα αισθάνονται μη ενεργά μέλη, μη χρήσιμα και απαραίτητα για τους άλλους ανθρώπους, προκαλώντας ένα πραγματικό σοκ για αυτούς που περνάνε στην φάση της συνταξιοδότησης. Μερικά από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους είναι:

---

Αλλαγή στον τρόπο ζωής

---

Ο φόβος της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού.

---

Αίσθημα εγκατάλειψης και δυσαρέσκειας.

---

Ανησυχία, θλίψη άγχος και τέλος κατάθλιψη για νέα δεδομένα στην ζωή τους.

---

Έλλειψη αυτοεκτίμησης, αυτονομίας και ανεξαρτησίας.

---

Έλλειψη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων μετά την σύνταξη

---

Πένθος και απώλεια αγαπημένων προσώπων και φίλων.

---

Ψυχοκινητικές, γνωστικές διαταραχές

---

Σωματικά συμπτώματα

---

Εσωστρέφεια, κοινωνική απόσυρση και κοινωνική απομόνωση

Κατά συνέπεια οι αλλαγές που συντελούνται με την πάροδο του χρόνου στα ηλικιωμένα άτομα επηρεάζουν αφενός μεν την προσωπικότητά τους, αφετέρου δε την προσαρμογή τους

στον κοινωνικό ιστό. Από τα ανωτέρω αναδεικνύεται ο ρόλος των κοινωνικών δομών καθώς δημιουργούν στους ηλικιωμένους αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης, με στόχευση την βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, στοιχίζοντας λιγότερο από την φαρμακευτική περίθαλψη.

#### **2.4. Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων**

Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες επιστημονικές μελέτες αλλά και στατιστικά δεδομένα δεν είναι εύκολα εφικτή η «διαμόρφωση πολιτικών» συνδεδεμένων με την τρίτη ηλικία και το αποτέλεσμα είναι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων να καταλήγει στη «φιλανθρωπία». Ειδικά δε όσον αφορά τις ομάδα των ηλικιωμένων γυναικών καταγράφεται η τάση να αγνοούνται τόσο από την επιστημονική έρευνα, όσο και από τα επίσημα στατιστικά στοιχεία.

Σύμφωνα με την μελέτη Εμκε-Πουλοπούλου, (2007), «Οι ερευνητικές μελέτες για το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες στην Ευρώπη παρουσιάζουν ένα προσδόκιμο ζωής 81,18 για τις γυναίκες στην Ελλάδα, έναντι 75,87 για τους άνδρες. Μία άλλη μελέτη καταδεικνύει ότι το προσδόκιμο ζωής για τις Ελληνίδες 65 ετών και άνω παρουσιάζει σταθερή αύξηση από 17,6 χρόνια το 1986 σε 18,1 το 1992».

Στις μελέτες, που περιλαμβάνονται στη συγκριτική «Ευρωπαϊκή Ανασκόπηση των Διαθέσιμων Στατιστικών Στοιχείων», αλλά και στις εθνικές έρευνες σε σχέση με τις Συνθήκες Διαβίωσης των Γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας, στις 12 χώρες της Ε.Ε., εξάγεται το συμπέρασμα ότι η Τρίτη ηλικία στην χώρα μας, θεωρείται ως περιττό μέγεθος.

Πνευματικές  
διαταραχές και  
αναπηρίες  
Ιατρική φροντίδα  
και Περίθαλψη

Δεν υπάρχουν διαθέσιμες επίσημες έρευνες

Δεν υπάρχουν διαθέσιμες επίσημες έρευνες

Φροντίδα στο Σπίτι:

Δεν έχουν προκύψει στατιστικά στοιχεία για τα άτομα που δέχονται βοήθεια στο σπίτι είτε ανεπίσημα (από μέλη της οικογένειας) είτε επίσημα, π.χ. από φροντιστές επί πληρωμή. Γίνεται, ωστόσο, αναφορά στην ανεπάρκεια των υπηρεσιών της πολιτείας να ανταποκριθούν σε επίπεδο φροντίδας για τον αυξανόμενο πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα και για τον ρόλο της οικογένειας στην παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Τονίζεται, επίσης, ότι οι γυναίκες όλων των ηλικιών επωμίζονται αυτό το βάρος (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Φροντίδα σε  
ξενώνες και

Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον ακριβή αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων που φιλοξενούνται ξενώνες και ιδρύματα και

ιδρύματα:	μάλιστα πολλοί από αυτούς τους ξενώνες δεν είναι επίσημα δηλωμένοι και καταχωρισμένοι. Τον Οκτώβριο του 2017 πραγματοποιήθηκε η δημιουργία και η καταγραφή μητρώου ιδρυμάτων και νομικών προσώπων παροχής κοινωνικής φροντίδας. Τα εθνικά στατιστικά στοιχεία δίνουν μια στοιχειώδη ενημέρωση για τα επίπεδα μόρφωσης των γυναικών 45-64 ετών και 65 και άνω. Οι αριθμοί δείχνουν ότι 8 στις 10 γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας δεν ολοκλήρωσαν κάτι παραπάνω από τη βασική εκπαίδευση.
Γενική εκπαίδευση των ηλικιωμένων	Είναι σε γενικές γραμμές πολύ χαμηλή για όλα τα άτομα ηλικίας 55 έως 64 ετών (0,1%), αλλά δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ανά φύλο.
Επαγγελματική κατάρτιση και διάβιου μάθηση	Δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για τον ρόλο του παππού και της γιαγιάς στο οικογενειακό πλαίσιο, ως προς την φροντίδα των εγγονιών τους.
Σύνθεση του νοικοκυριού και οικογενειακή κατάσταση	Δεν έχει διερευνηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία αναφορικά με τη βία που βιώνουν ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες μέσα στην οικογένεια ή σε ιδρύματα φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων, και μόνο πρόσφατα γράφτηκε μία αναφορά για τη βία στο σπίτι εναντίον των γυναικών, αλλά καλύπτει μέχρι την ηλικία των 60 ετών. (Κορνάρου & Ρουμελιώτη, 2008)
Εικόνα εαυτού	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βία κατά των ηλικιωμένων:</li> </ul>	

Σύμφωνα με τις Καλομοίρη Χουστουλάκη (2014), από την έρευνα τους επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αναφέρουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν μεγάλη ανάγκη για αυξημένη φροντίδα, είτε από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας είτε από τους συγγενείς τους. Στοιχεία από την Ελληνική μελέτη SHARE έδειξαν ότι, παρά την ισχυρή οικογενειακή συνοχή που χαρακτηρίζει την Ελληνική οικογένεια, το αίσθημα της μοναξιάς χαρακτηρίζει το 60% των ατόμων ηλικίας 50+ ετών.

Επίσης οι ανάγκες για ειδικό υλικοτεχνικό εξοπλισμό σε ιδρύματα νοσηλευτικής και προνοιακής φροντίδας, η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού αριθμού καταρτισμένου επιστημονικού και διοικητικού προσωπικού, προκειμένου οι ηλικιωμένοι να προγραμματίζουν τις θεραπείες που θα τους ανακουφίζουν, είναι επιβεβαιωμένες από στοιχεία των ΚΑΠΗ της χώρας. ([www.dekatrikala.gr](http://www.dekatrikala.gr)).

#### **2.4.1. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης**

Η δημογραφική γήρανση, ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, αποτελεί στις βιομηχανικές χώρες ένα

σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων, των κοινωνικών εταίρων και των ερευνητών.

Το ενδιαφέρον αυτό, αναδύεται από το γεγονός ότι η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό και η άνιση κατανομή μεταξύ ενεργού και εξαρτώμενου πληθυσμού, προκαλεί μια σειρά παρενεργειών στην κοινωνική ασφάλιση, στις υπηρεσίες υγείας, στη σύνθεση της απασχόλησης και γενικότερα στην οικονομία. ( Μουσούρου, 1993).

Οι επιπτώσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές στα άτομα, στην οικογένεια, στην κατανομή του εισοδήματος, στην αγορά εργασίας, στην πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, στην άσκηση της δημόσιας πολιτικής και στην κοινωνία. (OECD, 1996)

Σύμφωνα με πολλούς μελετητές οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι οι εξής:

### **Συνθήκες και η «δυναμική» της φτώχειας στην Ελλάδα. Η ομάδα των ηλικιωμένων**

Στόχος για την Ευρώπη 2020, σχετικά με την καταπολέμηση της φτώχειας είναι η μείωση κατά 20 εκατομμύρια των ατόμων που βρίσκονται ή που κινδυνεύουν να βρεθούν σε καθεστώς φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού έως το 2020. Με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014, το 36% του πληθυσμού της Ελλάδας βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, και το ποσοστό αυξάνεται όσον αφορά τις ηλικίες 18-64 (40,1%). Ειδικά για την ομάδα των ηλικιωμένων, το ποσοστό ανέρχεται στο 23%.

Πίνακας 1: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, κατά ομάδες ηλικιών και φύλο (2014)

<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>	<b>Ποσοστιαία κατανομή επί του συνόλου του Πληθυσμού</b>	<b>Θύλεις</b>	<b>Άρρενες</b>
Σύνολο	36,0 %	36,7 %	35,3 %
0-17	36,7 %	-	-
18-64	40,1 %	41,2 %	38,9 %
65+	23,0 %	24,7 %	21,0 %

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014

**Βασικές διαπιστώσεις για την ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων είναι ότι ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ανέρχεται σε 14,9% και έχει παραμείνει στα ίδια επίπεδα με το 2013.**

Πίνακας 2: Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (2014)

Ομάδες Ηλικιών	Σύνολο Πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	22,1 %	22,0 %	22,2%
0-17	25,5 %	-	-
18-64	23,5 %	23,6 %	23,4 %
65+	14,9 %	16,1 %	13,3 %

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014

### Κοινωνικές μεταβιβάσεις και κίνδυνος φτώχειας

Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας χωρίς κοινωνικές μεταβιβάσεις (δηλαδή χωρίς να συμπεριλαμβάνονται κοινωνικά επιδόματα και συντάξεις στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών) ανέρχεται σε 52,2%, ενώ αν συμπεριληφθούν μόνο οι συντάξεις και όχι τα κοινωνικά επιδόματα, το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 26%. Διαπιστώνεται συνολικά ότι με τον συνυπολογισμό των συντάξεων το ποσοστό κινδύνου φτώχειας μειώνεται κατά 26,2% και με τα κοινωνικά επιδόματα μειώνεται κατά ακόμα 3,9%.

Πριν από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω εκτιμάται σε 89,9%, ενώ αν συμπεριληφθούν οι συντάξεις μειώνεται σε 17,2%.

Πίνακας 3: Κίνδυνος φτώχειας χωρίς τον υπολογισμό των κοινωνικών επιδομάτων κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (2014)

Ομάδες Ηλικιών	Σύνολο Πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	26,0 %	25,9 %	26,2 %
0-17	31,0 %	-	-
18-64	27,5 %	27,4 %	27,6 %
65+	17,2 %	19,1 %	14,9 %

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014

### Δείκτες Οικονομικής Ανισότητας

#### Δείκτης κατανομής εισοδήματος

Ο όρος αυτός αναφέρεται στο ποσοστό του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού, προς το ανάλογο εισόδημα του φτωχότερου 20% του



πληθυσμού. Ο δείκτης αυτός το οικονομικό έτος 2014, ειδικά για τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών ( αφορά τα εισοδήματα του 2013), παρουσιάζει μικρή πτώση σε σχέση με το οικονομικό έτος 2013 και ανέρχεται στο 7,3, κάτι που σημαίνει ότι το μερίδιο του εισοδήματος του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού είναι 7,3 φορές μεγαλύτερο από το μερίδιο του εισοδήματος του φτωχότερου 20% του πληθυσμού.

Πίνακας 4: Δείκτης κατανομής εισοδήματος κατά μονάδες ηλικιών (2005-2014)

Ομάδες Ηλικιών	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Σύνολο	6,5	6,6	6,6	6,0	5,6	5,8	5,9	6,0	6,1	5,8
65+	4,1	3,9	4,5	4,5	4,1	4,1	4,5	4,8	4,8	5,0
0-64	7,3	7,5	7,4	6,4	6,0	6,2	6,2	6,3	6,4	5,9

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014

## Υλική Στέρηση και Συνθήκες Διαβίωσης

### Βασικές διαπιστώσεις

Μελετώντας τους δείκτες για τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού της χώρας προκύπτει ότι η στέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών δεν αφορά μόνο το φτωχό πληθυσμό αλλά και μέρος του μη φτωχού πληθυσμού. Στα βασικά αγαθά και στις βασικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται: δυσκολία ικανοποίησης έκτακτων οικονομικών αναγκών, αδυναμία κάλυψης εξόδων για διακοπές μιας βδομάδας το χρόνο, αδυναμία διατροφής που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη μέρα κοτόπουλο, κρέας ή ψάρι, αδυναμία πληρωμής για ικανοποιητική θέρμανση της κατοικίας, έλλειψη βασικών αγαθών όπως πλυντήριο ρούχων, έγχρωμη τηλεόραση, τηλέφωνο ή αυτοκίνητο, αδυναμία αποπληρωμής δανείων ή αγορών με δόσεις, δυσκολίες στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών.

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή της ομάδας ηλικιωμένων με υλικές στερήσεις κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (2005 - 2014)

Ομάδες Ηλικιών	2005	2009	2011	2012	2013	2014
Σύνολο	12,8 %	11,0 %	15,2 %	19,5 %	20,3 %	21,5 %
65+	19,4 %	12,1 %	13,1 %	14,3 %	13,7 %	15,5 %
Άνδρες	15,3 %	10,0 %	11,0 %	11,8 %	12,1 %	13,8 %
Γυναίκες	22,7 %	13,8 %	14,7 %	16,3 %	15,0 %	16,9 %

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014

Από το 2009 και μετά παρατηρείται αύξηση της υλικής στέρησης. Για συγκεκριμένα για τα άτομα 65+ ετών παρατηρείται αύξηση κατά 3,4 ποσοστιαίες μονάδες.

#### ***2.4.2. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στον κόσμο την Ελλάδα και στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας***

Το φαινόμενο της Δημογραφικής γήρανσης<sup>1</sup> είναι υπαρκτό εδώ και πολλά χρόνια και πολλοί οργανισμοί (πχ Ευρωπαϊκή Ένωση (EU), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- World Health Organization (WHO), Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), κλπ), έχουν πραγματοποιήσει μελέτες που αναφέρονται στις επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της κοινωνίας μας. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ συγχρόνως παρατηρείται μια ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Οι Ευρωπαϊκές χώρες μαζί και η Ελλάδα γερνάνε χωρίς να διαφαίνεται αλλαγή της τάσης αυτής. Επισημαίνεται ότι το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών.

Η θεωρία της «επιδημιολογικής μετάβασης» έχει διατυπωθεί ήδη από το 1971 (Omran) και έχει ως βάση της τη σχέση μεταξύ της υγείας, της νόσου και της κοινωνίας, ενώ αποτελεί σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Απαρτίζεται από 3 στάδια που έχουν στενή σύνδεση με την κοινωνικό-οικονομική και τη δημογραφική μετάβαση.

Σύμφωνα με τον Παναγιωτάκη, (2008) οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης μπορούν να διακριθούν σε εθνικές, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές και η άνοδος της ηλικίας του πληθυσμού, είναι ένα από τα σοβαρότερα -κοινωνικά- θέματα του 21ο αιώνα, γεγονός που μας φέρνει αντιμέτωπους με πλήθος θεμάτων όπως:

- Η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία
- Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου
- Η συνεχής βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία

---

<sup>1</sup> Είναι το αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 18η θέση με προσδόκιμο ζωής τα 80,7 έτη για τις γυναίκες και τα 75,4 για τους άνδρες και σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ, το έτος 2030 αναμένεται να φτάσουμε σε ένα μέσο προσδόκιμο Ζωής 82 χρόνια ως αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής και της υπογεννητικότητας αφού σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών αναμένεται να παρουσιάσει αύξηση της τάξης του 10%. Ο φυσικός πληθυσμός της Γερμανίας, της Ελλάδας της Ιταλίας και της Σουηδίας μειώθηκε και μόνο εξαιτίας της μετανάστευσης φαίνεται να διατηρείται σταθερός. Επισημαίνεται ότι στη χώρα μας τα τελευταία είκοσι πέντε έτη καταγράφεται η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση όσον αφορά την αναλογία ηλικιωμένων προς γενικό πληθυσμό. (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, (2011), ενώ η εισροή αλλοδαπών φαίνεται ότι διογκώνει τον πληθυσμό στις παραγωγικές ηλικίες, με αποτέλεσμα την μερική αναστολή της γήρανσης του πληθυσμού (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Επίσης, η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλή συνταξιοδοτική δαπάνη και ταυτόχρονα εμφανίζει αύξηση των ποσοστών φτώχειας των ηλικιωμένων. Για τους ανασφάλιστους υπερήλικες προβλέπεται σύνταξη γήρατος που χορηγείται από τον ΟΓΑ και η οποία χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό παρέχοντας ένα χαμηλό ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, 360,00 Ευρώ μηνιαίως.

Τέλος όσον αφορά τη χώρα και σύμφωνα με της Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη ο δείκτης εξάρτησης (η σχέση του μη παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού ηλικίας 0 - 14 ετών και 65+ με το τμήμα που παράγει, δηλαδή τις ηλικίες 15 - 64 ετών) στην Ελλάδα προβλέπεται να αυξηθεί από το 28,41% το 2010, στο 32,57% το 2020, στο 37,74% το 2030 και να φτάσει στο 56,65% το 2060. Η εξέλιξη αυτή αποτελεί προφανώς μία ιδιαίτερα σημαντική πρόκληση για την οικονομία, την κοινωνία και τη βιωσιμότητα των δημόσιων πολιτικών κοινωνικής προστασίας.

Όσον αφορά την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας ο πληθυσμός, ανέρχεται σε 679.796 άτομα (ΕΛΣΤΑΤ, 2011) αντιπροσωπεύοντας το 6,3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Η ποσοστιαία συρρίκνωση του πληθυσμού την περίοδο 2001-2011, στην ΠΔΕ (μείωση 41.745 άτομα/-5,73%, ) ήταν μεγαλύτερη από αυτή που καταγράφηκε σε επίπεδο χώρας μείωση κατά 118.902 άτομα/-1,34%), ενώ στην ΠΔΕ καταγράφεται πληθυσμιακή πυκνότητα μικρότερη από αυτή της χώρας (πληθυσμιακή πυκνότητα ΠΔΕ:59,9 άτομα ανά τ.χλμ. πληθυσμιακή πυκνότητα χώρας στα 82,5 άτομα ανά τ.χλμ).

Συγκεκριμένα για τη ΠΔΕ κατά το έτος 2012 σε 100 παιδιά αντιστοιχούσαν 144,7

ηλικιωμένοι ενώ για τη χώρα η αναλογία αυτή ανέρχεται σε 137. Ο δείκτης αυτός αποδεικνύεται σημαντικά μεγαλύτερος για τις γυναίκες (αντιστοιχία 165,9 ηλικιωμένων γυναικών σε 100 κορίτσια). Ο δείκτης αυτός, αποτελεί αποτέλεσμα της μεγαλύτερης διάρκειας ζωής των γυναικών, καθώς προχωρούμε από τις μικρότερες στις μεγαλύτερες ηλικίες. Πράγματι, ενώ για την ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών 106,9 αγόρια αντιστοιχούν σε 100 κορίτσια, η αναλογία αυτή αντιστρέφεται προοδευτικά για να φθάσει στην κατηγορία 65 και άνω στην αντιστοιχία 80,5 άνδρες σε 100 γυναίκες. Το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού έχει άμεση επίπτωση στο δείκτη εξάρτησης που υποδηλώνει ότι κατά το ίδιο έτος σε 100 άτομα εργάσιμης ηλικίας αντιστοιχούσαν 50,3 άτομα που χαρακτηρίζονται ως οικονομικά εξαρτώμενα (ηλικιωμένοι και παιδιά).

Τέλος, σύμφωνα με την Περιφερειακή Στρατηγική για την Καταπολέμηση της φτώχειας και του Κοινωνικού Αποκλεισμού (2015) η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, εμφανίζει πολλές ομοιότητες με την διάρθρωση στο σύνολο της Χώρας, γεγονός που σημαίνει ότι όπως και η χώρα συνολικά έτσι και η Δυτική Ελλάδα αντιμετωπίζει το πρόβλημα της πληθυσμιακής γήρανσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ

### *3.1. Παρουσίαση της Κοινωνικής φροντίδας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*

Σύμφωνα με τον Κρεμαστινό (2007), στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών, οι ομάδες των ηλικιωμένων, αρρώστων, ΑΜΕΑ έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και η φροντίδα τους είναι ευθύνη και υποχρέωση της πολιτείας. Η προτίμηση της ιδρυματικής περίθαλψη οδήγησε σε ψηλά κόστη των εφαρμοζόμενων πολιτικών.

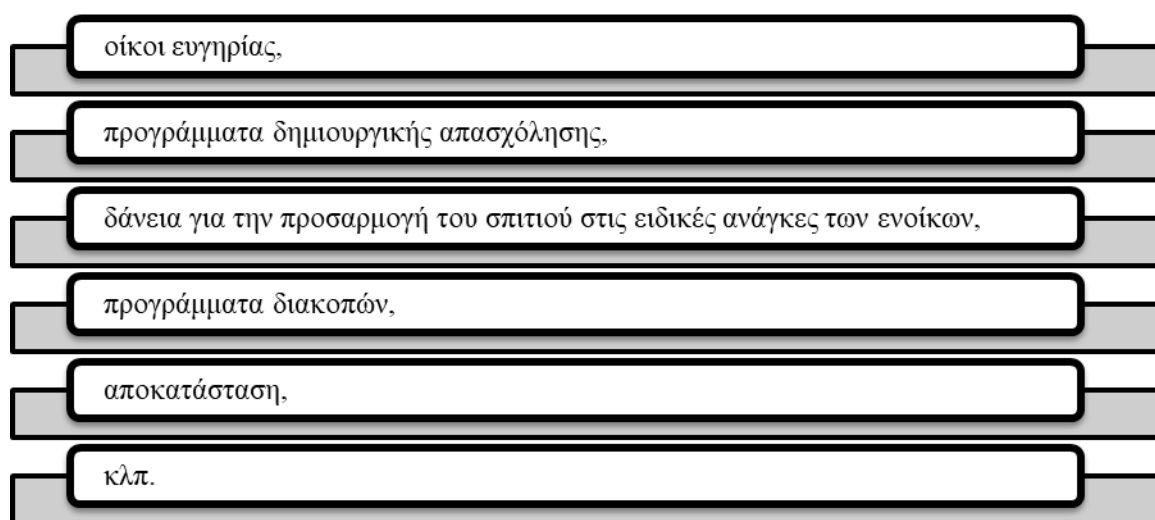
Στην τρέχουσα περίοδο η Ε.Ε. θέτει το θέμα της «Υγιούς Γήρανσης» ψηλά στην ατζέντα της, και όπως διατυπώνεται στην εγκεκριμένη στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και ειδικότερα στο Σχέδιο Δράσης «Υγιή Γήρανση στην Ευρώπη 2012-2020», η υγεία και η δραστηριότητα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί συνδυαστικό αποτέλεσμα των εκάστοτε συνθηκών διαβίωσης και των δραστηριοτήτων του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι κοινωνικές δομές στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες παρέχονται από το δημόσιο τομέα, (Αυστρία, Δανία, Φινλανδία και Σουηδία), ενώ στις χώρες του Νότου (Ισπανία, Ελλάδα, Ιταλία και Πορτογαλία) οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται είτε από τον ιδιωτικό τομέα, είτε από το οικογενειακό περιβάλλον καθώς μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει πρόσβαση στις δημόσιες δομές φροντίδας.

Σύμφωνα με τις Ζαϊμάκη και Κανδυλάκη, (2005), η **γεωγραφική κατανομή** των δομών φροντίδας ευπαθών κοινωνικά ομάδων σε γενικές γραμμές είναι παρόμοια σε όλες τις χώρες της Ε.Ε., παρουσιάζοντας μεγαλύτερη συγκέντρωση στα αστικά κέντρα και μικρότερη στις αγροτικές περιοχές. Ειδικότερα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου (Ισπανία, Ελλάδα, Ιταλία και Πορτογαλία) καταγράφεται συγκέντρωση υπηρεσιών και δομών στα αστικά κέντρα των περιφερειών με την μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη, ενώ και μικρή συγκέντρωση στις αγροτικές περιοχές.

Επίσης σε πολλές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της χώρας μας) μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) έχουν αναλάβει (ειδικά κατά την προηγούμενη Προγραμματική Περίοδο ΕΣΠΑ 2007-2014) την λειτουργία δομών (πχ δομές καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού), σε αστικές αλλά κυρίως στις αγροτικές περιοχές. (Ζαϊμάκη και Κανδυλάκη, 2005).

Οι κατηγορίες των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις δομές είναι παρόμοιοι σε όλα τα κράτη: φροντίδα στο σπίτι,



### ***3.2. Παρουσίαση της Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα***

Η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας, η παραμονή στο οικείο περιβάλλον και η ενεργός συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή αποτελούν προτεραιότητες της προνοιακής πολιτικής. Η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας είχε ως αποτέλεσμα μόλις ένα μικρό ποσοστό < 1% αυτών να διαμένει σε δομές κλειστής φροντίδας. (Ε.Κ.Κ.Ε. 2002) .

Ο κρατικός τομέας είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών φροντίδας και οι συζητήσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών αυτών, περιστρέφονται γύρω από το κρατικό τομέα, θέτοντας το θέμα της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων πρόνοιας στους διάφορους τομείς και φορείς.

Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο τοπικής κοινότητας.

Η τοπική Αυτοδιοίκηση πρόσφατα έχει εισέλθει στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας. Η συμμετοχή της ακόμη είναι ουσιαστικά περιορισμένη, αφού εμποδίζεται από την έλλειψη

οικονομικών πόρων, θεσμικών ρυθμίσεων, αρμοδιοτήτων και συντονισμού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης.

Το προνοιακό σύστημα έχει αναπτύξει υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας, ως εναλλακτικές της κλειστής φροντίδας στο πλαίσιο του παραπάνω στόχου. Η συγκρότηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και τα προγράμματα που αναπτύσσονται αφορούν τρία επίπεδα:

**Πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα:** Αποτελεί τον κεντρικό ιστό του δικτύου αλληλεγγύης. Τα προγράμματα εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο από δημοτικές ή διαδημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες που:

- ο ερευνούν και καταγράφουν ανάγκες
- ο διαγνώνουν και εισιγούνται την πρόσβαση χρηστών σε ανάλογες υπηρεσίες
- ο αναπτύσσουν, συντονίζουν, και εφαρμόζουν προγράμματα.

**Δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα:** Παρέχεται από πιστοποιημένους φορείς και μονάδες κοινωνικής φροντίδας που:

- ο Προσφέρουν προσωρινή φιλοξενία
- ο Αναπτύσσουν συνοδευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποθεραπείας και αποκατάστασης

**Τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα:** Παρέχεται από μονάδες που έχουν εξειδικευμένο αντικείμενο στην παροχή άμεσης και επείγουσας κοινωνικής βοήθειας σε άτομα οικογένειες και ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης (π.χ. ΕΚΑΚΒ)

Ο νόμος 3106/10-2-2003 περί αναδιοργάνωσης του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής φροντίδας, αποκεντρώνει τις υπηρεσίες που παρέχονται σε κάθε υγειονομική περιφέρεια μέσω των Δ.Υ.Π.Ε., στην αρμοδιότητα των οποίων ανήκουν τα θεραπευτήρια χρόνιων πασχόντων, οι Οίκοι ευγηρίας, (μετονομάστηκαν σε μονάδες κοινωνικής φροντίδας), «το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι», και οι ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών και οι οποίες οφείλουν να συνεργάζονται με τις αρμόδιες υπηρεσίες των περιφερειών και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ και Β΄ για θέματα που αφορούν παροχές υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. (Ν. 3106 /10-2-2003) (Εμκε-Πουλοπούλου,1999; Κωσταρίδου, 1999; Καλαϊτζή, 2005 ; Κρεμαστινού, 2007)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΗΝ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ & ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ «ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ».

### *4.1. Έννοια της ικανοποίησης των ωφελούμενων των υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας*

Όπως σημειώνει ο Donabedian (1996) «ποιότητα υγείας, προκύπτει από την έκφραση ικανοποίησης των ασθενών<sup>2</sup> για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με ενεργή συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας». Η ικανοποίηση των ωφελούμενων στην υγεία και στην πρόνοια, αποτελεί έναν τομέα όπου με την πάροδο των ετών έχει καταστεί εξόχως σημαντική η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Δερβιτσιώτης, 2005). Η σύνδεση των δύο εννοιών, ποιότητας και υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών, στην εξασφάλιση ικανοποιητικών υποδομών και στη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας. (Κεφαλοπούλου και συν., 2006).

Κατά τους Parasuraman, Zeithaml & Berry, (1988), Grönroos, (1990) και Zeithaml, Parasuraman & Berry, (1990), ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και αναγκών των χρηστών υπηρεσιών, είναι σε συνάρτηση με τα κριτήρια ποιότητας των υπηρεσιών. Ως κρίσιμες διαστάσεις ή κριτήρια ποιότητας πρέπει να θεωρηθούν:

- **Τα απτά χαρακτηριστικά:** πρόκειται για τα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία (π.χ. εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, φυσικός χώρος, εργαζόμενοι), αλλά και για τις προδιαγραφές ή και τα συστατικά στοιχεία των εμπράγματων αγαθών.

---

<sup>2</sup> Όπως έχει ήδη αναφερθεί από την εισαγωγή και για την αποφυγή τυχόν παρερμηνειών η σχετική βιβλιογραφία, και δεδομένου ότι δεν υπάρχουν έρευνες που να εστιάζουν σε Δομές, αναφέρεται σε «ασθενείς» ενώ στην παρούσα εργασία ωφελούμενοι των υπηρεσιών στους οποίους εστιάζει η έρευνα είναι οι χρήστες / ωφελούμενοι των δομών του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου.



- Η **συνέπεια-αξιοπιστία** : η ικανότητα του οργανισμού να προσφέρει ό,τι έχει υποσχεθεί ακριβώς και με τον κατάλληλο τρόπο.
- Η **άμεση εξυπηρέτηση**: η προθυμία, η υποστήριξη, η βοήθεια και παροχή υπηρεσίας στον πελάτη.
- Οι **γνώσεις και ικανότητες**: τα χαρακτηριστικά αυτών, οι οποίοι παράγουν και παρέχουν τις υπηρεσίες.
- Η **ευγένεια**: χαρακτηριστικό το οποίο σχετίζεται με τους τρόπους, την καλοσύνη, τη λεπτότητα και το ενδιαφέρον του προσωπικού.
- Η **σιγουριά και η ασφάλεια**: έχει να κάνει με το πόσο ο πελάτης νιώθει ότι δεν κινδυνεύει να υποστεί κάποια ζημιά, απώλεια ή ατύχημα.
- Η **εμπιστοσύνη**: το να μπορεί ο πελάτης να εμπιστευθεί την επιχείρηση ή τον υπάλληλο.
- Η **πρόσβαση**: αναφέρεται στην ευκολία με την οποία ο πελάτης μπορεί να έρθει σ' επαφή με την επιχείρηση ή τον υπάλληλο και να λάβει την υπηρεσία.
- Η **επικοινωνία**: η ενημέρωση-πληροφόρηση και η παροχή εξηγήσεων, με τρόπο κατανοητό, στον πελάτη.
- Η **ενσυναίσθηση**: το ενδιαφέρον και η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του πελάτη και να αναγνωρίζει, να καταλαβαίνει τις ανάγκες του.
- Η **αποκατάσταση/διόρθωση**: η δυνατότητα και η διάθεση της επιχείρησης ή του προσωπικού να διορθώσει τα πράγματα, αν κάτι πάει στραβά ή γίνει λάθος.

#### ***4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση.***

Είναι αντιληπτό σε όλους ότι, το πόσο ικανοποιημένος είναι κάποιος, αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες του πραγματοποιήθηκαν, ότι οι υπηρεσίες που του υποσχέθηκαν ήταν οι καταλληλότερες, και η εξυπηρέτησή του ήταν η αναμενομένη. Συνεπώς η γνώση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση, αποτελούν σημαντικό στοιχείο της διάστασης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και του καθοριστικού ρόλου στην διαμόρφωση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας. Πιερράκος Γ, Τομάρας Π. (2009)

Οι Straser et al. (2000) έδειξαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, επάγγελμα, ηλικία και εισόδημα) και της οικογένειας, επηρεάζουν την ικανοποίηση και υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της επιλογής των υπηρεσιών.

Η Irish Society for quality & Safety in Healthcare (2005) , θεωρεί ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι:

- ❖ **Το επίπεδο της υγείας :** Η κατάσταση της υγείας επηρεάζει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται. Επίσης όσο πιο ψυχικά ευάλωτοι είναι, τόσο μεγαλύτερη είναι η μη ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών του.
- ❖ **Το φύλο:** αν και δεν έχουν επιβεβαιωθεί έρευνες αναφέρουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ικανοποίηση. Η Solomon, (1996) μετά από ανασκόπηση των βρετανικών ερευνών για την ικανοποίηση, βρήκε ότι υπάρχει κάποια θετική συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης με το φύλο, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες σε σύγκριση με τους άνδρες, διότι συνήθως χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.
- ❖ **Η ηλικία:** Ο Fitzpatrick (1991) και ο Fox και ο Storms (1981) υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση. (Σουλιώτης και συν., 2002). Γενικότερα όμως η ηλικία είναι από τους πιο σοβαρούς παράγοντες, διότι όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος έχει και περισσότερη ανάγκη για κοινωνική προστασία.
- ❖ **Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση :** Η κοινωνική θέση, το επίπεδο εκπαίδευσης , η οικονομική και οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που εξηγείται μερικώς –στις ΗΠΑ- από το γεγονός ότι οι ευκατάστατοι απλά λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια Υπηρεσία. Ειδικότερα, οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων, υπήρξαν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των «κατώτερων» κοινωνικών τάξεων. (Ραφτόπουλος, 2002).
- ❖ **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:** Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη σε ό, τι αφορά την πιθανή συσχέτιση της ικανοποίησης, με την ψυχολογική κατάσταση. Γεγονός είναι ότι το άγχος επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, το ίδιο συμβαίνει και με την

κατάθλιψη, συνεπώς η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, σχετίζεται σημαντικά με το ηθικό τους και την ικανοποίηση από την ζωή.

- ❖ **Οι προσδοκίες των ασθενών:** Ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών, η εξάρτησή του από την φροντίδα, οι προσδοκίες του κάθε ασθενή για το αποτέλεσμα της κατάστασης του, επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του, το οποίο το κρίνει ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό.
- ❖ **Η σχέση με το προσωπικό:** Η επικοινωνία, η ασφάλεια, η ευγένεια, η κατανόηση, κρίνουν το βαθμό της ικανοποίησης. Μια αποτελεσματική και ασφαλή συνεργασία προσφέρει και μεγαλύτερη ικανοποίηση.
- ❖ **Το περιβάλλον του χώρου υγείας/πρόνοιας:** Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης , είναι η συνολική εικόνα του χώρου των παρεχόμενων προνοιακών-υγειονομικών υπηρεσιών, οι συνθήκες διαμονής, στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους. (Καλογεροπούλου 2011)

Όπως αναφέρει ο Γρηγορούδης (1999) ένας σωστός οργανισμός, οφείλει να αποτιμά την συνολική και επιμέρους ικανοποίηση στην κάθε συναλλαγή, ώστε να έχει ορθά αποτελέσματα στο τι ζητάει ο κάθε πελάτης, ώστε με αυτόν τον τρόπο η μέτρηση ικανοποίησης των πελατών να παρέχει ένα συνολικό βαθμό απόδοσης προσδιορίζοντας την την πιθανή υπεροχή του σε σχέση με τον ανταγωνισμό .

### ***4.3. Μέτρηση της ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας***

Η μέτρηση της ικανοποίησης, αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια στον τομέα της υγείας/πρόνοιας, με στόχο να αξιολογηθούν τα προγράμματα και τα συστήματα υγείας/πρόνοιας και να αναδειχθούν τα σημεία που πρέπει να βελτιωθούν. Επομένως η μέτρηση της ικανοποίησης, αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη προκειμένου να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παροχή υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας και σχετίζεται:

- με την συνάρτηση της ποιότητας και του κόστους μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος,
- με ζητήματα χρόνου, όπως η διαθεσιμότητα του προϊόντος, η διαθεσιμότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, ο χρόνος αναμονής και ο χρόνος ανταπόκρισης,

- με την ατμόσφαιρα που κυριαρχεί σε έναν οργανισμό, όπως η καθαριότητα, η οργάνωση και το ευχάριστο περιβάλλον,
- με το ωράριο λειτουργίας
- με το προσωπικό την ευγένεια, την προσοχή, την εξυπηρέτηση. (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008)

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) ένα από τα κυριότερα κριτήρια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας, είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης. Για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας/πρόνοιας, πρέπει ο ενδιαφερόμενος να ενημερωθεί για το πρόβλημα του, να λάβει υπόψη του το χρόνο αναμονής του, καθώς και την ποιότητα, αλλά και τη διαθεσιμότητα του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.

Επίσης ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται περισσότερο από τρεις παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με τις προσδοκίες των ασθενών, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και τον τρόπο που ασκούν επιρροή στην παροχή φροντίδας υγείας/πρόνοιας, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008) Επιπλέον η ικανοποίηση, εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους, από την παροχή υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν οι χρήστες των κοινωνικών δομών και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν.

Ανάλογα, τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη. (Μιαουλis et al., 2009)

Άτομα υψηλότερου οικονομικού επιπέδου επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων (Mc Isaak W. et al., 1997) κάτι που ισχύει και για άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Lostao L. et al., 2001). Χαρακτηριστικό είναι ότι άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία (Billings J. et al., 1993).

Σύμφωνα με έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, οι άντρες εμφανίζονται να χρησιμοποιούν συχνότερα από τις γυναίκες τις υπηρεσίες υγείας. Το ενδιαφέρον ωστόσο επικεντρώνεται στο γεγονός ότι τη μεγαλύτερη χρήση στους άντρες έκαναν κατά σειρά οι τεχνίτες, οι γεωργοί-κτηνοτρόφοι και οι υπάλληλοι γραφείου, ενώ τα διευθυντικά και ανώτερα στελέχη παρουσίαζαν την χαμηλότερη ζήτηση. Για τις γυναίκες, τη μεγαλύτερη ζήτηση εμφάνιζαν κατά σειρά οι αγρότισσες, οι εργάτριες, οι υπάλληλοι γραφείου και οι επιστήμονες, ενώ τα ανώτερα στελέχη και στην περίπτωση των γυναικών εμφάνιζαν την μικρότερη χρήση. (Καράγιωργας και συν., 1990).

Σύμφωνα με τους LeVois et al (1981), και ειδικότερα σε σχέση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που επιδρούν στην ικανοποίηση, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών συνηθίζεται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά, αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Αντιθέτως, αρκετοί εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια αλλαγή στην κατάσταση υγείας τους βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα. (LeVois et al., 1981)

#### ***4.4.Οφέλη μέτρησης ικανοποίησης χρηστών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας***

Η αναγκαιότητα καταγραφής του επιπέδου ικανοποίησης ή μη ικανοποιημένων χρηστών, η καταγραφή των παραπόνων, η γνώση της άποψης των χρηστών από τις υπηρεσίες, είναι σημαντικοί παράγοντες και μπορεί να αποτελέσουν ένα αποδοτικό σύστημα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα οφέλη από την ενέργεια αυτή είναι πολλά και σημαντικά, όχι μόνο για την διοίκηση και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, αλλά και για τους ίδιους τους χρήστες υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας, προκειμένου οι πληροφορίες τους να αξιοποιηθούν και να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. (Κωσταγιόλας et al., 2008)

Κατά κύριο λόγο η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, απασχολεί τους χρήστες που «καταναλώνουν» τις υπηρεσίες αυτές, τους επαγγελματίες υγείας πρόνοιας και τους διοικητικούς που «παράγουν» υπηρεσίες φροντίδας υγείας/πρόνοιας, αλλά και εκείνους που επιβαρύνονται με το κόστος των υπηρεσιών (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία ολόκληρη. Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1999) τα οφέλη που προκύπτουν από την ολοένα και καλύτερη ποιότητα, μπορεί να είναι υγειονομικά/προνοιακά, κοινωνικά και οικονομικά.

- **Τα υγειονομικά/προνοιακά οφέλη:** Έχουν σχέση με τη γρήγορη διάγνωση των προβλημάτων υγείας και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και υποστήριξης, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε χρήστη υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας. Η έγκαιρη διάγνωση θα συντελέσει και στην ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση άρα, το κόστος θα είναι πολύ μικρότερο.

- Όσον αφορά τα **ψυχολογικά οφέλη**, έχουν να κάνουν με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο χρήστης υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας. Εάν έχει καλή ψυχολογία, επηρεάζεται με θετικό τρόπο η θεραπεία του και μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο γρήγορα το πρόβλημα υγείας του. Στην καλή ψυχολογία, συμβάλλουν οι καλές συνθήκες διαμονής, η άμεση εξυπηρέτηση, ο χρόνος ελαχιστοποίησης της παραμονής. (Παπανικολάου και συν., 2007)
- Τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής/προνοιακής περίθαλψης για τους **επαγγελματίες υγείας/πρόνοιας** (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικοί υπάλληλοι κ.ά.) είναι ο σεβασμός κι η εκτίμηση που εισπράττουν από τους ίδιους τους χρήστες/ασθενείς και τους οικείους τους, η ικανοποίηση που νιώθουν από την εργασία τους, η απαλλαγή από το καθημερινό άγχος.
- Τα **οφέλη για τις μονάδες υγείας** είναι περισσότερο οικονομικά. Σε αυτά συγκαταλέγονται η μείωση του λειτουργικού κόστους που απορρέει από την ταχεία παρέμβαση και συντελεί σημαντικά στην εξοικονόμηση σημαντικών χρηματικών πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να καλύψουν άλλες ανάγκες των οργανισμών αυτών.
- Το **οικονομικό όφελος** από τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας/πρόνοιας επωμίζονται και οι ασφαλιστικοί φορείς, διότι μειώνεται το ύψος δαπανών υγείας, δηλαδή το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Τέλος, οφέλη προκύπτουν για το **κράτος και για το κοινωνικό σύνολο**, καθώς αυξάνεται σημαντικά η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του υγειονομικού/προνοιακού συστήματος, μειώνεται ο χρόνος αναμονής των ασθενών και γενικότερα βελτιώνεται η εικόνα του κράτους και αυξάνεται η εμπιστοσύνη των πολιτών στις παροχές κοινωνικής φροντίδας. (Παπανικολάου και συν., 2007)

#### **4.5. Σχετικές έρευνες με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων**

Υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας και μεγάλος αριθμός ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, καταδεικνύοντας πόσο σημαντικό είναι για κάποιον να μελετήσει την έννοια αυτή, προκειμένου να διαπιστώσει εάν και σε ποιο βαθμό η ικανοποίηση του ασθενούς

αποτελεί ένδειξη ποιοτικής φροντίδας από ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Όμως ελάχιστες έρευνες έχουν καταγραφεί σχετικά με την ικανοποίηση και αξιολόγηση των δομών και υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας και ιδιαίτερα μελέτες ικανοποίησης που αφορούν τις παρεχόμενες προνοιακές υπηρεσίες σε άτομα Τρίτης Ηλικίας. Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται συνοπτική αναφορά σχετικών ερευνών.

Συγγραφείς	Έτος	Αντικείμενο	Αποτελέσματα/ Κύρια ευρήματα
Drosos, Tsotsolas, Zagga, Chalikias, Skordoulis,	2015	μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και πιο συγκεκριμένα από μια υπηρεσία που ονομάζεται "Νοσηλευτική στο σπίτι".	Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν σχετικά υψηλό βαθμό ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος συνολικός δείκτης ικανοποίησης ανέρχεται στο 99,62%. Όσον αφορά τη μερική ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης αποδίδεται στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (99,48%) και το χαμηλότερο στην Υπηρεσία Ασθενών (98,89%).
Χαραλάμπους, Κλεισιάρη και Αγά	2007	Η ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους, για την ποιότητα της ενημέρωσης σε θέματα της υγείας τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και από άλλες πηγές, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την ενημέρωση αυτή, σε πέντε νοσοκομεία της Ηπείρου.	Από την έρευνά διαπιστώθηκε ότι η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς κυμαινόταν σε μέτριο επίπεδο. Ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό του, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα.
Aunan	2003	Λήψη πληροφοριών για την πρόγνωση και τη θεραπεία νόσου	Η προφορική επικοινωνία πρέπει να είναι η βασική μέθοδος μετάδοσης πληροφοριών στους ασθενείς, η γραπτή αναφορά με μορφή σημειώσεων και η χορήγηση εντύπου ενημερωτικού υλικού, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο συμπλήρωμα για ορισμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους
Morasso et al	1997	Πληροφόρηση των ασθενών σε θέματα υγείας και νόσου	Το 37% ήταν πλήρως ενημερωμένοι για τη διάγνωση και τους θεραπευτικούς στόχους, το 35,2% ήταν μερικώς ενημερωμένοι, ενώ το 27,8% δεν είχαν αντίληψη της νόσου.

Συγγραφείς	Έτος	Αντικείμενο	Αποτελέσματα/ Κύρια ευρήματα
Papagiannis et al.	1995	Λήψη πληροφοριών για την πρόγνωση και τη θεραπεία νόσου	Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι έλαβαν πληροφορίες για τη θεραπεία της νόσου τους, αλλά μόνο το ένα τέταρτο έλαβε πληροφορίες σχετικά με την πρόγνωση. Με την πάροδο της ηλικίας οι άνθρωποι σπάνια ξεχνούν τις συμβουλές των ιατρών και η γραπτή ενημέρωση πρέπει να θεωρείται απαραίτητη. Η μεγάλη πλειοψηφία (88,4%) των ασθενών προτιμούσε προφορικές πληροφορίες, αλλά το 23% εξέφρασε επίσης την επιθυμία για γραπτή ενημέρωση. Το πρακτικό συμπέρασμα είναι ότι η προφορική ενημέρωση είναι η απαραίτητη βάση που θα πρέπει να συμπληρώνεται με έντυπα φυλλάδια ή οδηγίες, κάτι που αποτελεί συχνή πρακτική στο εξωτερικό.
<a href="http://www.medlook.net/article.asp">http://www.medlook.net/article.asp</a>		Πληροφόρηση των ασθενών σε θέματα υγείας και νόσου	Οι ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τους γιατρούς που αφιερώνουν χρόνο για να ακούσουν τις ανησυχίες και τα προβλήματα τους.

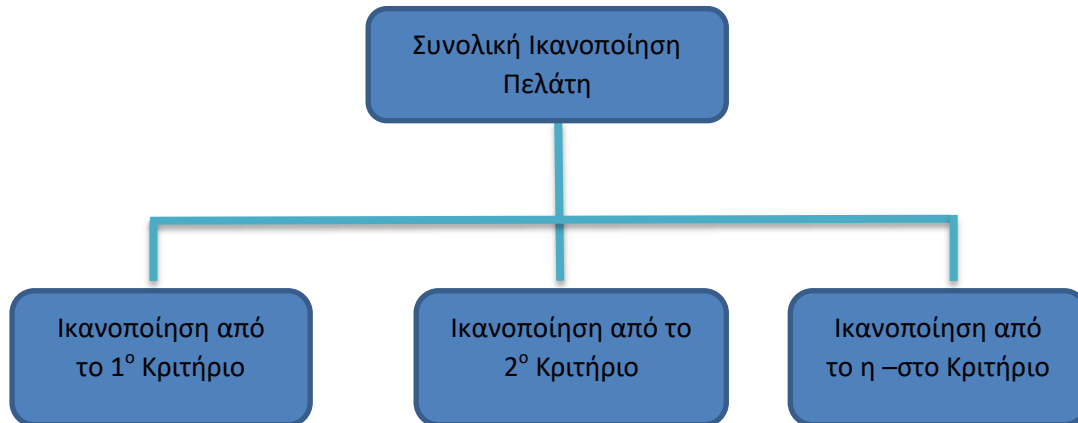


## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### 5.1. Η μέθοδος MUSA

Η μέθοδος MUSA είναι ένα μαθηματικό μοντέλο που δημιουργήθηκε από τους Γρηγορούδη και Σίσκο. Το θεωρητικό υπόβαθρο της μεθόδου MUSA δίνεται από τους Siskos and Grigoroudis (2002), Siskos et al. (1998) και Γρηγορούδης και Σίσκος (2000), ενώ στη βιβλιογραφία υπάρχει σημαντικός αριθμός πραγματικών εφαρμογών της μεθοδολογίας, καθώς και λεπτομερής παρουσίαση του σχετικού λογισμικού (Grigoroudis and Siskos, 2003, Grigoroudis et al., 2000).

Η μέθοδος MUSA (Multicriteria Satisfaction Analysis), αποτελεί την πολυκριτήρια αναλυτική προσέγγιση για το πρόβλημα της μέτρησης και της ανάλυσης της ικανοποίησης. Στηρίζεται στην σύνθεση των προτιμήσεων ενός συνόλου ερωτηθέντων σε μία ποσοτική, μαθηματική συνάρτηση αξιών. Ο κεντρικός άξονας της μεθόδου MUSA είναι η πεποίθηση ότι η συνολική ικανοποίηση εξαρτάται από διάφορες μεταβλητές, οι οποίες αναπαριστούν τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος, ή γενικότερα μιας παροχής ή υπηρεσίας.



**Διάγραμμα 1 : Σύνθεση προτιμήσεων του πελάτη (Γρηγορούδης et al.,1997)**

Πιο συγκεκριμένα η βασική αρχή της μεθόδου είναι ότι η συνολική ικανοποίηση που αποκομίζει ένας πελάτης εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα κριτήρια που επιλέξαμε. Υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση του πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο κριτηρίων  $X=(X_1, X_1, \dots, X_n)$ . Τα κριτήρια αυτά ονομάζονται διαστάσεις ικανοποίησης και αιτιολογούν την έννοια της αναλυτικής-συνθετικής προσέγγισης της μεθοδολογίας.

### 5.1.1. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου MUSA είναι:

1. Η αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των ερωτηθέντων, τόσο στο σύνολο όσο και εν μέρει για καθένα από τα υποκριτήρια της κατηγορίας.
2. Η παροχή μιας πλήρους σειράς των αποτελεσμάτων που αναλύουν σε βάθος τις προτιμήσεις των ερωτηθέντων και μπορούν να εξηγήσουν το επίπεδο ικανοποίησής τους.
3. Η ανάπτυξη ενός εργαλείου λήψης αποφάσεων με έμφαση στην κατανόηση και την εφαρμογή των παρεχόμενων αποτελεσμάτων με απλό, φιλικό και αποτελεσματικό τρόπο. (Γρηγορούδης και Σίσκος, 2005).

Η μέθοδος MUSA ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς, χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυση της. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται από το μοντέλο είναι οι παρακάτω (Γρηγορούδης και Σίσκος, 2000):

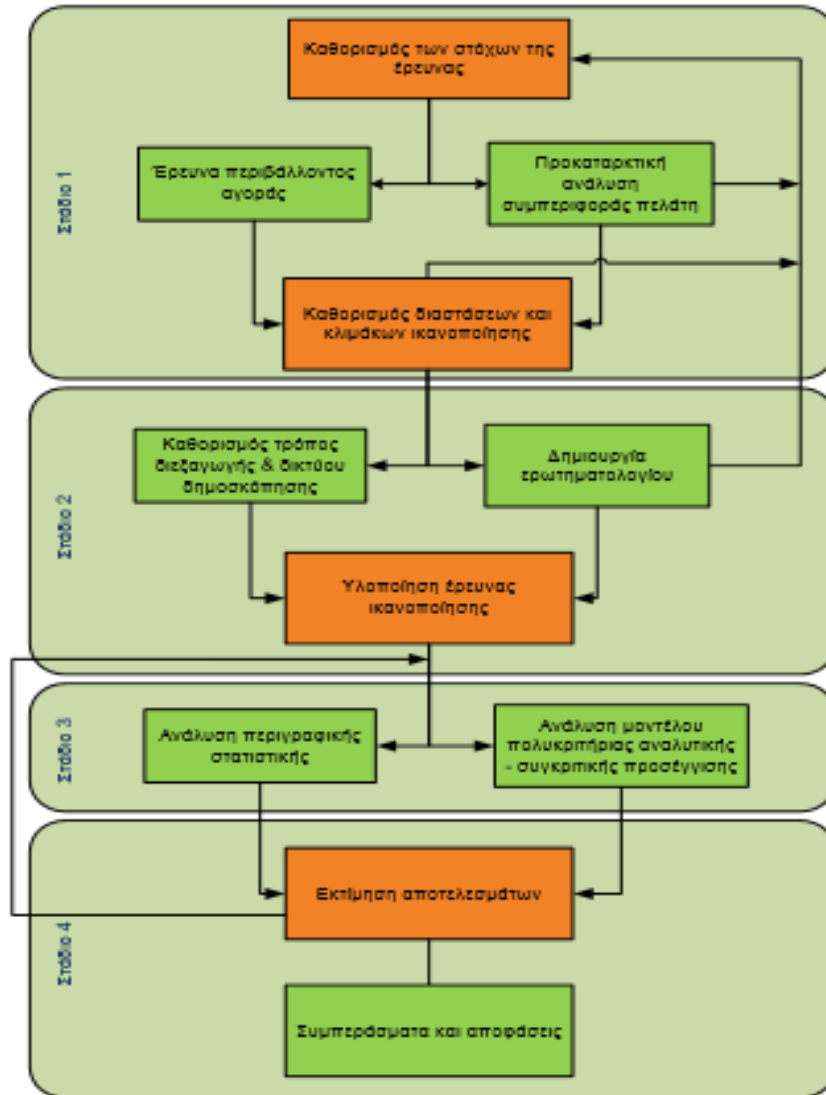
- $Y$ : Συνολική ικανοποίηση του πελάτη
- $A$ : Αριθμός επιπέδων της κλίμακας συνολικής ικανοποίησης
- $y^m$ : Το  $m$  επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ( $m=1, 2, \dots, \alpha$ )
- $n$ : Αριθμός κριτηρίων
- $X_i$ : Ικανοποίηση του πελάτη σύμφωνα με το  $i$  κριτήριο ( $i=1, 2, \dots, n$ )
- $\alpha_i$ : Αριθμός επιπέδων της κλίμακας ικανοποίησης του κριτηρίου  $i$
- $\chi_i^k$ : Το  $k$  επίπεδο ικανοποίησης του κριτηρίου  $i$  ( $k=1, 2, \dots, \alpha$ )
- $Y^*$ : Συνάρτηση αξιών του  $Y$  (συνάρτηση ολικής ικανοποίησης)
- $Y^{*m}$ : Αξία του  $y$  επιπέδου ικανοποίησης
- $X_i^*Q$  Συνάρτηση αξιών του  $X$  (συνάρτηση μερικής ικανοποίησης)
- $\chi_i^k$ : Αξία του  $\chi$  επιπέδου ικανοποίησης

**Το βασικό μαθηματικό μοντέλο βασίζεται στις εξής τρεις παραδοχές:**

- **Ορθολογικός καταναλωτής:** η συγκεκριμένη υπόθεση σχετίζεται με την ύπαρξη ορθολογικών πελατών και συναντάται στο χώρο της επιστήμης των αποφάσεων.
- **Κριτήρια ικανοποίησης:** η αντίληψη που σχηματίζει ο πελάτης για την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας γίνεται με γνώμονα τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
- **Προσθετικό μοντέλο ανάλυσης:** γίνεται η παραδοχή ύπαρξης ενός προσθετικού μοντέλου σύνθεσης των κριτηρίων ικανοποίησης και ιδιαίτερα μιας προσθετικής συνάρτησης αξιών.

### 5.1.2. Στάδια μεθοδολογίας MUSA

Το μοντέλο MUSA βασίζεται σε πρωτογενή δεδομένα που προέρχονται από το σύνολο των εξυπηρετούμενων μιας επιχείρησης ή υπηρεσίας, ακολουθώντας τα βασικά στάδια σχεδιασμού μιας έρευνας ικανοποίησης. (Γρηγορούδης και Σίσκος, 2000).



Διάγραμμα 2 : Σύνθεση προτιμήσεων του πελάτη (Γρηγορούδης et al.,1997)

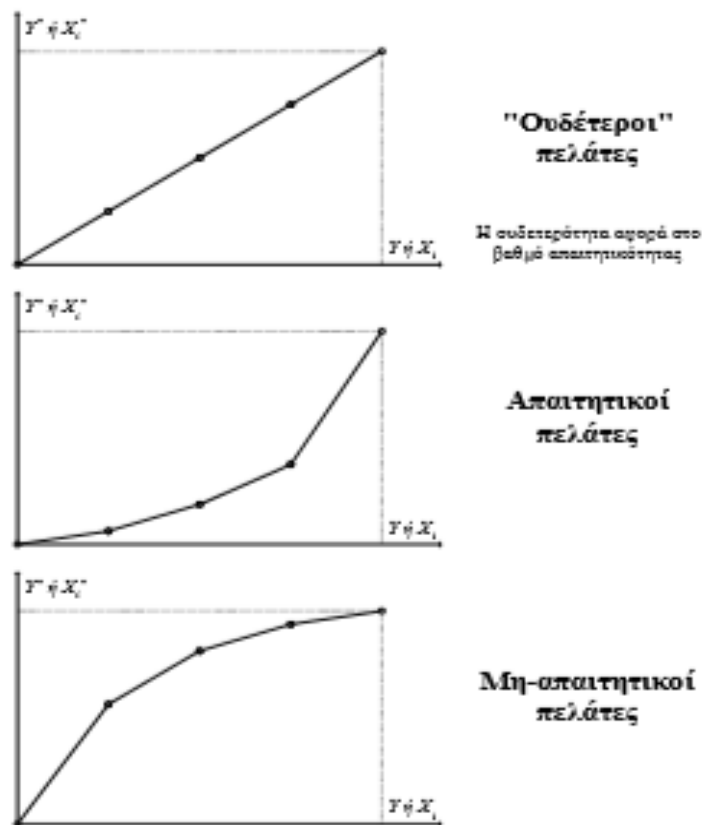
1. **Προκαταρκτική έρευνα :** Το πρώτο στάδιο αφορά τον καθορισμό των στόχων της έρευνας, οι οποίοι αποτελούν τη βασική προϋπόθεση για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός προγράμματος μέτρησης της ικανοποίησης και μέσω της προκαταρκτικής ανάλυσης του περιβάλλοντος της αγοράς και της συμπεριφοράς των

πελατών, επιτυγχάνεται η συλλογή των αναγκαίων πληροφοριών καθορίζονται οι διαστάσεις ποιότητας και οι κλίμακες ικανοποίησης.

2. **Διεξαγωγή έρευνας :** Το δεύτερο στάδιο αφορά τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου καθώς την οργάνωση του δικτύου δημοσκόπησης ( δείγμα έρευνας , τρόπος συλλογής ερωτηματολογίων) και την υλοποίηση της έρευνας ικανοποίησης.
3. **Αναλύσεις:** Το τρίτο στάδιο αφορά την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας παρέχοντας διάφορους δείκτες που αναλύουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών.
4. **Αποτελέσματα:** Το τελευταίο στάδιο αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας και στηριζόμενοι στο προηγούμενο στάδιο των αναλύσεων και της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας, μορφοποιούνται οι τελικές αποφάσεις για βελτίωση ή/και διατήρηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών και εξάγονται τα τελικά και σημαντικότερα αποτελέσματα.

### ***5.1.3. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της μεθόδου***

Από τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA είναι οι συναρτήσεις ικανοποίησης. Οι συναρτήσεις εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το σύνολο των πελατών σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ολικής και μερικής ικανοποίησης. Η μορφή των συναρτήσεων αυτών, είναι σε θέση να προσδιορίσει το βαθμό απαιτητικότητας των πελατών μιας έρευνας ικανοποίησης. Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται ένα παράδειγμα τριών (ολικών ή μερικών) συναρτήσεων ικανοποίησης που χαρακτηρίζουν διαφορετικές ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας. Συνεπώς οι συμμετέχοντες στην έρευνα μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες (ουδέτεροι, απαιτητικοί, μη-απαιτητικοί), ανάλογα με τη μορφή που απεικονίζεται στις συναρτήσεις αυτές.



**Διάγραμμα 3 :Ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό Απαιτητικότητας**

**Πηγή: Γρηγορούδης και Σίσκος (2000)**

- **«Ουδέτεροι»** : η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή, που σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι ερωτώμενοι όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν ότι είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των προσδοκιών τους που εκπληρώνεται.
- **«Απαιτητικοί»:** η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κυρτή μορφή, που σημαίνει ότι η ομάδα αυτή των ερωτώμενων δεν είναι ικανοποιημένη παρά μόνο αν τους προσφέρεται το βέλτιστο επίπεδο υπηρεσιών.
- **«Μη-απαιτητικοί»:** η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι ερωτώμενοι δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.

Τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης υποδηλώνουν το σχετικό βαθμό σπουδαιότητας που δίνει το σύνολο των ερωτώμενων στις αξίες των διαστάσεων ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι για να θεωρηθεί κάποιο κριτήριο ως «σημαντικό», εξαρτάται και από το πλήθος των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται.

#### ***5.1.4. Μέσοι δείκτες ικανοποίησης***

Σε αρκετές περιπτώσεις κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμο να εκτιμηθεί ένα μέτρο αποδοτικότητας όσον αφορά την ικανοποίηση των ερωτώμενων. Οι μέσοι δείκτες ολικής και μερικής ικανοποίησης χρησιμοποιούνται για αυτόν το λόγο, λειτουργώντας συμπληρωματικά με τα αποτελέσματα της μεθόδου. Συνεπώς είναι μεγέθη κανονικοποιημένα που συνδυάζουν με απλό και κατανοητό τρόπο την κατάσταση ικανοποίησης των ερωτώμενων. Για την ακρίβεια αποτυπώνουν στο διάστημα (0-100%) το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτώμενων και μπορούν να θεωρηθούν ως τα βασικά μέτρα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας.

#### ***5.1.5. Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας***

Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας είναι σημαντικό αποτέλεσμα της μεθόδου MUSA και αυτό γιατί οι συγκεκριμένοι δείκτες εκφράζουν τη μέση απόκλιση των συναρτήσεων ικανοποίησης από μια «κανονική» ή «ουδέτερη» (γραμμική) συνάρτηση αξιών. Αυτό σημαίνει ότι οι δείκτες απαιτητικότητας μπορεί να έχουν διαφορετικές τιμές σε διαφορετικά επίπεδα της ποιοτικής κλίμακας ικανοποίησης. Επίσης οι δείκτες απαιτητικότητας καθορίζουν τόσο τις προτιμήσεις, όσο και τον τρόπο συμπεριφοράς των ερωτηθέντων. Επιπλέον μπορούν να υποδείξουν και το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί για τη βελτίωση της συγκεκριμένης διάστασης ικανοποίησης.

#### ***5.1.6. Μέσοι Δείκτες Αποτελεσματικότητας***

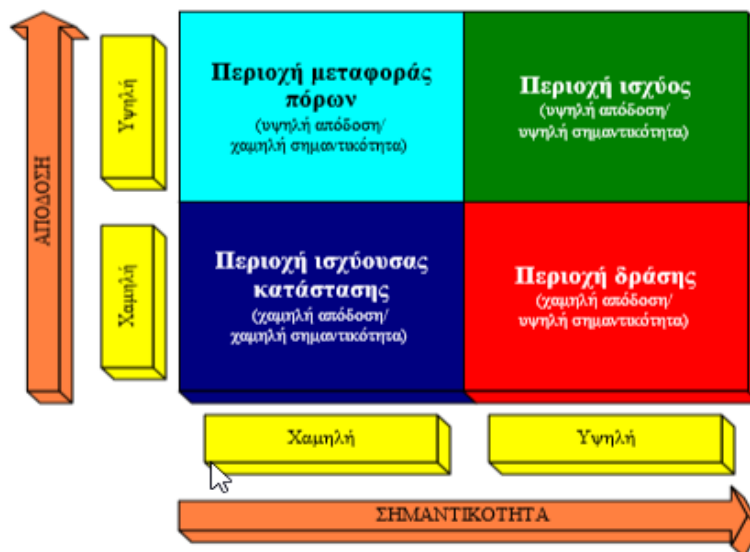
Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για τη βελτίωση ενός χαρακτηριστικού, διότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι πελάτες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους. Το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης εξαρτάται τόσο από την σημαντικότητα του κριτηρίου, όσο και από την συνεισφορά στην μη-ικανοποίηση των ερωτηθέντων. Συνεπώς οι δείκτες αποτελεσματικότητας δείχνουν τα περιθώρια βελτίωσης για ένα συγκεκριμένο κριτήριο ικανοποίησης, λαμβάνοντας υπόψη και τη σπουδαιότητά του.

### 5.1.7. Διαγράμματα Δράσης και Βελτίωσης

Συνδυάζοντας τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης, είναι δυνατό ο υπολογισμός μιας σειράς διαγραμμάτων δράσης (action diagrams) τα οποία μπορούν να προσδιορίσουν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ικανοποίησης των ερωτηθέντων, καθώς και το που πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες βελτίωσης.

#### 5.1.7.1. Διαγράμματα Δράσης

Τα διαγράμματα δράσης προκύπτουν από τη συσχέτιση της απόδοσης (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και της σημαντικότητας (βάρη) των κριτηρίων, και προσδιορίζουν την προτεραιότητα των ενεργειών βελτίωσης που πρέπει να αναληφθούν.



Διάγραμμα 4: Διάγραμμα Δράσης Πηγή: Γρηγορούδης και Σίσκος (2000)

Κάθε διάγραμμα δράσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απόδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων:

- **Περιοχή ισχύουσας κατάστασης** - status quo (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα). Οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δε θεωρούνται σημαντικές από τους ερωτηθέντες και δεν απαιτείται κάποια άλλη προσθετή ενέργεια από την πλευρά της διοίκησης.

- **Περιοχή ισχύος** (υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα). Τα χαρακτηριστικά που ανήκουν σε αυτό το τεταρτημόριο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως το συγκριτικό πλεονέκτημα της διοίκησης απέναντι στον ανταγωνισμό και αποτελούν το λόγο προτίμησής τους από τους ερωτηθέντες.
- **Περιοχή δράσης** (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα). Στο τεταρτημόριο αυτό ανήκουν τα κρίσιμα χαρακτηριστικά που πρέπει να βελτιωθούν , ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών.
- **Περιοχή μεταφοράς πόρων** (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα). Οι πόροι και γενικότερα η προσπάθεια της διοίκησης που αφορούν στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικό τρόπο (π.χ. βελτίωση των διαστάσεων ικανοποίησης στη περιοχή δράσης), διότι είναι χαμηλής σημαντικότητας για τους ερωτηθέντες και υψηλής απόδοσης για την διοίκηση.

#### **5.1.7.2. Διαγράμματα Βελτίωσης**

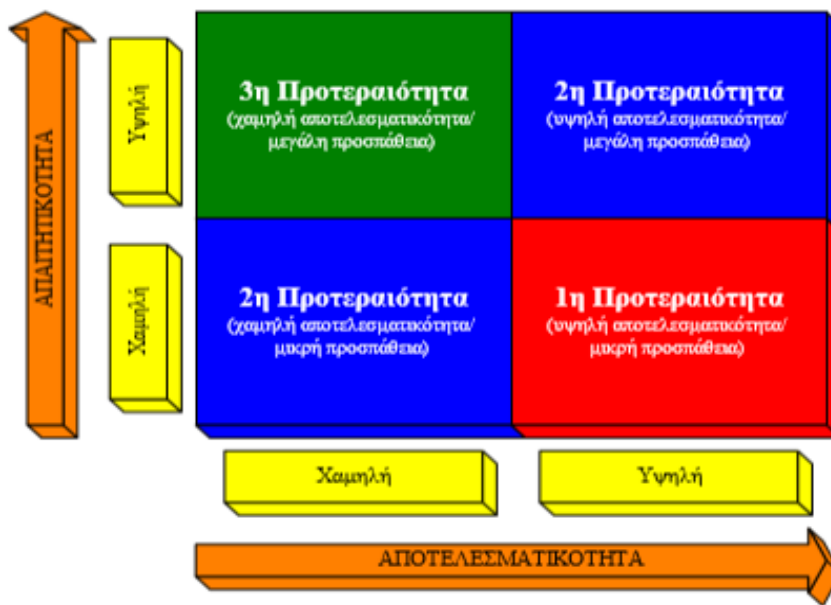
Τα διαγράμματα Δράσης μπορούν να υποδείξουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, αλλά δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιο θα είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση. Το πρόβλημα αυτό λύνεται με την κατασκευή των διαγραμμάτων βελτίωσης, όπου υποδεικνύουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν. Τα διαγράμματα βελτίωσης (improvement diagrams) προκύπτουν συνδυάζοντας του μέσου δείκτες απαιτητικότητας και αποτελεσματικότητας.

Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για τη βελτίωση ενός χαρακτηριστικού, που σημαίνει ότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι ερωτηθέντες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους.

Η αποτελεσματικότητα των ενεργειών βελτίωσης εξαρτάται και από την σημαντικότητα του κριτηρίου, αλλά και από την συνεισφορά του στη μη-ικανοποίηση των ερωτηθέντων.

Το κάθε διάγραμμα βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης.





*Διάγραμμα 5 : Διάγραμμα Βελτίωσης Πηγή: Γρηγορούδης και Σίσκος (2000)*

**1<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Η διοίκηση θα πρέπει να επικεντρώσει τις προσπάθειες βελτίωσης στις διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα, ενώ οι ερωτηθέντες δεν εμφανίζονται απαιτητικοί.

**2<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Αποτελούν τα κριτήρια που είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, είτε εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι ερωτηθέντες δεν φαίνονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.

**3<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα αποτελούν την τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης της διοίκησης, καθώς απαιτεί την καταβολή μεγάλης προσπάθειας χωρίς να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στην αύξηση ικανοποίησης των ερωτηθέντων.

## **II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων για την μέτρηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κοινωνικών Δομών του Δήμου Μεσολογγίου, έγινε με το λογισμικό της Πολυκριτηριακής Ανάλυσης Αποφάσεων (**MUSA**).

Το λογισμικό πρόγραμμα **MUSA** μπορεί να αναλύσει σε βάθος την συμπεριφορά των ωφελούμενων που στην περίπτωση μας, η ομάδα στόχος, είναι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας των τριών Κοινωνικών Δομών του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου (Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Α.Π.Η. και Δημοτικό Ιατρείο) και να βοηθήσει στην χάραξη ή τον επαναπροσδιορισμό της στρατηγικής των δομών.

### ***6.1. Σκοπός και στόχοι της Παρούσης Έρευνας***

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εντοπίσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία των προσφερόμενων υπηρεσιών των Κοινωνικών Δομών, εκφρασμένα μέσα από την συνολική ικανοποίηση των ωφελούμενων της, να διερευνήσει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας, απέναντι στις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου Μεσολογγίου, να δώσει την συνολική εικόνα των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και να βγάλει συμπεράσματα για την πολιτική που πρέπει να ακολουθήσουν σε μελλοντικούς σχεδιασμούς.

Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα τα οποία θα πρέπει να απαντηθούν μέσα από αυτή την έρευνα είναι:

- Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων Τρίτης ηλικίας από τις προσφερόμενες προνοιακές υπηρεσίες των Κοινωνικών Δομών του Δήμου;
- Κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από το Επιστημονικό και Διοικητικό Προσωπικό που απασχολείται στις Κοινωνικές Δομές;
- Κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από την Εξυπηρέτησή τους;
- Κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από την Εικόνα των υπηρεσιών των Κοινωνικών Δομών;
- Ποιο είναι το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης τους;
- Σε ποιο βαθμό είναι πιστοί και αφοσιωμένοι στις Κοινωνικές Δομές που έχουν επιλέξει;

## 6.2. Καθορισμός διαδικασίας μέτρησης ικανοποίησης

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας και με σκοπό να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των Ατόμων τρίτης ηλικίας, (που χρησιμοποιούν τις δομές που περιγράφονται στην Ενότητα 1 της Παρούσας) του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου, πραγματοποιήθηκε έρευνα πεδίου στηριζόμενη αποκλειστικά σε δομημένο ερωτηματολόγιο. Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε καθώς με την διανομή ενός δομημένου ερωτηματολογίου όπου υπάρχει ανωνυμία, μπορεί να υπάρξει μεγαλύτερη συμμετοχή και περισσότερη ειλικρίνεια. Ουσιαστικά το μεγάλο πλήθος που συμμετέχει σε μια τέτοιου είδους έρευνα, τη διαφοροποιεί από την ποιοτική έρευνα. Βάσει βιβλιογραφίας η ποσοτική έρευνα θα πρέπει να πληροί τις ακόλουθες βασικές προϋποθέσεις: (Κυριαζόπουλος και Σαμαντά, 2011):

- Ένα σημαντικό αριθμό συμμετεχόντων, που να αντιπροσωπεύουν τον υπό εξέταση πληθυσμό.
- Ένα δείγμα κατόπιν τυχαίας επιλογής, αλλά να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- Ένα ερωτηματολόγιο με σχεδιασμένες ερωτήσεις.

Στην συγκεκριμένη εργασία τηρήθηκαν οι παραπάνω προϋποθέσεις, ώστε στην συνέχεια να μπορούν να επεξεργαστούν βάσει του λογισμικού MUSA.

Η μέθοδος της έρευνας ήταν ποσοτική<sup>3</sup> και έγινε μέσω ερωτηματολογίων.

Όπως προαναφέρθηκε, για την επίτευξη των σκοπών της παρούσας εργασίας, η χρήση δομημένου ερωτηματολογίου κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη για την συλλογή δεδομένων. Ο κυριότερος λόγος για την επιλογή αυτή ήταν η έλλειψη (τόσο από το Δήμο, όσο και από τις Δομές) μιας αξιόπιστης βάσης δεδομένων (με το σύνολο των απαραίτητων δεδομένων) που θα μας επέτρεπε να αντλήσουμε τα απαραίτητα στοιχεία για την εκπόνηση της έρευνας και την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Κατά συνέπεια, δόθηκε έμφαση στην σύνταξη του ερωτηματολογίου (βλέπε ανάλυση στην συνέχεια, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται στο

---

<sup>3</sup> Σκοπός της ποσοτικής έρευνας είναι η εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων γίνεται με δομημένα πρωτόκολλα, όπως ερωτηματολόγια, κλίμακες και δοκίμια επιτευγμάτων. (πηγή: <http://www.ucy.ac.cy/pakepe/el/research-services/research-kind>)

Παράρτημα της Παρούσας) προκειμένου να αντληθούν από αυτό οι απαραίτητες πληροφορίες, λαμβάνοντας υπόψη το κοινό/ομάδα στόχου.

### ***6.3. Ανάπτυξη και δομή του Ερωτηματολογίου***

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε λαμβάνοντας υπόψη την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των χρηστών των δομών και των διαστάσεων ικανοποίησης που παρουσιάστηκαν στην σχετική ενότητα. Δόθηκε έμφαση στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου προκειμένου να είναι κατανοητές οι ερωτήσεις και εύκολη η συμπλήρωσή του από τους ερωτώμενους.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, αποτελείται από συνολικά 45 ερωτήσεις. Κρίθηκε σημαντικό στην πρώτη σελίδα (πριν την έναρξη των ερωτήσεων) να προστεθεί ένα συνοδευτικό σημείωμα το οποίο να διευκρινίζει στους συμμετέχοντες το σκοπό της έρευνας και να τους καθησυχάζει σχετικά με τη διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων.

Πριν την διεξαγωγή της έρευνας διενεργήθηκε πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου με 20 ερωτώμενους με εφαρμογή της ταυτόχρονης μεθόδου. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο οι ερωτώμενοι συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο εκφράζοντας φωναχτά τις σκέψεις τους και τους τυχόν προβληματισμούς τους σε σχέση με την κατανόηση των ερωτήσεων. Η πιλοτική δοκιμή έδειξε πλήρη κατανόηση των ερωτήσεων και του συνολικού σκοπού του ερωτηματολογίου από το σύνολο των ερωτώμενων. Επίσης ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου προσέγγιζε τα 10 λεπτά που θεωρήθηκε ικανοποιητικός. Επιπρόσθετα, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της πιλοτικής δοκιμής χρησιμοποιήθηκαν για τον στατιστικό έλεγχο της αμοιβαίας ανεξαρτησίας των κριτηρίων και υποκριτηρίων ικανοποίησης που απαιτεί η μέθοδος MUSA, με χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Ο έλεγχος της αμοιβαίας ανεξαρτησίας των κριτηρίων και υποκριτηρίων ήταν θετικός.

Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε επτά (7) Ενότητες.

Συγκεκριμένα η Ενότητα 1 αφορά αφενός μεν σε «ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ» (Φύλο, Έτος Γέννησης, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εισοδηματική κατηγορία, πηγή εισοδήματός ασφάλιση, προκειμένου να σκιαγραφηθούν τα χαρακτηριστικά των χρηστών των δομών της έρευνας) αφετέρου δε σε «ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ»

(κατάσταση της υγείας συχνότητα χρήσης δημοτικών υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, και καθορισμού υπηρεσίας που χρησιμοποιείται).

Οι Ενότητες 2 έως 6 καταγράφουν την ικανοποίηση των ατόμων του δείγματος στους τομείς :

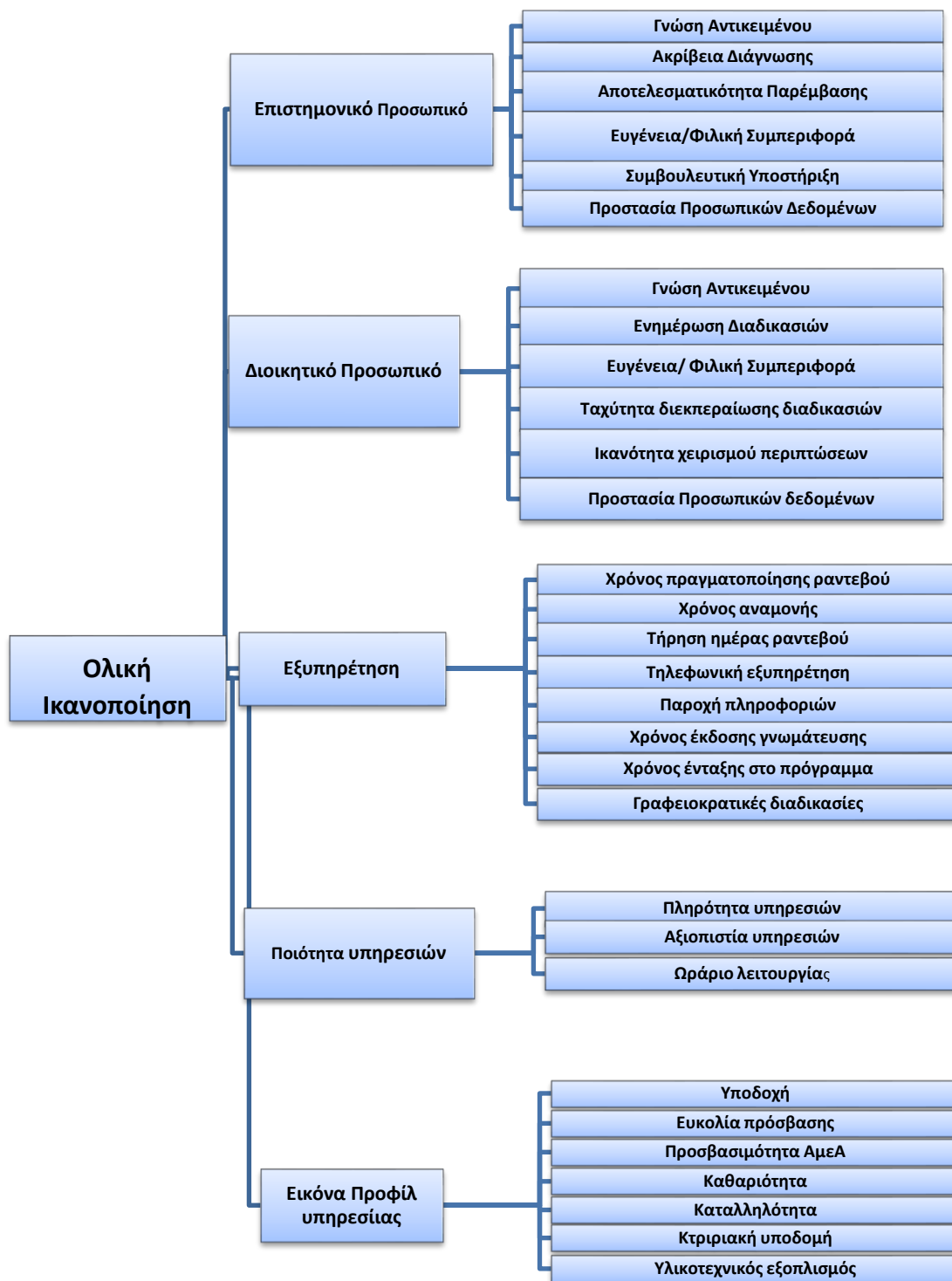
- **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**
- **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**
- **ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ**
- **ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**
- **ΕΙΚΟΝΑ/ΠΡΟΦΙΛ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ,**

Στο σημείο αυτό επιλέχθηκε ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η μέτρηση, δηλαδή η κλίμακα που χρησιμοποιηθεί. Με κύριο γνώμονα την απλότητα και την δυσκολία χρήσης επιλέχθηκε πενταβάθμια βαθμωτή (ordinal) κλίμακα. Τα επίπεδα ικανοποίησης καθορίστηκαν ως εξής:

- Πολύ ικανοποιημένος-η
- Λίγο ικανοποιημένος-η
- Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος-η
- Λίγο δυσαρεστημένος-η
- Πολύ δυσαρεστημένος-η

Επιπλέον υπάρχει η επιλογή Δεν ξέρω / δεν απαντώ και η δυνατότητα σχολιασμού και προτάσεων σε κάθε μια από τις ενότητες αυτές.

Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μια 7η Ενότητα μέσω της οποίας καταγράφεται η συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας» που λειτουργούν στο Δήμο. Επίσης περιλαμβάνονται 2 ακόμα ερωτήσεις μέσω των οποίων διερευνάται η πιθανότητα επαναληπτικής επίσκεψης στην υπηρεσία/ δομή αλλά και πρόταση χρήσης της σε άλλους ενδιαφερόμενους. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε και επανεξετάστηκε, προκειμένου να διασφαλιστεί το τελικό αποτέλεσμα. Να είναι δηλαδή για τους ωφελούμενους κατανοητό, αλλά και φιλικό, εύκολο προς συμπλήρωση και ικανοποιητικό για τη λήψη των απαραίτητων δεδομένων (μεταβλητών), προκειμένου να πραγματοποιηθεί η περαιτέρω στατιστική ανάλυση.



Διάγραμμα 6: Ιεραρχική δομή κριτηρίων ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες προνοιακών δομών Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου

#### **6.4. Συλλογή Δείγματος**

Η έρευνα πεδίου (διανομή και συλλογή ερωτηματολογίων) έγινε από τις 12/06/2017 έως τις 17/07/2017 στο Δήμο Ι.Π. Μεσολογγίου. Η συλλογή των αναγκαίων στοιχείων πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε στους ερωτώμενους σε έντυπη μορφή. Συμπληρώθηκε με την βοήθεια των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στις Κοινωνικές Δομές Βοήθεια στο Σπίτι και Κ.Α.Π.Η., προκειμένου να επεξηγηθούν οι ερωτήσεις στους ωφελούμενους που είχαν τυχόν απορίες, να γίνει ορθή και πλήρης συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να εξαχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα.

Το δείγμα των ερωτώμενων ήταν τυχαίο από τα εγγεγραμμένα μέλη του μητρώου μελών και αποτελείτο αποκλειστικά από 300 συνταξιούχους (ωφελούμενοι των 3ών Δομών που περιγράφονται στην ενότητα 1.4. της παρούσης με κατανομή 50% σε χρήστες της δομής Βοήθεια στο σπίτι και 50% σε χρήστες των δομών ΚΑΠΗ και Δημοτικό Ιατρείο<sup>4</sup>), και τελικά συγκεντρώθηκαν 200 ερωτηματολόγια επαρκώς συμπληρωμένα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το δείγμα κρίνεται επαρκές καθώς η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε ποσοστό 50% των ωφελούμενων των δομών (διανεμήθηκαν 300 ερωτηματολόγια σε σύνολο περίπου 600 ωφελούμενων και συλλέχθηκαν τα ορθώς συμπληρωμένα τα 200 δηλαδή αριθμός που αντιστοιχεί στο 33% των συνολικών χρηστών των Δομών)

---

<sup>4</sup> Δεν γίνεται διαχωρισμός καθώς οι χρήστες αυτών των 2 δομών είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος κοινοί.

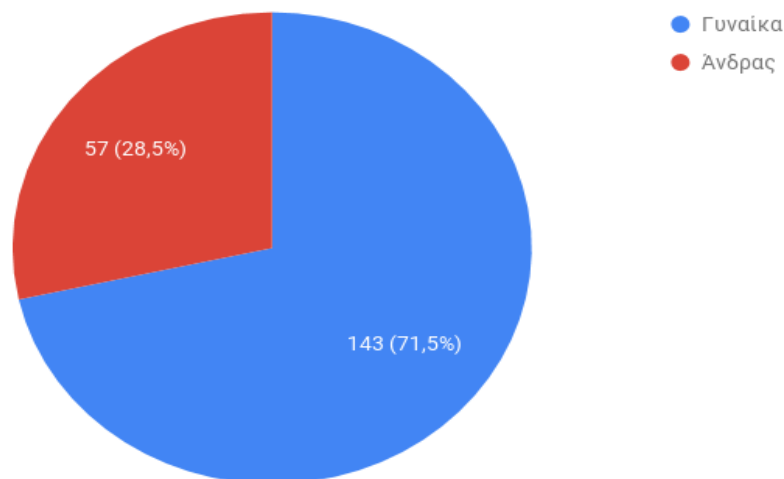


## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα γίνει αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Αρχικά θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων της έρευνας. Στη συνέχεια θα γίνει ανάλυση της συνολικής ικανοποίησης των πέντε κριτηρίων ικανοποίησης, (Επιστημονικό Προσωπικό, Διοικητικό Προσωπικό, Εξυπηρέτηση, Ποιότητας Υπηρεσιών και Εικόνας Προφίλ Υπηρεσίας) και τέλος θα καταγράψουν οι απαντήσεις δύο ερωτήσεων πίστης και αφοσίωσης, μέσω των οποίων διερευνάται η πιθανότητα επαναληπτικής επίσκεψης στην υπηρεσία/ δομή αλλά και πρόταση χρήσης της σε άλλους ενδιαφερόμενους.

### 7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

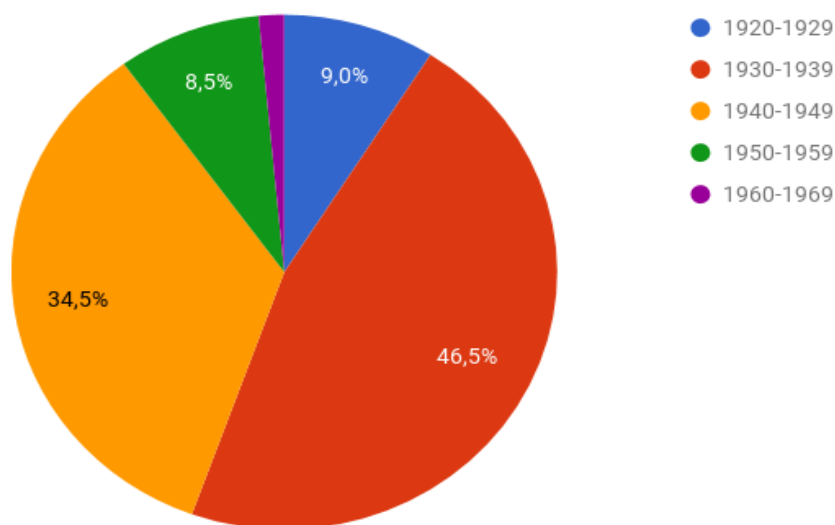
#### 7.1.1. Διαχωρισμός δείγματος ανά φύλο



**Διάγραμμα 7: Διαχωρισμός ανά φύλο**

Από τους ερωτηθέντες η πλειοψηφία (143 άτομα ή 71,5% του δείγματος ) ήταν γυναίκες και το (28,5% ή 57 άτομα) ήταν άνδρες. Αυτό ήταν αναμενόμενο και από τα ευρήματα της βιβλιογραφικής έρευνας, αφού ο Δήμος μας είναι κατεξοχήν αγροτικός με αποτέλεσμα οι γυναίκες να προτιμούν τη χρήση δομών ενώ οι άνδρες επιλέγουν άλλες ασχολίες (π.χ. ψάρεμα, κυνήγι, αγροτικές εργασίες, καφενείο κλπ). Ιδιαίτερα οι χήρες , οι διαζευγμένες και άγαμες γυναίκες προτιμούν να κάνουν χρήση των κοινωνικών δομών, εκτός από το κίνητρο των παροχών και από το κίνητρο της κοινωνικής συναναστροφής. Επίσης θέλουν να συμμετέχουν και ως εθελόντριες προσφέροντας και αυτές ένα μίνιμουμ δραστηριότητας, όπως στην προετοιμασία των διανομών τροφίμων και λοιπών εξυπηρετήσεων.

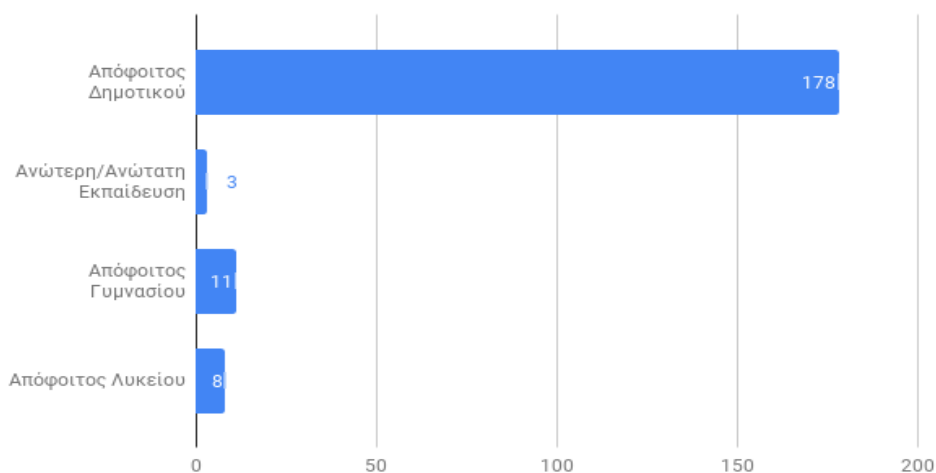
### 7.1.2. Ηλικιακή Σύνθεση



**Διάγραμμα 8: Ηλικιακή Σύνθεση**

Η ανάλυση της ηλικιακής σύνθεσης του δείγματος, μας δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (46,5%) περίπου 92 άτομα, βρίσκεται στο ηλικιακό φασμα μεταξύ 1930-1939, δηλαδή από 78 ετών έως 87 ετών. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό 34,5% περίπου 70 άτομα, ανήκει στην δεκαετία 1940 έως 1949, δηλαδή 68 ετών έως 77 ετών. Το 9% των ερωτηθέντων περίπου 18 άτομα διανύουν την ηλικία των 97 ετών έως 88 ετών και το υπόλοιπο 8,5% βρίσκεται στην ηλικία των 58 ετών έως 67 ετών. Τα στοιχεία αυτά είναι αναμενόμενα, διότι τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και το ΚΑΠΗ δέχονται και εξυπηρετούν άτομα ηλικίας άνω των 58 ετών που είτε είναι συνταξιούχοι, είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιών 78 έως 87 ετών είναι και αυτό που εμφανίζει τα περισσότερα προβλήματα από άποψη υγείας και εισοδηματικών προβλημάτων, καθώς και την μικρή δυνατότητα βελτίωσης της θέσης τους και ως εκ τούτου για τους λόγους αυτούς παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό από το δείγμα.

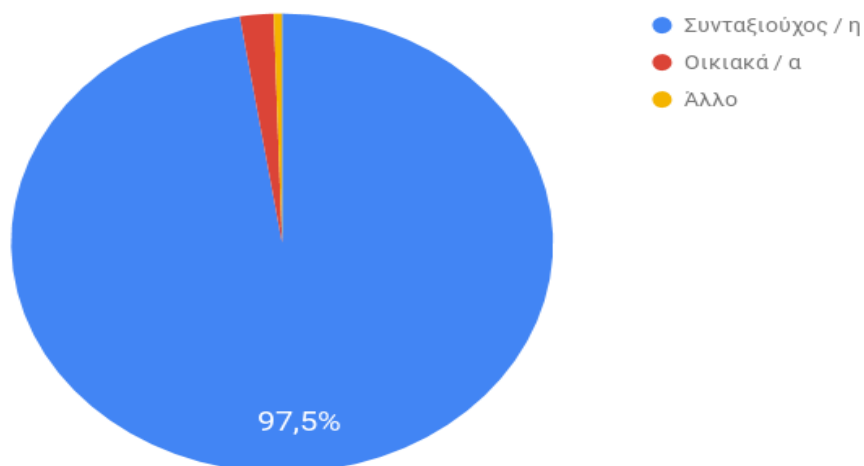
### 7.1.3. Εκπαιδευτικό Επίπεδο



**Διάγραμμα 9: Εκπαιδευτικό Επίπεδο**

Το επίπεδο εκπαίδευσης στο παραπάνω διάγραμμα (σχ.9) από τα 200 άτομα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (178 άτομα) είναι απόφοιτοι Δημοτικού Σχολείου πράγμα αναμενόμενο καθώς πλέον του 80% των ερωτηθέντων έχουν γεννηθεί τις δεκαετίες 30 και 40, όπου λόγω των επικρατούσων κοινωνικοπολιτικών συνθηκών και ιδιαίτερα των πολεμικών γεγονότων της δεκαετίας 1940 – 1950, η πλειονότητα των ανθρώπων δεν έλαβε σχολική εκπαίδευση. Ούτε όμως και στη συνέχεια τους δόθηκε η δυνατότητα από προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενηλίκων για να λάβουν τα απαιτούμενα εκπαιδευτικά εφόδια.

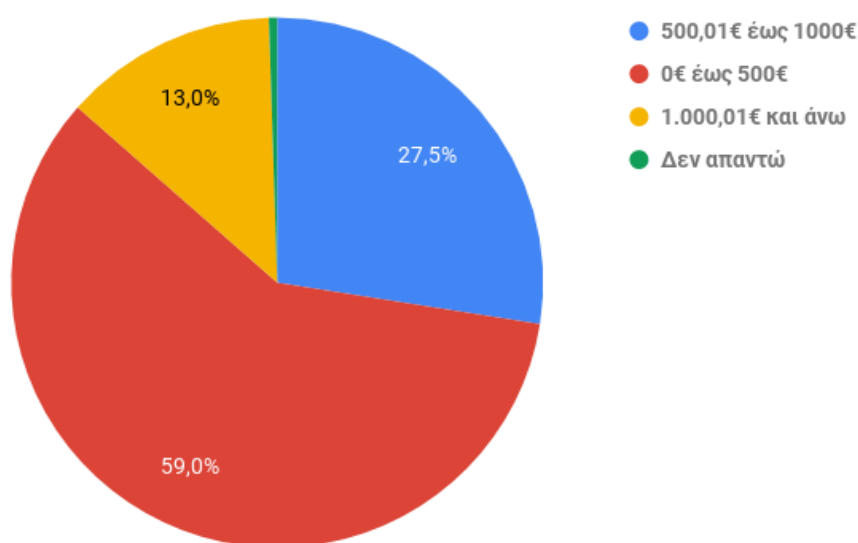
### 7.1.4. Επαγγελματική Κατάσταση



**Διάγραμμα 10: Επαγγελματική Κατάσταση**

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (195 άτομα ή 97,5%) ανήκουν στην κατηγορία των Συνταξιούχων, επίσης αναμενόμενο εύρημα, αφού όσοι εργάζονται δεν έχουν την ευχέρεια της χρήσης των κοινωνικών δομών, Επιπλέον και οι ανασφάλιστοι εφόσον υπερβαίνουν τα 67 έτη λαμβάνουν σύνταξη άπορου ανασφάλιστου και ως εκ τούτου συμμετέχουν στα προγράμματα των Κοινωνικών Δομών, επηρεάζοντας αυξητικά το ποσοστό.

#### 7.1.5. Μηνιαίες αποδοχές του δείγματος

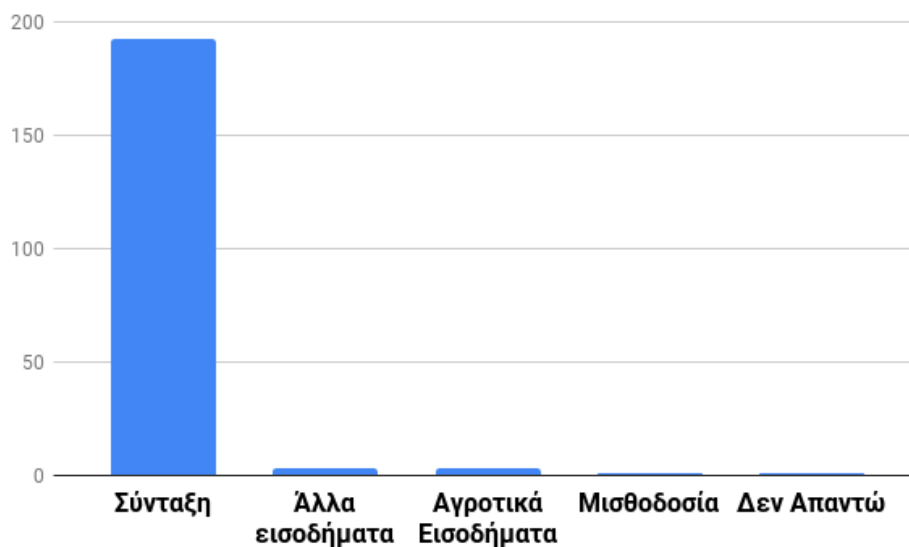


**Διάγραμμα 11: Μηνιαίες αποδοχές δείγματος**

Ως προς την εισοδηματική κατηγορία η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (118 άτομα ή 59%) δηλώνει εισόδημα έως 500 ευρώ, το (27,5% ή 55 άτομα) δηλώνει από 500,01 ευρώ έως 1000 ευρώ και το υπόλοιπο (13%) 26 άτομα πάνω από 1000 ευρώ. Κατά συνέπεια εκτιμάται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι χαμηλοσυνταξιούχοι του ΟΓΑ, δηλαδή αυτοί που είτε λόγω ηλικίας δεν πρόλαβαν να ενταχθούν στην πρόσθετη ασφάλιση με καταβολή ασφαλιστικών εισφορών και επομένως λαμβάνουν την ελάχιστη σύνταξη, είτε εντάχθηκαν στο καθεστώς της πρόσθετης ασφάλισης, αλλά κατέβαλλαν ασφαλιστικές εισφορές κάτω από δεκαπέντε χρόνια και ως εκ τούτου έχουν περιορισμένη προσαύξηση στην βασική σύνταξη.

## 7.2. Γενικές ερωτήσεις

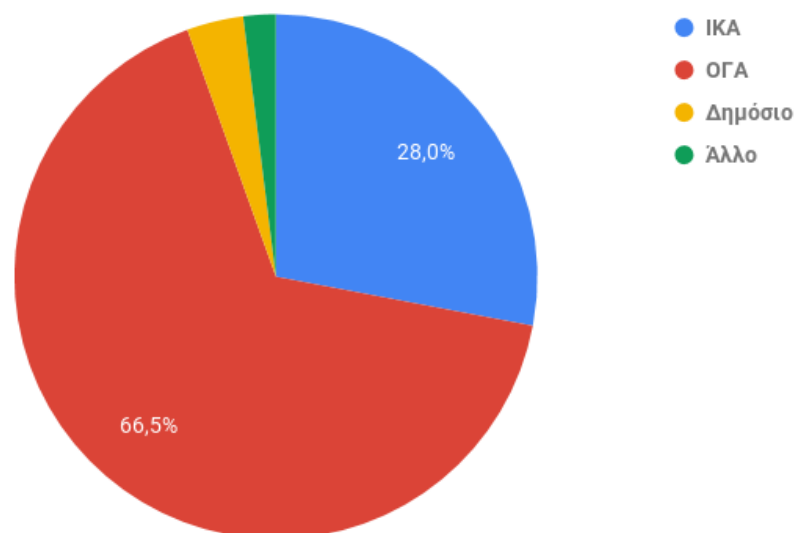
### 7.2.1. Πηγή Εισοδήματος



**Διάγραμμα 12: Πηγή Εισοδήματος**

Από τους ερωτηθέντες η πλειοψηφία (192 άτομα ή 96%) δηλώνει ως πηγή εισοδήματος μόνο την συνταξή του και μάλιστα από χαμηλοσυνταξιούχους, όπως προέκυψε από το αμέσως προηγούμενο κριτήριο, δηλαδή το 60 % περίπου έχει μηνιαίο εισόδημα κάτω από 500 ευρώ.

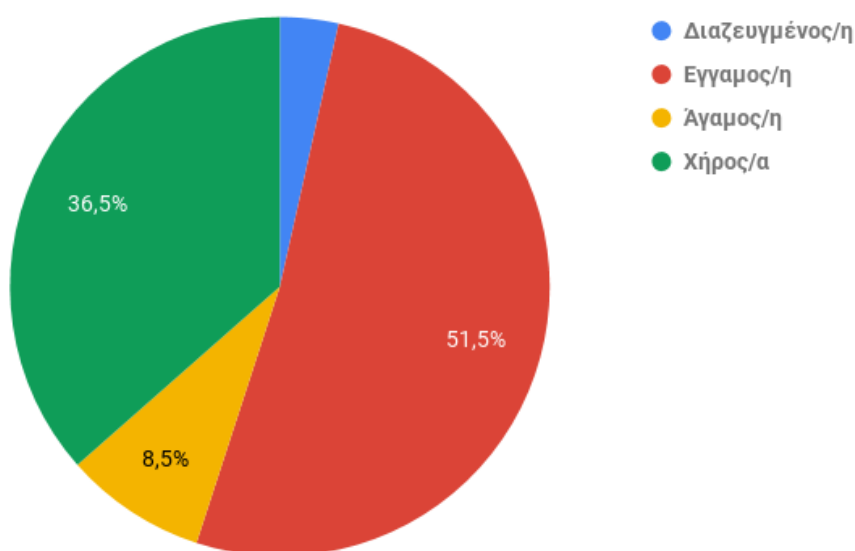
### 7.2.2. Ασφαλιστική κάλυψη του δείγματος



**Διάγραμμα 13: Ασφαλιστική κάλυψη**

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν ως κύριο ασφαλιστικό φορέα τον ΟΓΑ (66,5% ή 133 άτομα), το υπόλοιπο ( 28% ή 56 άτομα) καλύπτονται ασφαλιστικά από το ΙΚΑ. Και σε αυτή την περίπτωση το αποτέλεσμα δικαιολογείται από τον αγροτικό χαρακτήρα της περιοχής, έστω και αν η πληθυσμιακή προέλευση είναι αστικού χαρακτήρα. Διότι το Μεσολόγγι είχε στο παρελθόν πολλούς ψαράδες, που ασφαλιζονται στον ΟΓΑ, αλλά και ο αστικός πληθυσμός είχε στην κατοχή του αγροτικά κτήματα, που δικαιολογούν την ασφάλιση στον ΟΓΑ. Εξάλλου στην περιοχή υπήρχαν ελάχιστες εργοστασιακές μονάδες βιομηχανίας και βιοτεχνίας, γι' αυτό και είναι μικρότερη η ασφάλιση στο ΙΚΑ.

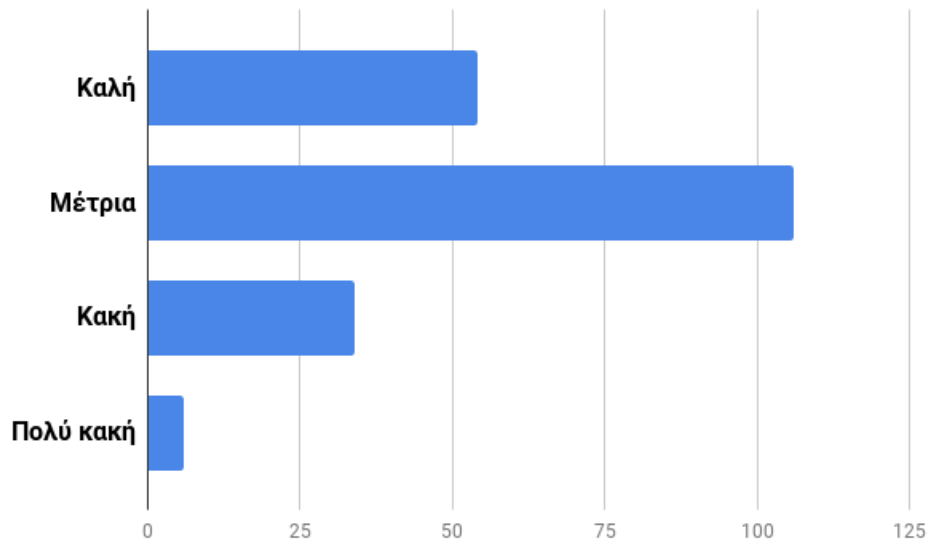
### 7.2.3. Οικογενειακή κατάσταση



**Διάγραμμα 14: Οικογενειακή κατάσταση**

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 51,5% ή 103 άτομα είναι παντρεμένοι, το 36,5% ή 73 άτομα είναι χήροι και ελάχιστοι 8,5% είναι οι διαζευγμένοι.

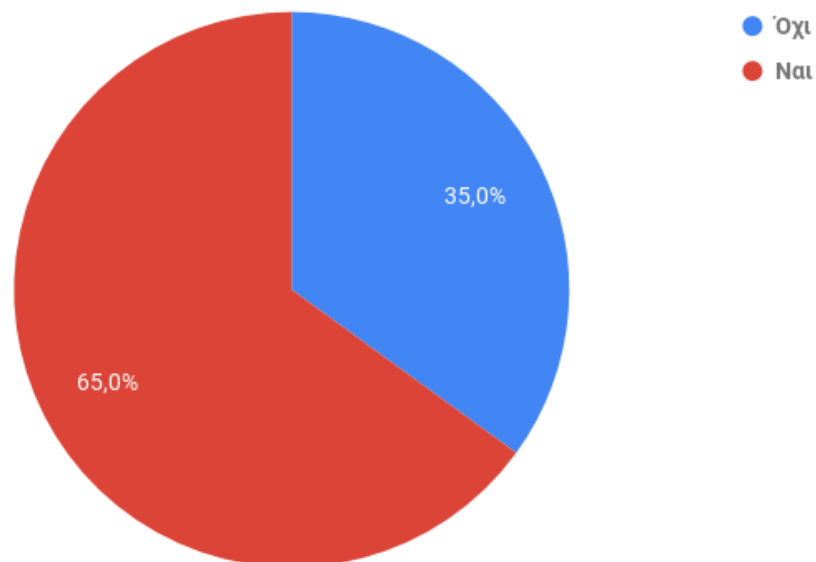
#### 7.2.4. Κατάσταση Υγείας του δείγματος



**Διάγραμμα 15: Κατάσταση Υγείας**

Από το παραπάνω διάγραμμα (σχ.15) οι περισσότεροι δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι σε μέτρια επίπεδα (ποσοστό 53% ή 106 άτομα) και το ( 27% ή 54 άτομα) την χαρακτηρίζουν καλή. Το υπόλοιπο 20% ή 40 άτομα κακή ως πολύ κακή.

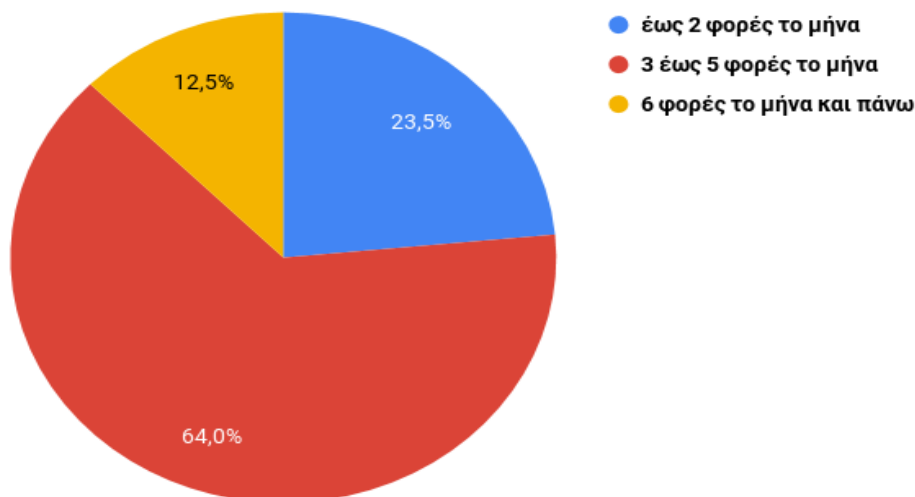
#### 7.2.5. Χρόνια προβλήματα υγείας



**Διάγραμμα 16: Χρόνια προβλήματα υγείας**

Από το σύνολο 200 των ερωτηθέντων το ( 65% ή 130 άτομα) αντιμετωπίζει κάποια χρόνια προβλήματα υγείας , ενώ το υπόλοιπο 35% ή 70 άτομα δεν εμφανίζουν προβλήματα υγείας.

#### 7.2.6. Συχνότητα χρήσης Προνοιακών Κοινωνικών Υπηρεσιών

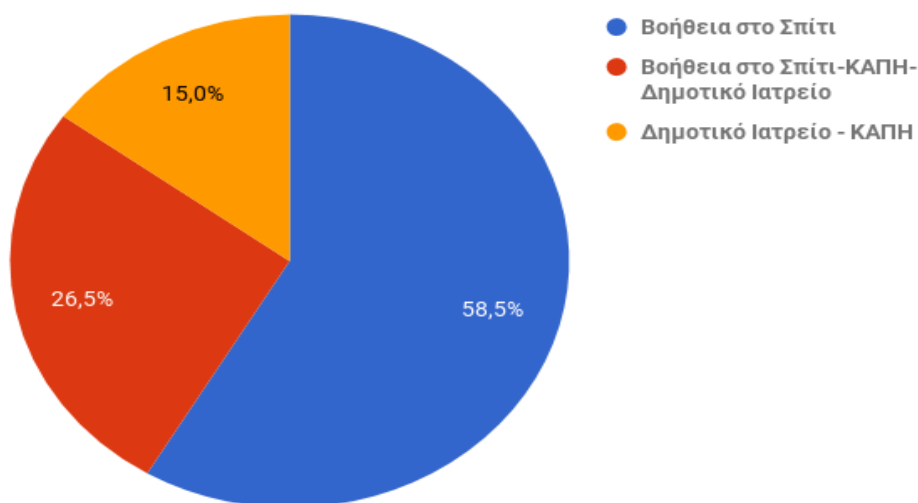


#### Διάγραμμα 17: Συχνότητα χρήσης προνοιακών υπηρεσιών

Στο ερώτημα πόσο συχνά χρησιμοποιούν τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας του Δήμου είτε ΚΑΠΗ, είτε Βοήθεια στο Σπίτι ή Δημοτικό Ιατρείο, οι περισσότεροι ωφελούμενοι απάντησαν 3 έως 5 φορές το μήνα ποσοστό 64% ή 128 άτομα, που δείχνει ότι η προσφορά της κοινωνικής υποστήριξης είναι αρκετά σημαντική για τους ηλικιωμένους. Επίσης το 23,5% ή 47 άτομα έως 2 φορές το μήνα και το υπόλοιπο 12,5% πάνω από 6 φορές που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας.



### 7.2.7. Χρήση Υπηρεσιών Κοινωνικών Δομών



**Διάγραμμα 18: Χρήση Υπηρεσιών Κοινωνικών Δομών**

Στο ερώτημα ποια υπηρεσία χρησιμοποιούν περισσότερο, ένα μεγάλο ποσοστό 58,5% δηλώνουν αποκλειστικά το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, το 26,5% και τις τρεις δομές κοινωνικής υποστήριξης του Δήμου και το υπόλοιπο 15% μόνο το Δημοτικό Ιατρείο και το ΚΑΠΗ. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι είναι καλύτερα στελεχωμένο και η συμμετοχή της νοσηλεύτρια και της οικιακής βοηθού το κάνουν περισσότερο ελκυστικό, διότι παρέχονται ουσιαστικές υπηρεσίες που τους κάνουν καλύτερη την διαβίωση. Το ποσοστό αυτό συμβαδίζει και με το αντίστοιχο ποσοστό που παρουσιάζει σοβαρά και χρόνια προβλήματα υγείας, που αποτελεί και την βασική αιτία προσφυγής στις υπηρεσίες του προγράμματος.

### 7.3. Ανάλυση και Επεξεργασία των αποτελεσμάτων ικανοποίησης με τη Μέθοδο MUSA

Η ανάλυση αποτελεσμάτων με ταυτόχρονη παράθεση των διαγραμμάτων που ακολουθεί, είναι η απεικόνιση της επεξεργασίας των απαντήσεων των ερωτηθέντων, ως προς τον βαθμό ικανοποίησης από την επιλογή τους για τις παρεχόμενες προνοιακές υπηρεσίες που προσφέρουν οι κοινωνικές δομές του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου, με την βοήθεια του λογισμικού προγράμματος MUSA, που όπως έχουμε αναφερθεί αποτελεί μια πολυκριτήρια αναλυτική-συνθετική προσέγγιση για τη μέτρηση και την ανάλυση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των προνοιακών δομών.

Η μέθοδος MUSA εκτός από τη στατιστική ανάλυση μας δίνει τη δυνατότητα να εξάγουμε συμπεράσματα για το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης, αλλά και το βαθμό ικανοποίησης από τους παράγοντες/κριτήρια που συνθέτουν την ολική ικανοποίηση . Έτσι για να εξετάσουμε το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων Τρίτης Ηλικίας από τις παρεχόμενες προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου Μεσολογγίου επιλέξαμε πέντε κριτήρια που αναφέρονται:

1. Στο Επιστημονικό Προσωπικό
2. Στο Διοικητικό Προσωπικό
3. Στην Εξυπηρέτηση
4. Στην Ποιότητα Υπηρεσιών
5. Στην Εικόνα Προφίλ Υπηρεσίας

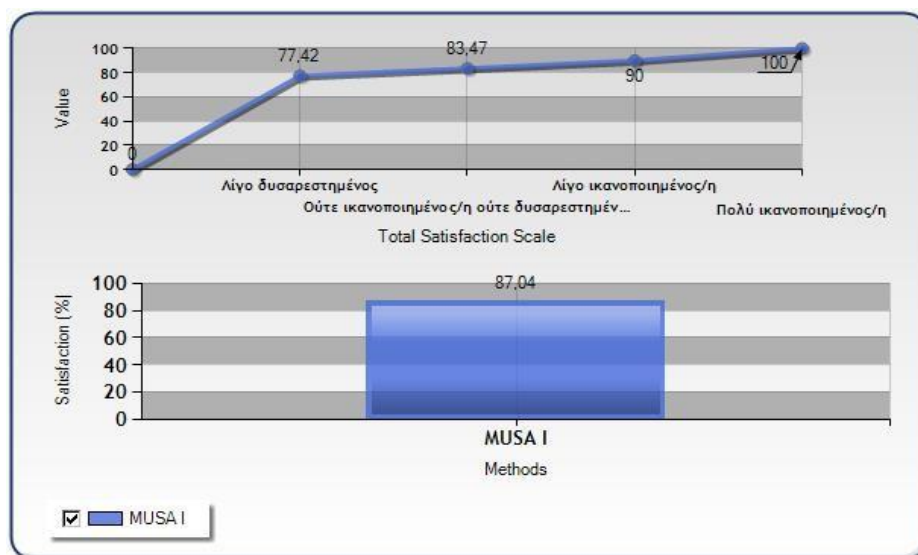
Παράλληλα από την μέθοδο MUSA, προκύπτει και ο βαθμός απαιτητικότητας των ερωτώμενων, οι οποίοι κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: απαιτητικοί, ουδέτεροι, μη απαιτητικοί. Η κατάταξη αυτή προκύπτει από την τιμή του δείκτη απαιτητικότητας ο οποίος λαμβάνει τιμές από -1 έως 1. Εάν η τιμή βρίσκεται κοντά στο 1, η συνάρτηση έχει κυρτή μορφή και ο ερωτώμενος είναι απαιτητικός. Η τιμή που πλησιάζει στο μηδέν σημαίνει ότι ο ερωτώμενος είναι ουδέτερος και η μορφή της συνάρτησης είναι γραμμική. Αν η τιμή βρίσκεται κοντά στο -1, τότε ο ερωτώμενος είναι μη απαιτητικό και η συνάρτηση έχει κοίλη μορφή.

Επίσης μας δίνει τη δυνατότητα να διαπιστώσουμε το βαθμό σπουδαιότητας κάθε κριτηρίου και υποκριτηρίου για τη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης και παράλληλα προκύπτουν μέσοι δείκτες ικανοποίησης για κάθε κριτήριο και υποκριτήριο και οι μέσοι δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Ποιο σημαντικά συμπεράσματα προκύπτουν επίσης από την μελέτη των διαγραμμάτων δράσης και βελτίωσης, τα οποία παρουσιάζουν τα κριτήρια και υποκριτήρια που πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση, ώστε να βελτιωθεί ο βαθμός ικανοποίησης.

#### **7.4. Ολική ικανοποίηση**

Στην ενότητα αυτή θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα που μας έδωσε η μέθοδος MUSA, μετά από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι ωφελούμενοι των κοινωνικών δομών.

Αρχικά όπως φαίνεται στο διάγραμμα 19, η ολική ικανοποίηση του συνόλου των ερωτήσεων αγγίζει το 87,04%, ποσοστό που μας δείχνει τον μέσο δείκτη ικανοποίησης των ωφελούμενων των Κοινωνικών Δομών.



**Διάγραμμα 19 Δείκτης Συνολικής (Ολικής) Ικανοποίησης**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, βλέπουμε ότι οι ωφελούμενοι δεν είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί, αυτό σημαίνει ότι οι Κοινωνικές δομές προσφέροντας τις υπηρεσίες τους, ικανοποιούν τους ωφελούμενους στο μέγιστο βαθμό, οι οποίοι δεν επιζητούν κάτι παραπάνω. Το παραπάνω διάγραμμα μας δίνει την γενικότερη εικόνα των Κοινωνικών Δομών. Πέρα από αυτό θα εξεταστεί, στη συνέχεια, διεξοδικά η όλη κατάστασή τους με περισσότερα διαγράμματα και κοιτάζοντας κάθε κριτήριο και υποκριτήριο ξεχωριστά.

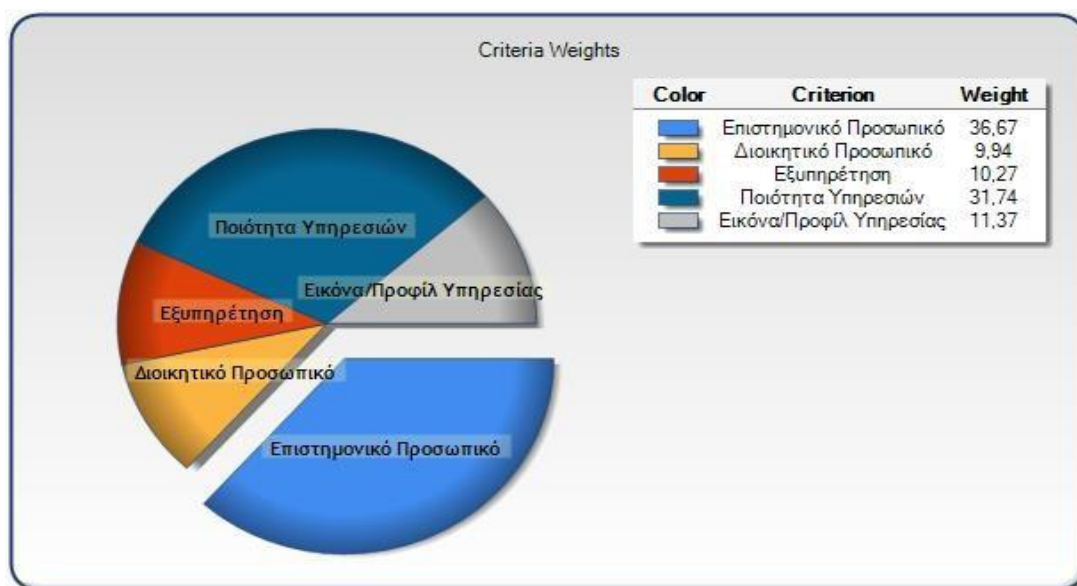
Παρ' όλα αυτά ένα πρώτο σχόλιο που μπορούμε να κάνουμε είναι ότι, η γενική εικόνα των παρεχόμενων προνοιακών υπηρεσιών των Κοινωνικών Δομών είναι πολύ καλή. Οι ωφελούμενοι είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι όπως μας δείχνει και το σχετικό διάγραμμα του παραρτήματος Α, μόνο το 0,5% δηλώνουν «Πολύ Δυσανεστημένοι» και το 32% «Λίγο Δυσανεστημένοι».

Το μεγαλύτερο ποσοστό το συναντάμε στην κατηγορία «Λίγο Ικανοποιημένος» με ποσοστό 37,5%, ενώ το 21% απάντησε ότι είναι «Πολύ Ικανοποιημένος».

Αξιοσημείωτο το ποσοστό των «Λίγο Δυσανεστημένων», διότι οι Κοινωνικές Δομές του Δήμου στελεχώνονται με διοικητικό προσωπικό ευκαιριακό που δεν διαθέτει την απαιτούμενη επαγγελματική εμπειρία και επαγγελματικό ζήλο, καθώς ο λίγος χρόνος απασχόλησης δεν βοηθά στην δημιουργία δεσμών και αναγνώρισης των ιδιαίτερων

χαρακτηριστικών των ατόμων τρίτης ηλικίας που από τη φύση τους είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί. Επίσης λόγω της οικονομικής δυσπραγίας ο Δήμος Μεσολογγίου έχει μειώσει αρκετά τον προϋπολογισμό των κοινωνικών δομών με αποτέλεσμα η δυναμική και οι δραστηριότητες των δομών να έχουν μειωθεί σημαντικά.

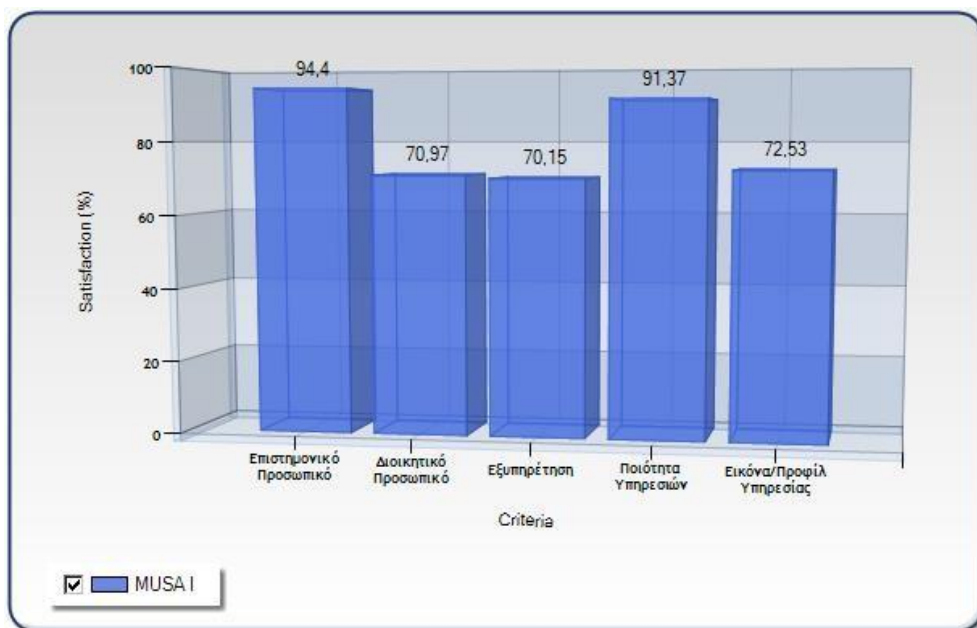
Παρατηρώντας το διάγραμμα 20 το οποίο μας δείχνει τα βάρη των βασικών κριτηρίων της έρευνας, βλέπουμε ότι μεγαλύτερη σημασία δίνεται στο «Επιστημονικό Προσωπικό» με ποσοστό 36,67%. και στην «Ποιότητα των υπηρεσιών», με ποσοστό 31,74% .



**Διάγραμμα 20: Βάρη ή Σημαντικότητα Ολικών Κριτηρίων**

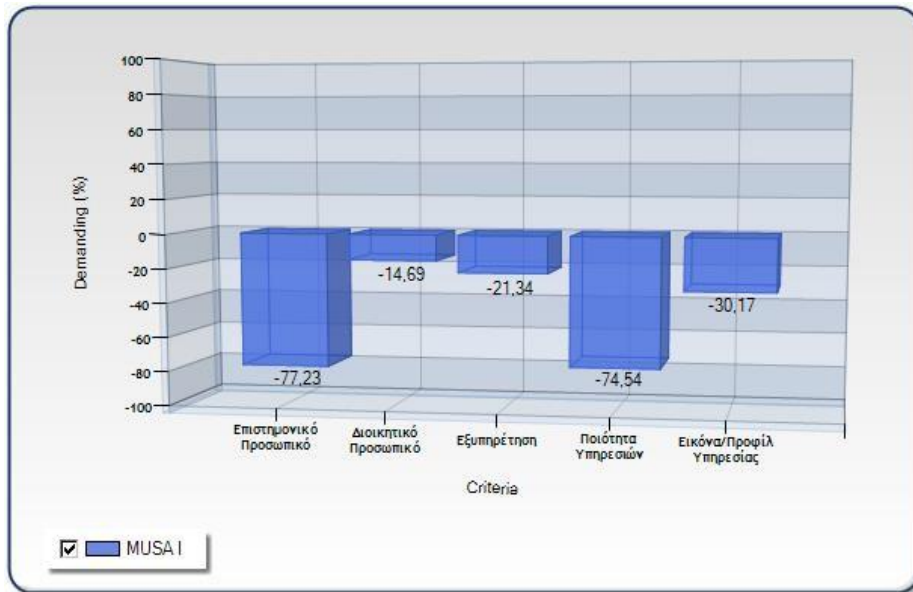
Όσον αφορά το κριτήριο «Προφίλ της Υπηρεσίας» με ποσοστό 11,37%, έχει την ίδια βαρύτητα με τα κριτήρια της «Εξυπηρέτησης» και του «Διοικητικού Προσωπικού», με ποσοστά 10,27% και 9,94% αντίστοιχα.

Οι ωφελούμενοι των Κοινωνικών δομών, φαίνονται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με μέσο δείκτη ικανοποίησης από το «Επιστημονικό Προσωπικό» να φτάνει το 94,4% και από την ποιότητα υπηρεσιών με ποσοστό 91,37%. Να σημειώσουμε ότι και στο διάγραμμα 20 που δείχνει τα βάρη των κριτηρίων, τα δύο συγκεκριμένα κριτήρια, είναι εκείνα που θεωρούν οι ωφελούμενοι τα πλέον σημαντικά. Μικρότερα εμφανίζονται τα ποσοστά στα υπόλοιπα κριτήρια, χωρίς όμως να είναι και τόσο χαμηλά, ώστε να δημιουργείται πρόβλημα στην εικόνα των Κοινωνικών Δομών. Όπως δείχνει και το διάγραμμα 21, η συνολική ικανοποίηση των ωφελούμενων από το «Διοικητικό Προσωπικό» και την «Εξυπηρέτηση», ανέρχεται σε 70,97% και 70,15% αντίστοιχα.



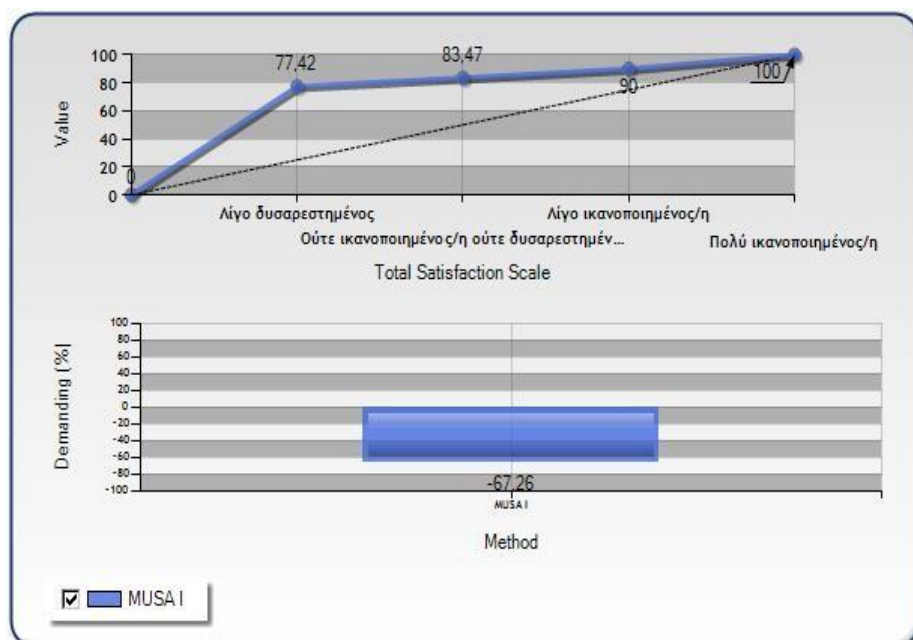
**Διάγραμμα 21: Μέσοι δείκτες Συνολικής (Ολικής) Ικανοποίησης Κριτηρίων**

Από το διάγραμμα 22 οι ωφελούμενοι των Κοινωνικών Δομών εμφανίζονται περισσότερο απαιτητικοί στους τομείς που αφορούν το «Διοικητικό Προσωπικό», την «Εξυπηρέτηση» και την «Εικόνα της Υπηρεσίας» και αυτά είναι και τα σημεία, όπου τα ποσοστά ικανοποίησης είναι μικρότερα σε σχέση με τα υπόλοιπα. Μικρότερες είναι οι απαιτήσεις τους όσον αφορά το «Επιστημονικό Προσωπικό» και την «Ποιότητα των Υπηρεσιών» και όπως έδειξε και το διάγραμμα 21 για τα δύο προαναφερόμενα κριτήρια, οι ωφελούμενοι είναι πολύ ευχαριστημένοι.



**Διάγραμμα 22: Δείκτες Απαιτητικότητας Κριτηρίων**

Παρατηρώντας το διάγραμμα 23 διαπιστώνουμε πως το σύνολο των ωφελούμενων δεν ιδιαίτερα απαιτητικοί, καθώς η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, στοιχείο που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι είναι ικανοποιημένοι, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.



**Διάγραμμα 23: Δείκτης Συνολικής (Ολικής) Απαιτητικότητας**

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα διαγράμματα δράσης και βελτίωσης που παράγονται από την μέθοδο. Τα διαγράμματα δράσης βασίζονται στη σύνθεση των βαρών των κριτηρίων ικανοποίησης με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης και μπορούν να προσδιορίσουν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ικανοποίησης των ωφελούμενων, καθώς και το πού πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες για βελτίωση, ανάλογα με την απόδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων.

Το Διάγραμμα 24 Ικανοποίησης συνολικής (Ολικής) Δράσης χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια, ανάλογα με την απόδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων.

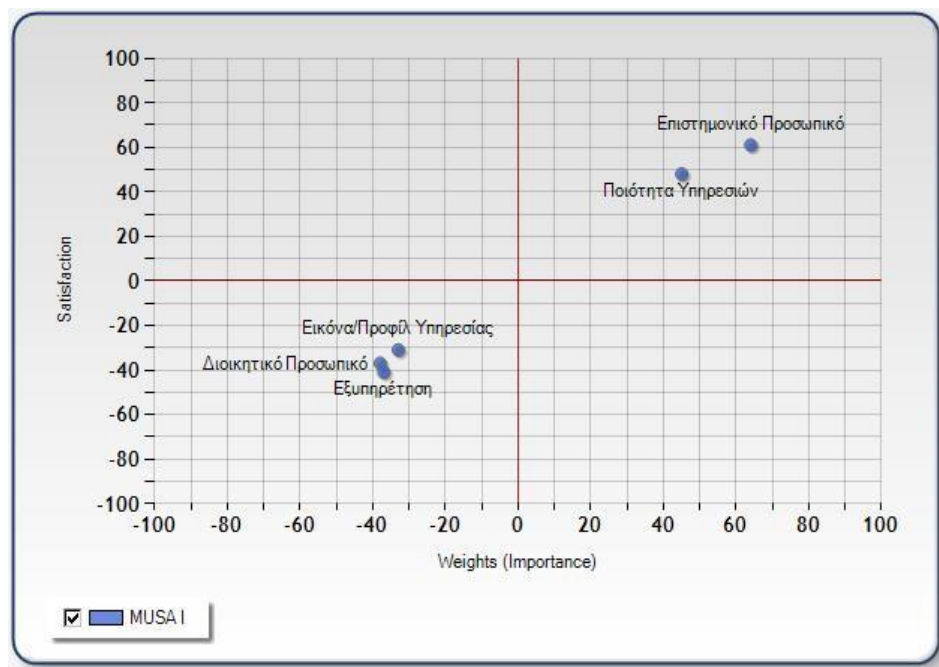
**Τεταρτημόριο I Περιοχή ισχύουσας κατάστασης** –status quo (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό εντοπίστηκαν τα κριτήρια: α) «Εικόνα της Υπηρεσίας», β) «Διοικητικό Προσωπικό» γ) «Εξυπηρέτηση», τα οποία παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια από την πλευρά των κοινωνικών δομών του Δήμου, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης θεωρούνται σημαντικές από τους ερωτώμενους. Αν τα συγκεκριμένα κριτήρια εμφανίσουν στο μέλλον υψηλότερα επίπεδα σημαντικότητας, χωρίς να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης, τότε η συνολική ικανοποίηση των ωφελούμενων, θα εμφανίσει σημαντικά χειρότερη εικόνα. Άρα αυτά είναι τα κύρια σημεία στα οποία θα πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή οι Κοινωνικές Δομές του Δήμου.

**Τεταρτημόριο II Περιοχή Δράσης** (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό δεν εντοπίστηκαν κριτήρια, που σημαίνει ότι δεν απαιτούνται επείγουσες ενέργειες δράσης, δεδομένου ότι στο τεταρτημόριο αυτό δεν υπάρχουν κριτήρια χαμηλής απόδοσης με σημαντική βαρύτητα στην διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης.

**Τεταρτημόριο III Περιοχή Ισχύος** (Υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό εντοπίστηκε το κριτήριο «Επιστημονικό Προσωπικό» και η «Ποιότητα των Υπηρεσιών», που αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα της ικανοποίησης των Κοινωνικών Δομών, λόγω της υψηλής σημαντικότητας και της υψηλής απόδοσης στην διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης. Σε αυτό το σημείο οι ωφελούμενοι εμφανίζονται ιδιαίτερα ευχαριστημένοι την ίδια στιγμή που τα θεωρούν ως και τα σημαντικότερα κριτήρια που επηρεάζουν τη συνολική εικόνα των Κοινωνικών Δομών.

**Τεταρτημόριο IV Περιοχή Μεταφοράς Πόρων** (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό δεν εντοπίστηκαν κριτήρια που σημαίνει, ότι δεν

απαιτείται από τις Κοινωνικές Δομές να διαθέσουν πόρους , προκειμένου να ενισχύσουν τομείς που ενδεχομένως, θα παρουσίαζαν χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα.



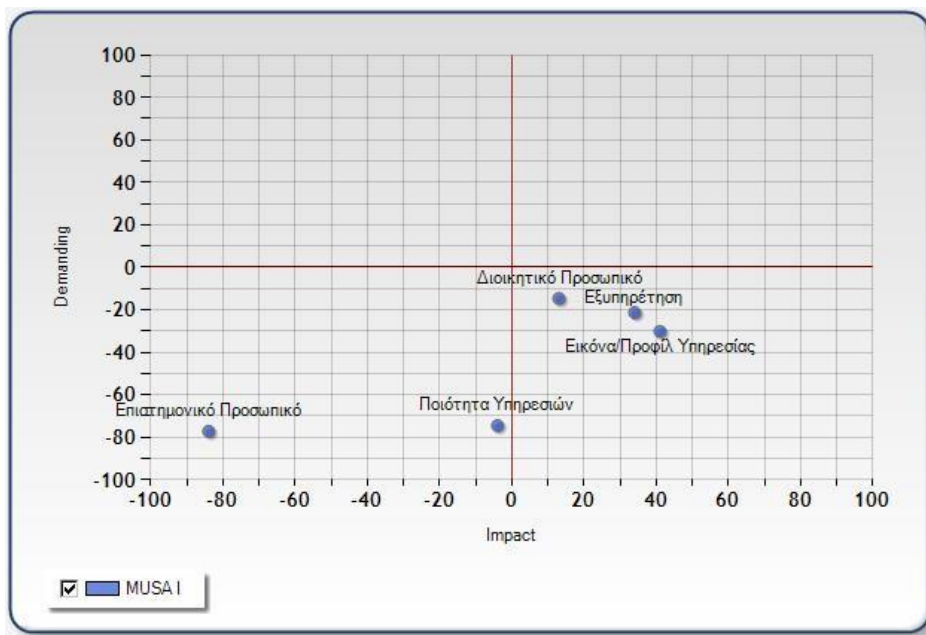
**Διάγραμμα 24: Ικανοποίηση συνολικής (Ολικής) Δράσης**

Από την άλλη μεριά, τα διαγράμματα βελτίωσης συνδυάζουν τους μέσους δείκτες απαιτητικότητας και αποτελεσματικότητας που παράγονται από τη μέθοδο MUSA. Κάθε διάγραμμα βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης

Ως προς το διάγραμμα 25 Συνολικής (Ολικής) βελτίωσης, **1<sup>η</sup> προτεραιότητα** θα πρέπει να δοθούν στα κριτήρια του «Διοικητικού Προσωπικού», της «Εξυπηρέτησης» και της «Εικόνας των υπηρεσιών Κοινωνικών Δομών». Αυτό σημαίνει ότι η Διοίκηση των Κοινωνικών Δομών πρέπει να στρέψει τις ενέργειες βελτίωσης σε αυτά τα τρία σημεία.

Τα κριτήρια «Ποιότητας των υπηρεσιών», και «Επιστημονικού Προσωπικού», αποτελούν την επόμενη **2<sup>η</sup> προτεραιότητα** στην προσπάθεια των Κοινωνικών Δομών, ώστε να επιτύχουν την ικανοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας και να διατηρήσουν υψηλά τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και παροχής των υπηρεσιών τους.





**Διάγραμμα 25: Συνολικής (Ολικής) Βελτίωσης**

### **7.5. Ικανοποίηση ανά κριτήριο**

Τα επίπεδα ικανοποίησης που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη παράγραφο για τα βασικά κριτήρια, επιβεβαιώνονται και στην ανάλυση των επιμέρους διαστάσεων ικανοποίησης. Σε γενικές γραμμές η ικανοποίηση στα υποκριτήρια υψηλής σημαντικότητας κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Εντούτοις, υπάρχουν υποκριτήρια που εμφανίζουν αρκετά χαμηλό βαθμό ικανοποίησης που όμως θεωρούνται λιγότερο σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα. Με την ανάλυση σε επίπεδο υποκριτηρίων είναι δυνατός ο λεπτομερής προσδιορισμός συγκεκριμένων χαρακτηριστικών με σημαντικά περιθώρια βελτίωσης.

Ας δούμε με την σειρά το κάθε υποκριτήριο, όπως αυτά παρουσιάζονται παρακάτω

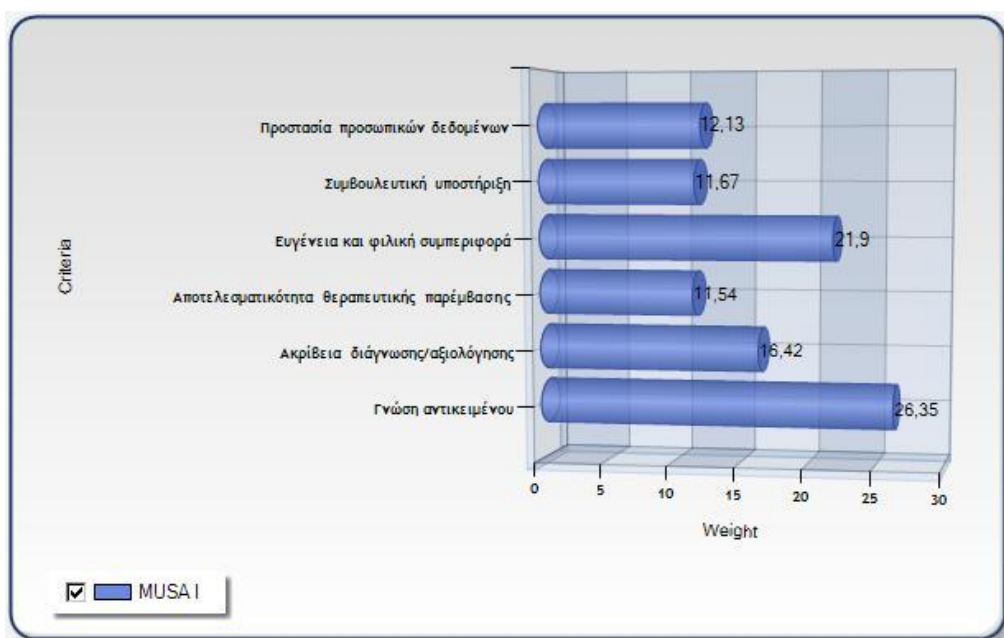
#### **7.5.1. Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου επιστημονικού προσωπικού**

Το Επιστημονικό Προσωπικό που εργάζεται τις Κοινωνικές Δομές του Δήμου Μεσολογγίου, είναι ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια. Όταν μιλάμε για το Επιστημονικό Προσωπικό, εννοούμε τις ικανότητες και γνώσεις που διαθέτουν, καθώς και την δυνατότητα αξιολόγησης

και αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης που προσφέρεται, με βάση την ευγένεια και την εχεμύθεια.

Το διάγραμμα 26 παρουσιάζει τα βάρη των υποκριτηρίων για τα «Επιστημονικό Προσωπικό, με βάση τις εξής διαστάσεις :

- Τη γνώση αντικειμένου
- Την ακρίβεια διάγνωσης/αξιολόγησης
- Την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης
- Την ευγένεια και φιλική συμπεριφορά
- Τη συμβουλευτική υποστήριξη
- Την προστασία των προσωπικών δεδομένων

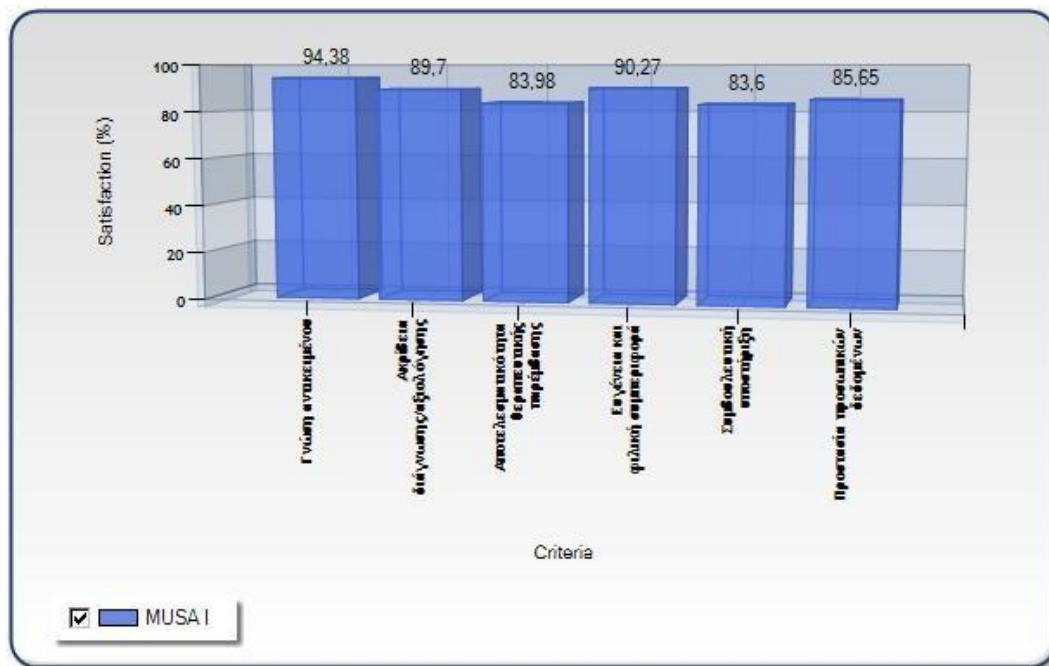


**Διάγραμμα 26: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Επιστημονικό Προσωπικό».**

Όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα μεγαλύτερη σημασία δίνεται με έντονη διαφορά, στην Γνώση του αντικειμένου με ποσοστό 26,35%. Κάθε ωφελούμενο όπως είναι φυσικό, τον απασχολεί να γνωρίζει ότι τα στελέχη των Κοινωνικών Δομών, διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες, ώστε να καλύπτουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες τους. Τα υπόλοιπα υποκριτήρια έχουν σχεδόν την ίδια βαρύτητα. Συγκεκριμένα, σε δεύτερο βαθμό έρχονται, η Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά με ποσοστό 21,9%, η Ακρίβεια διάγνωσης και Αξιολόγησης, η προστασία προσωπικών δεδομένων, η συμβουλευτική υποστήριξη και η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Στη συνέχεια βλέπουμε την ικανοποίηση των πελατών από κάθε υποκριτήριο.

Μεγάλη και πάλι εμφανίζεται η ικανοποίηση των πελατών για την **Γνώση του Αντικειμένου** σε ποσοστό 94,38%. Η πολύχρονη λειτουργία των Κοινωνικών Δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» «Κ.Α.Π.Η.» έχει δημιουργήσει δεσμούς μεταξύ των χρηστών των δομών (ωφελοούμενοι δομών) και των εργαζομένων σε αυτές με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν τις ανάγκες των ωφελοούμενων και να έχουν δημιουργήσει διαπροσωπικές σχέσεις με πλήθος εξ αυτών.



**Διάγραμμα 27: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Επιστημονικό Προσωπικό».**

Συγκεκριμένα κοιτάζοντας στο παράρτημα 1 και το σχετικό διάγραμμα του παραρτήματος Α, διαπιστώνουμε ότι το 58,5% και το 32,5% αντίστοιχα, δηλώνει λίγο ικανοποιημένος έως πολύ. Δεν δηλώνει κανένας πολύ δυσαρεστημένος και μόνο το 7,5% λίγο δυσαρεστημένος. Επίσης θετικά είναι και τα ποσοστά που εμφανίζονται στα υπόλοιπα υποκριτήρια. Με δεύτερο την **Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά**, που εμφανίζει ποσοστό ικανοποίησης 90,27% (πολύ ικανοποιημένοι 37,5% λίγο ικανοποιημένοι 34%, ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι το 7,5%, ενώ κανένας πολύ δυσαρεστημένος).

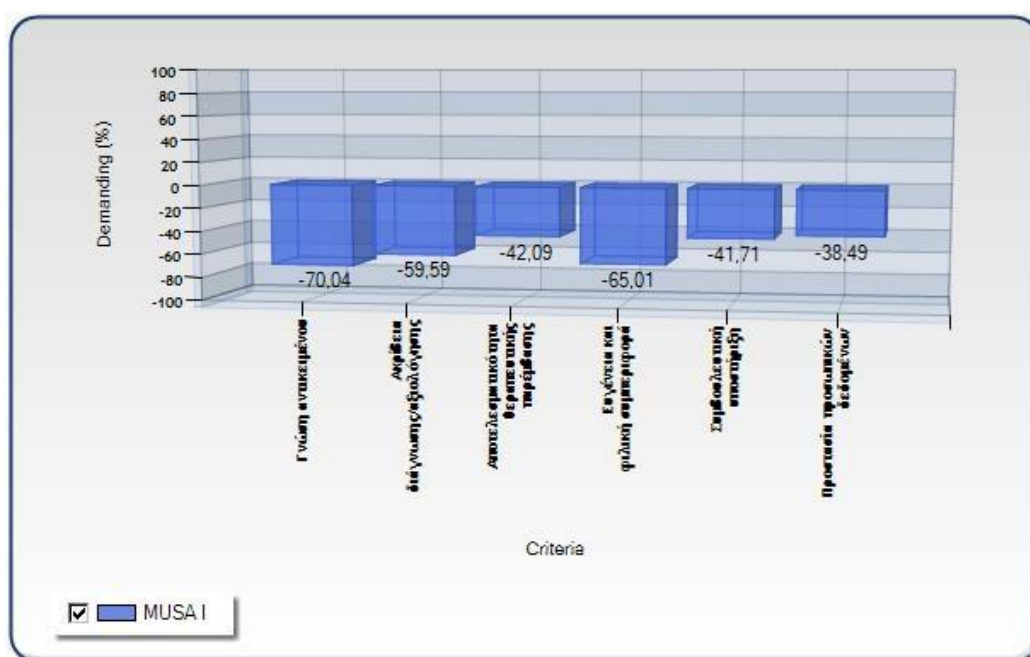
Το 89,7% δηλώνουν ικανοποιημένοι από την **Ακρίβεια της διάγνωσης και αξιολόγησης** των υπηρεσιών του Επιστημονικού Προσωπικού (πολύ ικανοποιημένοι 31%, λίγο

ικανοποιημένοι 51,5%, ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι το 6%, λίγο δυσαρεστημένοι το 11% , ενώ πολύ δυσαρεστημενοι δηλώνουν το 0,5%).

Το 85,65% δηλώνουν ικανοποιημένοι από την **Προστασία των Προσωπικών δεδομένων** (πολύ ικανοποιημένοι 40%, λίγο ικανοποιημένοι 38%, ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι το 11%, λίγο δυσαρεστημένοι το 11% , ενώ πολύ δυσαρεστημενοι δηλώνουν το 0%).

Το 83,98% δηλώνει ικανοποιημένο από την **Αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης** και το 83,6% είναι ικανοποιημενο από τις **Συμβουλευτικές παρεμβάσεις** που προσφέρει το ειδικευμένο προσωπικό των Κοινωνικών Δομών.

Στην ανάλυση του διαγράμματος 28 σχετικά με την απαιτητικότητα των ωφελούμενων των Κοινωνικών δομών, για τα υποκριτήρια του Επιστημονικού Προσωπικού τα αποτελέσματα απεικονίζονται στα παρακάτω διάγραμμα.



**Διάγραμμα 28: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Επιστημονικού Προσωπικού».**

Σύμφωνα με αυτό οι τιμές για το κάθε ένα από τα υποκριτήρια του Επιστημονικού Προσωπικού λαμβάνουν αρνητικές τιμές. Πιο συγκεκριμένα τα υποκριτήρια Γνώση Αντικείμενου και Εχεμύθεια – Φιλική συμπεριφορά, λαμβάνουν αρνητικές τιμές (-70,04%) και (-65,01%) αντίστοιχα, που σημαίνει ότι η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση είναι μικρή.

Τη μικρότερη τιμή, την έχει το υποκριτήριο «προστασία προσωπικών δεδομένων» (-38,49%), όπου παρουσιάζονται περισσότερες απαιτήσεις για βελτίωση.

Στο παρακάτω διάγραμμα 29 που αναφέρεται στη Δράση του κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό», συνδυάζονται τα βάρη των κριτηρίων με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης δίνοντας μια σειρά διαγραμμάτων δράσης (action diagrams) τα οποία μπορούν : α) να προσδιορίσουν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας, από το επιστημονικό προσωπικό των προνοιακών δομών του Δήμου Μεσολογγίου και β) να καθοριστεί το πλαίσιο των προσπαθειών βελτίωσης.

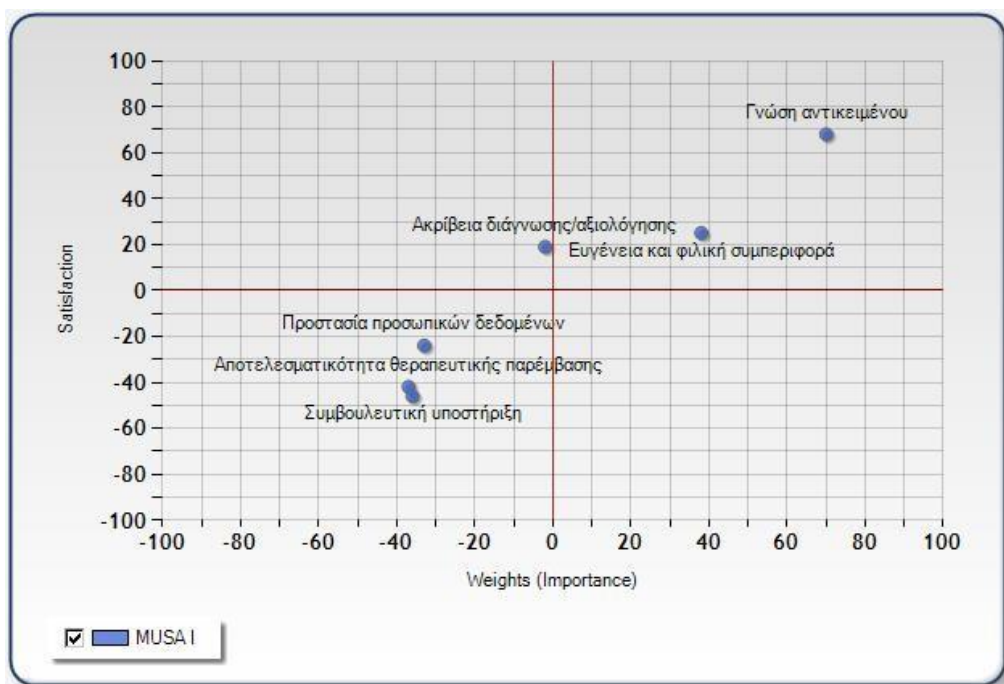
Το Διάγραμμα Δράσης χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια

**Τεταρτημόριο I Περιοχή ισχύουσας κατάστασης– status quo** (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό εντοπίστηκαν τα υποκριτήρια α) Συμβουλευτική υποστήριξη, β) Αποτελεσματικότητα θεραπευτικής παρέμβασης, γ) Προστασία προσωπικών δεδομένων, που παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια από την πλευρά των κοινωνικών δομών του Δήμου, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δεν θεωρούνται σημαντικές από τους ωφελούμενους.

**Τεταρτημόριο II Περιοχή Δράσης** (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο δεν υπάρχει κάποιο υποκριτήριο γεγονός που δείχνει ότι ακόμα και σε υποκριτήρια που η απόδοση είναι χαμηλή, η σημαντικότητα αυτών για τους ωφελούμενους, δεν είναι τόσο μεγάλη, ώστε να επηρεάσει τη συνολική τους ικανοποίηση.

**Τεταρτημόριο III Περιοχή Ισχύος** (Υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό εντοπίστηκε το υποκριτήριο Γνώση αντικειμένου και η Ευγένεια /φιλική συμπεριφορά, που αποτελούν το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα των παρεχόμενων υπηρεσιών των Κοινωνικών Δομών του Δήμου, λόγω της υψηλής σημαντικότητας και της υψηλής απόδοσης στην διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης.

**Τεταρτημόριο IV Περιοχή Μεταφοράς Πόρων** (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό βρίσκεται το κριτήριο «ακρίβεια διάγνωσης και αξιολόγησης», που σημαίνει αν και δεν θεωρείται ιδιαίτερης σημαντικότητας, ωστόσο παρουσιάζει υψηλή απόδοση στην ικανοποίηση του δείγματος.



**Διάγραμμα 29: Δράσης κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό».**

Τα διαγράμματα Δράσης μπορούν να υποδείξουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, αλλά δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιο θα είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατασκευή των Διαγραμμάτων Βελτίωσης που ανιχνεύει ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, υποδεικνύοντας το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί, καθώς και το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης. Συνεπώς τα Διαγράμματα Βελτίωσης (improvement diagrams) προκύπτουν συνδυάζοντας τους μέσους δείκτες απαιτητικότητας και αποτελεσματικότητας.

Κάθε Διάγραμμα Βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης:

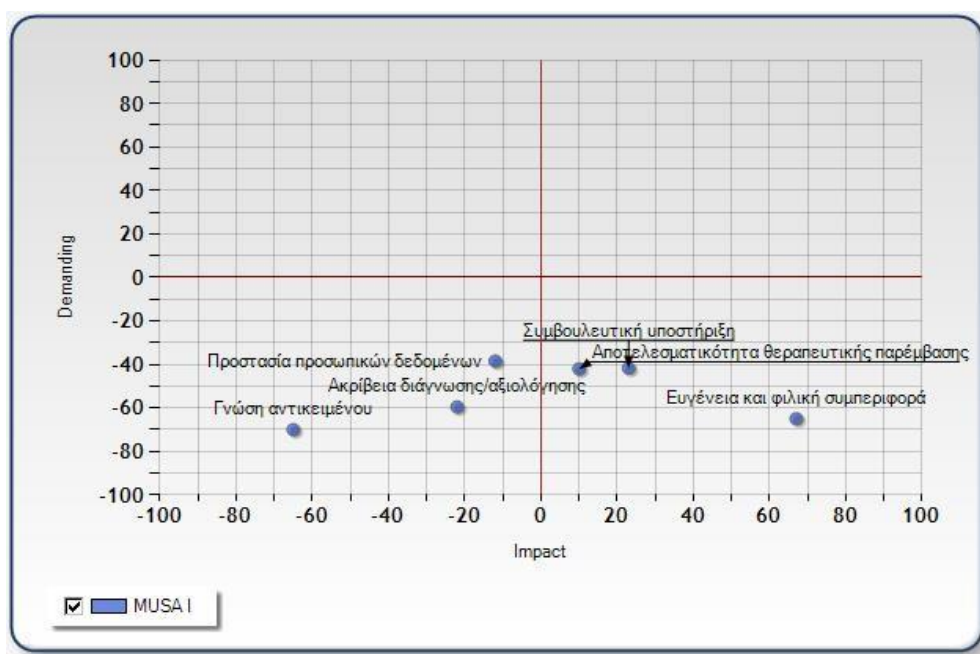
**1<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Στο τεταρτημόριο αυτό ανήκουν οι διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα, ενώ οι ωφελούμενοι δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα Βελτίωσης 30, οι προσπάθειες βελτίωσης πρέπει να εστιαστούν προς την κατεύθυνση βελτιστοποίησης των διαστάσεων που βρίσκονται στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο και ιδιαίτερα τα υποκριτήρια «συμβουλευτική υποστήριξη»,

«αποτελεσματικότητα θεραπευτικής παρέμβασης» , «ευγένεια και φιλική συμπεριφορά», διότι αποτελούν την πρώτη προτεραιότητα βελτίωσης της υπηρεσίας, εφόσον απαιτούν μικρή προσπάθεια βελτίωσης και το αποτέλεσμα της ικανοποίησης θα είναι υψηλό.

**2<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Αποτελούν τα κριτήρια που είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, είτε εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι χρήστες δε φαίνονται ιδιαίτερα απαιτητικοί. Συνεπώς οι προσπάθειες βελτίωσης πρέπει να γίνουν και προς την κατεύθυνση των υποκριτηρίων που βρίσκονται στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο «προστασία προσωπικών δεδομένων», «ακρίβεια διάγνωσης/αξιολόγησης» και «γνώση αντικειμένου», που αν και έχουν μικρή αποτελεσματικότητα και δεν απαιτείται μεγάλη προσπάθεια, καθώς οι ωφελούμενοι δεν είναι απαιτητικοί. Ωστόσο αποτελούν σημαντικές διαστάσεις του κριτηρίου Επιστημονικό Προσωπικό, διότι αναβαθμίζουν και βελτιώνουν σε σημαντικό βαθμό την ολική συνάρτηση της ικανοποίησης.

**3<sup>η</sup> Προτεραιότητα:** Σε αυτό το τεταρτημόριο δεν υπάρχουν υποκριτήρια μικρής αποτελεσματικότητας και μεγάλης απαιτητικότητας που η βελτίωσή τους να απαιτεί την καταβολή μεγάλης προσπάθειας, χωρίς να επιφέρει αύξηση αποτελεσματικότητας με αντίστοιχη αύξηση ικανοποίησης των ωφελούμενων.



**Διάγραμμα 30: Βελτίωσης κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό».**

### **7.5.2. Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου διοικητικού προσωπικού**

Στη συνέχεια τις ανάλυσης των κριτηρίων συναντάμε αυτό του Διοικητικού Προσωπικού. Αποτελεί σημαντικό κριτήριο, διότι οι ωφελούμενοι έρχονται σε καθημερινή σχέση με τους υπαλλήλους των κοινωνικών δομών και οι σωστοί χειρισμοί και ο επαγγελματισμός αυτών μπορούν να προσφέρουν την μέγιστη ικανοποίηση. Σε γενικές γραμμές όμως, οι ωφελούμενοι δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με ποσοστό 70,97%. (Διάγραμμα 21)

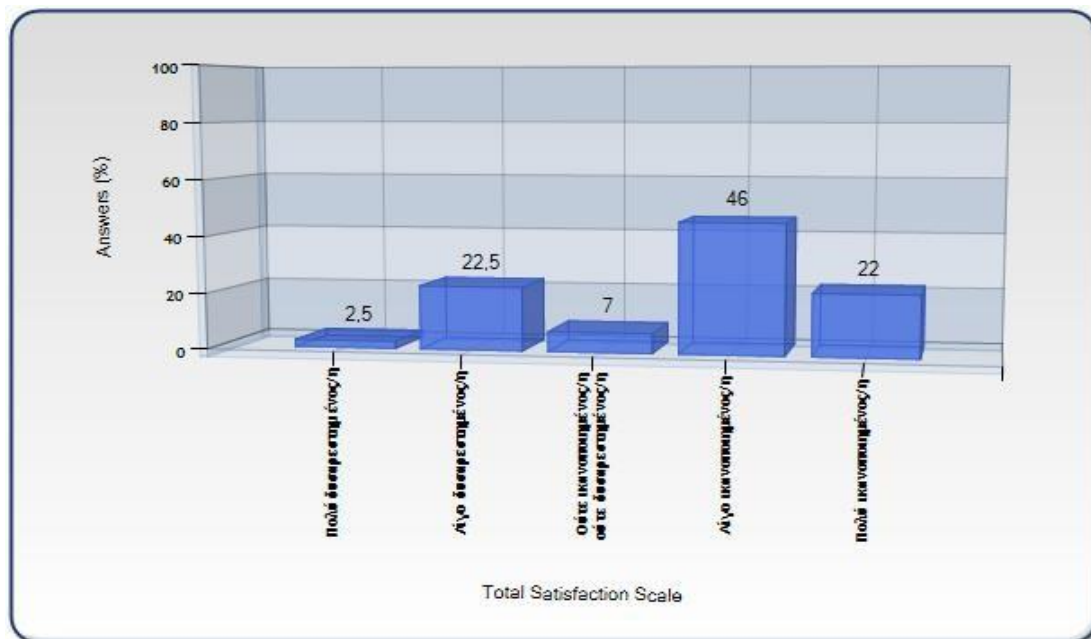
Σε αυτό το κριτήριο τέθηκαν τα εξής υποκριτήρια:

- Γνώση αντικειμένου
- Επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες
- Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά
- Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών
- Ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων
- Προστασία προσωπικών δεδομένων

Στο παρακάτω διάγραμμα 31 απεικονίζεται η συνολική ικανοποίηση του δείγματος της έρευνας από το Διοικητικό προσωπικό που διαμορφώθηκε ως εξής:

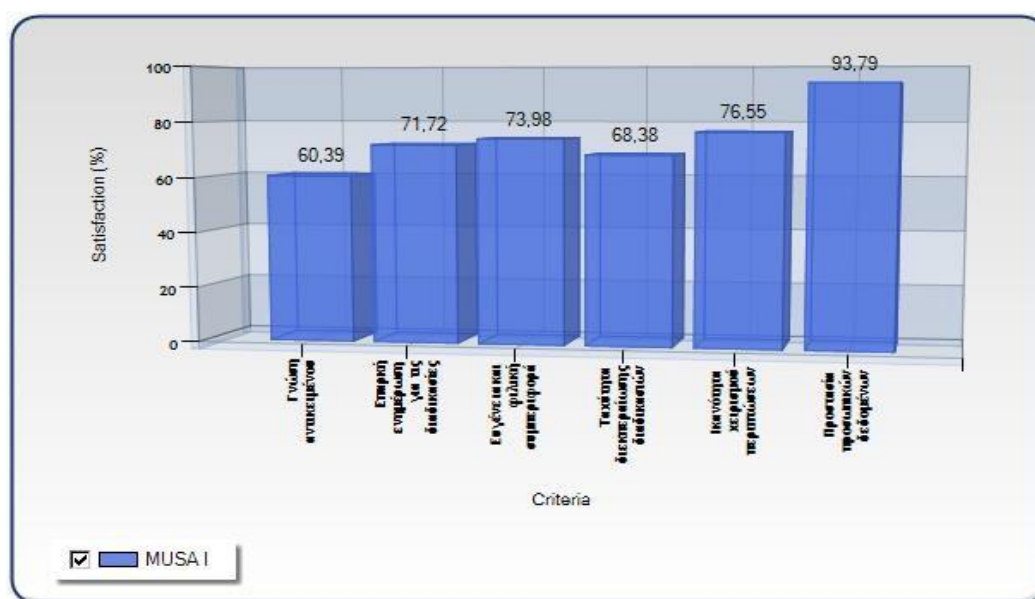
Το 46% και το 22% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι λίγο ικανοποιημένο έως πολύ ικανοποιημένο από το Διοικητικό προσωπικό, ενώ αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό των λίγο δυσαρεστημένων καταλαμβάνοντας ποσοστό 22,5%, διότι οι συγκεκριμένες κοινωνικές δομές του Δήμου Μεσολογγίου ΚΑΠΗ, Δημοτικό Ιατρείο, Βοήθεια στο Σπίτι, εξυπηρετούνται από έναν διοικητικό υπάλληλο που επικουρικά υποστηρίζεται από υπαλλήλους κοινωφελής εργασίας, μέσω ΟΑΕΔ με συμβάσεις ορισμένου χρόνου που προσπαθούν να κατανοήσουν και να μάθουν το αντικείμενο σε μικρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς τα ανωτέρω ποσοστά μπορούμε να πούμε ότι είναι ικανοποιητικά σε σχέση με την διοικητική υποστήριξη των δομών αυτών.





**Διάγραμμα 31: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Διοικητικό Προσωπικό».**

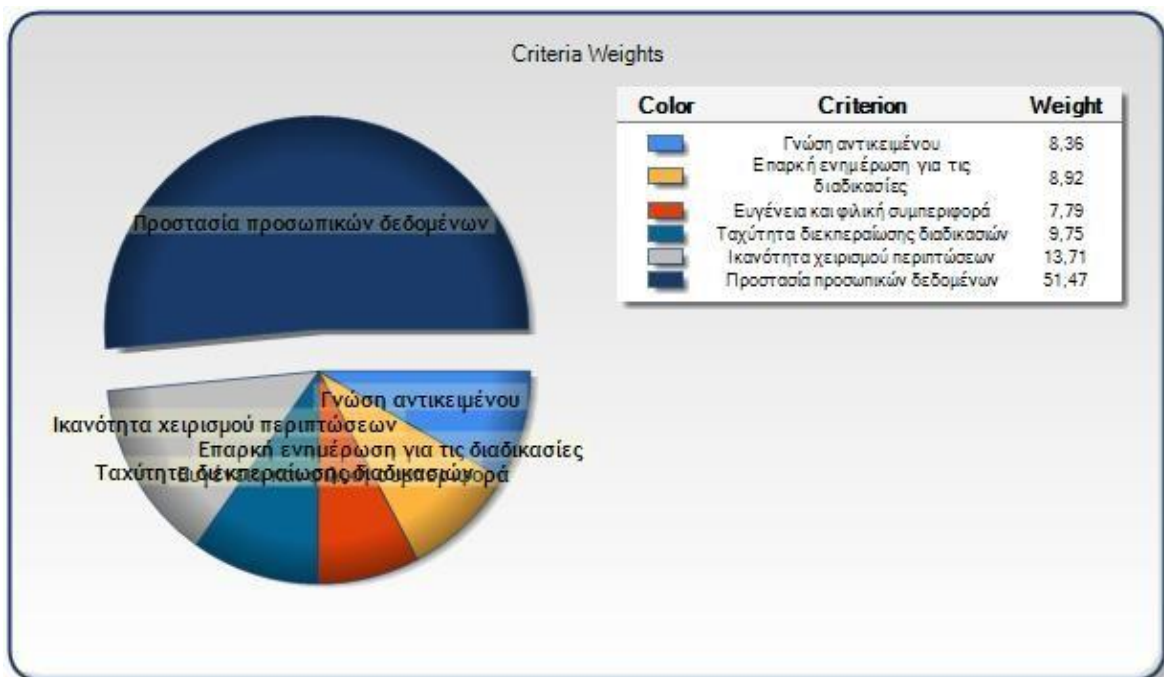
Στο παρακάτω διάγραμμα (32) που αναφέρεται στους μέσους δείκτες των υποκριτηρίων του «Διοικητικού Προσωπικού», διαφαίνεται ότι το υποκριτήριο Προστασία Προσωπικών Δεδομένων απολαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης 93,79%, και έπονται η ικανότητα χειρισμού των περιπτώσεων ποσοστό 76,55%, η ευγένεια και φιλική συμπεριφορά 73,98%, η επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες 71,72 %, η ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών 68,38% και η γνώση του αντικειμένου 60,39%.



**Διάγραμμα 32: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Διοικητικό Προσωπικό».**

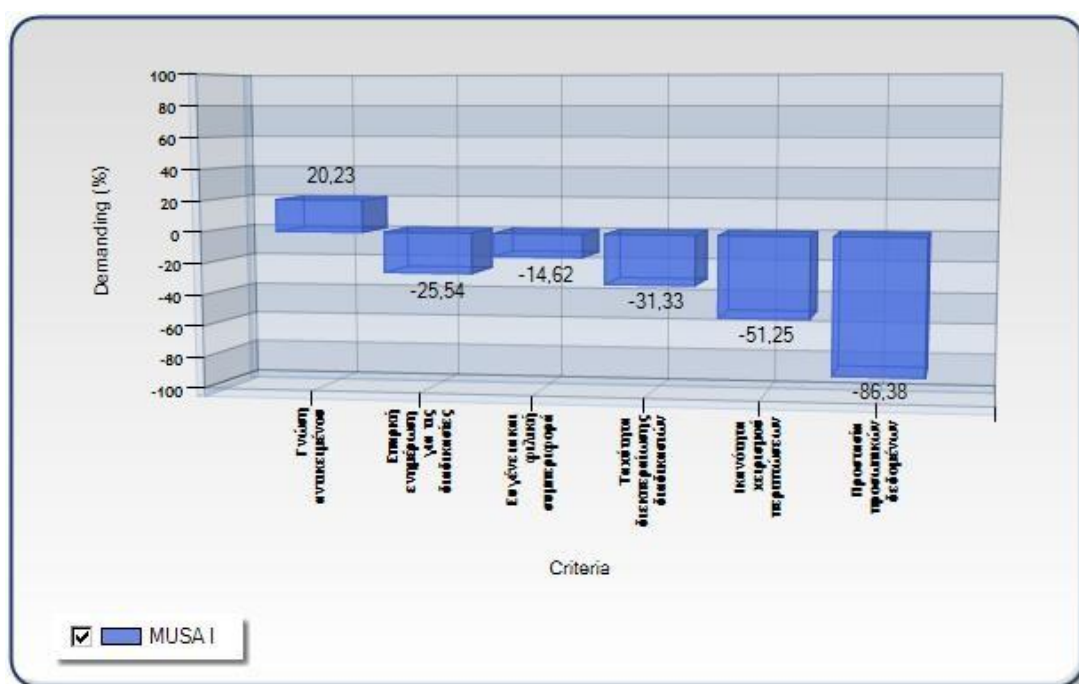
Στο διάγραμμα 33 προσδιορίζεται η βαρύτητα των επιμέρους διαστάσεων ικανοποίησης. Έτσι το «Βάρος» που αναλογεί στη προστασία των προσωπικών δεδομένων είναι 51,47% , στην ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων 13,71% , στη συνέχεια η ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών 9,75%, η επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες 8,92%, η γνώση αντικειμένου με 8,36 % και τέλος η ευγένεια και φιλική συμπεριφορά 7,79%.

Όπως προαναφέραμε η διοικητική υποστήριξη των προνοιακών κοινωνικών δομών του Δήμου Μεσολογγίου γίνεται επί το πλείστον από προσωπικό που προσλαμβάνεται από τα κοινωφελή προγράμματα του ΟΑΕΔ με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Συνεπώς παρατηρείται μια συχνή εναλλαγή του διοικητικού προσωπικού που σταματά με την λήξη της σύμβασης εργασίας και απαιτεί χρόνο, προκειμένου να γνωριστούν με τους εξυπηρετούμενους των προνοιακών υπηρεσιών και να κατανοήσουν το αντικείμενο και τα καθήκοντά τους, διότι η εμπειρία τους είναι μικρή ή μηδενική. Επομένως το γεγονός αυτό δεν επιτρέπει στα μέλη να έχουν μια πλήρη αντικειμενική άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και γι' αυτό και τα ποσοστά ικανοποίησης είναι χαμηλά.



**Διάγραμμα 33: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Διοικητικό Προσωπικό»**

Στο παρακάτω διάγραμμα 34 εμφανίζονται οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας των υποκριτηρίων του «Διοικητικού Προσωπικού», που δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για την βελτίωση των επιμέρους χαρακτηριστικών, δεδομένου ότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι χρήστες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης, για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους. Όπως παρατηρούμε οι ερωτώμενοι δεν εμφανίζονται απαιτητικοί όσο αφορά το κριτήριο της προστασίας προσωπικών δεδομένων, καθώς ο συγκεκριμένος δείκτης είναι (-86,38%). Επίσης δεν είναι απαιτητικοί σε σχέση με τα κριτήρια ικανότητας χειρισμού περιπτώσεων (-51,25%), ταχύτητας διεκπεραίωσης διαδικασιών (-31,33%), επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες (-25,54%) και ευγένεια φιλική συμπεριφορά (-14,62%). Αντίθετα εμφανίζονται απαιτητικοί σε σχέση με το κριτήριο γνώση αντικειμένου, το οποίο λαμβάνει θετικές τιμές (20,23%) που σημαίνει ότι οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν μέγιστο βαθμό απαιτητικότητας.



**Διάγραμμα 34: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Διοικητικού Προσωπικού».**

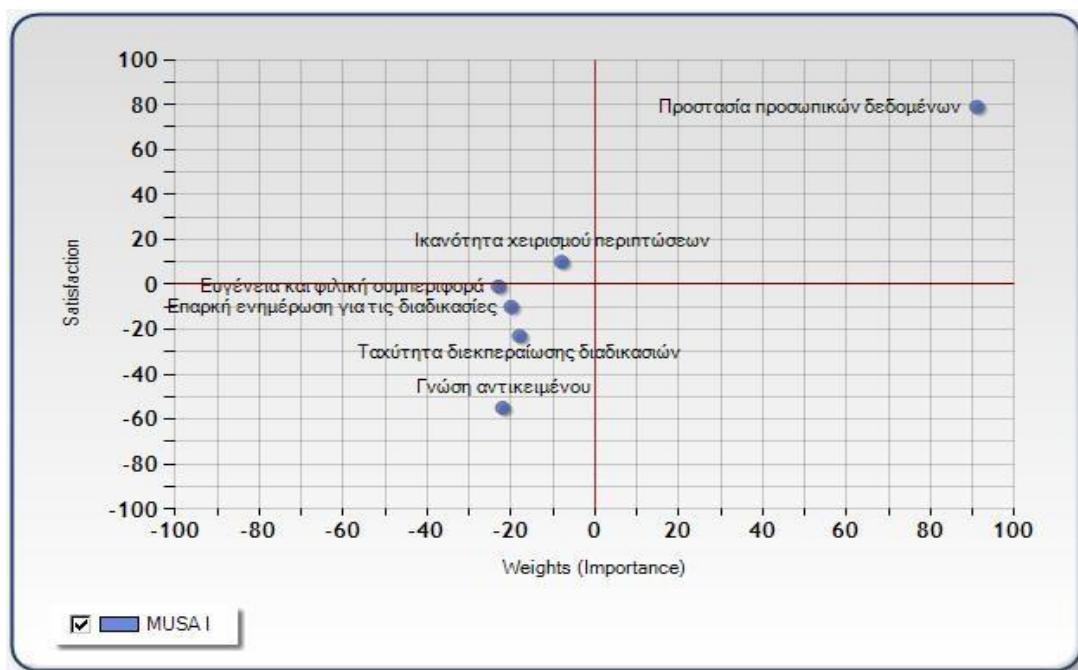
Στο παρακάτω διάγραμμα 35 που αναφέρεται στη Δράση του κριτηρίου «Διοικητικού Προσωπικού», συνδυάζουμε τα βάρη των κριτηρίων με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης δίνοντας μια σειρά διαγραμμάτων δράσης (action diagrams) τα οποία βοηθούν να προσδιοριστούν ποια είναι τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία της ικανοποίησης των ερωτηθέντων, καθώς και προς τα που πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες βελτίωσης.

**Στο τεταρτημόριο I Περιοχή ισχύουσας κατάστασης – status quo** (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα) εντοπίστηκαν τα κριτήρια α) Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά, β) Επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες, γ) Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών και δ) Γνώση αντικειμένου, παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και δεν απαιτείται καμία προσθετη ενέργεια από την πλευρά των κοινωνικών δομών του Δήμου, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δε θεωρούνται σημαντικές από τους ερωτώμενους.

**Τεταρτημόριο II Περιοχή Δράσης** (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό δεν εντοπίστηκαν κριτήρια, που σημαίνει ότι δεν απαιτούνται επείγουσες ενέργειες δράσης δεδομένου ότι δεν υπάρχουν κριτήρια χαμηλής απόδοσης με σημαντική βαρύτητα στην διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης.

**Τεταρτημόριο III Περιοχή Ισχύος** (Υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό εντοπίστηκε το κριτήριο «Προστασία Προσωπικών Δεδομένων», που αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα της ικανοποίησης του Διοικητικού, λόγω της υψηλής σημαντικότητας και της υψηλής απόδοσης στην διαμόρφωση της ολικής ικανοποίησης.

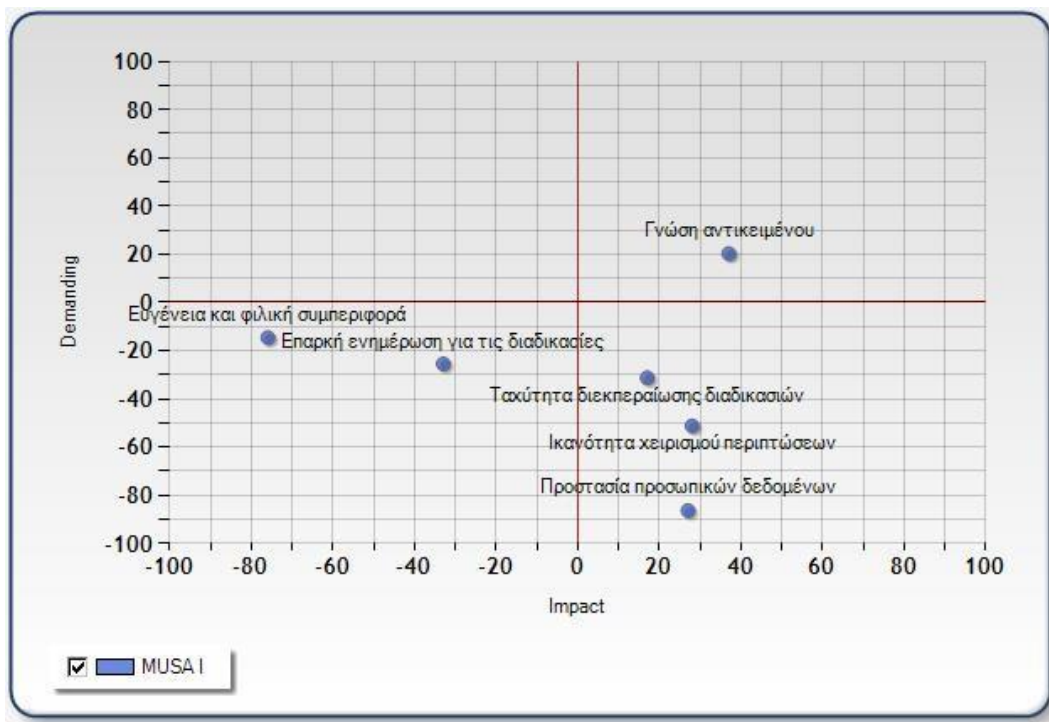
**Τεταρτημόριο IV Περιοχή Μεταφοράς Πόρων** (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα): Στο τεταρτημόριο αυτό βρίσκεται το κριτήριο «Ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων», που σημαίνει αν και δεν θεωρείται ιδιαίτερης σημαντικότητας του διοικητικού προσωπικού, ωστόσο παρουσιάζει υψηλή απόδοση στην ικανοποίηση του δείγματος.



**Διάγραμμα 35 : Δράσης κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό».**

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα Βελτίωσης 36 για το κριτήριο «Διοικητικό Προσωπικό», οι προσπάθειες βελτίωσης πρέπει να εστιαστούν προς την κατεύθυνση βελτιστοποίησης των διαστάσεων που βρίσκονται στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο και ιδιαίτερα τα υποκριτήρια «Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών», «Ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων», «Προστασία προσωπικών δεδομένων», διότι αποτελούν την πρώτη προτεραιότητα βελτίωσης της υπηρεσίας, εφόσον απαιτούν μικρή προσπάθεια βελτίωσης και το αποτέλεσμα της ικανοποίησης θα είναι υψηλό.

Επιπροσθέτως προσπάθειες βελτίωσης πρέπει να γίνουν και προς την κατεύθυνση των υποκριτηρίων που βρίσκονται στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο «Επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες» και «ευγένεια και φιλική συμπεριφορά», που αν και έχουν μικρή αποτελεσματικότητα και δεν απαιτείται μεγάλη προσπάθεια καθώς οι ερωτώμενοι δεν είναι απαιτητικοί, διότι αποτελούν κριτήρια που αναβαθμίζουν και βελτιώνουν σε σημαντικό βαθμό την ολική συνάρτηση της ικανοποίησης. Επίσης στο Διάγραμμα Βελτίωσης βλέπουμε ότι οι προσπάθειες βελτίωσης θα πρέπει να επικεντρωθούν και στο υποκριτήριο «γνώση αντικειμένου», καθώς εμφανίζει μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα στην συνολική ικανοποίηση του κριτηρίου του «Διοικητικού Προσωπικού».



**Διάγραμμα 36: Βελτίωσης κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό»**

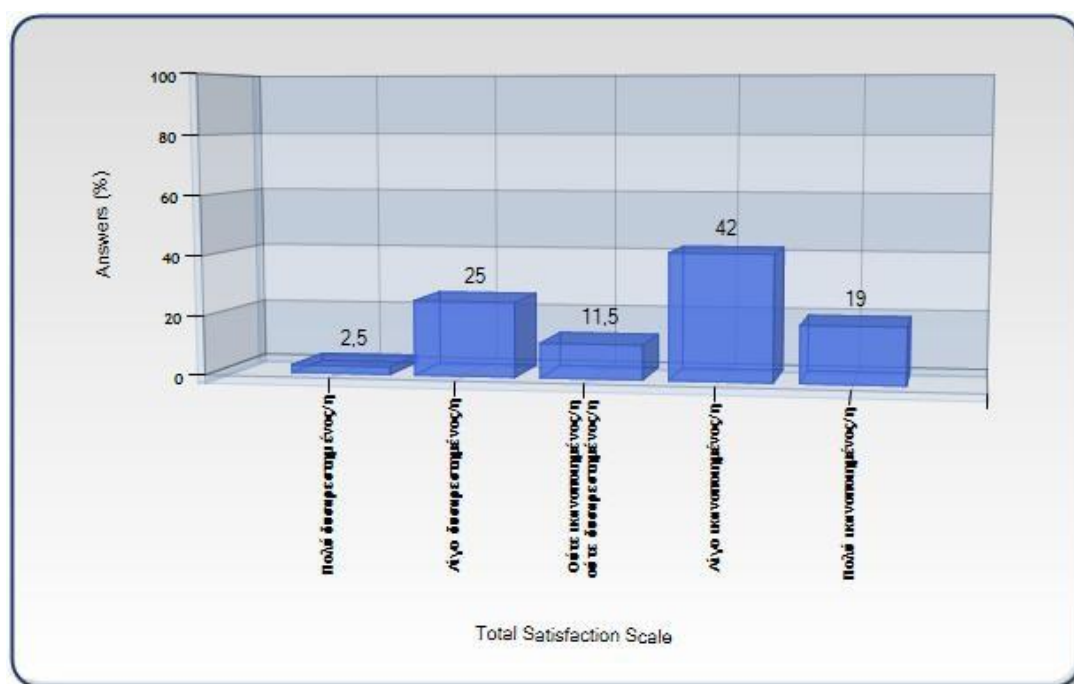
### 7.5.3. Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου εξυπηρέτηση

Η Εξυπηρέτηση των ωφελούμενων αποτελεί ίσως ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια των Κοινωνικών Δομών. Όσο σημαντικά και αν είναι τα υπόλοιπα κριτήρια, το αν οι ωφελούμενοι μείνουν τελικά ικανοποιημένοι ή όχι θα εξαρτηθεί σε έναν μεγάλο βαθμό από την εξυπηρέτηση που θα έχουν από τις Κοινωνικές Δομές. Θα μπορούσε κανείς να πει, ότι το συγκεκριμένο κριτήριο είναι αυτό που θα προσδώσει την «υπεραξία», στην ικανοποίηση των ωφελούμενων. Το κριτήριο αυτό, αν και δεν είναι πολύ σημαντικό για τους ωφελούμενους, όπως μας δείχνει το διάγραμμα 20 αφού το ποσοστό βαρύτητας του είναι 10,27%, ωστόσο η επαρκής στελέχωση των δομών, οι σωστοί χειρισμοί των υπαλλήλων και ο επαγγελματισμός αυτών, μπορούν να προσφέρουν την μέγιστη ικανοποίηση των ωφελούμενων. Σε γενικές γραμμές όμως, οι ωφελούμενοι δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι στο κριτήριο της εξυπηρέτησης με ποσοστό 70,15%. (Διάγραμμα 21). Σε αυτό το κριτήριο, τέθηκαν τα εξής υποκριτήρια:

- Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης τηλεφωνικής επαφής έως την πραγματοποίηση του πρώτου ραντεβού με ειδικό.

- Ο χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού.
- Η τήρηση της προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού.
- Η τηλεφωνική εξυπηρέτηση.
- Η παροχή πληροφοριών.
- Ο χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης
- Ο χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες

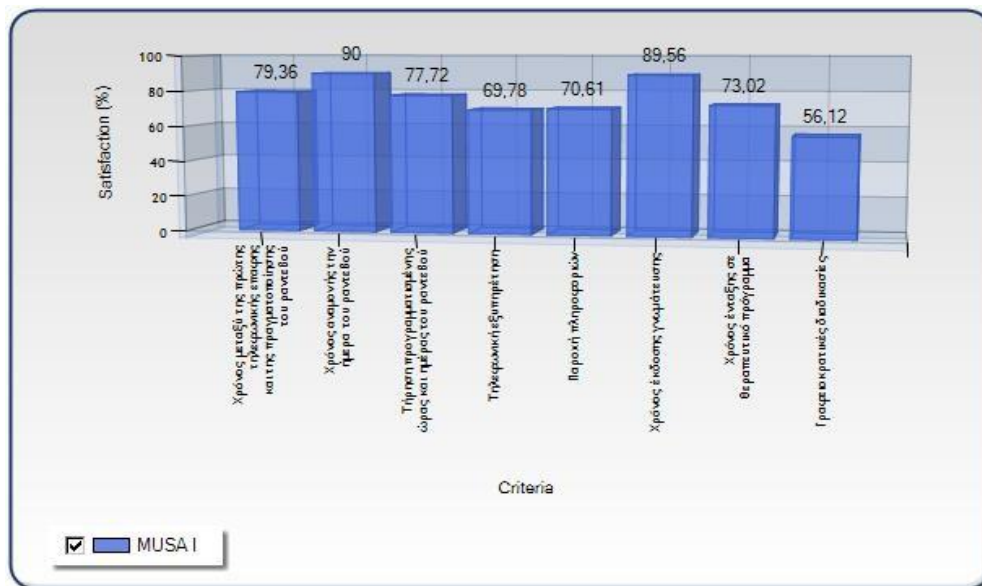
Στο διάγραμμα 37 απεικονίζεται η συνολική ικανοποίηση των ωφελούμενων, όπου το 42% και το 19% αντίστοιχα, δηλώνει λίγο ικανοποιημένο έως πολύ ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση που παρέχεται από τις Κοινωνικές Δομές. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των λίγο δυσαρεστημένων που αγγίζει το 25%, διότι η ικανοποιητική εξυπηρέτηση συμβαδίζει και με το υπάρχον διοικητικό προσωπικό που όπως προαναφέραμε οι προνοιακές κοινωνικές δομές στελεχώνονται από προσωπικό κοινωφελής εργασίας με συμβάσεις ορισμένου χρόνου μέσω ΟΑΕΔ.



**Διάγραμμα 37: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Εξυπηρέτηση»**

Από την άλλη μεριά οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων της «Εξυπηρέτησης» που παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα 38 παρατηρούμε ότι «ο χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού», «ο χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης», «ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ

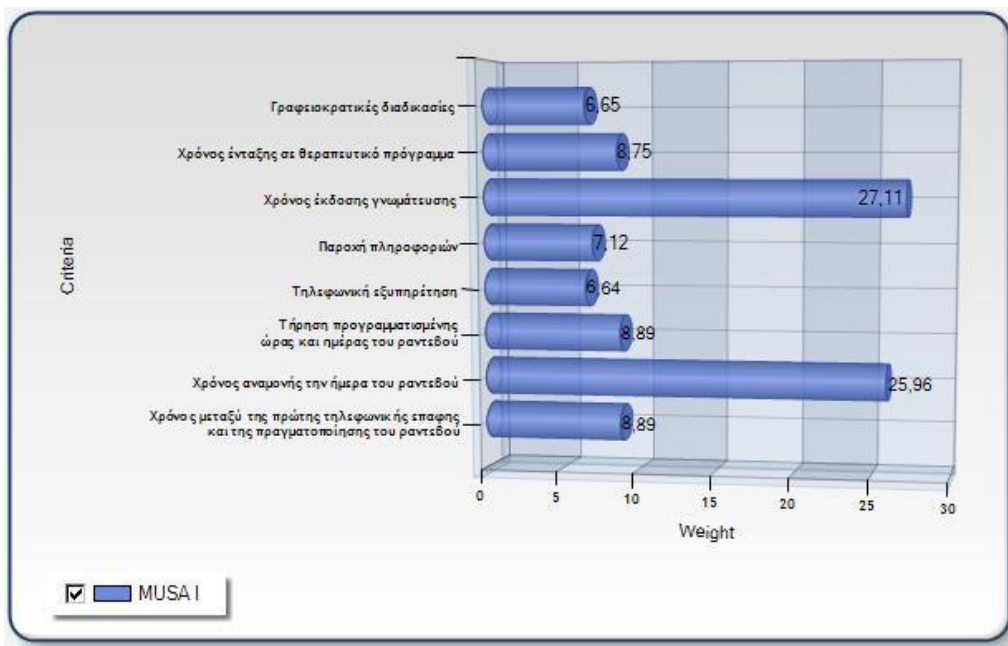
της Πρωτώς τηλεφωνικής επαφής έως την πραγματοποίηση του πρώτου ραντεβού» , λαμβάνουν υψηλές τιμές. Αντίθετα τα υποκριτήρια «Παροχή πληροφοριών», «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση» και «Γραφειοκρατικές διαδικασίες» είναι πιο χαμηλά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων.



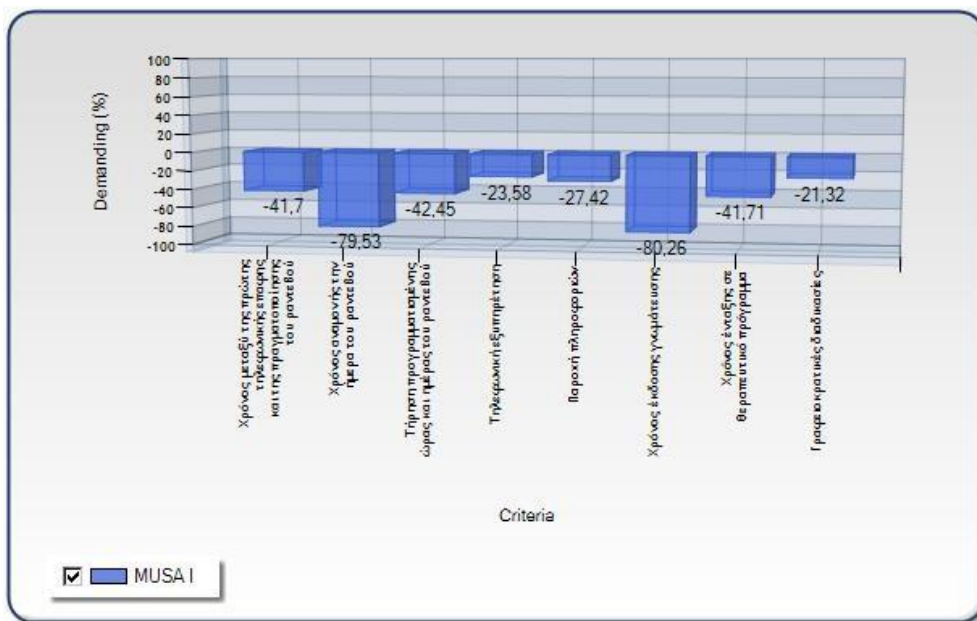
**Διάγραμμα 38: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Εξυπηρέτηση».**

Στα παρακάτω διαγράμματα 39 παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των υποκριτηρίων της «Εξυπηρέτησης», έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Παρατηρείται ότι τα υποκριτήρια «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού» και «Ο χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης» κατέχουν τις πρώτες θέσεις με τη μεγαλύτερη βαρύτητα. Ενώ τα υπόλοιπα υποκριτήρια έχουν μικρότερη βαρύτητα και ιδιαίτερα η «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση» και οι «Γραφειοκρατικές διαδικασίες».





Διάγραμμα 39: Σημαντικότητα υποκριτηρίων «Εξυπηρέτηση»

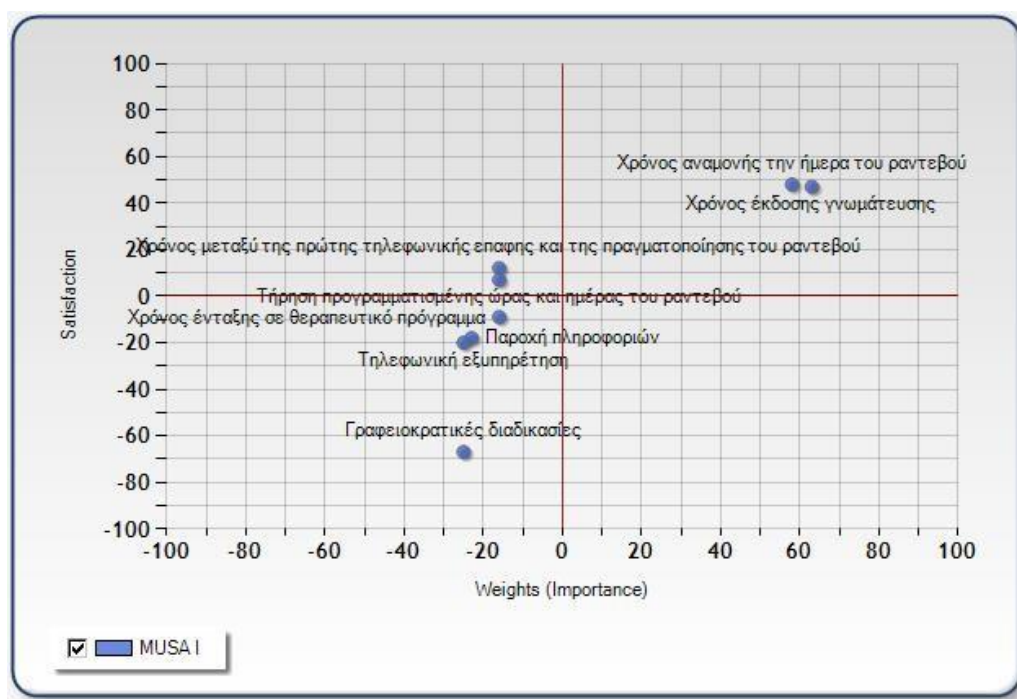


Διάγραμμα 40: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Εξυπηρέτηση».

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, οι τιμές για το κάθε ένα από τα υποκριτήρια της «Εξυπηρέτησης», λαμβάνουν αρνητική τιμή. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν μικρή απαίτηση για παραπάνω βελτίωση. Πιο συγκεκριμένα το υποκριτήριο «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης» και «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού», λαμβάνουν αρνητικές τιμές

(-80,26% και -79,53%) αντίστοιχα, όπου η απαίτηση για περαιτέρω βελτίωση είναι μικρή. Τις μικρότερες τιμές αν και εξακολουθούν να είναι αρνητικές, έχουν τα υποκριτήρια «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση» και «Γραφειοκρατικές διαδικασίες» (-23,58% και -21,32%), ποσοστά που δηλώνουν περισσότερες απαιτήσεις για βελτίωση.

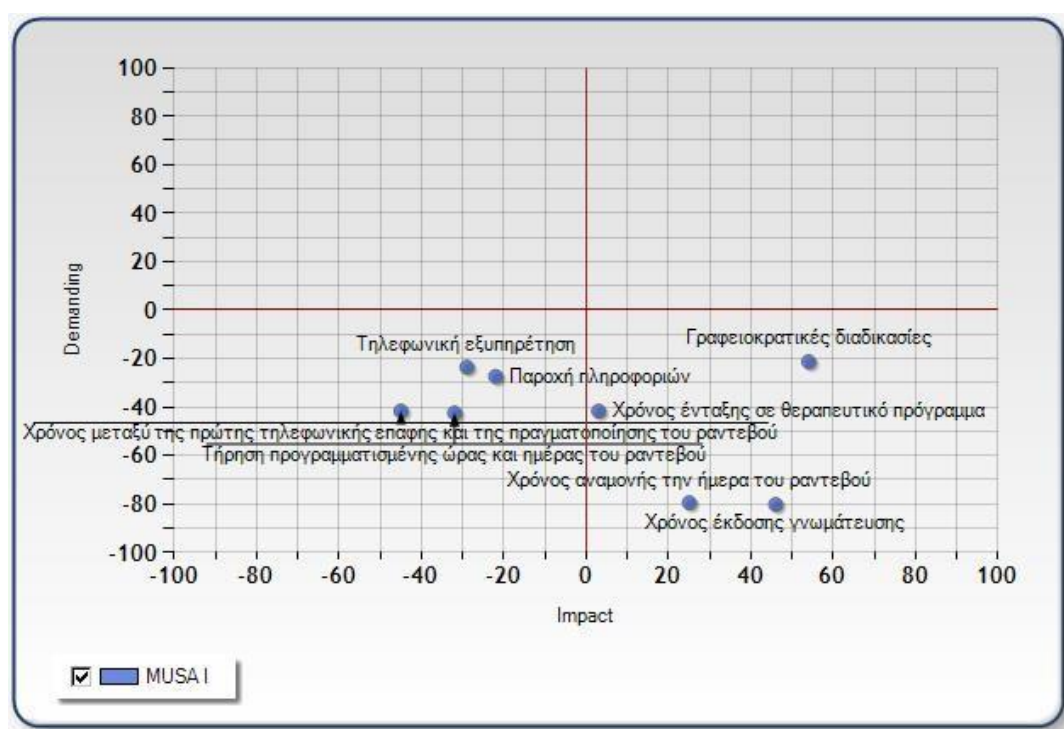
Στο παρακάτω Διάγραμμα Δράσης 41 παρατηρούμε ότι στην **περιοχή δράσης** δεν εμφανίζεται κάποιο υποκριτήριο. Στην **περιοχή ισχύος** παρατηρούνται το υποκριτήριο «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού» και «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης». Οι διαστάσεις αυτές αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα των προνοιακών κοινωνικών δομών σε σχέση με την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων. Τα υποκριτήρια «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα», «Παροχή πληροφοριών», «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση» και «Γραφειοκρατικές διαδικασίες» παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα και αποτελούν την επόμενη προτεραιότητα. Το υποκριτήριο «Χρόνος μεταξύ της πρώτης τηλεφωνικής επαφής και της πραγματοποίησης του ραντεβού» και η «Τήρηση προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού» βρίσκονται στην περιοχή μεταφοράς πόρων που σημαίνει υψηλή απόδοση χαμηλή σημαντικότητα και αποτελεί τη διάσταση εκείνη που θα πρέπει να δοθεί η τελευταία προτεραιότητα για ενέργειες βελτίωσης.



**Διάγραμμα 41: Δράσης κριτηρίου «Εξυπηρέτηση».**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω Διάγραμμα Βελτίωσης 42 για το κριτήριο «Εξυπηρέτηση», **πρώτη προτεραιότητα** θα πρέπει να δοθεί στα υποκριτήρια «Γραφειοκρατικές διαδικασίες», «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα», «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού» και «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης», όπου με μικρή προσπάθεια από μέρους των προνοιακών κοινωνικών δομών θα επιφέρει υψηλότερη αποτελεσματικότητα και συνολική ικανοποίηση.

**Δεύτερη προτεραιότητα** θα πρέπει να δοθεί στις ενέργειες βελτίωσης που αφορούν τα υποκριτήρια «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση», «Παροχή πληροφοριών», «Χρόνος μεταξύ των πρώτης τηλεφωνικής επαφής και του προγραμματισμένου ραντεβού» και τέλος στην «τήρηση της προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού», όπου οι ερωτώμενοι δεν είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί και η προσπάθεια που θα καταβληθεί θα είναι μικρή προκειμένου να υπάρξει αύξηση ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.



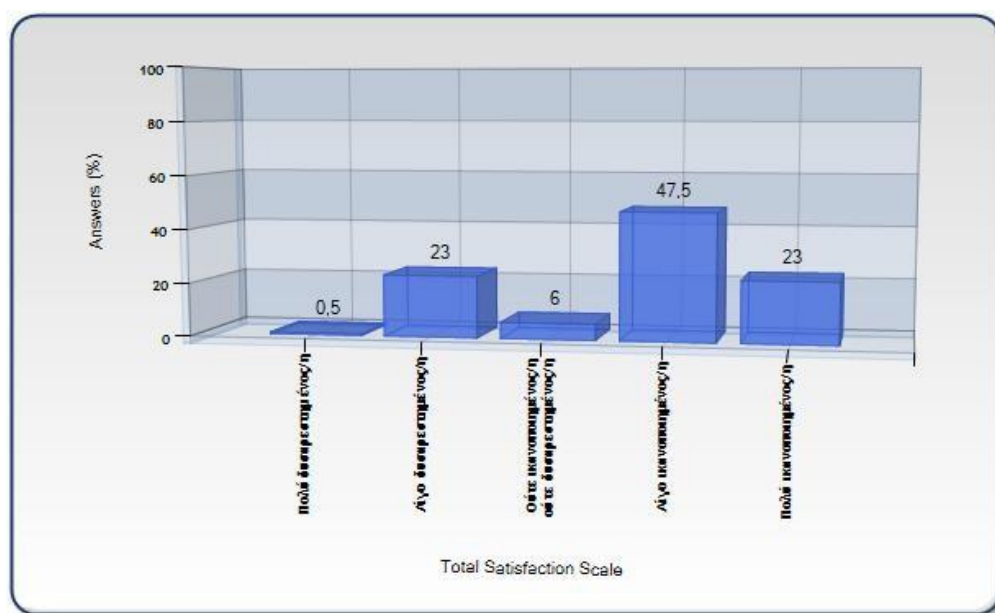
**Διάγραμμα 42: Βελτίωσης κριτηρίου «Εξυπηρέτηση»**

#### 7.5.4. Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου ποιότητα υπηρεσιών

Στο τέταρτο κριτήριο που αφορά την ικανοποίηση των ωφελούμενων από την «Ποιότητα των Υπηρεσιών» των προνοιακών κοινωνικών δομών του Δήμου Μεσολογγίου, τέθηκαν τα εξής υποκριτήρια:

- Η πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Το ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας.

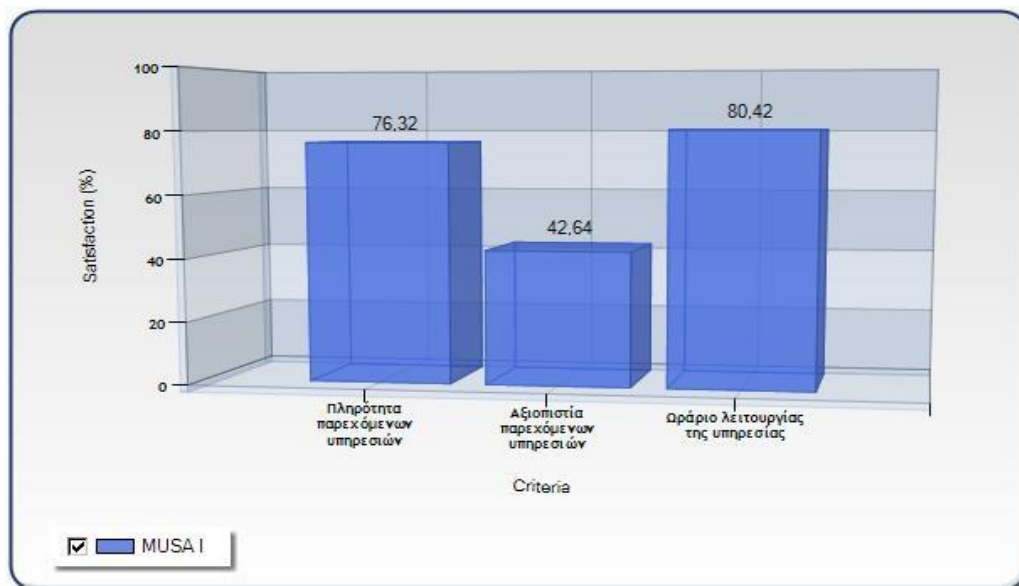
Η ανάλυση του κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών» έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ωφελούμενων προνοιακών υπηρεσιών του Δήμου, είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 47,5% και 23% αντίστοιχα. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος 23% δηλώνει λίγο δυσαρεστημένο, ως συνέπεια των δυσκολιών που υπάρχει στην διοικητική στελέχωση των κοινωνικών δομών του Δήμου. Σε γενικές γραμμές όμως, οι ωφελούμενοι δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με ποσοστό 91,37%. (Διάγραμμα 21)



Διάγραμμα 43: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Ποιότητα Υπηρεσιών»

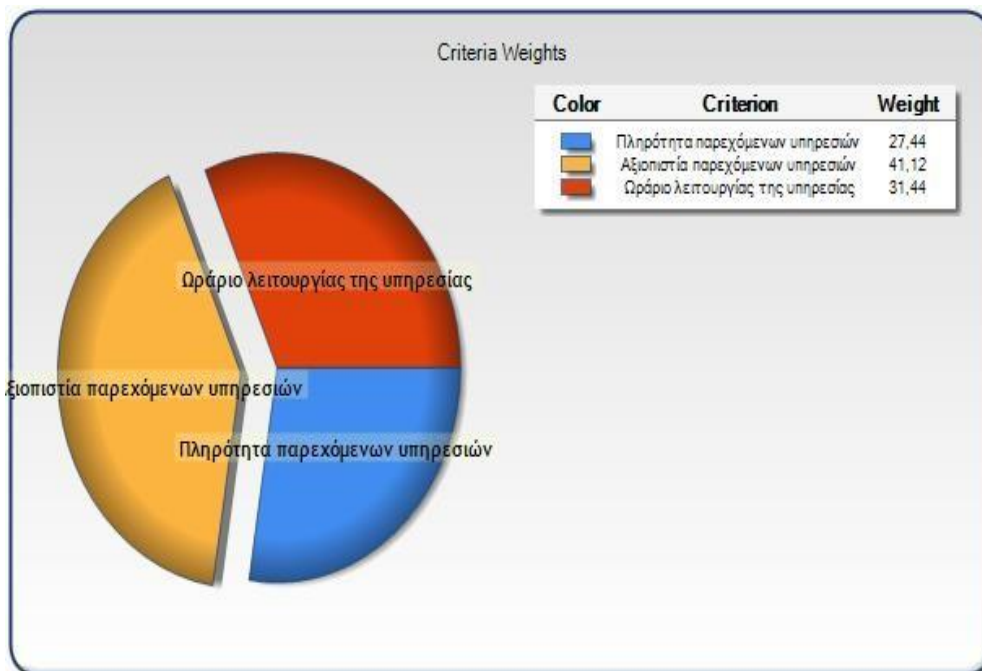
Στο παρακάτω διάγραμμα 44 παρουσιάζονται οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων, όπου το ωράριο λειτουργίας και η πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι πολύ υψηλά στις απαντήσεις των ωφελούμενων με ποσοστά της τάξεως του 80%. Άξιο λόγου είναι και το ποσοστό της αξιοπιστίας των παρεχόμενων υπηρεσιών 42,64% κάτω από

το 50% και αυτό γιατί όπως προαναφέραμε η λειτουργία των κοινωνικών δομών του Δήμου στελεχώνεται από προσωπικό που δεν διαθέτει την κατάλληλη εμπειρία και συνεπώς επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό και η ικανοποίησή τους.



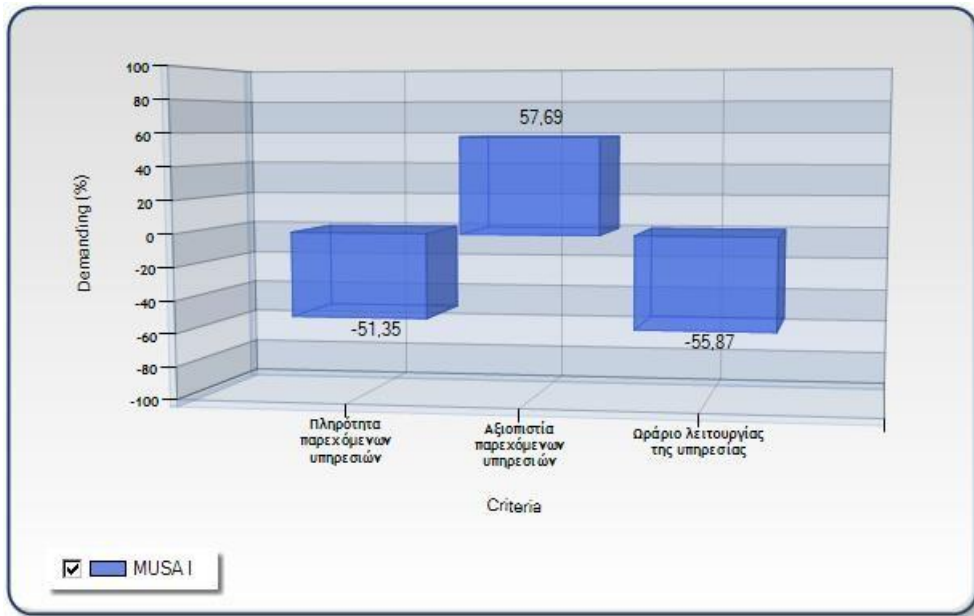
**Διάγραμμα 44: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Ποιότητα Υπηρεσιών».**

Στα παρακάτω διαγράμματα 45 παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα του υποκριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών», Παρατηρούμε ότι το υποκριτήριο «Αξιοπιστία παρεχόμενων Υπηρεσιών» κατέχει ποσοστό 41,12% δηλαδή την υψηλότερη βαρύτητα και ακολουθεί το υποκριτήριο «Ωράριο εργασίας» με ποσοστό 31,44% και η «Πληρότητα παρεχόμενων υπηρεσιών» με ποσοστό 27,44%.



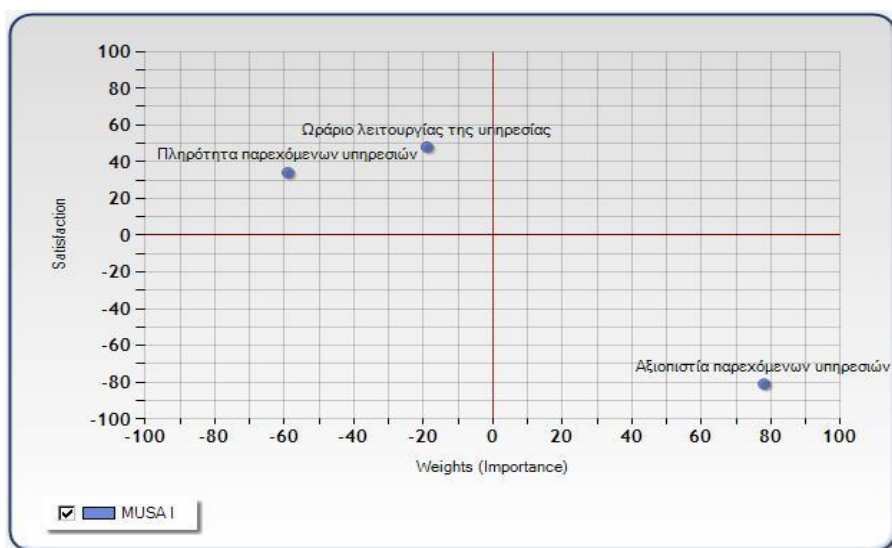
**Διάγραμμα 45: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Ποιότητα Υπηρεσιών»**

Σύμφωνα με το διάγραμμα 46 οι τιμές για τα υποκριτήρια «Ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας» και «Πληρότητας παρεχόμενων υπηρεσιών», λαμβάνουν αρνητικές τιμές. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν μικρή απαίτηση για παραπάνω βελτίωση. Σημαντικό επίσης είναι ότι το υποκριτήριο «Αξιοπιστία παρεχόμενων υπηρεσιών», λαμβάνει θετική τιμή (57,69%) που σημαίνει ότι η απαίτηση για βελτίωση είναι πολύ περισσότερη και αναγκαία για την ικανοποίηση και την ποιότητα των προνοιακών υπηρεσιών.



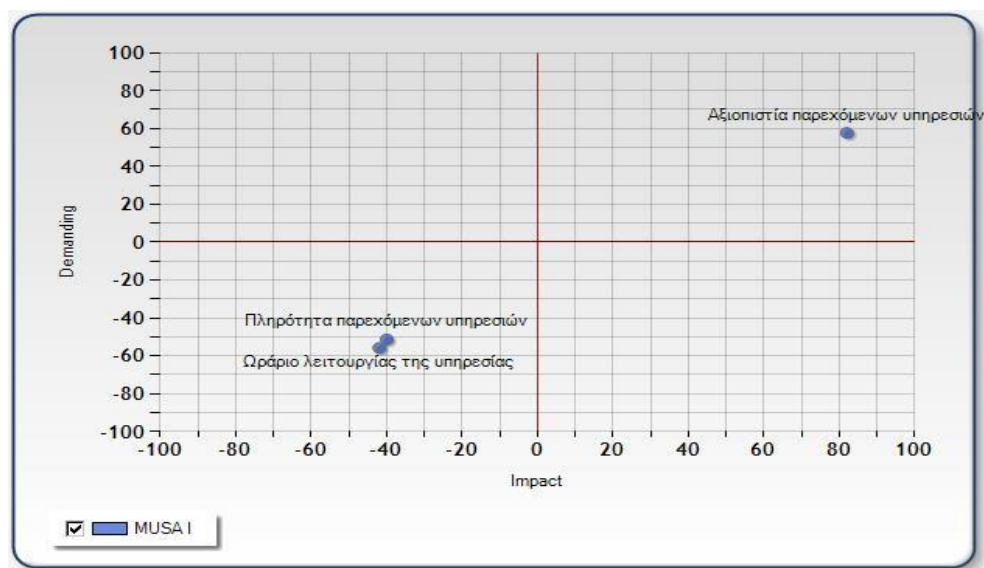
**Διάγραμμα 46: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια του «Ποιότητα Υπηρεσιών»**

Από το παρακάτω διάγραμμα Δράσης 47 παρατηρούμε ότι το υποκριτήριο «Αξιοπιστία παρεχόμενων υπηρεσιών» βρίσκεται στην περιοχή δράσης (χαμηλής απόδοσης και υψηλής σημαντικότητας), οπότε θα πρέπει να είναι υψηλά στη λίστα των ενεργειών, προκειμένου να βελτιωθεί, αφού αποτελεί ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό των προνοιακών υπηρεσιών, για την αύξηση ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας. Επίσης παρατηρούμε ότι τα υποκριτήρια «Ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας» και «Πληρότητα παρεχόμενων υπηρεσιών», έχουν μεν υψηλή απόδοση αλλά είναι χαμηλής σημαντικότητας και άρα αποτελούν τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης.



**Διάγραμμα 47: Δράσης κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών».**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω διάγραμμα βελτίωσης 48 , προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στις προσπάθειες βελτίωσης όλων των υποκριτηρίων , τόσο στην «Αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών», όπου απαιτείται μεγάλη προσπάθεια, αλλά επιτυγχάνεται υψηλή αποτελεσματικότητα, όσο και στα υποκριτήρια «ωράριο λειτουργίας» και « Πληρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών», η προσπάθεια που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση, είναι μικρή. Γενικά θα πρέπει οι κοινωνικές δομές του Δήμου να είναι ιδιαίτερα προσεκτικές και να στοχεύουν στην βελτίωση των υποκριτηρίων ποιότητας υπηρεσιών, προκειμένου να βελτιώσουν και να διατηρήσουν τη θέση τους στη συνολική ικανοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας. Στο κριτήριο αυτό αποδεικνύεται ότι οι ερωτηθέντες έχουν υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις.



**Διάγραμμα 48: Βελτίωσης κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών»**

#### **7.5.5. Ικανοποίηση υποκριτηρίων του κριτηρίου εικόνα/προφίλ υπηρεσίας**

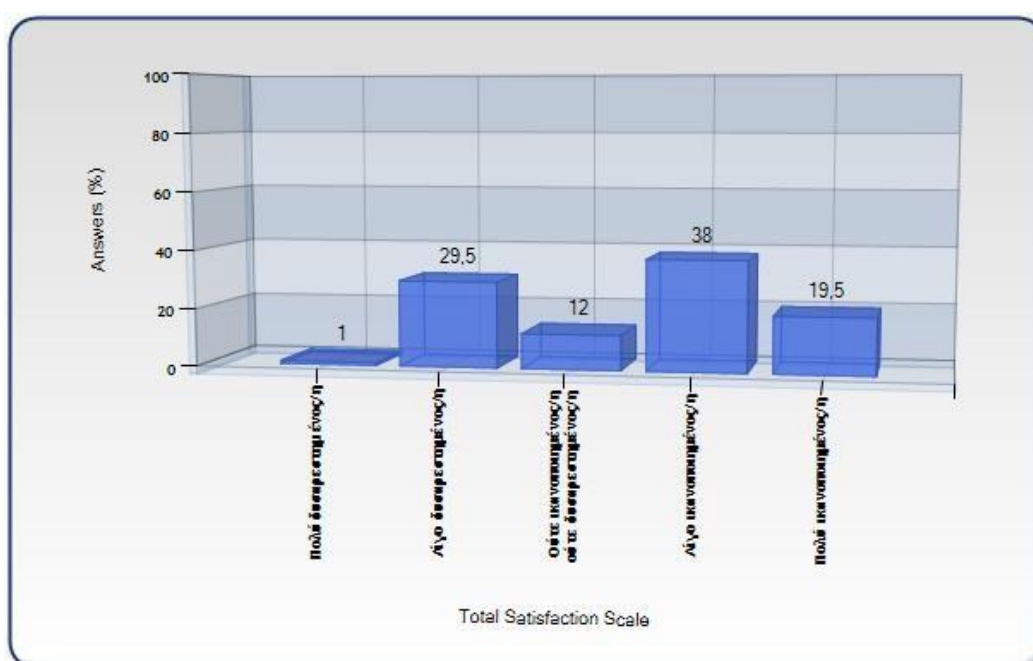
Στο πέμπτο κριτήριο που αφορά την ικανοποίηση των ωφελούμενων από την Εικόνα/Προφίλ των προνοιακών κοινωνικών δομών του Δήμου Μεσολογγίου , τέθηκαν τα εξής υποκριτήρια:

- Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας
- Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία
- Προσβασιμότητα σε άτομα με ειδικές ανάγκες
- Καθαριότητα του χώρου



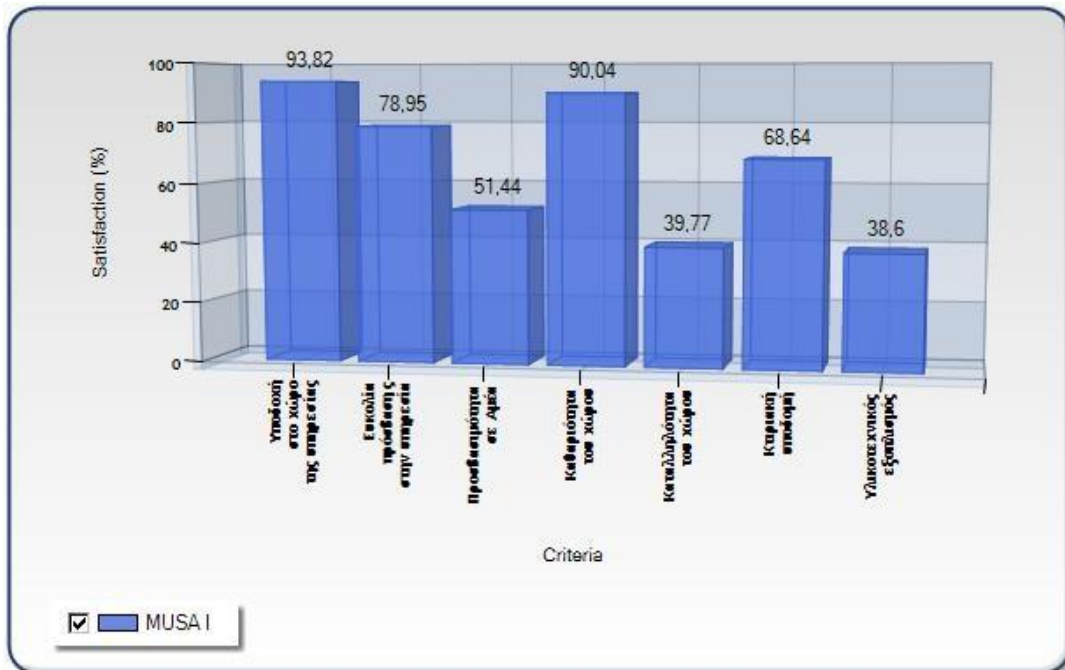
- Καταλληλότητα του χώρου
- Κτιριακή υποδομή
- Υλικοτεχνικός εξοπλισμός

Η ανάλυση του κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας» έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών προνοιακών υπηρεσιών του Δήμου, είναι λίγο έως πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 38% και 19,5% αντίστοιχα . Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος 29,5% δηλώνει λίγο δυσαρεστημένο, ως συνέπεια των δυσκολιών που υπάρχει στην διοικητική στελέχωση των κοινωνικών δομών του Δήμου. Σε γενικές γραμμές όμως, οι ωφελούμενοι δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με ποσοστό 72,53%. (Διάγραμμα 21)



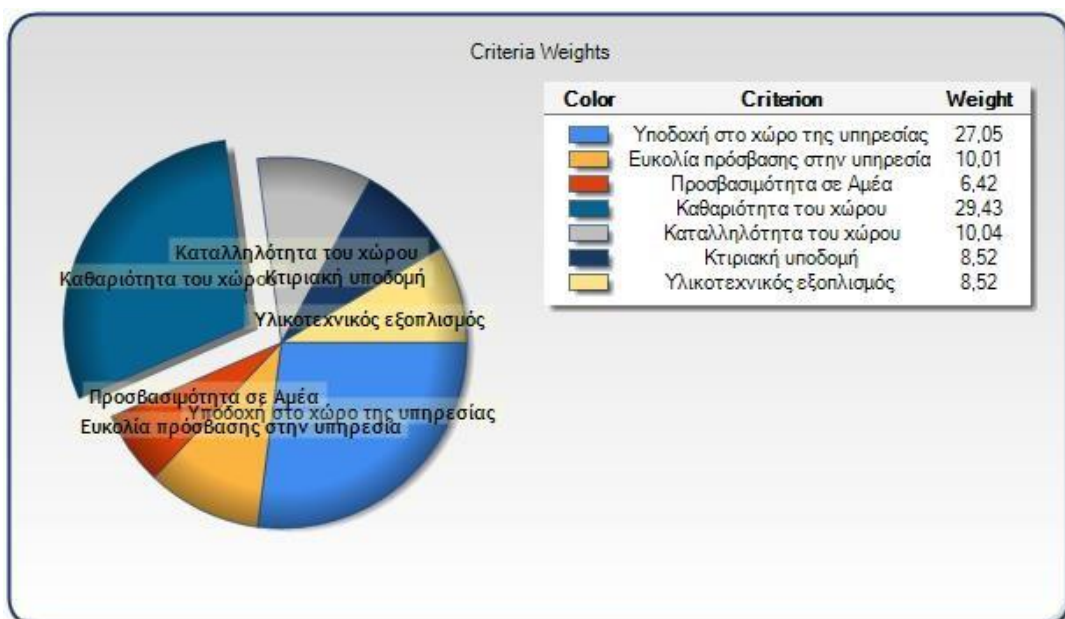
**Διάγραμμα 49: Συνολική Ικανοποίηση – Κριτήριο «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»**

Στο παρακάτω διάγραμμα 50 παρουσιάζονται οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων της «Εικόνας/Προφίλ Υπηρεσίας», όπου τα υποκριτήρια «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας» και η «Καθαριότητα του χώρου» λαμβάνουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης περίπου 90%. Στη συνέχεια ακολουθούν τα υποκριτήρια «Ευκολία πρόσβασης» η «Κτιριακή υποδομή» και η «Προσβασιμότητα σε ΑΜΕΑ», με ποσοστά 78,95%, 68,64% και 51,44% αντίστοιχα. Αντίθετα τα υποκριτήρια «Καταλληλότητα του κτιρίου» και ο «Υλικοτεχνικός εξοπλισμός», συγκεντρώνουν ποσοστά της τάξεως 39%.



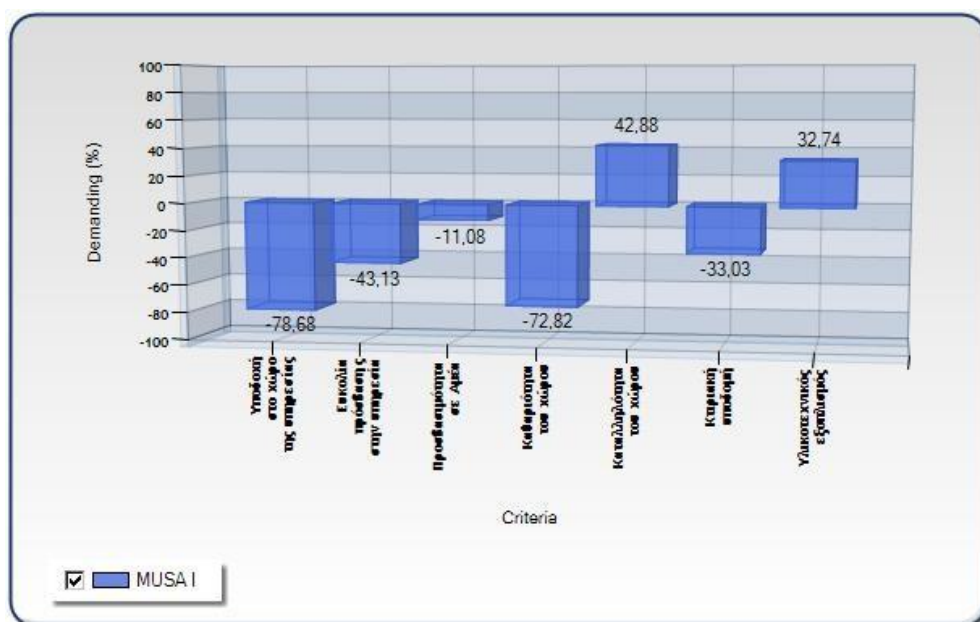
**Διάγραμμα 50: Μέσοι δείκτες ικανοποίησης των υποκριτηρίων «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας».**

Στα παρακάτω διάγραμμα 51 μεγαλύτερη βαρύτητα συγκεντρώνουν τα υποκριτήρια της «Καθαριότητας του Χώρου» 29,43% και ακολουθεί η «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας» 27,05%. Η «Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία» και η «Καταλληλότητα του χώρου», βρίσκονται στο 10% , ενώ κάτω του 10% βαρύτητα, έχουν τα υπόλοιπα υποκριτήρια.



**Διάγραμμα 51: Βάρος ή σημαντικότητα υποκριτηρίων «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»**

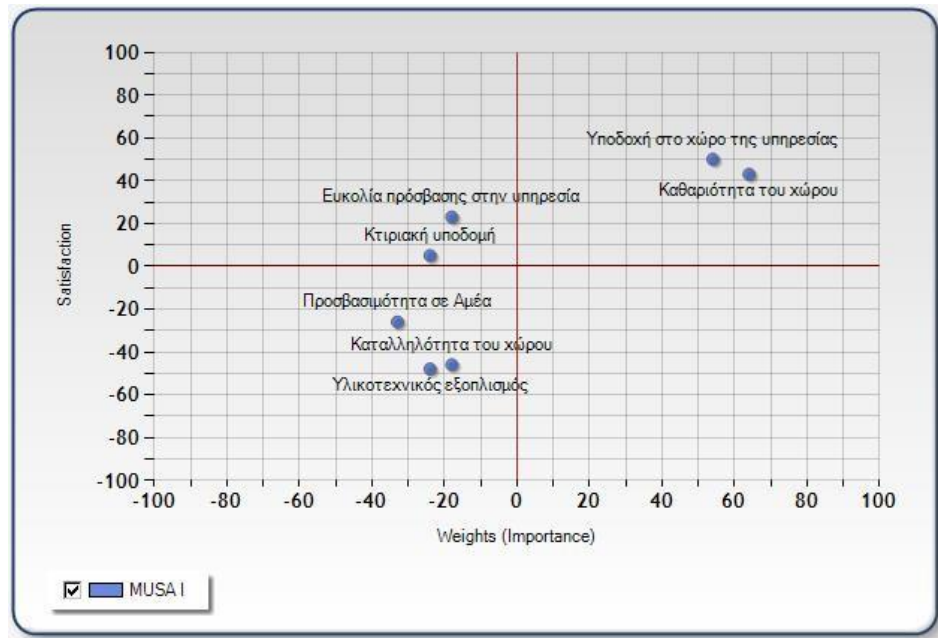
Σύμφωνα με τους δείκτες απαιτητικότητας των υποκριτηρίων της «Εικόνας της υπηρεσίας» (Διάγραμμα 52) , οι τιμές για κάθε ένα από τα υποκριτήρια, λαμβάνουν αρνητική τιμή. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν μικρή απαίτηση για παραπάνω βελτίωση. Πιο συγκεκριμένα το υποκριτήριο « Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας» λαμβάνει αρνητική τιμή (-78,68%), «Καθαριότητα του χώρου» (-72,82%) και έπονται οι υπόλοιπες. Επίσης πολύ κοντά στην ουδετερότητα φαίνεται να είναι οι ερωτηθέντες αναφορικά με το υποκριτήριο της «Προσβασιμότητας σε ΑΜΕΑ ( - 11,8%). Τα υποκριτήρια «Καταλληλότητα του χώρου» και «Υλικοτεχνικός εξοπλισμός» έχουν θετικές τιμές που σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες απαιτούν περισσότερες προσπάθειες για βελτίωση.



**Διάγραμμα 52: Δείκτες απαιτητικότητας για τα υποκριτήρια «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»**

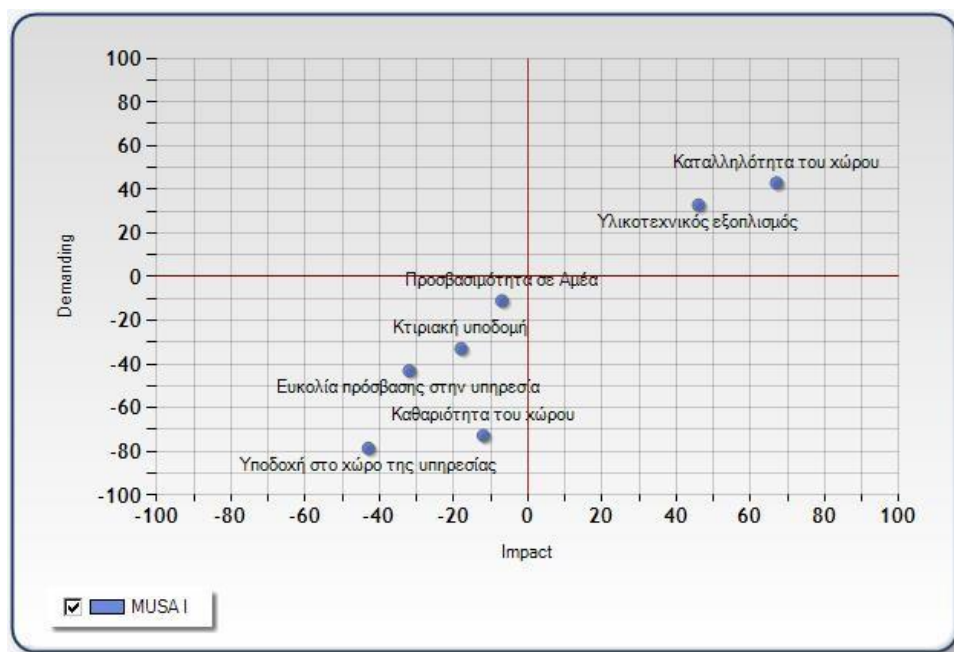
Στο παρακάτω διάγραμμα Δράσης του κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ της υπηρεσίας», παρατηρούμε ότι στην περιοχή δράσης δεν παρατηρείται κάποιο υποκριτήριο. Στην περιοχή ισχύος τα υποκριτήρια «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας» και η «Καθαριότητα του χώρου», αποτελούν τα δυνατά χαρακτηριστικά των προνοιακών κοινωνικών δομών του Δήμου. Τα υποκριτήρια «Προσβασιμότητα σε ΑΜΕΑ», «Καταλληλότητα του χώρου» και ο «Υλικοτεχνικός εξοπλισμός» παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα και αποτελούν την επόμενη προτεραιότητα. Τα υποκριτήρια «Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία» και η «Κτιριακή υποδομή» , βρίσκονται στην περιοχή μεταφοράς πόρων έχουν

υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα και αποτελούν τη διάσταση εκείνη που θα πρέπει να δοθεί η τελευταία προτεραιότητα για ενέργειες βελτίωσης.



**Διάγραμμα 53: Δράσης κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας».**

Στο διάγραμμα βελτίωσης 54 του κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ υπηρεσίας» όλα τα υποκριτήρια και συγκεκριμένα «Καταλληλότητα του χώρου», «Υλικοτεχνικός εξοπλισμός», «Προσβασιμότητα σε ΑΜΕΑ», «Κτιριακή υποδομή», «Καθαριότητα του χώρου», «Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία» και «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας», συνιστούν δεύτερη προτεραιότητα στις προσπάθειες βελτίωσης. Και αυτό γιατί παρουσιάζουν είτε μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, ή εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι ερωτηθέντες δεν φαίνονται ιδιαίτερα απαιτητικοί.



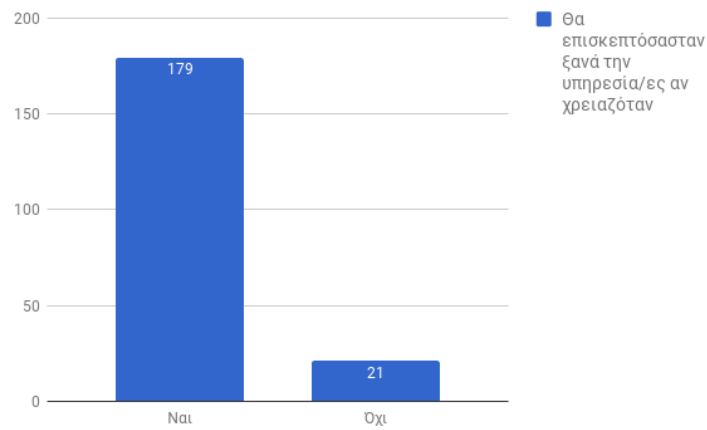
**Διάγραμμα 54: Βελτίωσης κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»**

## 7.6.Ερωτήσεις Πίστης

Η ενότητα των ερωτήσεων Πίστης περιλαμβάνει δύο (2) ερωτήσεις που καταδεικνύουν την πιστότητα των ερωτηθέντων στην έρευνα ικανοποίησης. Αυτές είναι οι εξής:

### 7.6.1. Μελλοντική επίσκεψη στις Προνοιακές Κοινωνικές Δομές

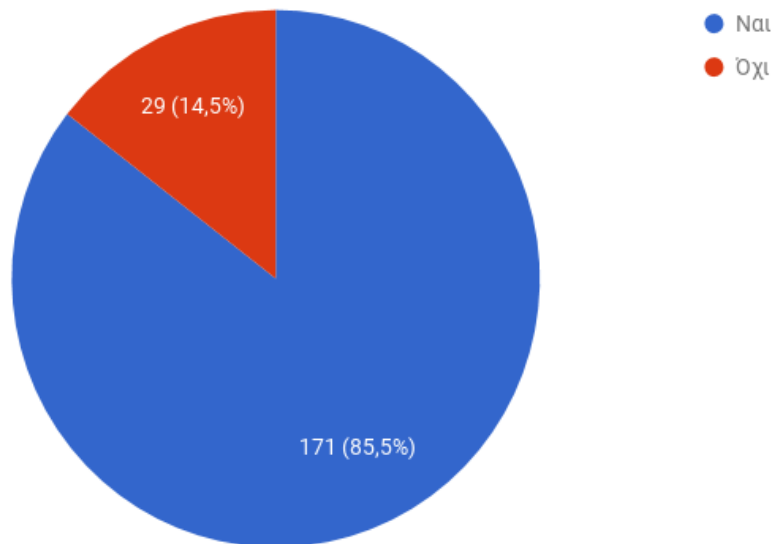
Από την ανάλυση του διαγράμματος 55 έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από το σύνολο των διακοσίων (200) ερωτηθέντων το 89,5% δηλαδή 179 άτομα απάντησαν ότι θα επισκέπτονταν μελλοντικά τις Κοινωνικές Δομές του Δήμου, που σημαίνει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου.



**Διάγραμμα 55: Μελλοντική επίσκεψη στις Κοινωνικές Προνοιακές Δομές**

### 7.6.2. Σύσταση σε άλλους ενδιαφερόμενους

Επίσης στο διάγραμμα 56 ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 85,5% των ερωτηθέντων θα σύστηνε τις υπηρεσίες των Κοινωνικών Δομών και σε άλλους ενδιαφερόμενους που αυτό σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι «Μη-απαιτητικοί» πελάτες- χρήστες προνοιακών υπηρεσιών δηλώνουν ικανοποιημένοι παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.



**Διάγραμμα 56: Σύσταση σε άλλους ενδιαφερόμενους**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα εργασία είναι η πρώτη που υλοποιήθηκε στο Δήμο Μεσολογγίου και προσπάθησε να καταγράψει και να διερευνήσει τους παράγοντες και τα κριτήρια που συντελούν στην ικανοποίηση των ατόμων Τρίτης Ηλικίας από τις παρεχόμενες προνοιακές Υπηρεσίες που προσφέρονται από τις Δημοτικές Κοινωνικές Δομές.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν :

- Να ερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας, από τις προνοιακές υπηρεσίες των Κοινωνικών Δομών του Δήμου Μεσολογγίου.
- Να εντοπιστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση που αντλεί η τρίτη ηλικία, από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου.
- Να εξακριβωθούν οι προσδοκίες των ατόμων τρίτης ηλικίας από τις προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου.
- Να διερευνηθεί το ψυχοκοινωνικό προφίλ των ατόμων τρίτης ηλικίας, που συνδέεται με το βαθμό ικανοποίησής τους.

### **Περιορισμοί Έρευνας**

Η παρούσα έρευνα δεν στερείται περιορισμών, παρά τις προσπάθειες που κατεβλήθησαν σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Το γεγονός ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων περιορίζεται από το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στον Δήμο Ι.Π. Μεσολογγίου όπου το δείγμα είναι περιορισμένο, είναι κάτι πολύ σημαντικό. Κατά την διεξαγωγή της έρευνας είναι πιθανόν και λόγω της ειδικής κατηγορίας των συμμετεχόντων να έχουν προκύψει σφάλματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεδομένου ότι το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ήταν χαμηλό, όπως προέκυψε από την ανάλυση. Επιπλέον, λόγω ηλικίας μπορεί να έχουν προκύψει σφάλματα ανάκλησης της πληροφορίας όπως επίσης να αποκρύφθηκαν κάποια στοιχεία από τους συμμετέχοντες. Η συλλογή δεδομένων από ένα μόνο εργαλείο έρευνας αποτελεί επίσης τροχοπέδη της παρούσας εργασίας, καθώς επίσης σφάλματα μπορεί να προέκυψαν κατά την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Τέλος, η παρούσα έρευνα βασίστηκε στα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων

προς συγκεκριμένες προνοιακές υπηρεσίες του συγκεκριμένου Δήμου και επομένως δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα για το σύνολο των προνοιακών υπηρεσιών των υπόλοιπων δήμων στην Ελλάδα.

Με την ολοκλήρωση της διενέργειας της ερευνητικής προσέγγισης διεξήχθησαν τα ακόλουθα χρήσιμα αποτελέσματα:

### **8.1. Ενότητα I : Δημογραφικά στοιχεία**

Το δείγμα της έρευνας μας αποτέλεσαν 200 άτομα μέλη του Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι (των τριών Δημοτικών Ενοτήτων Μεσολογγίου, Αιτωλικού και Οινιαδών) και του Δημοτικού Ιατρείου. Από το συνολικό δείγμα το 71,5% αποτελείται από γυναίκες και 28,5% από άνδρες. Οι ηλικίες των μελών κυμαίνονταν μεταξύ 58-98 ετών. Ποιο συγκεκριμένα το 46,5% ήταν ηλικίας 78-87 ετών, το 34,5% ηλικίας 68-77 ετών, το 9% ηλικίας 88-97 ετών και το 8,5% από 58 έως 67 ετών.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ερωτηματολογίων διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που αγγίζει το 89%, δηλώνουν ότι είναι απόφοιτοι Δημοτικού Σχολείου, το 97,5 % συνταξιούχοι με μηνιαίες αποδοχές έως 500,00 Ευρώ σε ποσοστό 59% και μόνο το 27,5% δηλώνει αποδοχές έως 1000,00 Ευρώ και το υπόλοιπο 13% πάνω από 1000,00 Ευρώ. Επίσης οι περισσότεροι είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ με ποσοστό 66,5% , το 28% στο ΙΚΑ και το υπόλοιπο 5,5% στο Δημόσιο. Στην πλειοψηφία τους είναι έγγαμοι με ποσοστό 51,5%, το 36,5% χήροι/ες, και το 8,5% άγαμοι/ες.

Επιπλέον, δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι μέτρια σε ποσοστό 53% , ενώ το 27% καλή και το 20% κακή. Στην πλειοψηφία τους, το 65% των ερωτηθέντων αντιμετωπίζει χρόνια προβλήματα υγείας.

Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά των ερωτώμενων γίνεται αντιληπτό ότι η γνώση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα, εισόδημα, υγεία) επηρεάζουν την ικανοποίηση και υπάρχει ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της επιλογής των υπηρεσιών. (Straser.et.al., 2000, Πιερράκος και συν. 2009, Fitzrattrick,1991)

Ως προς την συχνότητα χρήσης των προνοιακών υπηρεσιών των Κοινωνικών Δομών του Δήμου, το 64% δηλώνει ότι χρησιμοποιεί μηνιαίως τις υπηρεσίες τρεις έως πέντε φορές, το 23,5% δύο φορές το μήνα και το 12,5% έξι φορές το μήνα.



Σε σχέση με τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι, το 58,5% δηλώνει ότι χρησιμοποιεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 26,5% κάνει χρήση και των τριών Κοινωνικών Δομών, δηλαδή ΚΑΠΗ, Δημοτικό Ιατρείο και Βοήθεια στο Σπίτι και το υπόλοιπο 15% μόνο το ΚΑΠΗ και το Δημοτικό Ιατρείο. Τα ανωτέρω στοιχεία καθορίζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ωφελούμενων για την μελλοντική και συστηματική χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης με την φροντίδα και την προσωπική εκτίμηση του καθ'ενός ξεχωριστά, τόσο για τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, όσο και για τον τρόπο που αυτές παρέχονται. (Guzman et.al, 1988, Smith, 1992)

## ***8.2.Ενότητα II: Στοιχεία προερχόμενα από το πολυκριτήριο πρόγραμμα ανάλυσης ικανοποίησης MUSA***

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου με τη μέθοδο πολυκριτήριας ανάλυσης MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis) που ακολούθησε ανέδειξε και τεκμηρίωσε τις παραμέτρους που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας από την χρήση προνοιακών υπηρεσιών.

Το πρώτο συμπέρασμα που προκύπτει από την παρούσα μελέτη και ειδικότερα από τους μέσους δείκτες των κριτηρίων ολικής ικανοποίησης, είναι ότι: συνολικά οι ερωτηθέντες εμφανίζονται ικανοποιημένοι με ποσοστό 87,04% από τις παρεχόμενες προνοιακές υπηρεσίες των κοινωνικών δομών του Δήμου, παρόλο που τα κριτήρια του «Διοικητικού προσωπικού» και της «Εξυπηρέτησης» λαμβάνουν χαμηλά ποσοστά, λόγω των δυσκολιών στελέχωσης από έμπειρο και μόνιμο προσωπικό, αλλά και από την ελλειπή χρηματοδότηση για δράσεις και δραστηριότητες που αναβαθμίζουν την ποιότητα υπηρεσιών. Η συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και η καταγραφή των προβλημάτων, επιτυγχάνει την πρόκληση θετικής συμπεριφοράς από την πλευρά των επαγγελματιών, γνωρίζοντας τις αδυναμίες και τις ανάγκες τους, προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στα καθήκοντά τους, μέσω της υποκίνησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων, εκπληρώνοντας το όραμα και την στρατηγική της υπηρεσίας που εργάζονται. (Σταθόπουλος 2012, Ντάνος & Σαμαντά, 2015)

Ένα άλλο αποτέλεσμα της έρευνας που προκύπτει από την μελέτη και αξιολόγηση των διαγραμμάτων απαιτητικότητας είναι ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, εμφανίζονται να μην είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί ως χρήστες προνοιακών υπηρεσιών, αφού η συνάρτηση απαιτητικότητας έχει κοίλη μορφή. Με βάση το γεγονός ότι ο

ολικός δείκτης απαιτητικότητας είναι αρνητικός με τιμή -67,26%, αλλά και οι δείκτες απαιτητικότητας των επιμέρους κριτηρίων έχουν αρνητικές τιμές (Επιστημονικό Προσωπικό -77,23%, Διοικητικό Προσωπικό -14,69%, Εξυπηρέτηση -21,34%, Ποιότητα Υπηρεσιών -74,54, Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας -30,17%, συμπεραίνουμε πως το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων παρουσιάζουν μικρό βαθμό απαιτητικότητας.

Τα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζονται σε αρκετά μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι με το Επιστημονικό Προσωπικό, ποσοστό να αγγίζει το 94,4%. Επίσης δήλωσαν σημαντικό και το κριτήριο της Ποιότητας των Υπηρεσιών με ποσοστό 91,37%. Στη συνέχεια ακολουθούν τα κριτήρια του Διοικητικού Προσωπικού, της εξυπηρέτησης και της Εικόνας/Προφίλ της υπηρεσίας, με πολύ κοντινά ποσοστά μεταξύ τους, περίπου 70%.

Από τη μελέτη των διαγραμμάτων δράσης και βελτίωσης προκύπτει ότι για το κριτήριο «**Επιστημονικό Προσωπικό**», τα υποκριτήρια «Γνώση Αντικειμένου» και «Ευγένεια/Φιλική συμπεριφορά», είναι στην περιοχή ισχύος, δηλαδή αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα των κοινωνικών δομών, ενώ για το υποκριτήριο «Ακρίβειας διάγνωσης και αξιολόγησης» θα μπορούσε να δοθεί μεγαλύτερη σημασία. Στο δε διάγραμμα βελτίωσης βλέπουμε ότι οι προσπάθειες για βελτίωση του επιστημονικού προσωπικού θα πρέπει να επικεντρωθούν στα υποκριτήρια «Συμβουλευτικής υποστήριξης» και «Αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης», καθώς αποτελούν πρώτη προτεραιότητα που με μικρή προσπάθεια από την πλευρά των κοινωνικών δομών, θα επιφέρουν σημαντική ικανοποίηση και αποτελεσματικότητα. Οι γνώσεις, οι ικανότητες, η επικοινωνία, η ενσυναίσθηση, η δέσμευση, παράγουν ποιοτικές υπηρεσίες και αποτελούν κρίσιμες διαστάσεις ικανοποίησης των προσδοκιών και των αναγκών, επιβεβαιώνοντας την συσχέτιση των διαστάσεων ικανοποίησης και του καθοριστικού ρόλου στην διαμόρφωση της ποιότητας υπηρεσιών. (Πιερράκος και συν., 2009, Κυριόπουλος και συν., 2014)

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων του κριτηρίου «**Διοικητικού Προσωπικού**» ποσοστό 93,79%, σε σχέση με τα άλλα υποκριτήρια: «Γνώση αντικειμένου» (60,39%), «Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών» (68,38%), «Ικανότητα χειρισμού των περιπτώσεων» (76,55%). Επιπλέον σύμφωνα με το Διάγραμμα Βελτίωσης, οι προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν προς την κατεύθυνση βελτίωσης του υποκριτηρίου «Γνώση αντικειμένου», καθώς εμφανίζει μεγάλη αποτελεσματικότητα και απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από το προσωπικό που απασχολείται στις κοινωνικές δομές.

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα Βελτίωσης για το κριτήριο «Εξυπηρέτησης», πρώτη προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στα υποκριτήρια «Γραφειοκρατικές διαδικασίες», «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα», «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού» και «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης», αφού με μικρή προσπάθεια από μέρους των προνοιακών κοινωνικών δομών θα επιφέρει υψηλή αποτελεσματικότητα συνολικής ικανοποίησης. Δεύτερη προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στις ενέργειες βελτίωσης που αφορούν τα υποκριτήρια «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση», «Παροχή πληροφοριών», «Χρόνος μεταξύ των πρώτης τηλεφωνικής επαφής και του προγραμματισμένου ραντεβού» και τέλος στην «τήρηση της προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού», αφού οι ερωτώμενοι δεν είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί και η προσπάθεια που θα καταβληθεί θα είναι μικρή, προκειμένου να υπάρξει αύξηση ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Κατά τους Parasuraman, Zeithaml & Berry, (1988), Grönroos, (1990) και Zeithaml, Parasuraman & Berry, (1990) ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και των αναγκών, είναι συνάρτηση με τα κριτήρια ποιότητας των υπηρεσιών και κυρίως με στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος που παρέχεται η υπηρεσία και άπτονται στην προθυμία, στην υποστήριξη, στην άμεση εξυπηρέτηση, στην ευκολία πρόσβασης και στην διάθεση του προσωπικού, να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες.

Οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντικό την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών με βαρύτητα 41,12%, όπου σύμφωνα με το διάγραμμα βελτίωσης του κριτηρίου «**Ποιότητας Υπηρεσιών**», απαιτεί μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να επιτύχουν υψηλή αποτελεσματικότητα. Το στοιχείο της αξιοπιστίας των υπηρεσιών αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα μιας καλής πρώτης εντύπωσης των κοινωνικών δομών, διότι προσθέτει κύρος και αίσθημα εμπιστοσύνης στους ωφελούμενους. Στο κριτήριο αυτό αποδεικνύεται ότι οι ερωτώμενοι έχουν υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις. Η συνέπεια, η αξιοπιστία η πληρότητα και ικανότητα των υπηρεσιών να προσφέρουν ό,τι έχουν υποσχεθεί με σιγουριά και ασφάλεια, είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες και αποτελούν ένα αποδοτικό σύστημα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών δημιουργώντας οφέλη όχι μόνο για την διοίκηση στη λήψη αποφάσεων, αλλά και για τους επαγγελματίες και τους «καταναλωτές» των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. (Σιγάλας Ι., 1999, Παπανικολάου και συν., 2007, Κωσταγιόλας και συν., 2008,)

Τα υποκριτήρια «Υποδοχή στο χώρο» και «Καθαριότητα των Κοινωνικών Δομών» του κριτηρίου «**Εικόνα/Προφίλ των υπηρεσιών**» στο διάγραμμα δράσης παρουσιάζουν υψηλή

απόδοση και υψηλή σημαντικότητα και θεωρούνται τα δυνατά στοιχεία των προνοιακών υπηρεσιών. Επίσης τα υποκριτήρια «Προσβασιμότητα σε ΑΜΕΑ», «Καταλληλότητα του χώρου» και ο «Υλικοτεχνικός εξοπλισμός» είναι χαμηλής σημαντικότητας και απόδοσης, εν τούτοις, από το διάγραμμα βελτίωσης προκύπτει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, προσφέροντας μεγαλύτερη ικανοποίηση και αύξηση αποτελεσματικότητας, αφού οι ωφελούμενοι των κοινωνικών δομών δεν είναι ιδιαίτερα απαιτητικοί χρήστες. Ένας οργανισμός οφείλει να αποτιμά την συνολική εικόνα του χώρου των υπηρεσιών, τις συνθήκες καταλληλότητας των παρεχόμενων προνοιακών υπηρεσιών του, διότι αποτελούν αξιόπιστους δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας μέτρησης ικανοποίησης, προσδιορίζοντας την πιθανή υπεροχή του σε σχέση με άλλους ανταγωνιστές. (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008, Γρηγορούδης, 1999)

Ειδικότερα:

- Παρατηρούμε ότι το Επιστημονικό Προσωπικό και η Ποιότητα των Υπηρεσιών με ποσοστά 94,4% και 91,37%, αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα των Κοινωνικών Δομών του Δήμου και κατέχουν την πρωτιά σε σχέση με τα άλλα κριτήρια Διοικητικού Προσωπικού, Εξυπηρέτησης, Ποιότητας Υπηρεσιών, Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας με αντίστοιχα ποσοστά περίπου 70%.
- Σύμφωνα με το διάγραμμα Συνολικής Βελτίωσης, 1η προτεραιότητα θα πρέπει να δοθούν στα κριτήρια «Διοικητικό Προσωπικό», «Εξυπηρέτησης» και «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσιών», προκειμένου οι ωφελούμενοι νατύχουν υψηλότερης ικανοποίησης.
- Η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα κατατάσσονται στη κατηγορία των «μη-απαιτητικών» χρηστών, δηλαδή τα συγκεκριμένα άτομα δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένα, παρόλο που μπορεί μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους, εκπληρώνεται.
- Σύμφωνα με το δείκτη απαιτητικότητας το σύνολο των ωφελούμενων παρουσιάζουν τον ελάχιστο βαθμό απαιτητικότητας, μιας και ο μέσος δείκτης απαιτητικότητας λαμβάνει αρνητική τιμή (-67,26%).
- Για το Επιστημονικό Προσωπικό προκύπτει ότι: 1<sup>η</sup> προτεραιότητα βελτίωσης απαιτεί η συμβουλευτική υποστήριξη και η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.

- Για το Διοικητικό Προσωπικό προκύπτει ότι: 1<sup>η</sup> Προτεραιότητα βελτίωσης χρήζει η γνώση αντικειμένου.
- Για το κριτήριο «Εξυπηρέτησης» τα υποκριτήρια «Γραφειοκρατικές διαδικασίες», «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα», «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού» και «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης», με μικρή προσπάθεια από μέρους των προνοιακών κοινωνικών δομών θα προσφέρουν υψηλή αποτελεσματικότητα στην συνολική ικανοποίηση των ωφελούμενων.
- Για το κριτήριο «Ποιότητας Υπηρεσιών», προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην «Αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών», διότι απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από το προσωπικό των κοινωνικών δομών, προκειμένου να επιτευχθεί υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ωφελούμενων.
- Για το κριτήριο της «Εικόνας/προφίλ της υπηρεσίας» τα υποκριτήρια, της Καταλληλότητας του χώρου, και του Υλικοτεχνικού εξοπλισμού, παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην ικανοποίηση των ωφελούμενων και απαιτούν μεγάλη προσπάθεια βελτίωσης από τις κοινωνικές δομές.

### **8.3. Προτάσεις**

Μεγάλη αύξηση στην πληθυσμιακή ομάδα της τρίτης ηλικίας έχει παρατηρηθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης, τα τελευταία χρόνια. Αυτό βέβαια σχετίζεται με κάποιους παράγοντες όπως είναι η υπογεννητικότητα, η μετανάστευση, ο περιορισμός της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής του ανθρώπου. Η συγκεκριμένη αύξηση έχει ως λογική συνέπεια την αύξηση δυσκολιών, όπως οικονομική ανέχεια, πολύ χαμηλό εισόδημα, και άσχημες συνθήκες διαβίωσης. Επίσης παρουσιάζουν ψυχικά και σωματικά προβλήματα και ο χρόνος θεραπείας τους είναι μεγάλος, αλλά και η διαδικασία είναι επίπονη χρονοβόρα και με υψηλό οικονομικό κόστος. Αξιοσημείωτο είναι πως αυξάνεται και η δυσκολία να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, φάνηκε πως παρά τις προσπάθειες για απόδοση ικανοποιητικών υπηρεσιών, τα ηλικιωμένα άτομα δεν δηλώνουν πως έχουν το ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Φάνηκε επίσης, ότι τόσο το προσωπικό, όσο και η οργάνωση των υπηρεσιών δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Είναι σημαντική και σπουδαία η ύπαρξή τους, ωστόσο η οργάνωση και η λειτουργία τους επιδέχεται

περαιτέρω εξέλιξη, στοχεύοντας πιο συγκεκριμένα, ώστε να μπορούν οι ωφελούμενοι των κοινωνικών προγραμμάτων να απολαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, να έχουν ποιοτικότερη ζωή με την συμβολή των προνοιακών υπηρεσιών του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου.

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τα αποτελέσματα που ανακτήθηκαν από την έρευνα, θεωρείται σημαντικό να αναφερθούν ορισμένες προτάσεις, οι οποίες εάν τεθούν σε εφαρμογή δίνεται η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των ωφελούμενων των προνοιακών προγραμμάτων και στη μετέπειτα ενίσχυση και αποτελεσματικότερη λειτουργία τους.

Μία πάρα πολύ σημαντική ενέργεια αποτελεί η αύξηση του προσωπικού του Προγράμματος. Αυτή η ανάγκη έγκειται έπειτα από τις απαντήσεις των επαγγελματιών, ότι ο αριθμός του προσωπικού του προγραμμάτων δεν συμβαδίζει με τον αριθμό των ωφελούμενων που πρέπει να εξυπηρετεί. Οι αυξανόμενες ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας, αλλά και η αύξηση του αριθμού αυτών, δυσκολεύει εξαιρετικά το έργο του προσωπικού με αποτέλεσμα να υπάρχει έκπτωση των ποιοτικών υπηρεσιών που διαθέτουν (π.χ. λόγω περικοπών των ωρών, τακτικών επισκέψεων, έλλειψη χρηματοδότησης κ.λπ.).

Επίσης, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη και οι εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών, ώστε να τους παρέχονται μέσα από εκπαιδευτικά σεμινάρια, τα κατάλληλα εφόδια για να εξυπηρετήσουν τους ηλικιωμένους στο έπακρο. Είναι απαραίτητη η στήριξη των στελεχών των προνοιακών υπηρεσιών και σε εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και σε συμβουλευτικό, δεδομένου ότι οι περιπτώσεις που εξυπηρετούν καθημερινώς, με τα προβλήματα που ίσως να αντιμετωπίζουν, σε συνδυασμό με το συνεχές ασαφές νομικό πλαίσιο, προκαλεί αβεβαιότητα για το μέλλον της απασχόλησής τους, που έχει αντίκτυπο αρνητικό και στην ψυχοσύνθεση τους και στη μετέπειτα επαγγελματική κόπωση (burnout syndrome). Ενδεικτικά, βασικά σημεία ενίσχυσης της εκπαίδευσης των εργαζομένων στις Κοινωνικές Δομές Κοινωνικής Προστασίας του Δήμου εντοπίζονται τα εξής: Βασική Παθολογία Γήρασης, Φροντίδα περιβάλλοντος, Υγιεινή, Νοσηλευτική, Κινητικότητα και διασκέδαση (καθώς οι ηλικιωμένοι συνήθως χρήζουν βελτίωσης της σωματικής και κινητικής τους ικανότητας η οποία όμως πρέπει να προέλθει μέσω ειδικών φυσικοθεραπευτικών μεθόδων), πρώτες βοήθειες με στόχο την αποτελεσματική ανταπόκριση και κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Έμφαση κρίνεται ότι πρέπει να δοθεί στην περαιτέρω εκπαίδευση/εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών που αξιοποιούνται από τις δομές (πολλές φορές προέρχονται από

διάφορους φορείς του Δήμου και από συγχρηματοδοτούμενες δομές), καθώς οι ηλικιωμένοι απαιτούν αυξημένες ανάγκες κοινωνικής στήριξης και ψυχικής συμπαράστασης. Τα ανωτέρω απαιτούν την συνεχή επιμόρφωση των κοινωνικών επιστημόνων που εργάζονται στον κλάδο της υγείας και πρόνοιας και ιδιαίτερα σε κοινωνικά θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, αλλά και σε θέματα κοινωνικών πολιτικών.

Για την διασφάλιση της ποιότητας των Προγραμμάτων (quality assurance) καλό θα ήταν να αναπτυχθεί το κομμάτι των πόρων και μέσων με την διάθεση αυτοκινήτων ή και ασθενοφόρων, προκειμένου να μετακινούνται οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ίσως η χιλιομετρική απόσταση να τους εμποδίζει στην πρόσβαση σε ιατρούς ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες. Στα χαρακτηριστικά της ικανοποίησης εντάσσεται και η συνέχεια (continuity), ο βαθμός δηλαδή στον οποίο η φροντίδα για το ηλικιωμένο άτομο είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες και στους οργανισμούς, στο πέρασμα του χρόνου.

Η δυνατότητα συνεργασίας των στελεχών με την Τοπική Κοινότητα διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ισχυροποίηση του θεσμού του Προγράμματος για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους, καθώς επίσης και η ανάπτυξη ενός ισχυρού δικτύου εθελοντών γειτόνων, οι οποίοι θα μπορούν να εξυπηρετούν τέτοιου είδους καταστάσεις. Οι δύο αυτές προτάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως αρωγοί στην εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του, εφόσον υπάρχει ανθρώπινο δυναμικό που το υποστηρίζει.

Όσον αφορά το συντονισμό στο πλαίσιο της τρέχουσας προγραμματικής Περιόδου ο Δήμος έχει εξασφαλίσει χρηματοδότηση για τα επόμενα 3 τουλάχιστον χρόνια, δομής Κέντρου Κοινότητας, η οποία είναι μια νέα δομή που θεσμοθετήθηκε με το Ν. 4368 (ΦΕΚ 21 Α'/21.02.2016). Με τη λειτουργία της επιδιώκεται η περαιτέρω υποστήριξη των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' βαθμού στην εφαρμογή πολιτικών κοινωνικής προστασίας και η ανάπτυξη ενός τοπικού σημείου αναφοράς για την υποδοχή, εξυπηρέτηση, την παροχή υπηρεσιών και τη διασύνδεση των πολιτών με όλους τους φορείς, δομές, υπηρεσίες και τα Κοινωνικά Προγράμματα κοινωνικής προστασίας που αναπτύσσονται, είτε στην περιοχή είτε στην Περιφέρεια, είτε σε εθνικό επίπεδο, με ιδιαίτερη στόχευση στα προγράμματα και στις δράσεις που αποσκοπούν στην κοινωνική ένταξη. Αποτελεί το βασικό «πυρήνα» διευρυσμένων υπηρεσιών τύπου "One StopShop", με εξατομικευμένη ολιστική προσέγγιση, υποστηρίζοντας και συνεργώντας με την κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου, ως δράση «ομπρέλα» παρέχοντας υπηρεσίες οι οποίες ανταποκρίνονται στις πολιτικές που ήδη υλοποιούνται ή προγραμματίζονται και τις ενισχύουν περαιτέρω.

Μέσω της δομής αυτής προβλέπεται η πληροφόρηση και η διασύνδεση των δημοτών με φορείς και προγράμματα κοινωνικής προστασίας, αλληλεγγύης και κοινωνικής ένταξης που υλοποιούνται σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, υποστηρίζονται οι πολίτες για την ένταξή τους στα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και στη διαδικασία υποβολής αιτήσεων, παραπέμπονται αιτήματα σε άλλες δομές, παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη, συμπράττει στην ανάπτυξη Δικτύου Εθελοντισμού και διοργανώνει εκδηλώσεις πολιτισμικού, επιμορφωτικού, κοινωνικού περιεχομένου.

Μία τελική πρόταση θα μπορούσε να αποτελέσει η διεξαγωγή περαιτέρω ποιοτικής έρευνας με επίκεντρο την αξιολόγηση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Η διαφοροποίηση από την τρέχουσα έρευνα, θα μπορούσε να γίνει μέσω λήψης διαφορετικού δείγματος. Αναλυτικότερα, θα μπορούσε να διεξαχθεί έρευνα με ομάδα-στόχο την επιστημονική ομάδα των υπηρεσιών καθώς και το υπόλοιπο προσωπικό. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να διαμορφωθούν ερωτηματολόγια με τις κατάλληλες ερωτήσεις, ώστε να διεξαχθούν χαρακτηριστικά που μετρούν τον βαθμό ικανοποίησης των προσωπικού από την εργασία τους. Έπειτα θα ήταν καλό να διεξαχθεί και μία ποσοτική έρευνα που θα διερευνά εάν όλα αυτά τα ευρήματα μπορούν να γενικευθούν και στις υπόλοιπες δημόσιες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας των υπόλοιπων Δήμων της Ελλάδας.

Βέβαια, οι παραπάνω προτάσεις δημιουργήθηκαν έπειτα από τα αποτελέσματα της έρευνας σε συνδυασμό με την παρεχόμενη βιβλιογραφία της ελληνικής και διεθνούς πραγματικότητας. Δεν θα πρέπει όμως να παραληφθεί η αναγκαιότητα για ενίσχυση της προσπάθειας από την εκάστοτε Τοπική Κοινότητα επιστημονικής καταγραφής και εκτίμησης των αναγκών της. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα χρησιμοποίησης ενός αξιόπιστου κοινωνικού χάρτη, προκειμένου να σχεδιαστούν μακροπρόθεσμες στρατηγικές παρέμβασης που να απαντούν στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Η παρέμβαση αυτή σε εθνικό επίπεδο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των ηλικιωμένων και να προκληθούν έτσι μεταρρυθμίσεις, αλλά και δράσεις στις κοινωνικές υπηρεσίες, δίνοντας ευκαιρίες στην ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών τους.

#### **8.4. Συζήτηση**

Σημαντικός παράγοντας υπολειτουργίας των Δομών είναι η μείωση στην χρηματοδότηση τόσο εξαιτίας της γενικότερης οικονομικής κρίσης (με αποτέλεσμα τη μείωση των εσόδων



και της Κεντρικής Χρηματοδότησης του Δήμου) όσο και εξαιτίας του γεγονότος ότι ο τομέας της Κοινωνικής Πολιτικής δεν αποτελεί σε γενικές γραμμές προτεραιότητα του Δήμου.

Επίσης από την πολυετή εμπειρία της συγγραφέως στην κοινωνική υπηρεσία του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ότι ενώ τα οφέλη από την χρήση διαρθρωτικών πόρων (ΕΣΠΑ) είναι μεγάλη, πρέπει να συνοδεύεται αφενός μεν από τη πολιτική βούληση να συνεχιστεί η προσπάθεια λειτουργίας των δομών που δημιουργούνται, αφετέρου δε να υπάρχουν στο Δήμο οι διαθέσιμοι πόροι για την συνέχιση της λειτουργίας τους. Δυστυχώς αυτό σπάνια συμβαίνει με αποτέλεσμα δομές που ξεκινάνε δυναμικά (χρήση πόρων ΕΣΠΑ για τη σύσταση και αρχική λειτουργία) δυστυχώς δεν συνεχίζουν τη λειτουργία τους μετά το πέρας της χρηματοδότησης καθώς δεν υπάρχουν οι διαθέσιμοι πόροι. Σημαντικό παράγοντα στην επίλυση αυτού του προβλήματος είναι η καλλιέργεια πνεύματος εθελοντισμού στους πολίτες και στις επιχειρήσεις του Δήμου προκειμένου να καθίσταται δυνατή (ή απλά να υποστηρίζεται) η συνέχεια λειτουργίας των δομών (έστω και με μειωμένο προσωπικό/εργαζόμενοι μέσω αξιοποίησης εθελοντών, δωρεών, κλπ.).

Επιπλέον η γειτνίαση με άλλα μεγάλα αστικά/ημιαστικά κέντρα (πχ Αγρίνιο) μειώνει τους διαθέσιμους πόρους για το Δήμο μας.

Όσον αφορά τη λειτουργία των δομών καταγράφεται σειρά προβλημάτων, βασικότερα των οποίων θεωρούνται τα εξής:

- Καθυστερήσεις στις πληρωμές των εργαζόμενων των δομών (καταγράφεται ακόμα και στις περιπτώσεις χρηματοδότησης λειτουργία συγχρηματοδοτούμενων δομών – πχ κοινωνικό παντοπωλείο, συσσίτιο). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι συχνό είναι το φαινόμενο οι εργαζόμενοι του Βοήθεια στο Σπίτι να μένουν απλήρωτοι για περιόδους 4-5- μηνών.
- Η συνεχής εναλλαγή του προσωπικού των δομών
- Η υποστελέχωση της Κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου (σε συνδυασμό με την μεγάλη έκταση του Δήμου η κάλυψη όλων των περιστατικών είναι πρακτικά αδύνατη). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ακόμα και η μετακίνηση γίνεται με τα ιδιωτικά μέσα μετακίνησης του προσωπικού με δικά του έξοδα.
- Το προσωπικό (μόνιμο του Δήμου αλλά και το συνεχώς εναλλασσόμενο προσωπικό των δομών) δεν λαμβάνει την απαραίτητη πλέον συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση.
- Τόσο το προσωπικό, όσο και η οργάνωση των υπηρεσιών δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες των ηλικιωμένων.



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμηνά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α., (1986), Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
2. Αμίτσης, (1993), *Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες- Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Χτούρη* (επ.), *Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής*.
3. Αφουξενίδης, Α., Γαρδίκη, Μ. (2015), *Χαρτογραφώντας την κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα σήμερα: προβλήματα και προοπτικές. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 143.
4. Γρηγορούδης Βαγγέλης - Σίσκος Γιάννης, (2000), *Ποιότητα Υπηρεσιών και Μέτρηση Ικανοποίησης του Πελάτη - Το σύστημα MUSA, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα*
5. Γρηγορούδης, Β. Σίσκος Γ., (2000), *Ποιότητα Υπηρεσιών και Μέτρηση Ικανοποίησης του Πελάτη - Το σύστημα MUSA, Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα*
6. Γρηγορούδης, Ε.,(1999), *Μεθοδολογία μέτρησης & ανάλυσης ικανοποίησης: μια πολυκριτήρια αναλυτική - συνθετική προσέγγιση*, Κρήτη.
7. Δαρδαβέσης,Θ *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας* , ΑΘΗΝΑ 1989 .
8. Δερβιτσιώτης Κ. (2005), *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (2η εκδ.). Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
9. Δρόσος Δ. (2015) *Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ΑΤΕΙ Πειραιά. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας*
10. Ε.Κ.Κ.Ε., (2002), «Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας», Αθήνα.
11. ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2014
12. Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν& Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην
13. Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας Ν.3329/2005 ΦΕΚ 81/4-4-2005 Τ.Α' «Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».
14. Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη, Α., (2005), *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Κριτική, Αθήνα.
15. Ζήρας, Κ., Αγαλόπουλος, Γ., (2015), *Τρίτη ηλικία: πολιτικές πρόνοιας*, Πάτρα.
16. Ήρα Έμκε – Πουλοπούλου, (2007), *Η μεταναστευτική πρόκληση*, Εκδόσεις Παπαζήση.

17. Καλαϊτζή, Β., (2005), *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*. Mendor, Αθήνα.
18. Καλλινικάκη, Θ. (2010) *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Τόπος
19. Καλογεροπούλου, Μ., (2011). *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
20. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αδαμακίδου. Θ., Βελονάκη, Β.Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιόνης, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π.Μ., Παπαδάκη, Μ., Σακελάρη, Ε., (2015), *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>)
21. Καλομοίρη, Ο., Χουστουλάκη, Σ., Τυλιάνη Α., (2014), *Κ.Α.Π.Η γωνιών Δήμου Μαλεβιζίου: τάσεις και προοπτικές - η διερεύνηση των αναγκών των ηλικιωμένων*. Ηράκλειο
22. Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοιζίδης Γ., Μπούζας
23. Καραμαλέγκος, Α., (2017), *Διερευνώντας τη λειτουργική σχέση μεταξύ νευρωνικής δραστηριότητας του συμπλόκου αφαίρεσης της καλύπτρας mRNA και της μακροζωίας στον *Caenorhabditis elegans**, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Θετικών Επιστημών/Τμήμα Βιολογίας, Αθήνα
24. Κεφαλοπούλου, Ζ., Μπονίκος, Δ. (2006). *Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Παρισιάνος
25. Κορκίδη, Ε., (2011), *Ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων μια πρώτη καταγραφή στα ΚΑΠΗ των Χανίων*, Αθήνα.
26. Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., (2008), *Γυναίκα και Υγεία*, Επιστημονική Επιμέλεια, Παπαζήσης, Αθήνα
27. Κρεμαστινός, Δ., (2010), “Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη” από [www.hearthview.gr](http://www.hearthview.gr) Συνέδριο Αθήνα. (πρόσβαση 4/9/2017)
28. Κρεμαστινού Τζ., Μεράκου, Κ., Μπαρμπούνη Α., (2007) *Τρίτη Ηλικία*. Στο : *Δημόσια Υγεία*, Τεχνόγραμμα, Αθήνα.
29. Κυριαζόπουλος, Π. Γ. & Σαμαντά, Ε. (2011), *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
30. Κυριόπουλος Γ., Ανδριώτη Δ., Boerma W., (1995), *Υπηρεσίες Φροντίδας στο Σπίτι, στην Ελλάδα*.

31. Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., Τσακός,Γ. (2014), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο
32. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ. Αθήνα.
33. Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α., (1999), *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
34. Μαδιανός, Μ., (2000), *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα.
35. Μαδιανός, Μ.Γ. , (2005), *Ψυχιατρική κ αποκατάσταση* , Αθήνα.
36. Μαλγαρινού Μ. και Γούλια Ε. (1997), *Η νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα*, Εκδόσεις Ταβιθα, 4<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα
37. Μαρκάκη, Κ.Ε. (2012), *Η ανταλλακτική οικονομία ως πρακτική της αλληλέγγυας οικονομίας: μορφές ανταλλακτικής οικονομίας στη σύγχρονη Ελλάδα*. Hellenicus
38. Μουσούρου Α., (1993), *«Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα»*, στο 3<sup>ο</sup> Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, *«Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα»*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.
39. Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ., *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, ΤΟΜΟΣ 4, ΤΕΥΧΟΣ 3.
40. Μπαλούρδος, Τεπέρογλου, Α., Φακιολάς, Α., (1996), *Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης. Στο διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
41. Νικολάου Δ. *«Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ηλικιωμένων και Νοσηλευτική Παρέμβαση»*, (2015) Πάτρα.
42. Ντάνος Α., Σαμαντά Ε., (2015), *Εισαγωγή στην Διοίκηση και Ανάπτυξη Ανθρωπίνων Πόρων* εκδ. Σύγχρονη Εκδοτική.
43. Ντάση, Α., Σαβιόλη, Π., (2012), *Ο βαθμός ικανοποίησης και η αυτοαναφερόμενη υγεία χρηστών του προγράμματος "βοήθεια στο σπίτι" στον Δημο Ηράκλειου*, Ηράκλειο.
44. Ξημεράκη, Κ. ,(2015), *Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Δημόσιο Νοσοκομείο «Η περίπτωση της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.Η.*, Ηράκλειο.

45. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., (2001), *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
46. Παναγιωτάκης, Γ., (2008), *Εκπαιδευτικές ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία*, Ηράκλειο.
47. Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19.
48. Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008), *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Ερευνών. Αθήνα.
49. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., (1993), «*Επιδημιολογία της Τρίτης ηλικίας*» στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «*Υγεία και Κοινωνική Προστασία στη Τρίτη Ηλικία*», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
50. Παπαλιού, Ο., Φαγκαδάκη, Ε. (2007), *Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους*, Στο : *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Επιμ.)*, Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας το 2006 – Ενότητα 3, ΕΚΚΕ, Αθήνα.
51. Παπάνης Ε. Τρίτη ηλικία (2007), Ελληνική κοινωνική ερευνα Greek social Research [http://eparanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post\\_7466.html](http://eparanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_7466.html)
52. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. *Η ικανοποίηση Του ασθενή ως δείκτης Ποιότητας της Νοσοκομειακής φροντίδας*, *Επιθεώρηση Υγείας*.2007;56:248---256.
53. Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές –Μέθοδοι & Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
54. Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος, (2015), *Περιφερειακή Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και την Καταπολέμηση της Φτώχειας*, Πάτρα,
55. Πεχτελίδου, Α.Δ. (2014), *Η εφαρμογή της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και η πληροφόρηση του ανθρώπινου δυναμικού σε θέματα ποιότητας*, Διαθέσιμο στο <https://dspace.lib.uom.gr>
56. Πιερράκος, Γ., Τομαράς, Π., (2009), *Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας*. Νοσηλευτική, Αθήνα.
57. Πλατή Χ., (2000), *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Αθήνα.
58. Πλατή, Χρ., (1993), *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα.

59. Ραφτόπουλος, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε., (2002), *Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 19(5), 577-589.
60. Σουλιώτης, Κ., Δουλγεράς, Α., Κοντός, Δ. & Οικονόμου, Χ. (2002), *Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*.
61. Σταθόπουλος, Π. (2000), *Κοινωνική Εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης*. Αθήνα: Παπαζήση
62. Σταθόπουλος, Π. (2005), *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης
63. Σταθόπουλος, Π. (2012), *Οργάνωση και διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Παπαζήση
64. Στασινοπούλου Ο., (1996), «*Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*», Gutenberg, Αθήνα.
65. Τσακρακλίδης, Β., (2007), *Η Βιολογία του Γήρατος*. Διαθέσιμο στη [www.hygeia.gr/media/files/660-publications.pdf](http://www.hygeia.gr/media/files/660-publications.pdf) (πρόσβαση την 28η Αυγούστου 2017).
66. Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990), *Διαστάσεις της Φτώχειας στην Ελλάδα, Ε.Κ.Κ.Ε, Αθήνα*
67. Χαλαστάνη, Β., (1993), *Κατ' οίκον Νοσηλεία- Το παράδειγμα ενός Ογκολογικού Νοσοκομείου*.
68. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρη Χ., Αγά Γ. (2007), Ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας e-Journal of Science & Technology

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

69. Aboderin I. Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. Ageing and Society. 2004a;24(01):29  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001521>
70. Aunan E. Writing information and consent prior to orthopaedic surgery. Tidsskr Nor Laegeforen 2003; 123: 2594-6.

71. Billings J., Zeitel L., Lukomnik J., Carey TS., Blank AE., Newman L., (1993). Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City, *Health Aff (Millwood)*, 12(1), 162-173.
72. Bond, S., & Thomas L.H. (1992). *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*, 17:52-63.
73. Darkwa O. K. Reforming the Ghanaian social security system: Prospects and challenges. *Journal of Cross - Cultural Gerontology*. 1997; 12:175-187. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1006555403339>
74. Donabedian A. (1996), "*The Effectiveness of Quality Assurance*", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 8, No. 4.
75. Donabedian, A.K. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
76. Drosos, D., Tsotsolas N., Zagga, A., Chalikias, M., Skordoulis, M. (2015) *MULTICRITERIA Satisfaction Analysis Application in the Health Care Sector 7<sup>th</sup> International Conference on Information and Communication Technologies in Agriculture, Food and Environment (HAICTA ,2015) Kavala, Greece, 17-20 September, 2015*
77. Eurostat, (1999), "Demographic Statistics data 1960-1999", Luxembourg
78. Fitzpatrick, R. (1991). *Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations*. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
79. Fox, J. & Storms, D. (1981). *A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care*, *Social Science & Medicine*, 15 (5), 557-564.
80. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. *West J Med* 1995; 163: 527-31.
81. Grigoroudis, E., Politis, Y., Spyridaki, O., & Siskos, Y. (2002). *Modelling importance preferences in customer satisfaction surveys. In 56th Meeting of the European Working Group (pp. 3-5)*.
82. Grigoroudis, E., Siskos, Y., & Saurais, O. (2000). *TELOS: A customer satisfaction evaluation software. Computers & Operations Research*, 27(7), 799-817.
83. Grönroos, C. (1990). *Service management and marketing. Lexington, Mass: Lexington Books*. 78



84. Guzman, P. M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., & Wright, W.R. (1988). *Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. Patient Education and Counseling*, 12, 225- 233.
85. Irish Society for quality & Safety in Healthcare, ISQSH (2005) [web site]. *Dublin, Irish Society for Quality and Safety in Healthcare* (<http://www.isqsh.ie/> , accessed October 2005).
86. Kathleen, (2001), Daily Mock, Effective clinician-patient communication, Published February 2001 <http://www.physiciansnews.com/law/201.html>.
87. Kathleens S.Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B, Watson, (2012) Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα. Επιμέλεια: Λαμπρινη Κουρκούτα και συν. Μετάφραση: Κωνσταντίνος Αγγελόπουλος και συν. Τόμος 1<sup>ος</sup> και 2<sup>ος</sup> . Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
88. Leonid A. Gavrilov, Natalia S. Gavrilova (2001). The Reliability Theory of Aging and Longevity. *Journal of Theoretical Biology* 213: (4): 527-545.
89. Leonid A. Gavrilov, Natalia S. Gavrilova; V.P. Skulachev (ed.); John and Liliya Payne (trans.) (1991). *The Biology of Life Span: A Quantitative Approach*. Chur; New York: Harwood Academic Publishers. ISBN 9783718649839.
90. Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. (1981), *Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. Evaluation and Program Planning*
91. Lostao L., Redigor E., Calle M.E., Navaro P., Dominguez V., (2001). Changes in Socioeconomic Differences in the Utilization of the Accessibility to health Services in Spain Between 1987 and 1995/97, *Rev Esp Salud Publica*, 75(2), 115-127.
92. Maslow A.H. (1995) *Ψυχολογία της Ύπαρξης*, εκδ. Diodos, Αθήνα. Σελ. 47-106
93. Mc Isaac W., Goel V., Naylor D., (1997). Socioeconomic Status and Visits to Physicians by Adults in Ontario, Canada, *J Health Serv Res Policy*, 2(2), 94
94. MIAOULIS G Jr, GUTMAN J, SNOW MM. Closing the gap: *The patient-physician disconnect. Health Mark Q* 2009, 26:56–68
95. Morasso G, Alberisio A, Capelli M, et al. *Illness awareness in Cancer Patients: a Conceptual Framework and a Preliminary Classification Hypothesis. Psycho-Oncology* 1997, 6:212-217.

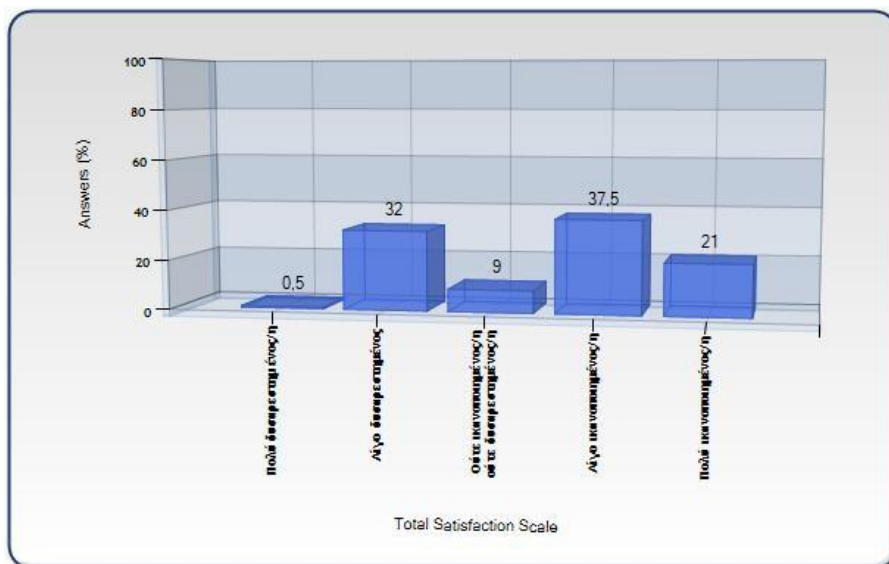
96. OECD (1996), "Globalisation: What Challenges and Opportunities for Governments?", p 132 OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), 6. (1988), "Ageing populations. The social policy implications, Paris, pp. 132
97. OECD (1999). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. OECD, Paris (Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.oecd.org/els/public-pensions/2429430.pdf>)
98. OECD (2015). Health Statistics 2015. Organisation for Economic Cooperation and Development <http://www.oecd.org/greece/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm>
99. Oliver R. (1997), "Effect of expectation and disconfirmation on post-expense product evaluations: n alternative interpretation", *Journal of Applied Psychology*, 62: 480-486
100. Papagiannis A, Richards R, Shale DJ. Patient satisfaction with information provided in an outpatient clinic for respiratory diseases. *Respir Med* 1995; 89: 673-6.
101. Parasuraman, Zeithaml and Berry, "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing*, Spring 1988, pp. 12-40.
102. Pascoe, G. (1983). *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. *Evaluation and Program Planning*, 6, 189
103. Råstam L., Selander S. and Troein M., *Communication in Care: A Structural Framework*, *The European Journal of Public Health* 1992 2(2):123-127, *European Journal of Public Health*
104. Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, (2011). *Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων*. Cyprus.
105. Schäfer T, Merkl J, Klemm E, Wichmann H, ERing J, KORA Study Group, *The epidemiology of nevi and signs of skin aging in the adult general population: results of the KORA-survey 2000*. *J Invest Dermatol* 2006;126 (7) 1490- 1496 *PubMedArticle* sciencearchives.wordpress.com, (ημερομηνία πρόσβασης 4/9/2017)
106. Slater, R. (2003) Γηρατειά-Θλιμμένος χειμώνας ή δεύτερη άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης μετ. Μεταξάς, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
107. Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4:3, 171-177
108. Solomon M. (1992) Happy now? *Health Service Journal*. 102: 24-26

109. Strasen L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18 (11):5-6.
110. Tabloski Patricia A. Paperback – 2006 *Gerontological Nursing - The Essential Guide to Clinical Practice*
111. The journal family of practice, [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=799](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=799), 2001; 50: 323- 328.
112. Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 ; 327
113. WHO Expert Committee.(1989). Health of the elderly. Geneva: World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39521/1/WHO TRS 779.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39521/1/WHO_TRS_779.pdf)
114. Zeithaml, Parasuraman and Berry, *Delivering Quality Service – Balancing Customer Perceptions and Expectations* (New York: The Free Press), 1990

#### ΠΗΓΕΣ INTERNET

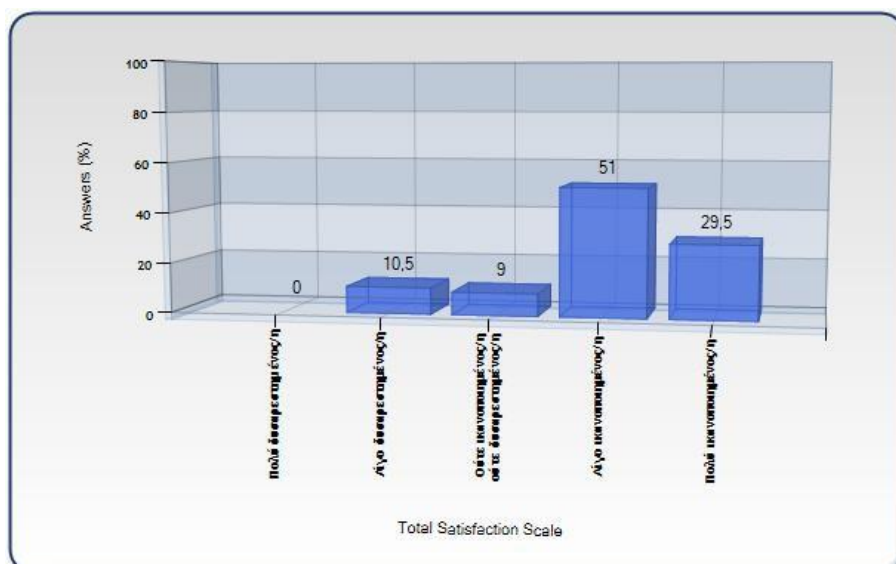
115. [www.arch.ntua.gr/](http://www.arch.ntua.gr/)
116. [www.dekatrikala.gr](http://www.dekatrikala.gr)
117. <http://epapanis.blogspot.gr/>
118. [www.gerontology.gr](http://www.gerontology.gr).
119. <http://www.isqsh.ie>
120. [www.Kethi.gr](http://www.Kethi.gr)
121. [www.makropilotti.fi](http://www.makropilotti.fi)
122. <http://www.statistics.gr/>
123. <http://www.ypakp.gr/>
124. <http://www.medlook.net/article.asp>
125. <http://www.alzheimerathens.gr/>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ. ΜΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

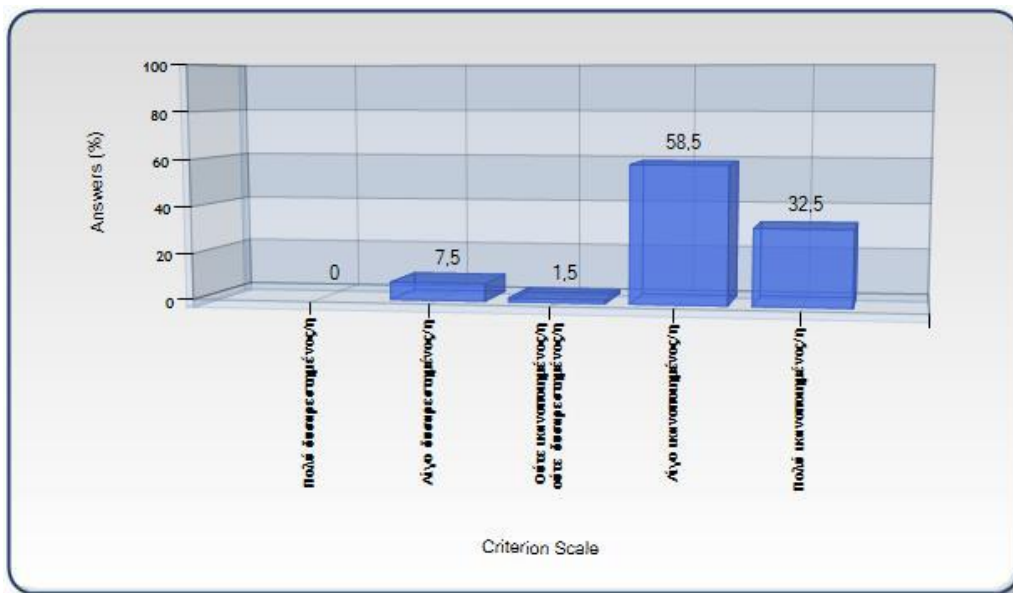


Διάγραμμα 57 Π: Συνολική (ολική) Ικανοποίησης Κριτηρίων

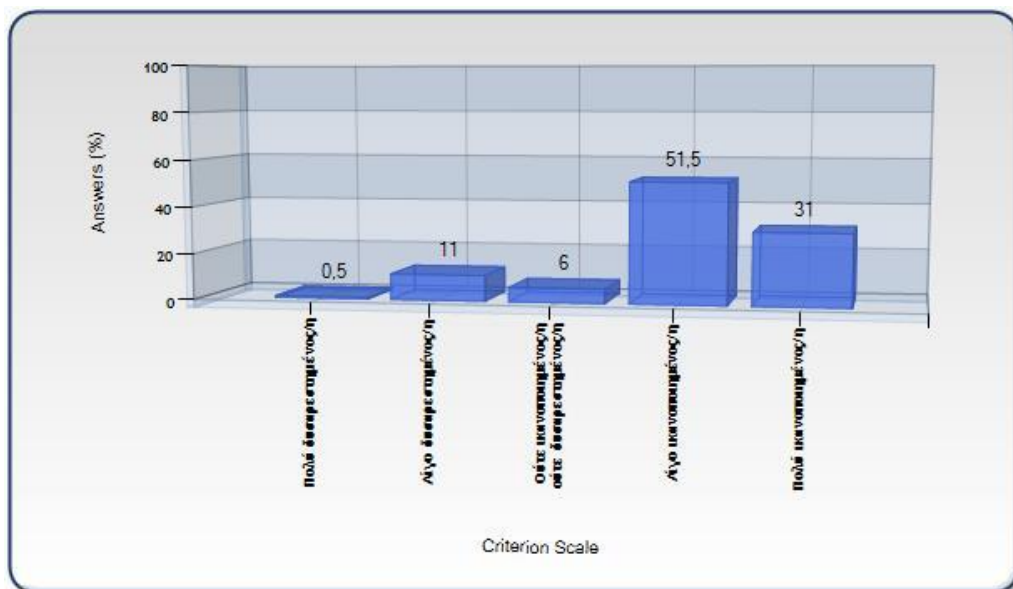
### ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



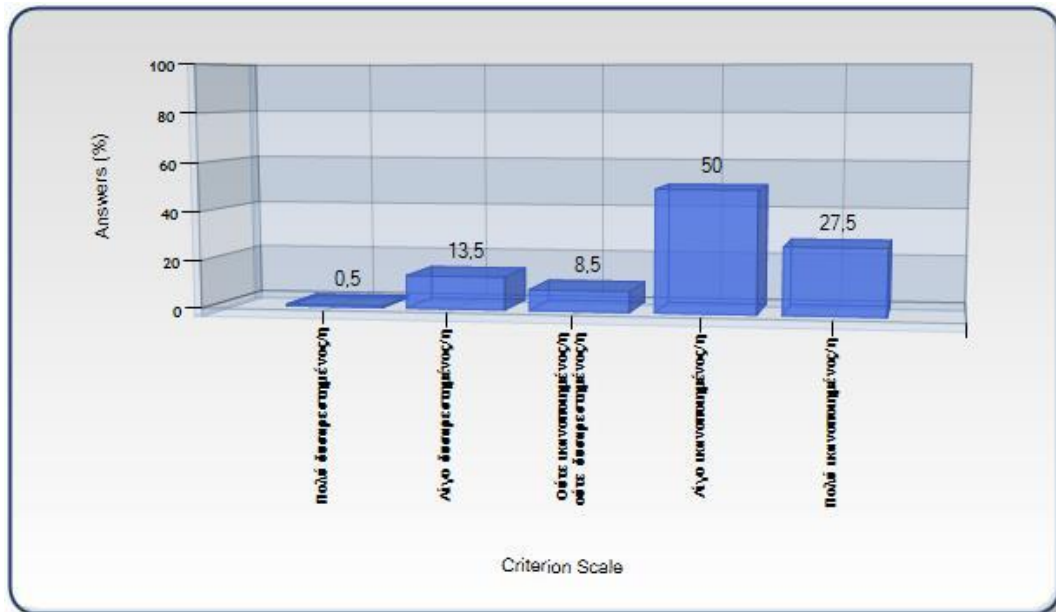
Διάγραμμα 58 Π : Συνολική Ικανοποίηση-Κριτήριο «Επιστημονικό Προσωπικό».



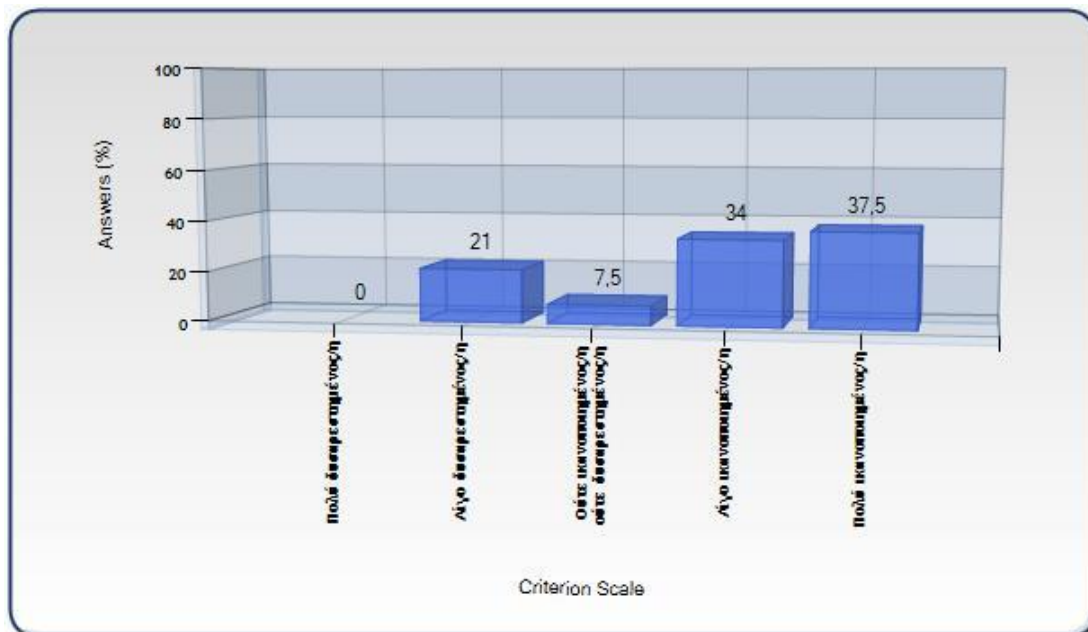
Διάγραμμα 59 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Γνώση Αντικειμένου».



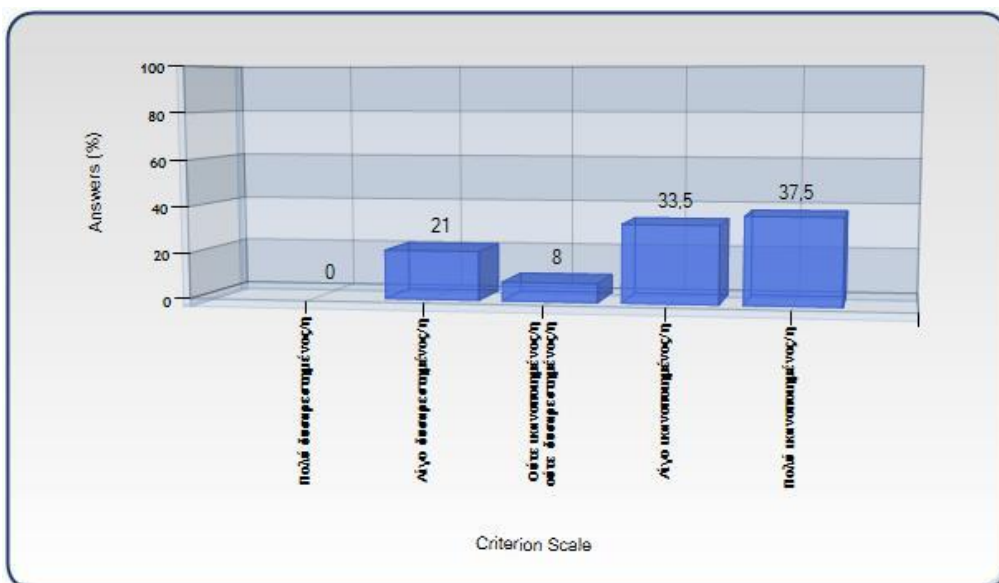
Διάγραμμα 60 Π : Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ακρίβεια διάγνωσης αξιολόγησης».



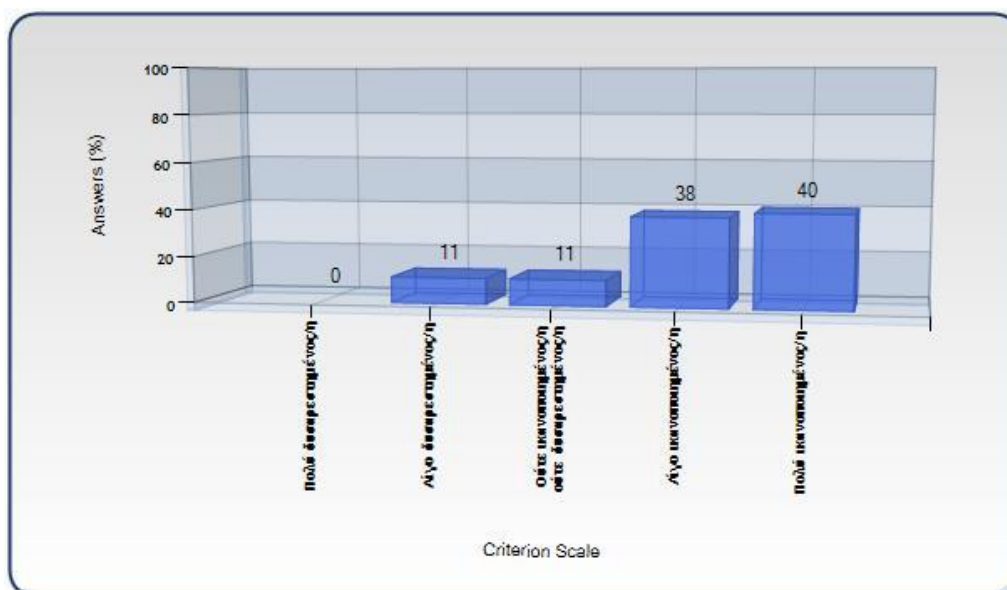
*Διάγραμμα 61 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Αποτελεσματικότητα θεραπευτικής παρέμβασης».*



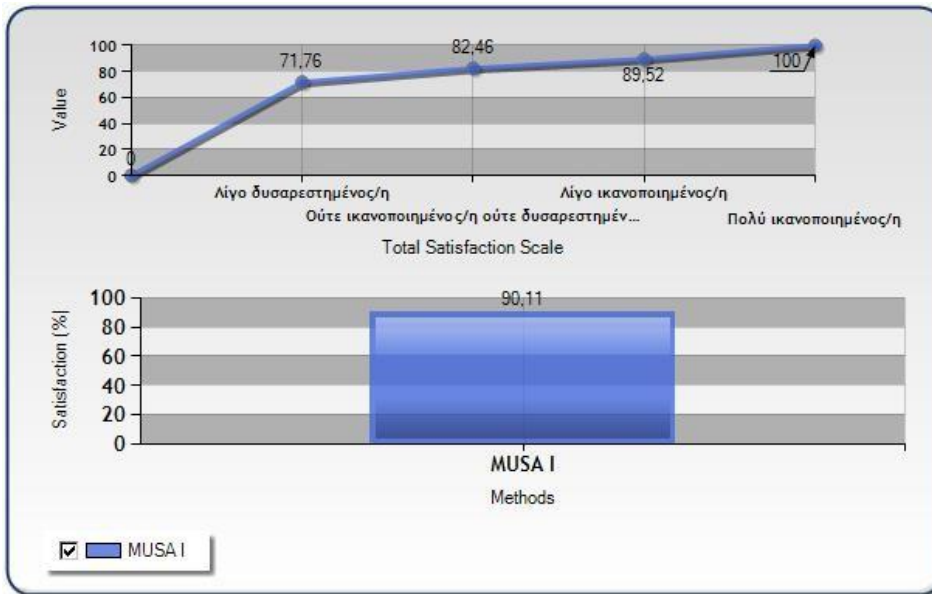
*Διάγραμμα 62 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευγένεια/φιλική Συμπεριφορά».*



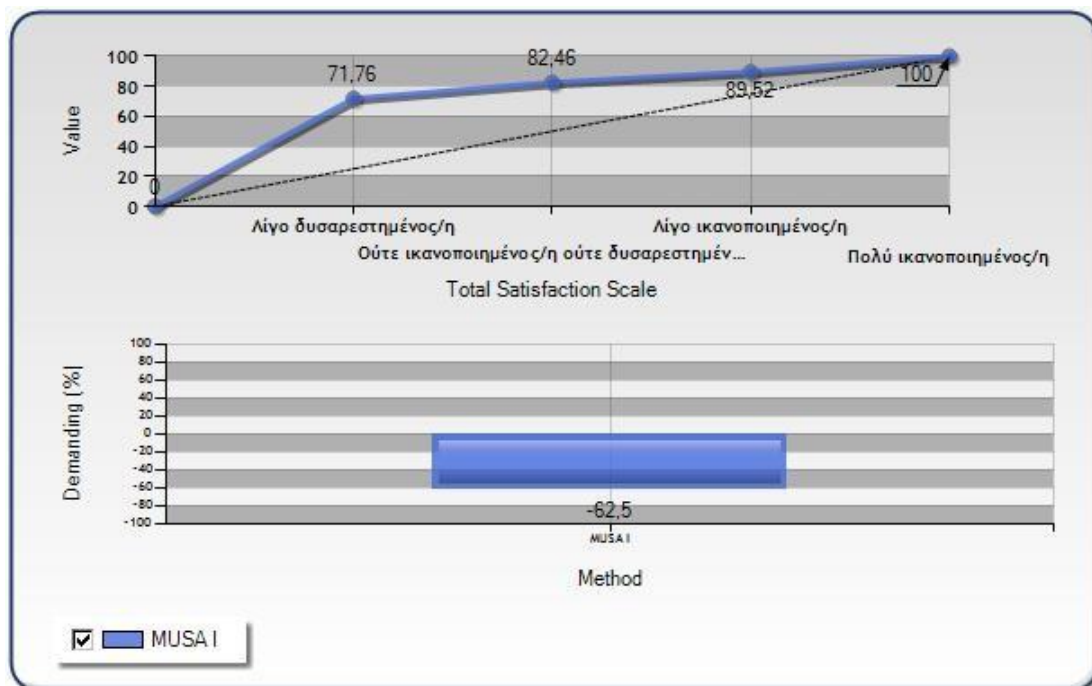
Διάγραμμα 63 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Συμβουλευτική υποστήριξη».



Διάγραμμα 64 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προστασία προσωπικών δεδομένων».



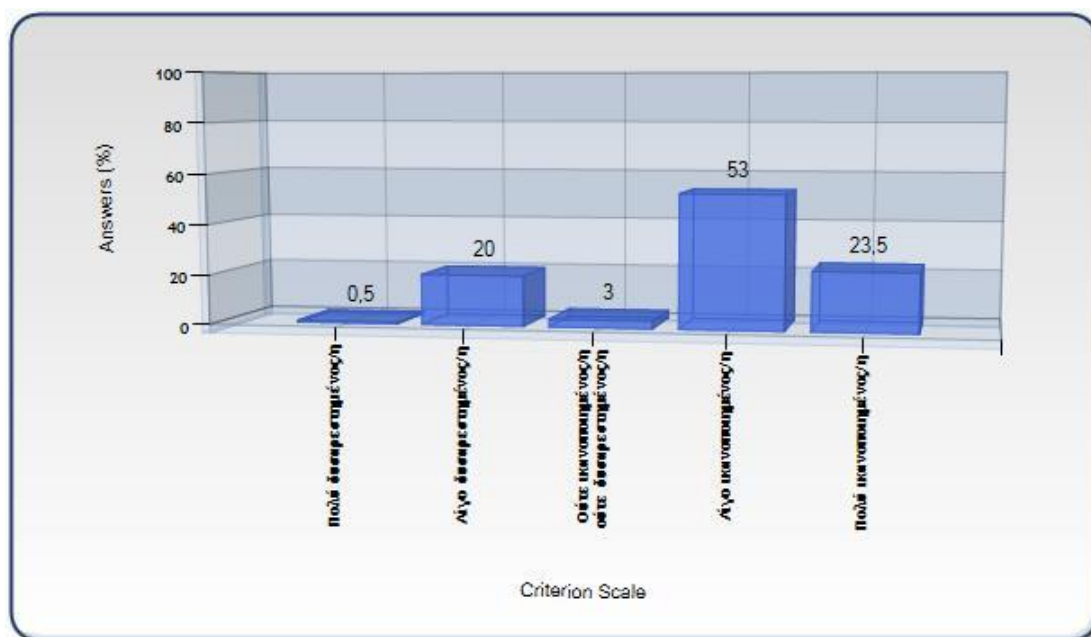
Διάγραμμα 65 Π : Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Επιστημονικό Προσωπικό».



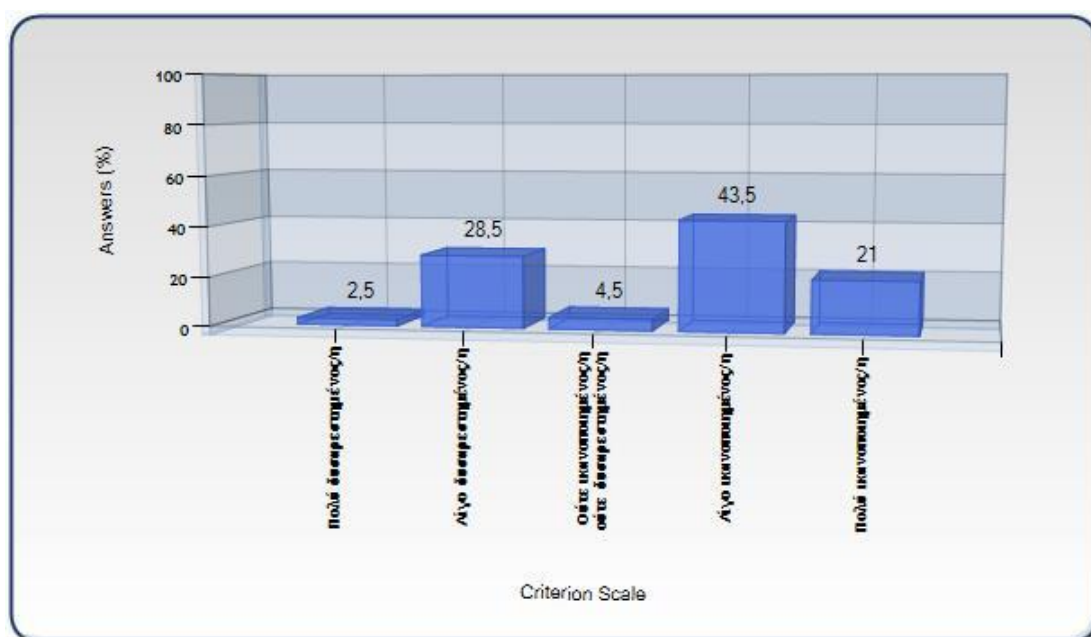
Διάγραμμα 66 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Επιστημονικό Προσωπικό».



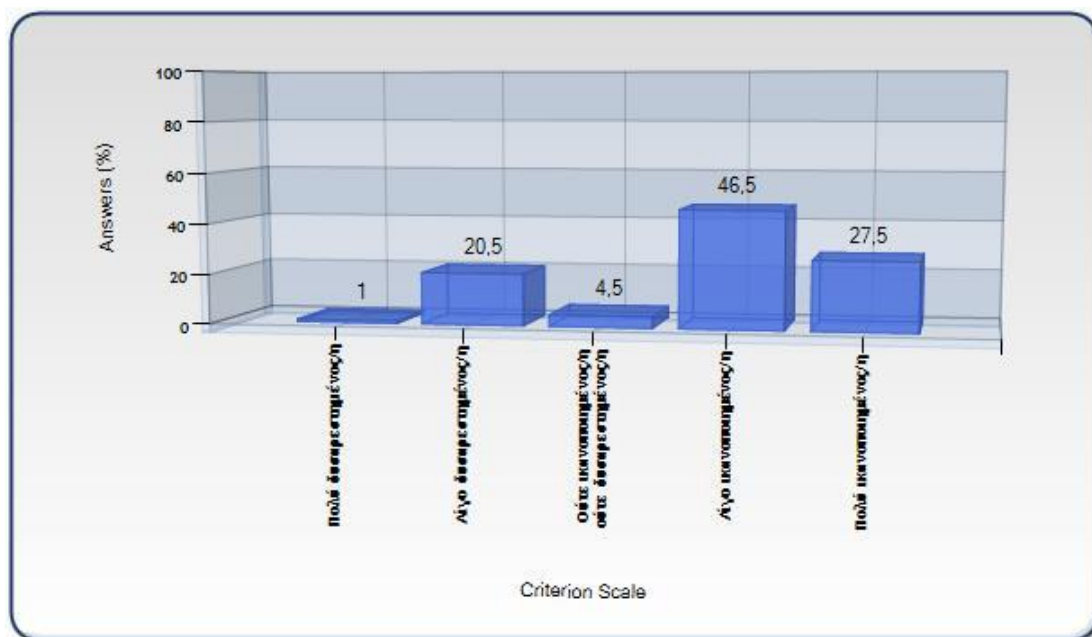
## ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



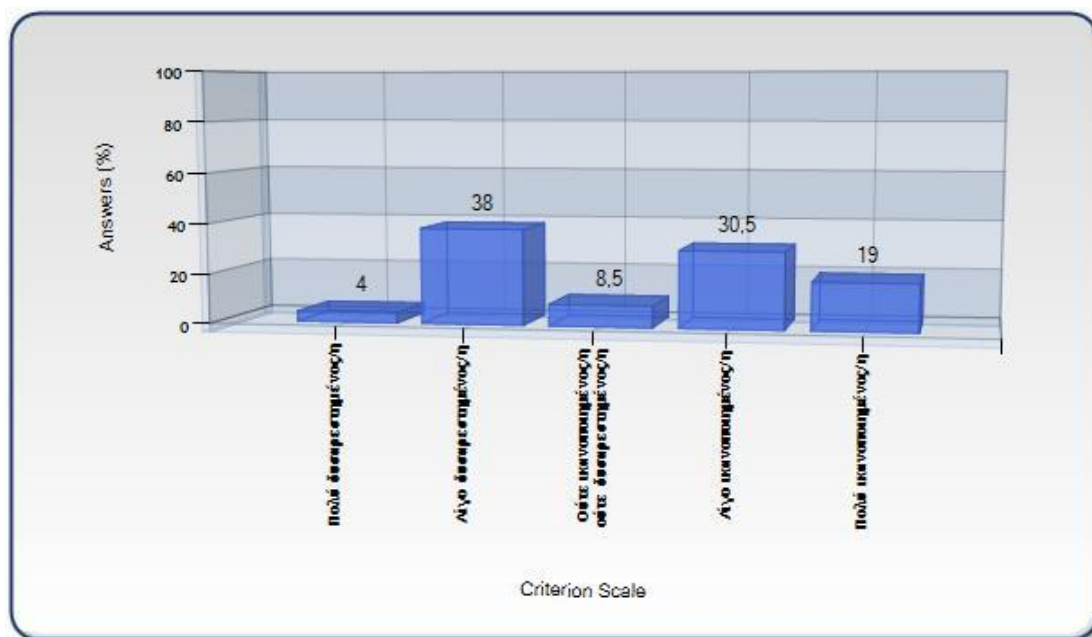
Διάγραμμα 67 Π: Ικανοποίηση Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Γνώση Αντικειμένου».



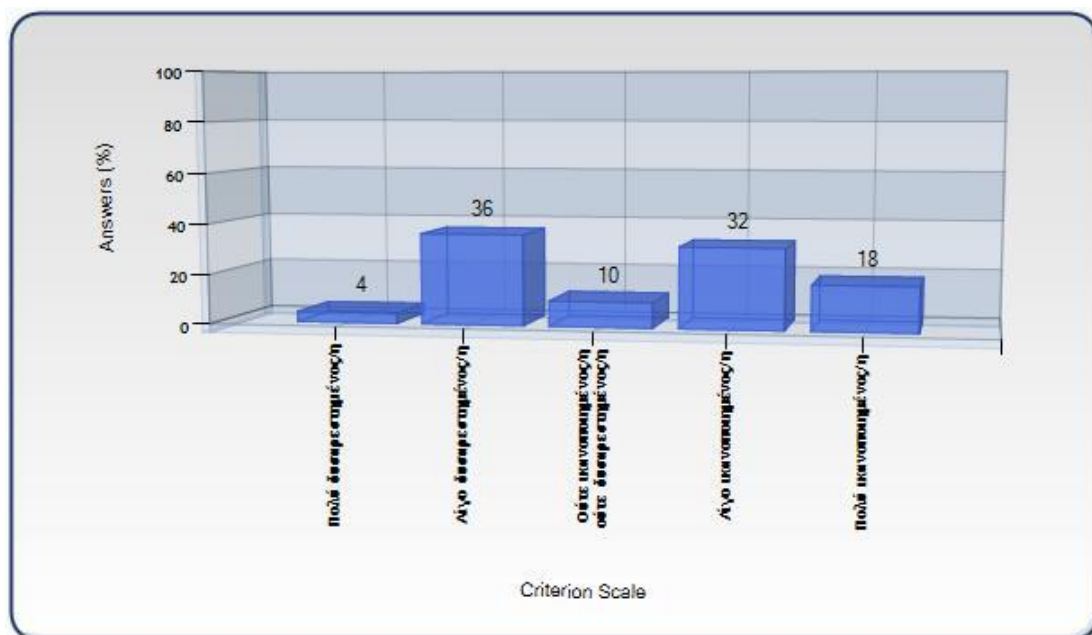
Διάγραμμα 68 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Επαρκή ενημέρωση διαδικασιών».



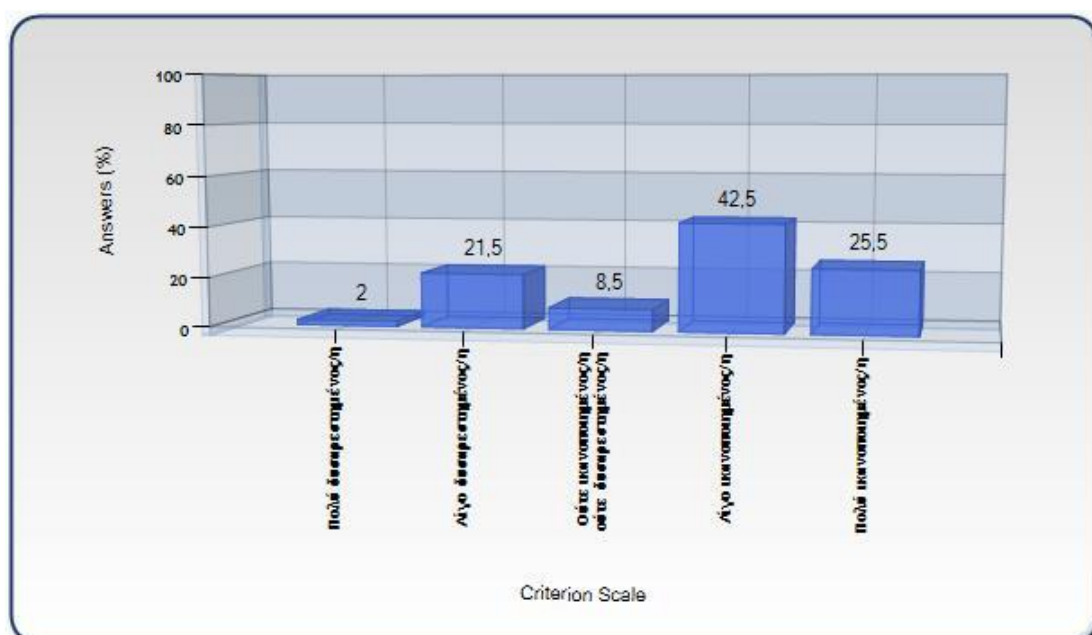
Διάγραμμα 69 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά».



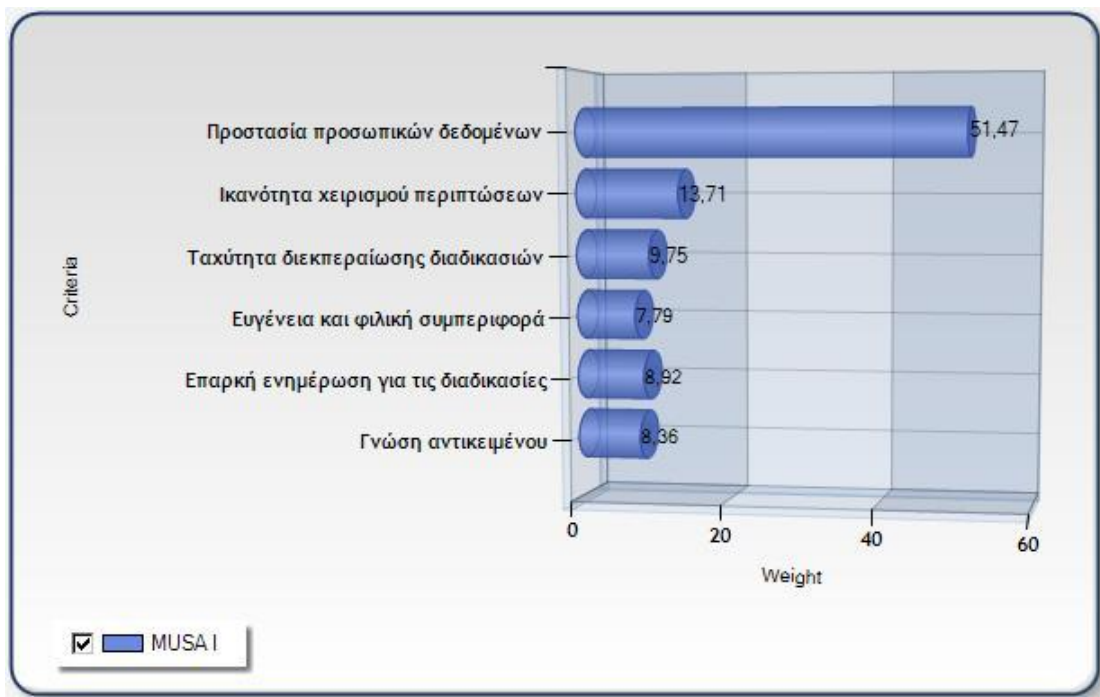
Διάγραμμα 70 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών».



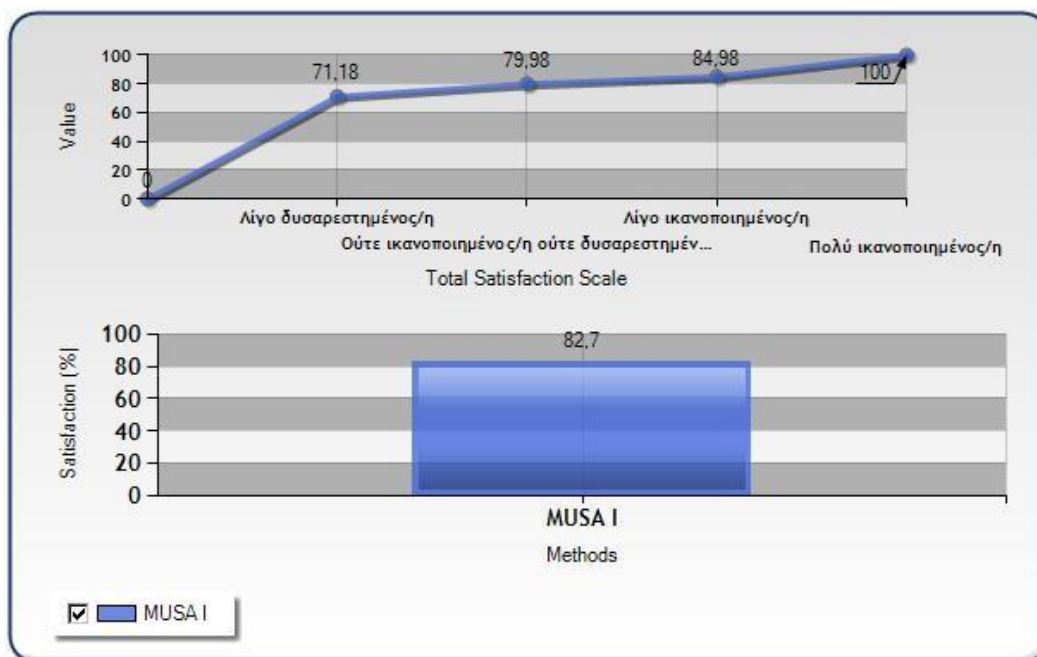
Διάγραμμα 71 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων».



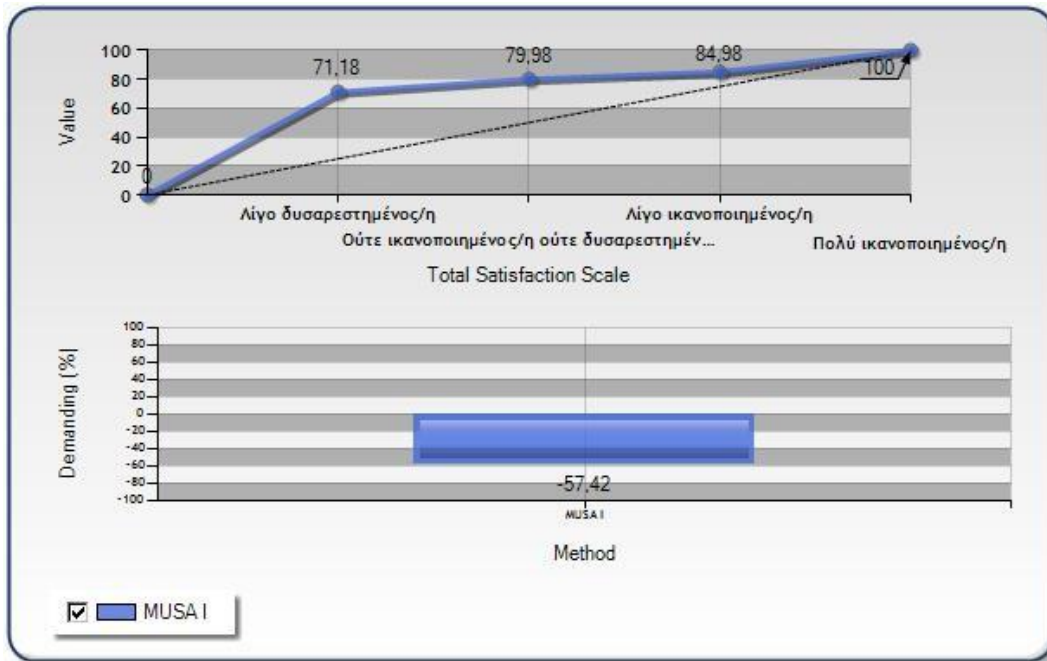
Διάγραμμα 72 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προστασία Προσωπικών δεδομένων».



Διάγραμμα 73 Π: Σημαντικότητα υποκριτηρίων «Διοικητικού Προσωπικού».

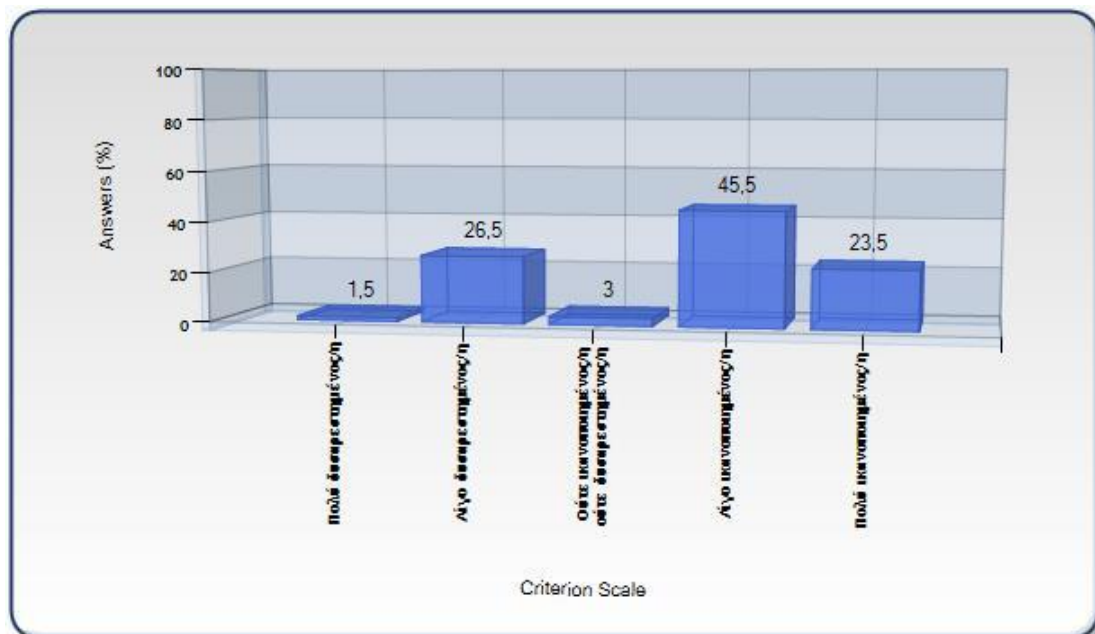


Διάγραμμα 74 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Διοικητικό Προσωπικό».

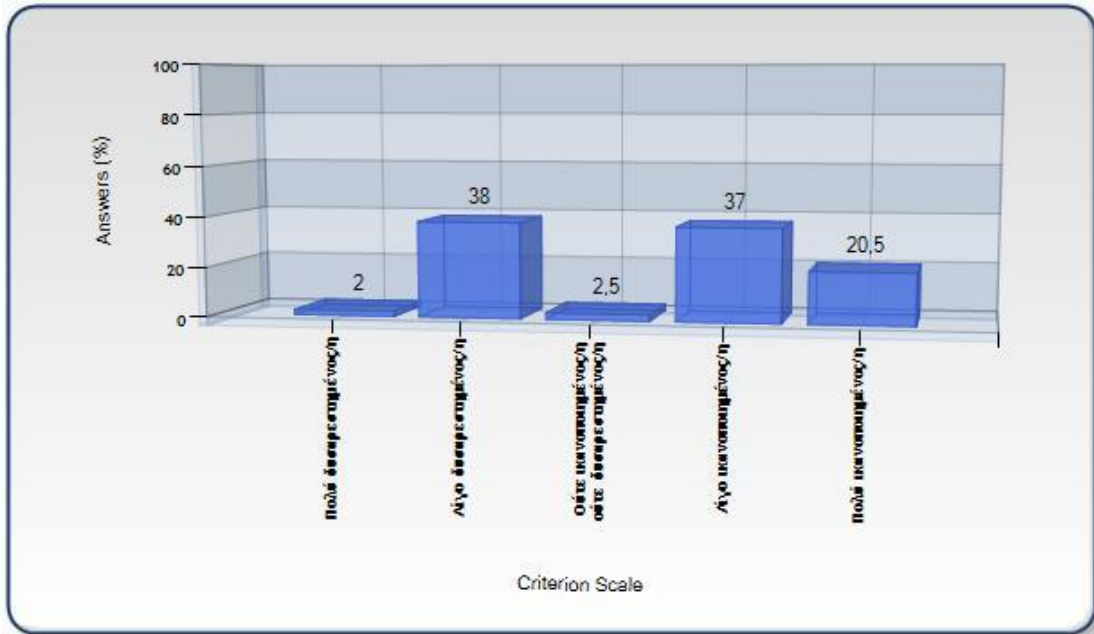


Διάγραμμα 75 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Διοικητικό Προσωπικό».

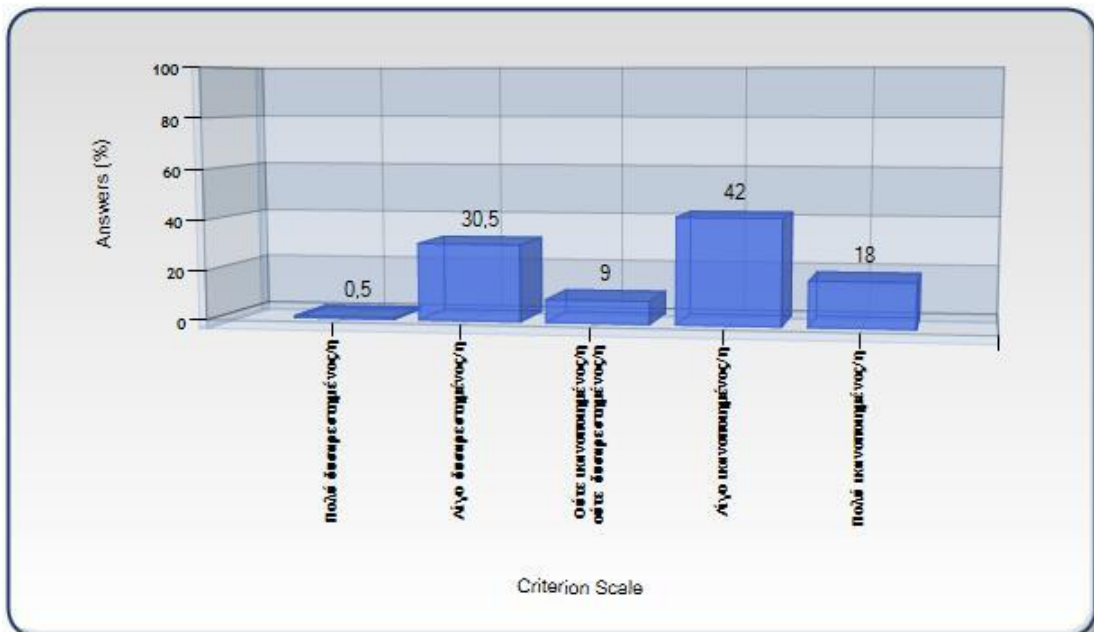
## ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ



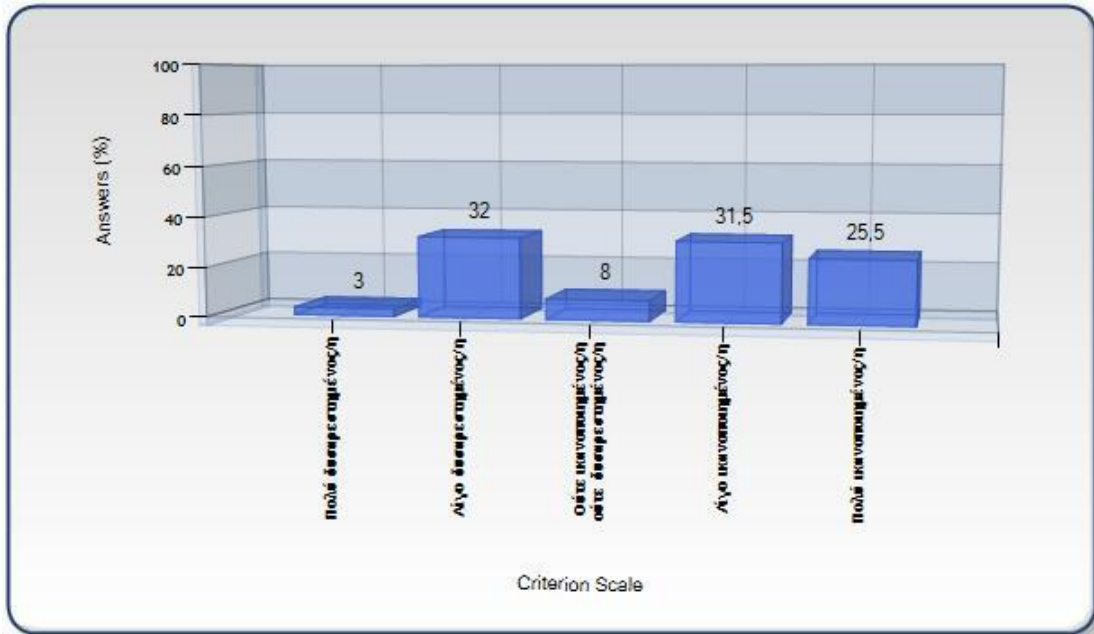
Διάγραμμα 76 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος μεταξύ τηλεφωνικής επαφής και πραγματοποίησης ραντεβού».



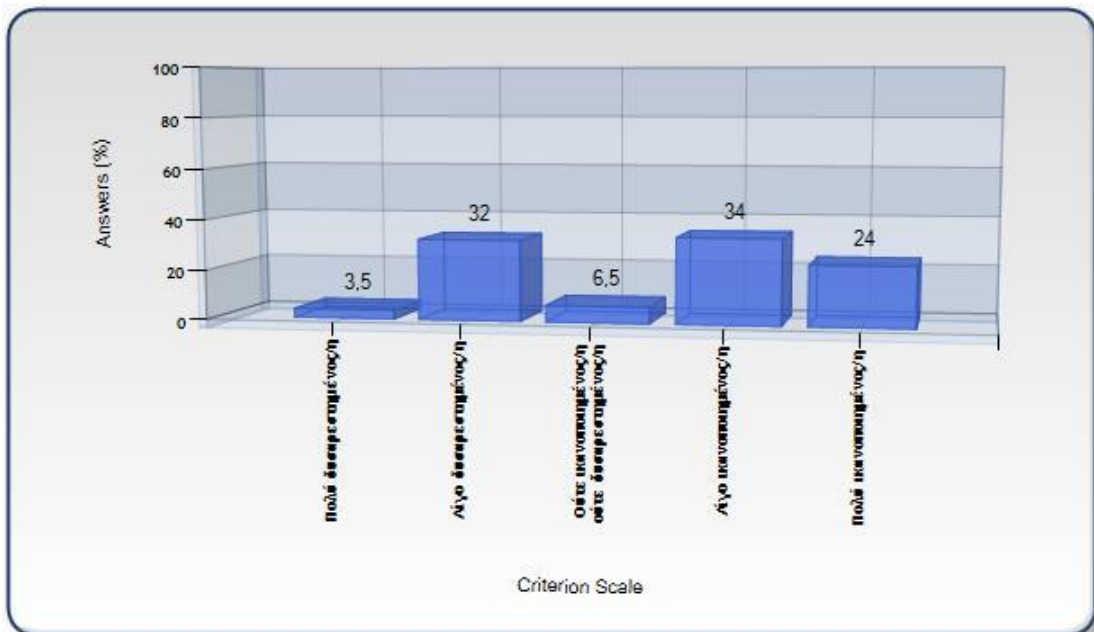
Διάγραμμα 77 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος αναμονής την ημέρα του ραντεβού»



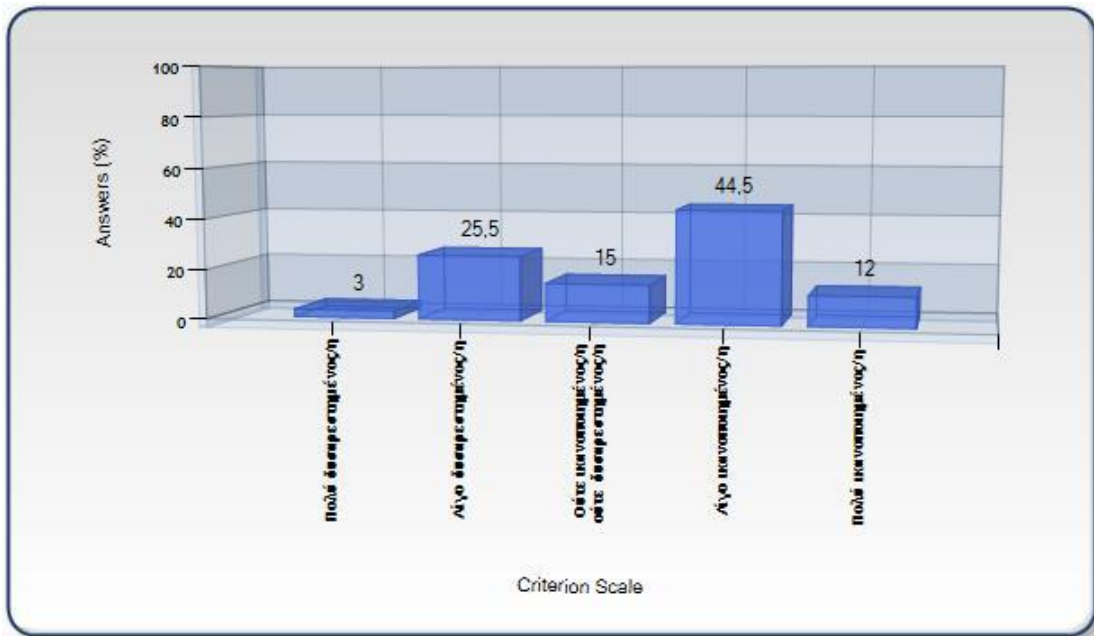
Διάγραμμα 78 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Τήρηση προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού»



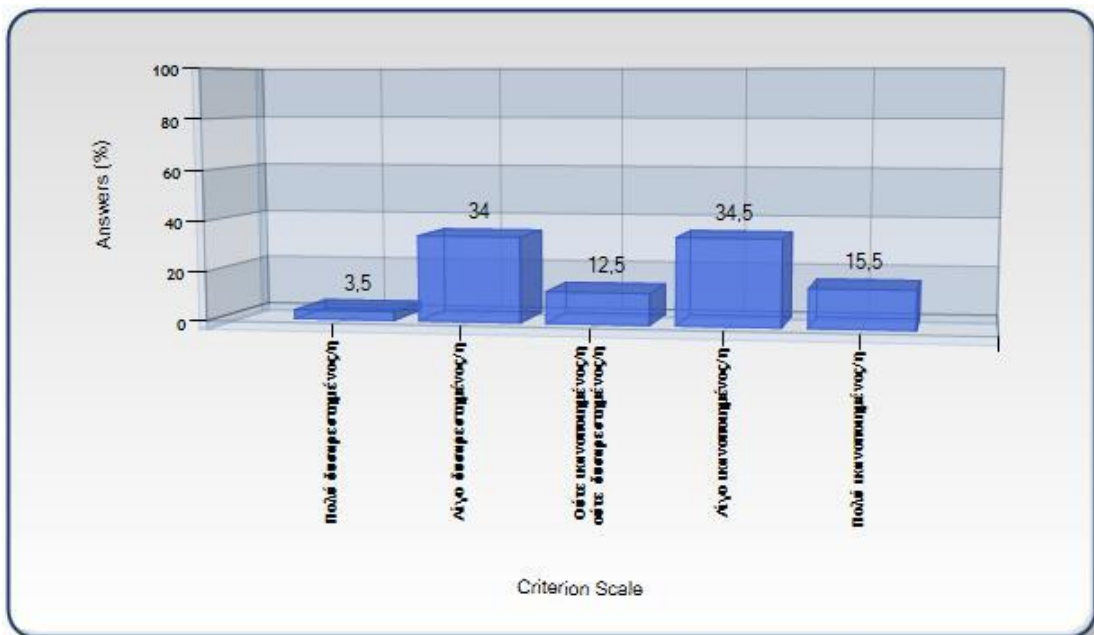
Διάγραμμα 79 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση».



Διάγραμμα 80 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Παροχή πληροφοριών».

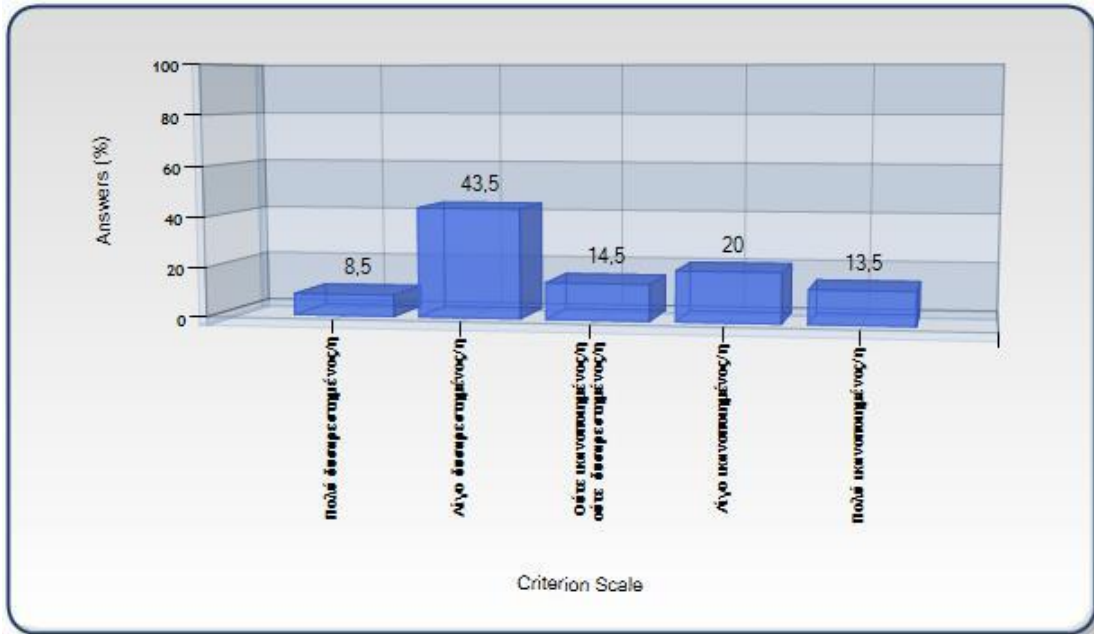


Διάγραμμα 81 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος έκδοσης γνωμάτευσης».

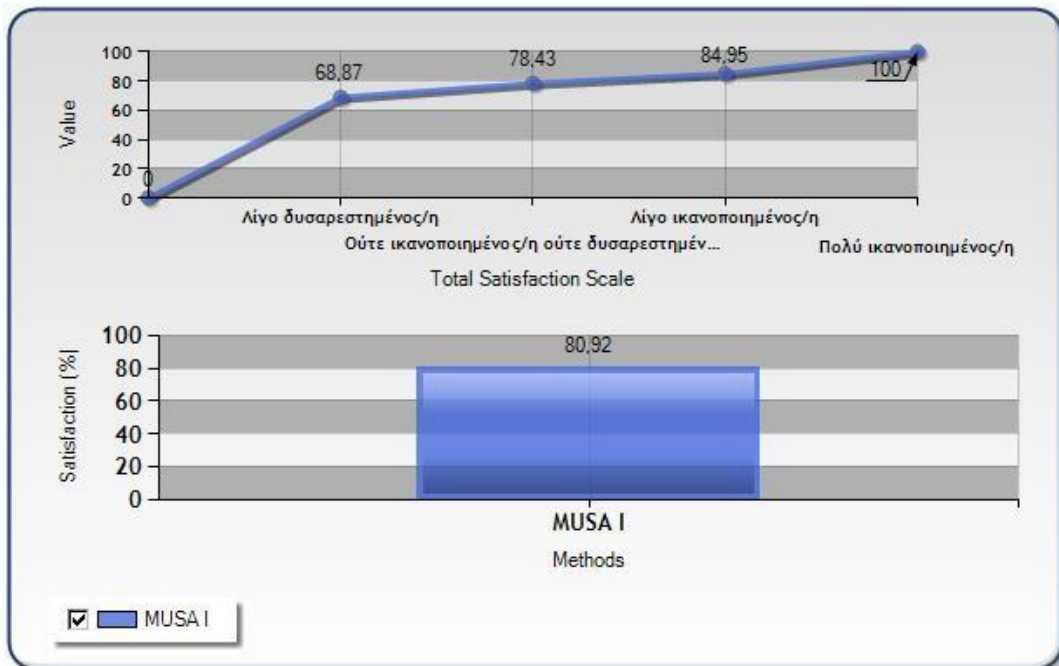


Διάγραμμα 82 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Χρόνος ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα».

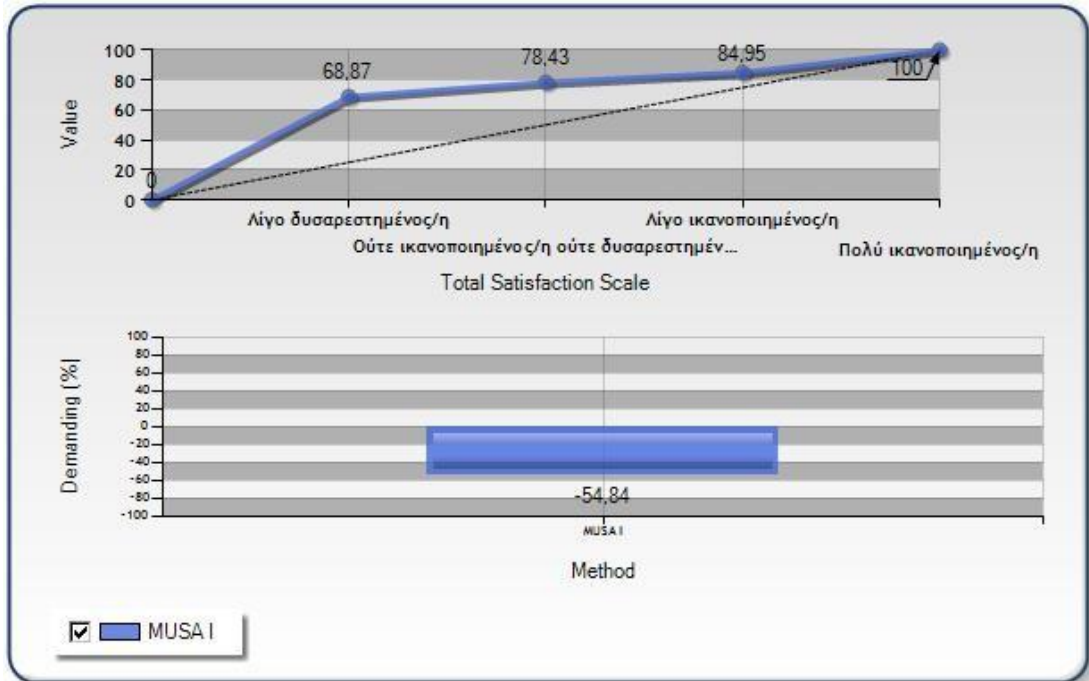




Διάγραμμα 83 Π: Ικανοποίηση από το υποκρίτήριο «Γραφειοκρατικές διαδικασίες».

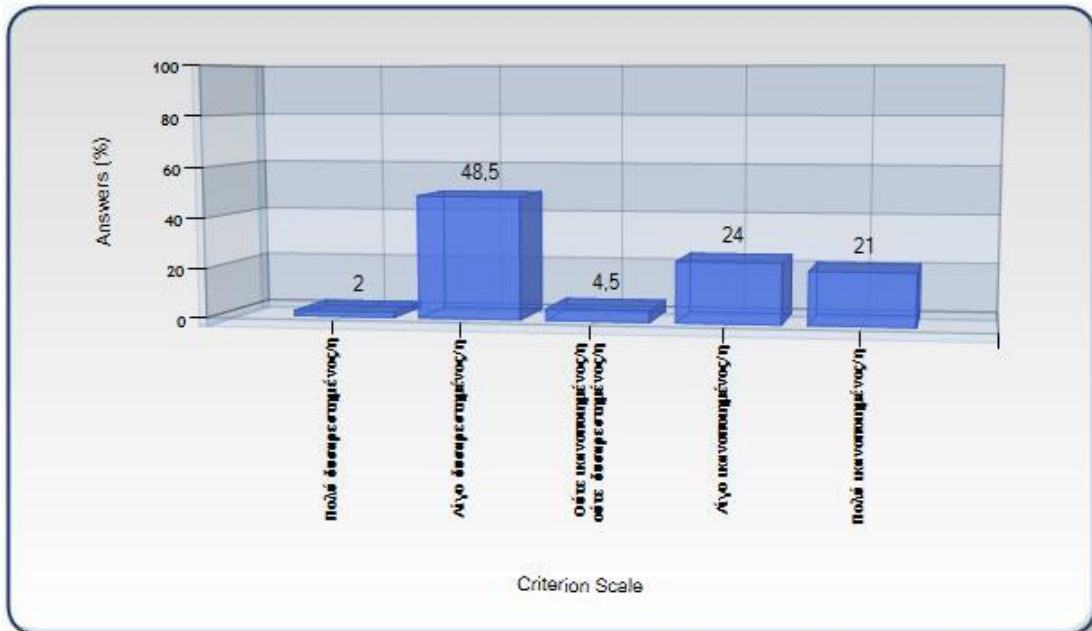


Διάγραμμα 84 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Εξυπηρέτηση»

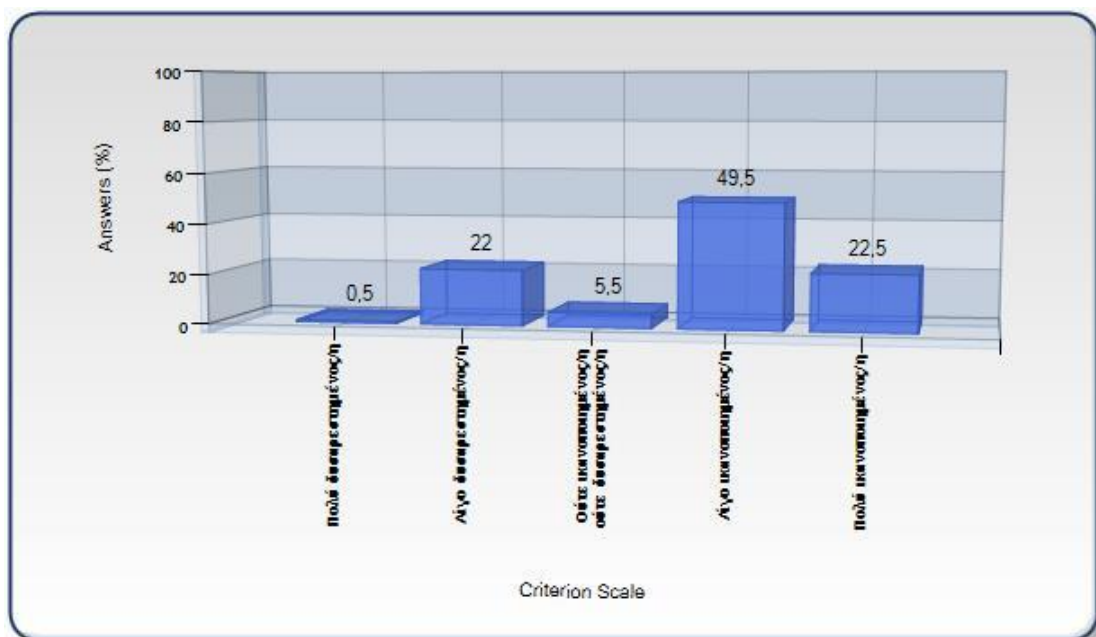


Διάγραμμα 85 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Εξυπηρέτησης».

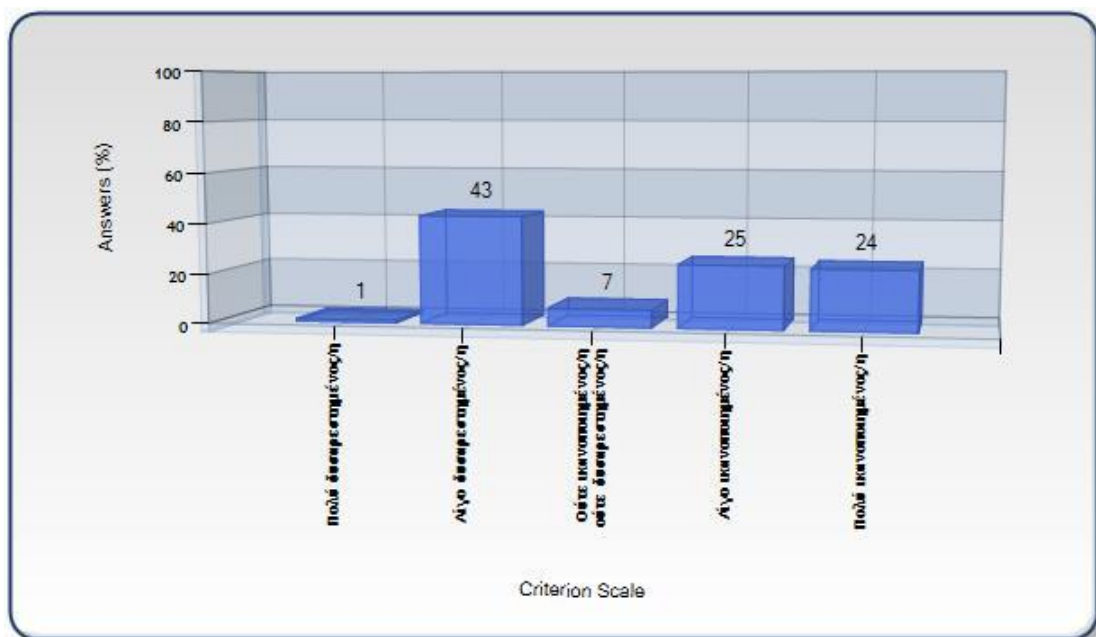
## ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ



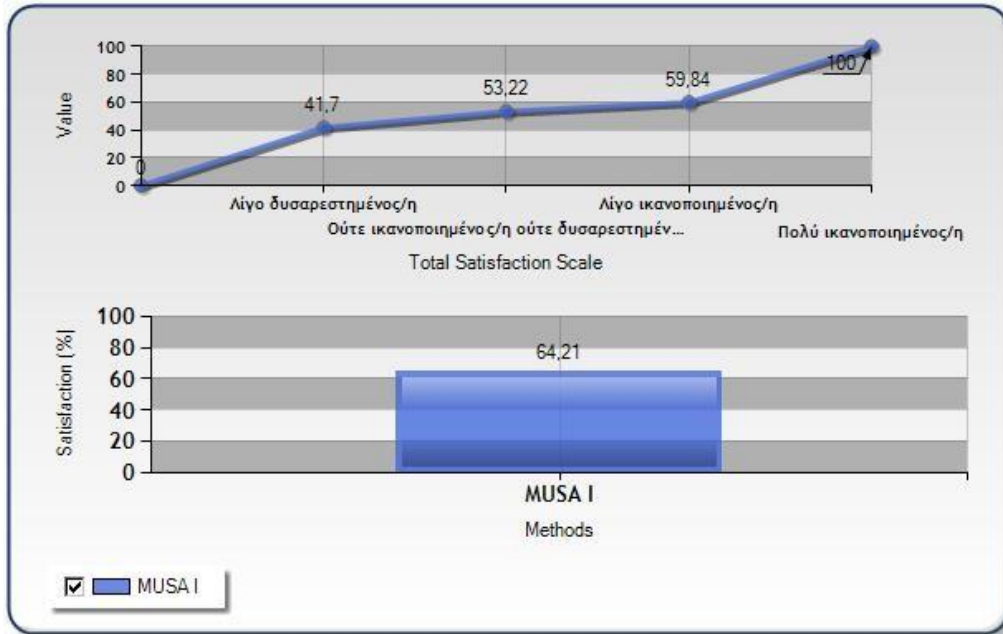
Διάγραμμα 86 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Πληρότητα παρεχόμενων υπηρεσιών».



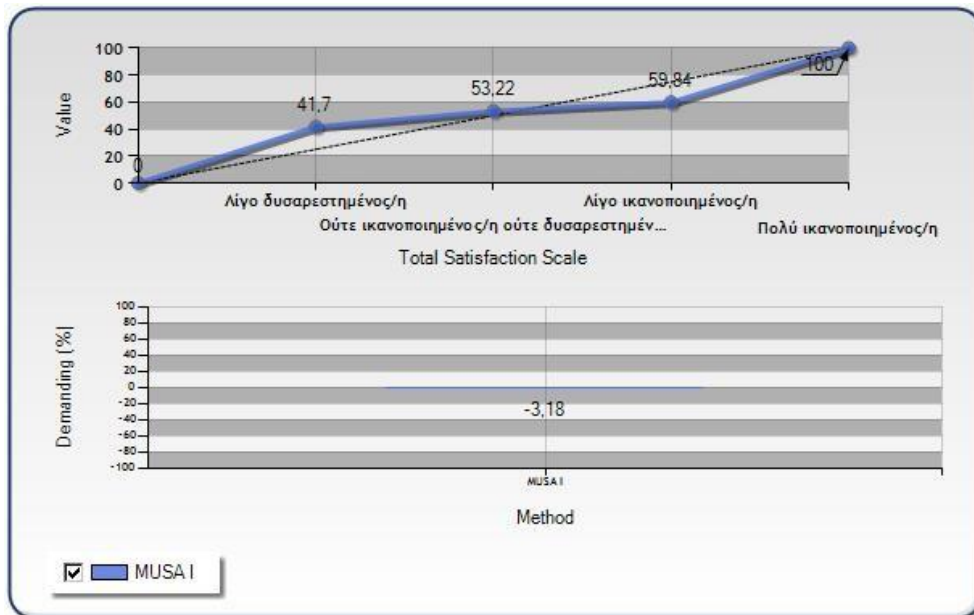
Διάγραμμα 87 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών».



Διάγραμμα 88 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας».

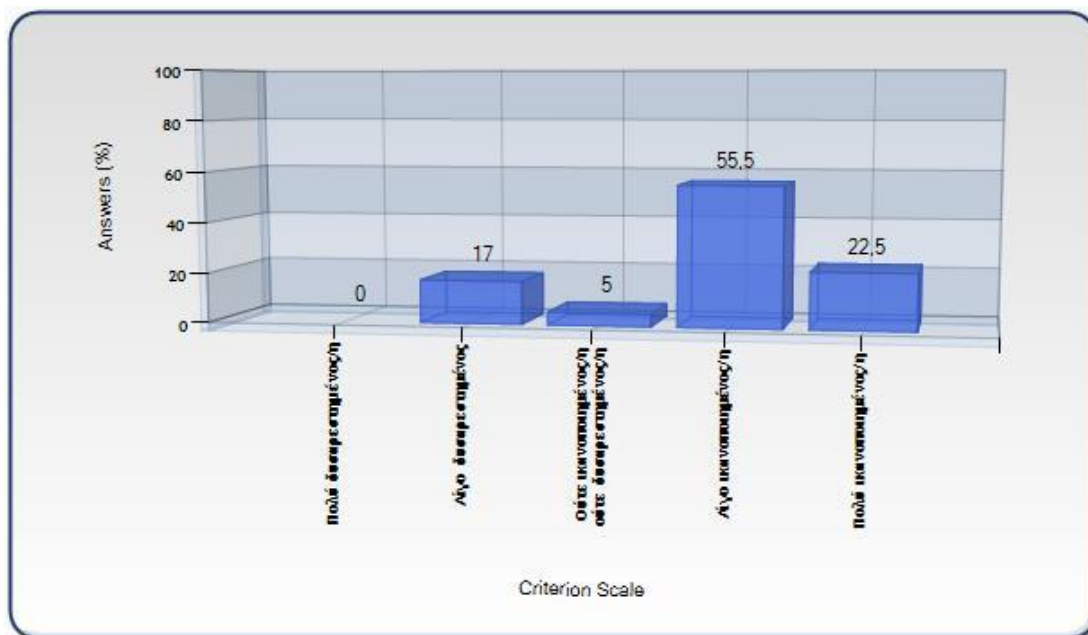


Διάγραμμα 89 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Ποιότητα Υπηρεσιών»

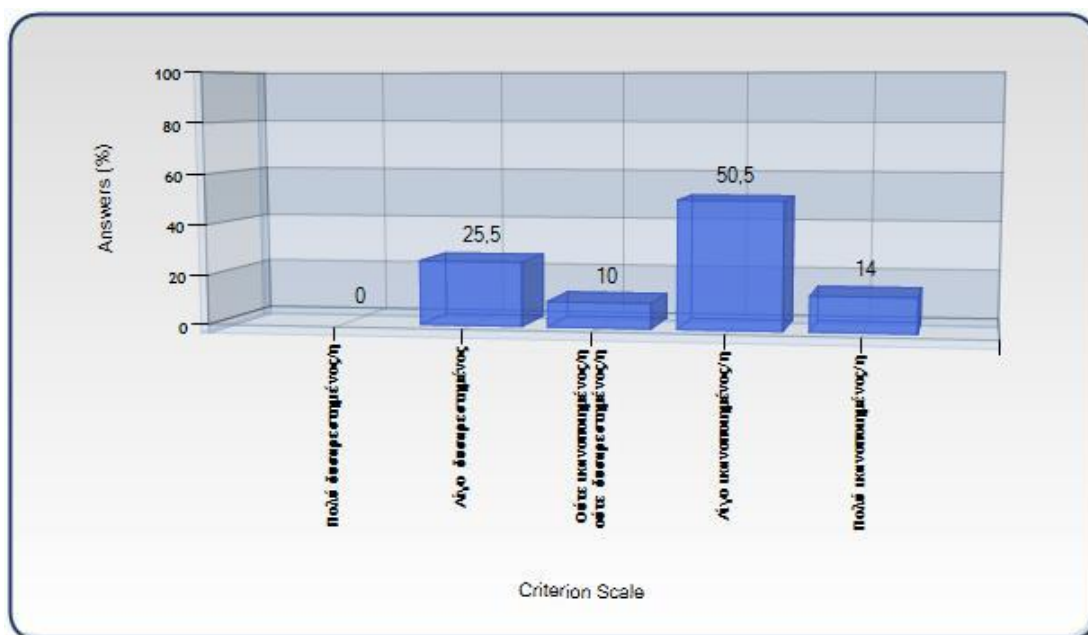


Διάγραμμα 90 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Ποιότητα Υπηρεσιών»

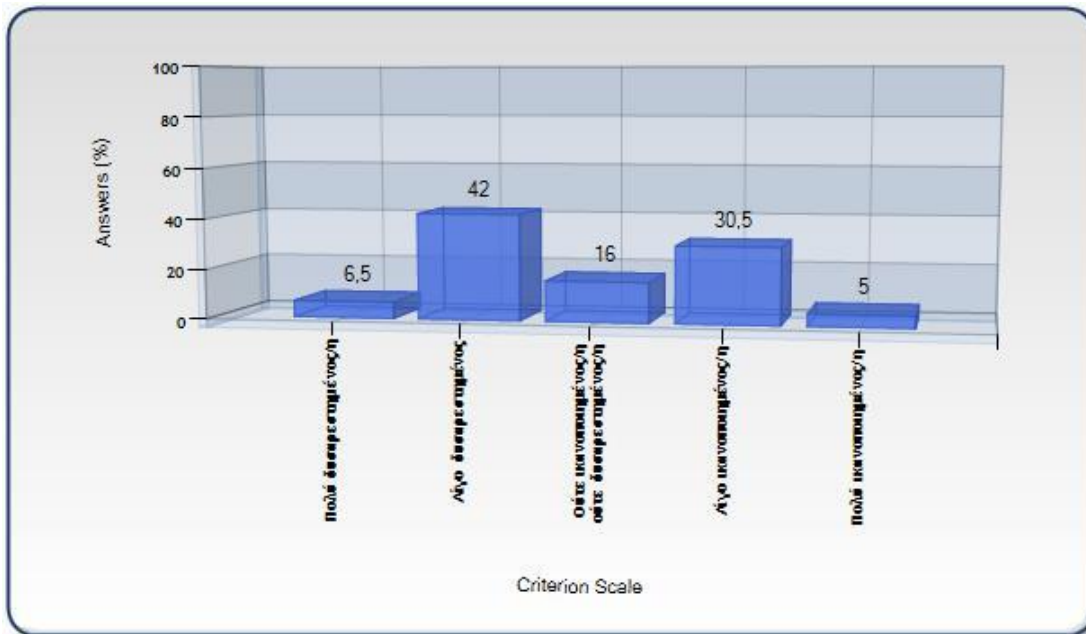
## ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΑ/ΠΡΟΦΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



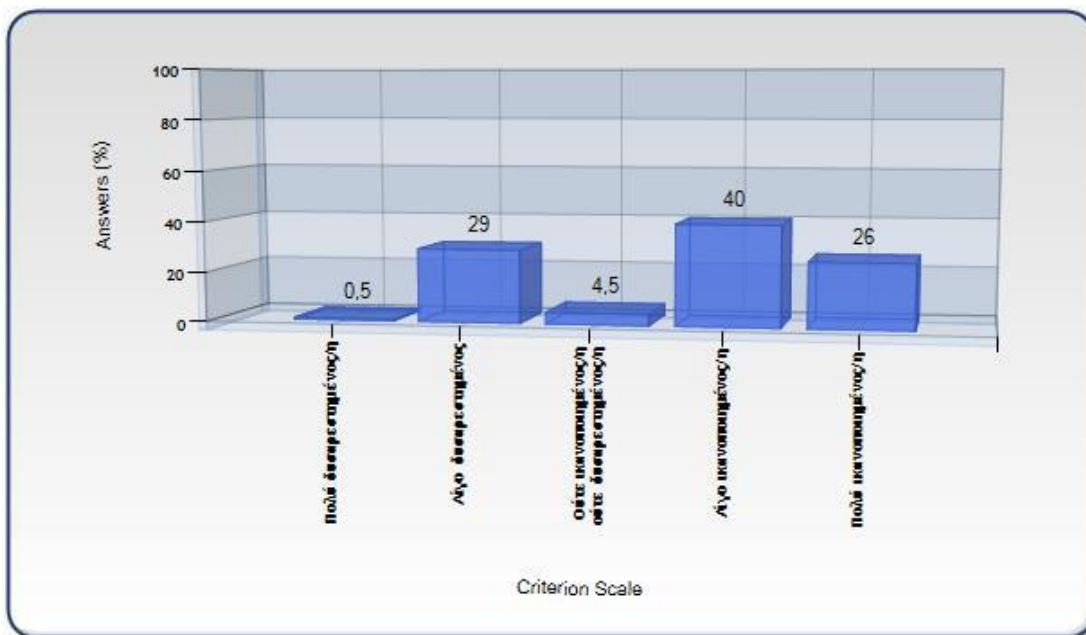
Διάγραμμα 91 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Υποδοχή στο χώρο της υπηρεσίας».



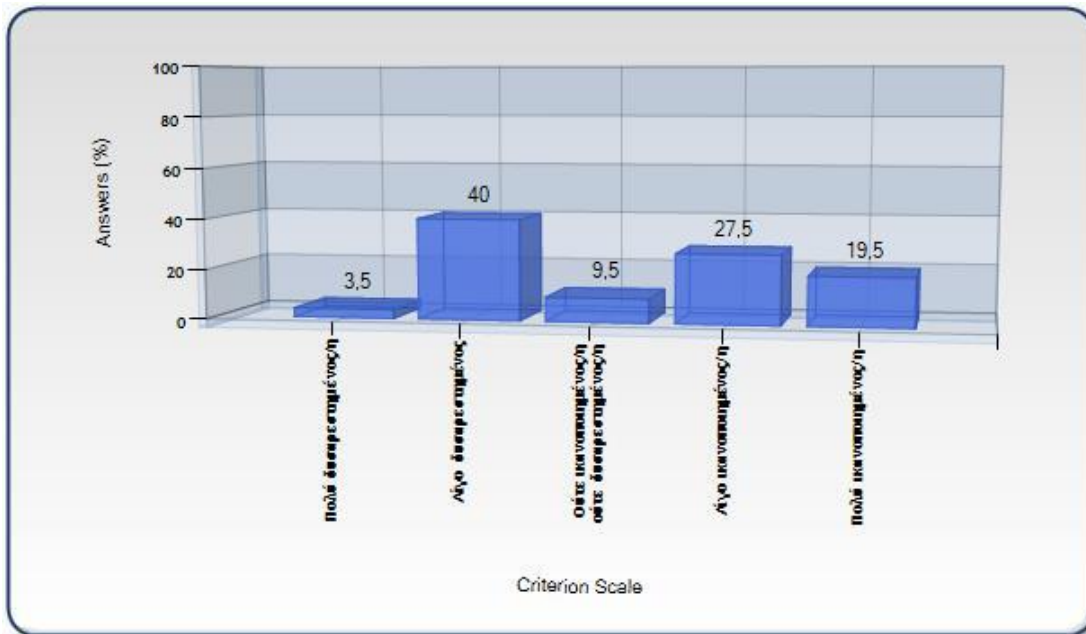
Διάγραμμα 92 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία».



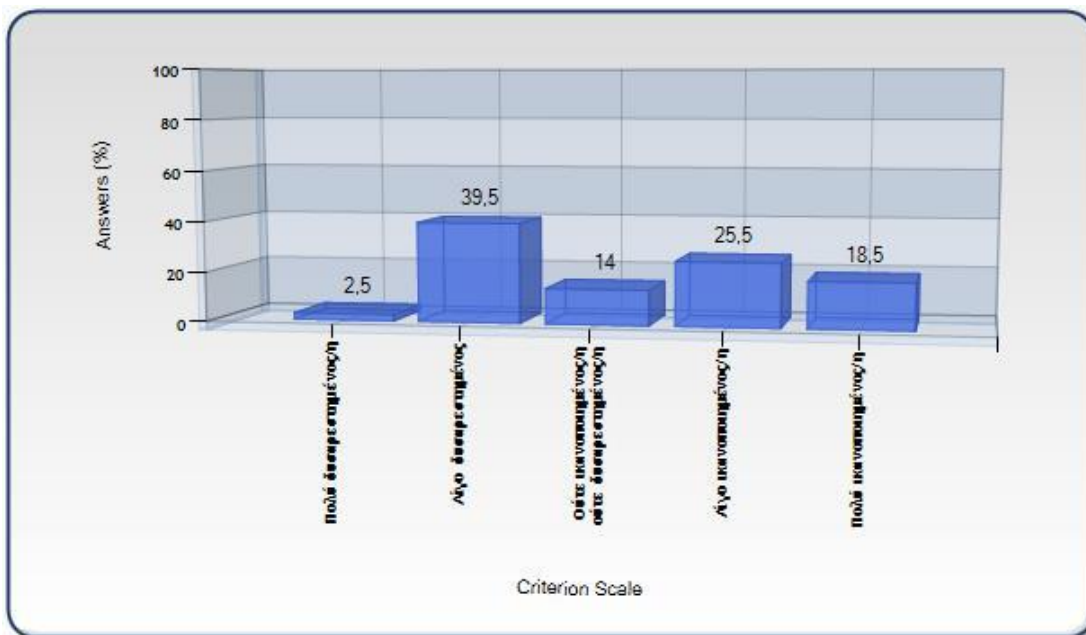
Διάγραμμα 93 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Προσβασιμότητα σε ΑμεΑ».



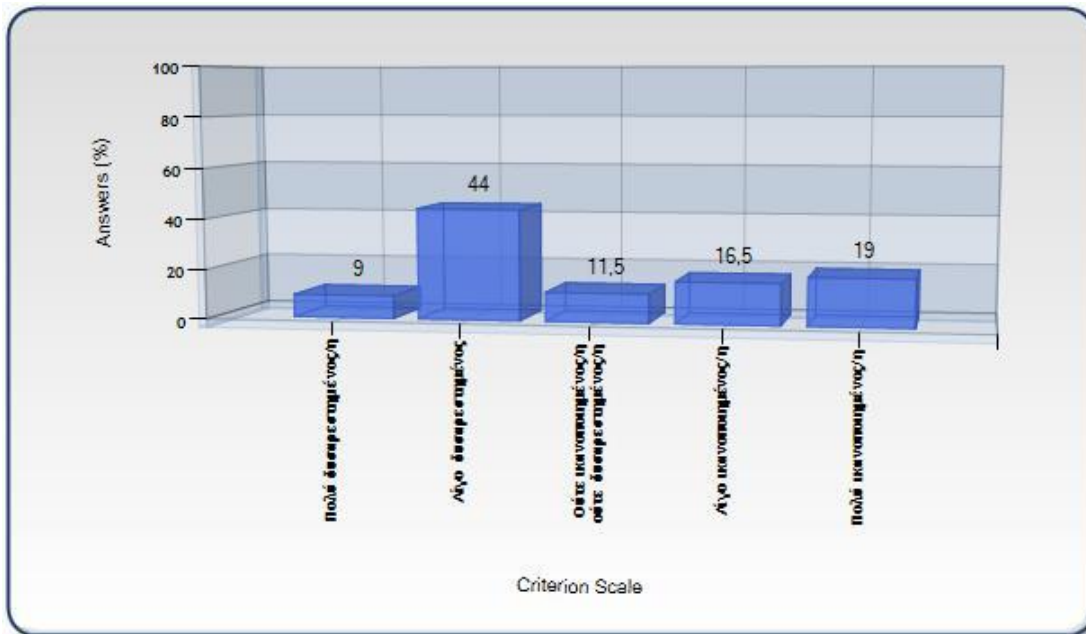
Διάγραμμα 94 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Καθαριότητα του χώρου».



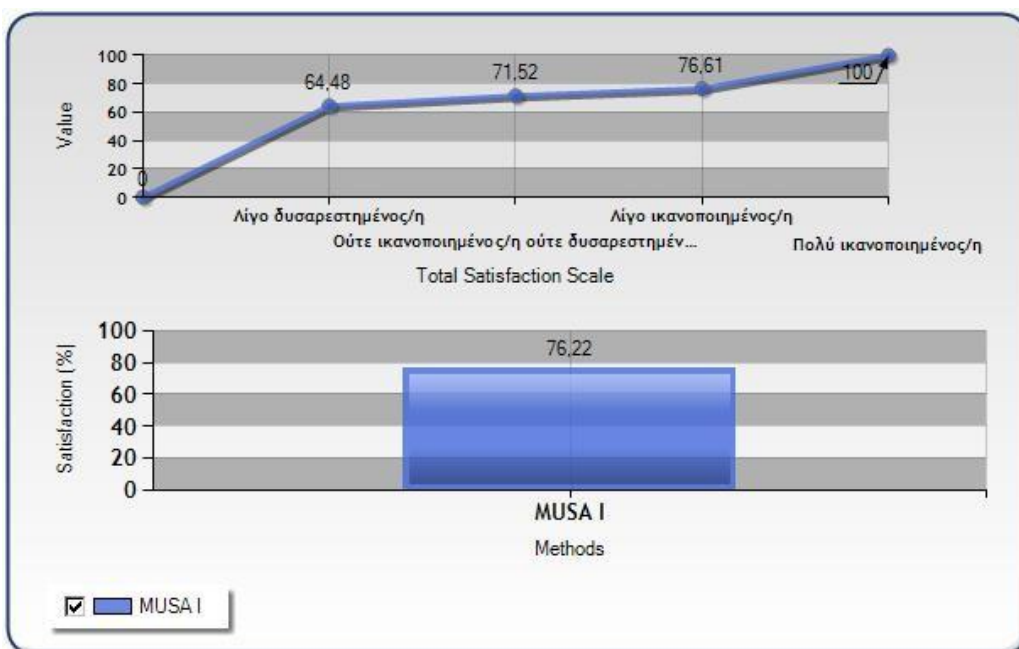
*Διάγραμμα 95 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Καταλληλότητα του χώρου».*



*Διάγραμμα 96 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Κτιριακή υποδομή».*

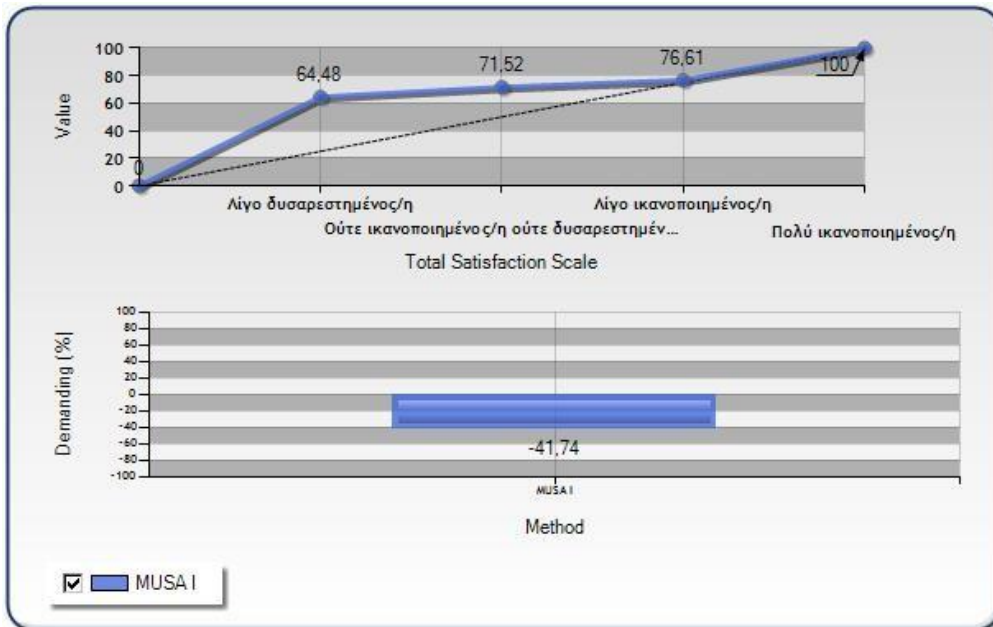


Διάγραμμα 97 Π: Ικανοποίηση από το υποκριτήριο «Υλικοτεχνικό εξοπλισμό».



Διάγραμμα 98 Π: Δείκτης ικανοποίησης από το κριτήριο «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»





Διάγραμμα 99 Π: Δείκτης απαιτητικότητας κριτηρίου «Εικόνα/Προφίλ Υπηρεσίας»

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»

### Ερωτηματολόγιο

**Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ατόμων Τρίτης Ηλικίας από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας του Δήμου Ι. Π. Μεσολογγίου.**

Αξιότιμη/ε Κυρία/ε,

Ευχαριστούμε πολύ για την προθυμία σας να απαντήσετε το ερωτηματολόγιό μας.

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να καταγράψει και να αξιολογήσει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες και τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας (Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ,) του Δήμου Ιεράς Πόλεως Μεσολογγίου, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας».

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και απόλυτα εμπιστευτικό και οι πληροφορίες που θα συλλεχτούν από αυτό θα χρησιμοποιηθούν κατά αποκλειστικότητα, ως δεδομένα για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας από το Δήμο Ι.Π. Μεσολογγίου.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια και για το χρόνο σας.

**Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή απορία μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με την κα Ζαΐμη Ευστρατία Προϊσταμένη του Τμήματος Κοινωνικής Προστασίας Παιδείας και Πολιτισμού του Δήμου Ι.Π. Μεσολογγίου και υποψήφια μεταπτυχιακού τίτλου του ΑΤΕΙ Πειραιά.**

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

### ***I. Συμπληρώστε το φύλο σας***

- Άνδρας
- Γυναίκα

### ***II. Έτος Γέννησης: .....***

### ***III. Συμπληρώστε το μορφωτικό σας επίπεδο***

- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Σχολή/Ι.Ε.Κ.
- Ανώτερη/Ανώτατη

### ***IV. Επιλέξτε σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε:***

- Συνταξιούχος / η
- Εργαζόμενος / η
- Οικιακά / α
- Άλλο

### ***V. Επιλέξτε την εισοδηματική σας κατηγορία:***

- 0€ έως 500€
- 500,01€ έως 1000€
- 1.000,01€ και άνω
- Δεν απαντώ

### ***VI. Επιλέξτε τη κύρια πηγή εισοδήματός σας:***

- Μισθοδοσία
- Σύνταξη
- Αγροτικά Εισοδήματα
- Άλλα εισοδήματα
- Δεν Απαντώ

### ***VII. Επιλέξτε τον Κύριο Ασφαλιστικό σας Φορέα:***

- Δημόσιο
- ΙΚΑ
- ΟΓΑ

- Ανασφάλιστος/η
- Άλλο

**VIII. Επιλέξτε την οικογενειακή σας κατάσταση:**

- Έγγαμος / η
- Άγαμος / η
- Χήρος / α
- Διαζευγμένος / η

**IX. Ποια από τις παρακάτω επιλογές κρίνεται ότι αντιπροσωπεύει την κατάσταση της υγείας σας;**

- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

**X. Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας?**

- Ναι
- Όχι

**XI. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται τις Δημοτικές Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας του Δήμου μας; (ΚΑΠΗ, ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ)**

- Καθόλου
- έως 2 φορές το μήνα
- 3 έως 5 φορές το μήνα
- 6 φορές το μήνα και πάνω
- Σπάνια

Εάν επιλέξατε την επιλογή «καθόλου» ερωτήματος XI ολοκληρώσατε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας. Σε αντίθετη περίπτωση συνεχίστε στο επόμενο Ερώτημα.

**XII. Ποια Υπηρεσία/ες Κοινωνικής Πρόνοιας έχετε χρησιμοποιήσει ; Μπορείτε να δώσετε πολλαπλές απαντήσεις**

- .....
- .....
- .....

## ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

*Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από :*

	Πολύ ικανοποιημέ νος/η	Λίγο ικανοποιη μένος/η	Ούτε ικανοποιημ ένος/η ούτε δυσανεστημ ένος/η	Λίγο δυσανεστη μένος/η	Πολύ δυσανεστη μένος/η	Δ/Ξ Δ/Α
Τη γνώση αντικειμένου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ακρίβεια διάγνωσης/ αξιολόγησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ευγένεια και φιλική συμπεριφορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη συμβουλευτική υποστήριξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την προστασία προσωπικών δεδομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολική ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σχόλια προτάσεις :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ΕΝΟΤΗΤΑ 3 – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

*Πόσο ικανοποιημένος/η είστε :*

	Πολύ ικανοποιημ ένος/η	Λίγο ικανοποιη μένος/η	Ούτε ικανοποιημ ένος/η ούτε δυσανεστη μένος/η	Λίγο δυσανεστη μένος/η	Πολύ δυσανεστη μένος/η	Δ/Ξ Δ/Α
Τη γνώση αντικειμένου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την επαρκή ενημέρωση για τις διαδικασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ευγένεια και φιλική συμπεριφορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ικανότητα χειρισμού περιπτώσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την προστασία προσωπικών δεδομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολική ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σχόλια προτάσεις :**

.....

.....

.....

## ΕΝΟΤΗΤΑ 4 – ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

*Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από :*

	Πολύ ικανοποιη μένος/η	Λίγο ικανοποι ημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσανεστημένος/η	Λίγο δυσανεστη μένος/η	Πολύ δυσανεστη μένος/η	Δ/Ξ Δ/Α
Το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης δικής σας τηλεφωνικής επαφής έως την πραγματοποίηση του πρώτου ραντεβού με ειδικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το χρόνο αναμονής την ημέρα του ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την τήρηση της προγραμματισμένης ώρας και ημέρας του ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την τηλεφωνική εξυπηρέτηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την παροχή πληροφοριών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το χρόνο έκδοσης γνωμάτευσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το χρόνο ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τις γραφειοκρατικές διαδικασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολική ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σχόλια προτάσεις :**

.....

.....

.....

## ΕΝΟΤΗΤΑ 5 – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

*Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από :*

	Πολύ ικανοποιη μένος/η	Λίγο ικανοποιημ ένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσανεστημένος/η	Λίγο δυσανεστη μένος/η	Πολύ δυσανεστη μένος/η	Δ/Ξ Δ/Α
Την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολική ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σχόλια προτάσεις :**

.....

.....

.....



## ΕΝΟΤΗΤΑ 6 – ΕΙΚΟΝΑ/ΠΡΟΦΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

*Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από :*

	Πολύ ικανοποιη μένος/η	Λίγο ικανοποιη μένος/η	Ούτε ικανοποιημέ νος/η ούτε δυσανεστημ ένος/η	Λίγο δυσανεστη μένος/η	Πολύ δυσανεστη μένος/η	Δ/Ξ Δ/Α
Την υποδοχή σας στο χώρο της υπηρεσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ευκολία πρόσβασης στην υπηρεσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την προσβασιμότητα σε άτομα με ειδικές ανάγκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την καθαριότητα του χώρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την καταλληλότητα του χώρου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την κτιριακή υποδομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολική ικανοποίηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σχόλια προτάσεις :**

.....

.....

.....

## ΕΝΟΤΗΤΑ 7 – ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

*Συνολικά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας» που λειτουργούν στο Δήμο μας*

Πολύ ικανοποιημένος/η	Λίγο ικανοποιημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η	Λίγο δυσαρεστημένος/η	Πολύ δυσαρεστημένος/η
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Θα επισκεπτόσασταν ξανά την υπηρεσία/ες αν χρειαζόταν**

Ναι

Όχι

**Θα τη/ τις συστήνατε σε άλλους ενδιαφερόμενους**

Ναι

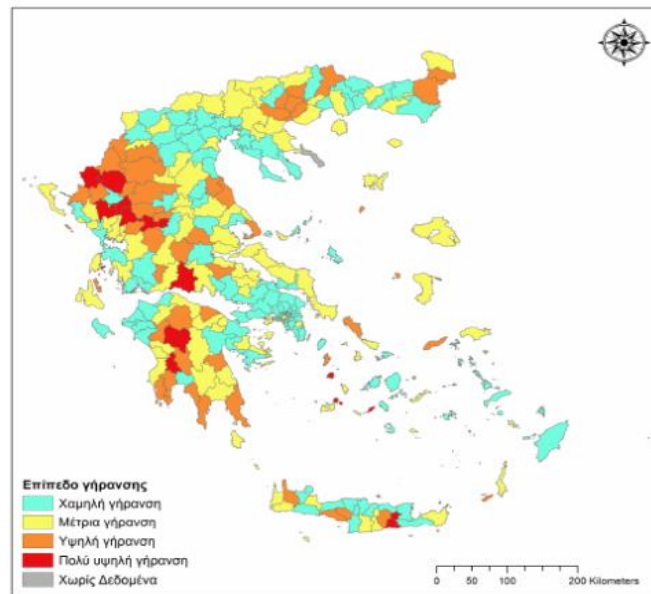
Όχι

Ευχαριστούμε για το χρόνο σας και την πολύτιμη συμβολή σας στην έρευνα!

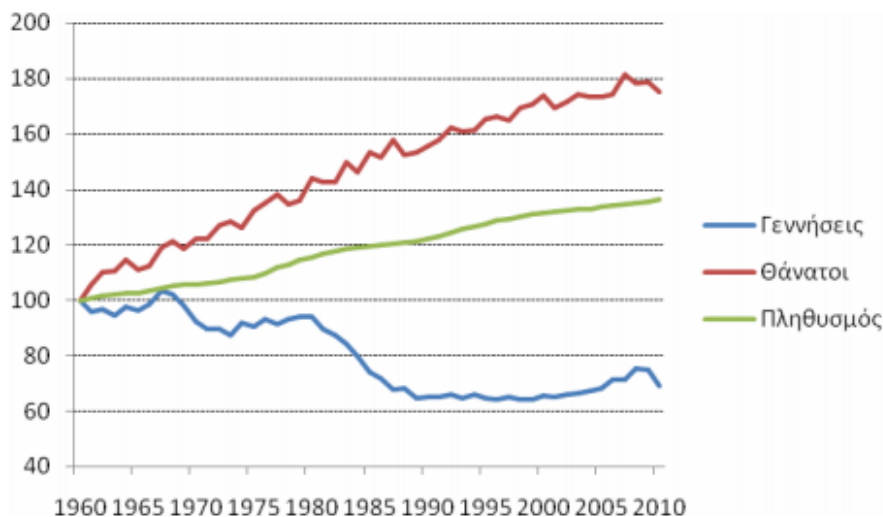
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Οι δήμοι των μητροπολιτικών δήμων (Αθήνα -Θεσσαλονίκη) και οι έδρες των νομών των περιφερειακών αστικών κέντρων παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο γήρανσης σε αντίθεση με τους ορεινούς δήμους και των απομακρυσμένων περιοχών.

Χάρτης Επίπεδο γήρανσης Καλλικρατικών Δήμων

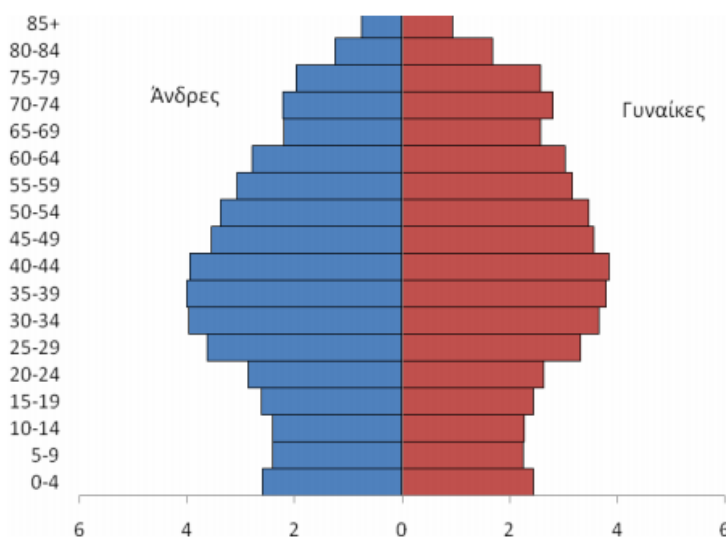


Από το 1960 έως το 2010 ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 36% (από 8,3 εκατομμύρια αυξήθηκε κατά 3 εκατομμύρια, φθάνοντας το έτος 2010 σε 11,3 εκατομμύρια).



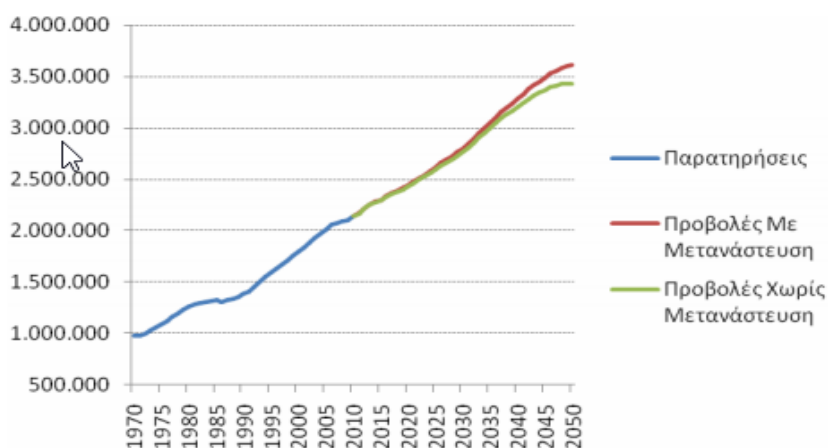
Διάγραμμα 100 Π: Πληθυσμός, γεννήσεις και θάνατοι στην Ελλάδα (1960-2010) (βάση 100 το 1960) Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics

Η τρέχουσα ηλικιακή δομή του πληθυσμού της χώρας ως απόρροια των μεταβολών του παρελθόντος (γονιμότητα, θνησιμότητα, μετανάστευση), ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα από το οποίο καθίσταται εμφανής η μεταβολή της ηλικιακής ομάδας 65+ και των παραγωγικών ηλικιών..

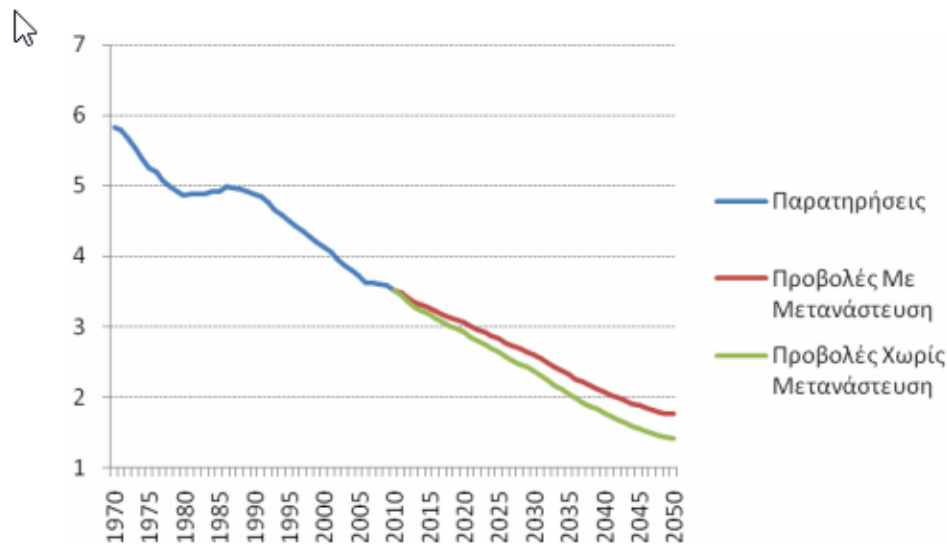


Διάγραμμα 101 Π: Ηλικιακή δομή πληθυσμού της Ελλάδας, Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics

Απόρροια των ανωτέρω είναι η μελλοντική συρρίκνωση του ενεργού πληθυσμού, καθώς η μείωση του ρυθμού αντικατάστασης δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς από την μετανάστευση.

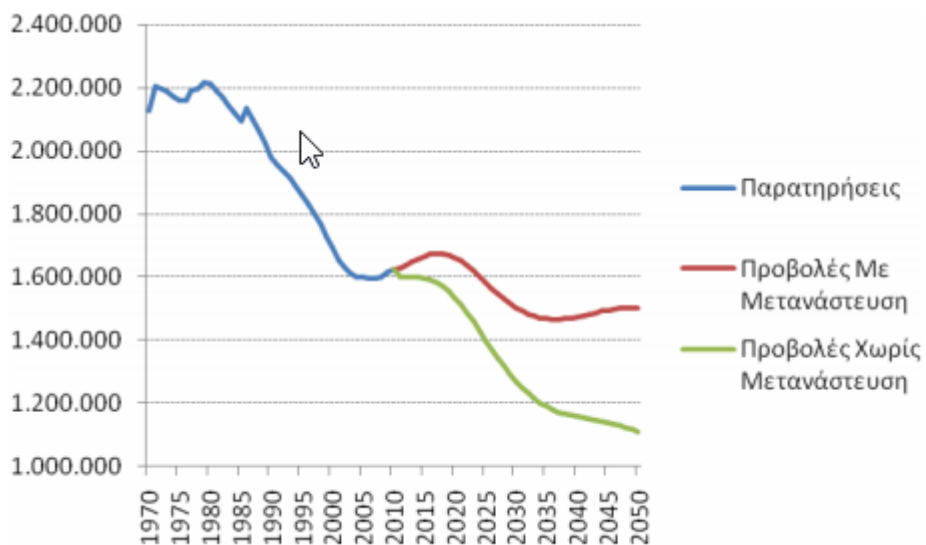


Διάγραμμα 102 Π: Η μακροχρόνια εξέλιξη του αριθμού των ατόμων ηλικίας 65 και άνω στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010



Διάγραμμα 103 Π: Αριθμός ατόμων ηλικίας 15-64 ετών που αντιστοιχούν σε ένα άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω (support ratio) στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010,

Η εξέλιξη της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών εξαρτάται από την εξέλιξη της γονιμότητας και σε κάθε περίπτωση αναμένεται να μειωθεί.



Διάγραμμα 104 Π: Η μακροχρόνια εξέλιξη του αριθμού των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών στην Ελλάδα (1970-2050), Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics and Demographic Projections 2010