



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας.

Η περίπτωση μελέτης ενός κέντρου περίθαλψης ηλικιωμένων νησιωτικής περιοχής.

Σοϊταρίδου Παρασκευή

Επιβλέπων Καθηγητής
Χαραλάμπους Μαριάννα

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας.

Η περίπτωση μελέτης ενός κέντρου περίθαλψης ηλικιωμένων νησιωτικής περιοχής.

Σοϊταρίδου Παρασκευή

Επιβλέπων Καθηγητής
Χαραλάμπους Μαριάννα

Ιούνιος, 2015



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ.

Επιβλέπων Καθηγητής :ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

Ονοματεπώνυμο : ΣΟΪΤΑΡΙΔΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

A.M. : 11000949

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των χρηστών υγείας είναι μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους στην εφαρμογή μέτρων παρέμβασης για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας συνδέεται με τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ενώ η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει πολλές έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται κυρίως από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ελάχιστοι είναι οι ερευνητές που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καλύψει αυτό το κενό. Με τη βοήθεια ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε 40 ηλικιωμένους σε κέντρα περίθαλψης νησιωτικών περιοχών, έγινε προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησής τους. Το ενδιαφέρον για αυτές τις περιοχές απορρέει από τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές, όπως η μη επάρκεια προσωπικού, η έλλειψη εκπαιδευμένων στελεχών και η έλλειψη εξοπλισμού και υποδομών.

Μέσα από την έρευνα βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης και θα σύστηναν το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, καθώς είναι ικανοποιημένοι από το γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση), τους διάφορους οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες αυτού (π.χ. άνεση, φωτεινότητα, πρόσβαση, τοποθεσία, αερισμός, επάρκεια χώρων, καθαριότητα, ασφάλεια), καθώς επίσης και τη φιλικότητα, την ανταπόκριση και τις σχέσεις με το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Ωστόσο, εκφράστηκε ένα πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, από τις δραστηριότητες άσκησης, τις κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης, το φαγητό, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με το ιατρικό προσωπικό και την ιατρική φροντίδα, καθώς και την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού. Συνολικά, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην σωματική άσκηση και την κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και στην επαρκή στελέχωση των κέντρων περίθαλψης με καταρτισμένο και καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

Λέξεις-κλειδιά: ικανοποίηση, φροντίδες υγείας, ηλικιωμένοι, κέντρα περίθαλψης, νησιωτικές περιοχές

ABSTRACT

The satisfaction of health users is one of the most important parameters in the implementation of intervention measures to improve the health care offered and the upgrading of the health services, given the fact that the measurement of satisfaction of users of health is associated with measuring the quality of health services. While the international literature provides many surveys on patient satisfaction from health services provided, mainly by primary health care, very few researchers have focuses on the satisfaction of the elderly from the health care centers. The purpose of this study is to fill this gap. With the help of a questionnaire distributed to 40 elderly in care centers in island regions, there was an attempt to capture their satisfaction. The interest in these regions derives from the particular problems that the island areas face, such as insufficiency of staff, lack of trained staff and lack of equipment and infrastructure.

The research indicated that the elderly are largely satisfied with their stay in this care facility and would recommend this center to other people to a great extent, since they are satisfied with the overall environment of the care center (decoration), the various organizational and operational factors (e.g. comfort, brightness, access, location, ventilation, space efficiency, cleanliness, safety), as well as the friendliness, responsiveness to and relations with the nursing and administrative staff. However, there was a very low level of satisfaction regarding the exercise and the social activities taking place in the health care center, the food, and the factors related to the medical staff and medical care, and the adequacy of the medical staff. Overall, there is a need to focus on physical activity and social life of the elderly, as well as the adequate staffing of shelters with knowledgeable and well trained medical staff.

Keywords: satisfaction, health care, elderly care, islands

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.1 Η έννοια και η σημασία της ικανοποίησης στον τομέα της υγείας.....	11
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών υγείας	13
1.2.1 Δημογραφικά στοιχεία των χρηστών υγείας.....	13
1.2.2 Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας	14
1.2.3 Η επικοινωνία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας.....	15
1.2.4 Λοιποί παράγοντες	16
1.3 Ικανοποίηση ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	20
2.1 Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές.....	20
2.2 Η τρέχουσα κατάσταση όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις νησιωτικές περιοχές	22
2.3 Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
3.1 Η ποσοτική έρευνα	25
3.2 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	25
3.3 Η ηθική της έρευνας	26
3.4 Το δείγμα της έρευνας.....	26
3.5 Η διεξαγωγή της έρευνας	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	29
4.1 Εσωτερική αξιοπιστία της έρευνας	29
4.2 Απόψεις ερωτηθέντων	29
4.3 Επαγωγική στατιστική.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
5.1 Συμπεράσματα της έρευνας.....	53
5.2 Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής.....	56
5.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	67

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην έρευνα	27
Πίνακας 2. Δείκτης Cronbach's για την πιλοτική έρευνα	28
Πίνακας 3. Δείκτης Cronbach's για την πιλοτική έρευνα	29
Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με την ικανοποίησή τους από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων	35
Πίνακας 5. Αποτελέσματα Independent samples t-test	41

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων	30
Γράφημα 2. Ποσοστό ερωτηθέντων που επέλεξαν να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης31	
Γράφημα 3. Ποσοστό ερωτηθέντων που θεωρεί ως επαρκή τον αριθμό επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο	32
Γράφημα 4. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης	38
Γράφημα5. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα σύστηνε το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον	39

Τοποθέτηση του προβλήματος

Η ικανοποίηση των χρηστών υγείας είναι μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους στην εφαρμογή μέτρων παρέμβασης για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Καδδά και συν., 2010), καθώς η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας συνδέεται με τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2010). Σύμφωνα με τους Πολύζο και συν. (2007, σελ. 11) «η ικανοποίηση μπορεί να ορισθεί ως μια τελική κατάσταση ή ως ένα αποτέλεσμα της εμπειρίας κατανάλωσης ή χρήσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαδικασία με έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες αντίληψης και αξιολόγησης που την επηρεάζουν».

Όπως υποστηρίζουν οι Λέντζας και συν. (2010, σελ. 10), η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται «στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων, με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και του φυσικού περιβάλλοντος». Όπως αναφέρεται στην Λαζάρου (2004, σελ. 29) «η άποψη των ασθενών διαμορφώνει την κατεύθυνση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας (QMS) και δίνει την ευκαιρία βελτίωσης και αύξησης του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος».

Ωστόσο, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μία πολύπλοκη έννοια, καθώς η ικανοποίηση των χρηστών υγείας επηρεάζεται από παράγοντες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (Πολύζος και συν., 2007• Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007• Καλογεροπούλου, 2011• Simonet, 2005• Chouetal., 2010), την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των υπηρεσιών υγείας (Ζοπουνίδης & Φραγκιαδάκης, 2008• Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010• Mooreetal., 2002• Hall, 2003• Simonet, 2005• Robinsonetal., 2008• Alhashem etal., 2009• Quetal., 2011• D'Souza & Sequeira, 2012), καθώς και τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (Ζοπουνίδης & Φραγκιαδάκη, 2008• Λέντζας και συν., 2010• Elleuch, 2008• Baalbaki etal., 2008• Chouetal., 2010• D'Souza & Sequeira, 2012).

Σκοπός της έρευνας και επιμέρους ερευνητικοί στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ως μελέτη περίπτωσης έχει επιλεγθεί ένα κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων σε μία νησιωτική περιοχή. Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι οι κάτωθι:

1. Να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων όσον αφορά στην επικοινωνία με το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό) του κέντρου περίθαλψης όπου διαμένουν
2. Να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων όσον αφορά στα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κέντρου περίθαλψης όπου διαμένουν
3. Να προσδιοριστούν τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησής τους από το κέντρο περίθαλψης όπου διαμένουν

Μεθοδολογία της έρευνας

Προκειμένου να εκπονηθεί η παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος με τη μέθοδο του δομημένου ερωτηματολογίου (Dawson, 2009). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει ερωτήσεις βασισμένες στη διεθνή βιβλιογραφία και αποτελείται από κλειστού τύπου ερωτήσεις. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 40 χρήστες των υπηρεσιών ενός κέντρου περίθαλψης ηλικιωμένων σε μία νησιωτική περιοχή της Ελλάδας.

Ενδιαφέρον για τη διεξαγωγή της έρευνας

Στο σημερινό έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, το κλειδί για την αειφόρο βιωσιμότητα και την απόκτηση συγκριτικού πλεονεκτήματος των μονάδων παροχής υγείας είναι η προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, η οποία έχει θετικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών (Mehta, 2011). Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής υγείας θα πρέπει να αντιληφθούν και να κατανοήσουν περισσότερο τη σημαντικότητα της βελτίωσης της ποιότητας. Το γεγονός ότι δεν έχουν αναπτυχθεί οι κατάλληλες μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων μονάδων υγείας μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αιτιολογεί αυτή τη διαπίστωση (Νιάκας, 2003).

Επιπρόσθετα, οι νησιωτικές περιοχές παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα διαρθρωτικής μορφής (Μουσούρα, 2007• Σπιλάνης και συν., 2007• Σπιλάνης, 2012• Λάζογλου & Τασιόπουλος, 2014), τα οποία έχουν αντίκτυπο στη στελέχωση των μονάδων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Richards et al., 1995), κάτι το οποίο έρχεται να λύσει η Υπουργική Απόφαση για το χαρακτηρισμό περιοχών για επίκουρους ιατρούς (ΦΕΚ 2050/2014, τ.Β'), ενώ παράλληλα οι νησιωτικές περιοχές χαρακτηρίζονται από περιφερειακές ανισότητες αναφορικά με την πρόσβαση όλων των πολιτών στις μονάδες υγείας (Binnis et al., 2010).

Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Ο σκοπός της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι διττός, καθώς αποσκοπεί από τη μία πλευρά στην αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων στους πολίτες υπηρεσιών υγείας και από την άλλη στον έλεγχο του κόστους του συστήματος υγείας (Winter, 2008). Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχει ως απώτερο στόχο της τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Qu et al., 2011).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να φανούν χρήσιμα στους χαράζοντες την πολιτική υγείας, προκειμένου να αξιοποιηθούν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από μονάδες που βρίσκονται στις νησιωτικές περιοχές, καθώς θα οδηγήσουν στην κατάθεση προτάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας του έργου από το κέντρο περιθάλψης, στη βάση: α) των ιδιαιτεροτήτων των νησιωτικών περιοχών και β) των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Διάρθρωση της εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρεται στην ικανοποίηση των χρηστών υγείας. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται η έννοια και η σημασία της ικανοποίησης των χρηστών στον τομέα της υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών υγείας, καθώς επίσης και η ικανοποίηση των χρηστών από τα κέντρα περιθάλψης ηλικιωμένων. Το δεύτερο κεφάλαιο εξετάζει το ζήτημα της παροχής υπηρεσιών υγείας στις νησιωτικές περιοχές, τόσο γενικά, όσο και πιο συγκεκριμένα στις νησιωτικές περιοχές της Ελλάδας. Το επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζει τη μέθοδο της έρευνας, το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, τη δεοντολογία, το δείγμα αλλά και τη διαδικασία της έρευνας. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ το πέμπτο συνοψίζει τα κυριότερα

συμπεράσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, καταθέτει προτάσεις πρακτικής εφαρμογής, καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η έννοια και η σημασία της ικανοποίησης στον τομέα της υγείας

Αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Όπως αναφέρουν οι Λέντζας και συν. (2010, σελ. 10), η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται «στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων, με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και του φυσικού περιβάλλοντος». Σύμφωνα με τις Καραγιώργη και Γκέκα (2010, σελ. 401) και τους Αντεριώτη και Αντωνίου (2014, σελ. 64) «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες». Οι Bockting et al. (2004) αναφέρουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι η υποκειμενική αξιολόγηση από μέρους των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν.

Η ικανοποίηση των ασθενών μετράται μέσα από ποσοτικές έρευνες, οι οποίες στοχεύουν στο να προσδιορίσουν τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με (Friesner et al., 2009): α) την αξία του αποτελέσματος της θεραπείας (π.χ. αισθάνεται καλύτερα ο ασθενής;), β) τα εργαλεία και οι πρακτικές που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη θεραπεία (π.χ. ήταν ο ιατρός έμπειρος και εξειδικευμένος στον τομέα του), γ) τη διαδικασία κατά την οποία η θεραπεία έλαβε μέρος (π.χ. συμπεριφέρθηκε το προσωπικό με σεβασμό στον ασθενή και σε εύλογο χρονικό διάστημα;).

Σύμφωνα με τους Priporas et al. (2008), υπάρχει δυσκολία προσδιορισμού της ακριβούς έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, σε αντίθεση με την ικανοποίηση των πελατών από παρεχόμενες υπηρεσίες. Η δυσκολία αυτή έγκειται σε διάφορους παράγοντες και πιο συγκεκριμένα: α) δεδομένου ότι η μέτρηση της

ικανοποίησης βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ατόμων, είναι δύσκολο στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας να έχουν μία σαφή εικόνα των προσδοκιών τους από το σύστημα υγείας, ιδίως πριν η σχέση αυτή φτάσει εις πέρας, β) οι προσδοκίες των ασθενών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους, γ) τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας που αξιολογούν οι ασθενείς διαφέρουν από τα χαρακτηριστικά που αξιολογούνται στην περίπτωση προϊόντων και άλλων υπηρεσιών.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς αποτελεί δείκτη αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς. Συνεπώς, αποτελεί ένα δείκτη αξιολόγησης του συστήματος υγείας μίας χώρας και ως εκ τούτου συμβάλλει και στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008• Καραγιώργη & Γκέκα, 2010• Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011• Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012• Μωυσιάδου, 2012• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Fottler & Ford, 2008• Fried & Fottler, 2008• Findik et al., 2010• Quetal., 2011• D'Souza & Sequeira, 2012). Εκτός από αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται και με την αποδοχή τους της προτεινόμενης θεραπείας και της εμπιστοσύνης που δείχνουν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και γενικά στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Καραγιώργη & Γκέκα, 2010• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Spernak et al., 2007• Gutelling et al., 2008• Fuertes et al., 2013). Συνεπώς, μπορεί να γίνει αντιληπτή η διαπίστωση των Παπανικολάου και Σιγάλα (1995, σελ. 63) ότι, «η ικανοποίηση του ασθενή είναι αναγκαία προϋπόθεση, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της Φροντίδας, αφού αυτή επηρεάζει την απόφασή του να ακολουθήσει την αγωγή που του συστήνεται και να ζητήσει επαγγελματική φροντίδα και στο μέλλον».

Με βάση τα παραπάνω, εξάγεται το συμπέρασμα ότι, η ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνει είναι (Καραγιώργη & Γκέκα, 2010): (α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα επιθυμητό αποτέλεσμα, β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας υγείας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του παρέχονται και τέλος (γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι τα κοινωνικοοικονομικά και χαρακτηριστικά τους (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008• Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010• Λέντζας και συν., 2010• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014), τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας (Ζοπουνίδης & Φραγκιαδάκης, 2008• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Baalbaki et al., 2008), καθώς και την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (Ζοπουνίδης & Φραγκιαδάκης, 2008• Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Hall, 2003• Simonet, 2005• Robinson et al., 2008).

Επίσης, οι Ζοπουνίδης και Φραγκιαδάκης (2008) αναφέρουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας εντάσσονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει παράγοντες που σχετίζονται με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της μονάδας υγείας, όπως είναι η ποιότητα και η ποσότητα του φαγητού, οι συνθήκες νοσηλείας, η καθαριότητα, ο αερισμός, η ψυχαγωγία, ο χρόνος αναμονής του ασθενούς καθώς και ο χρόνος διεκπεραίωσης των διαδικασιών. Η δεύτερη περιλαμβάνει παράγοντες που σχετίζονται με την επαφή-επικοινωνία του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι η επικοινωνία του ασθενούς και / ή της οικογένειάς του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών υγείας

1.2.1 Δημογραφικά στοιχεία των χρηστών υγείας

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας που λαμβάνουν. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες εκφράζουν πιο συχνά τη μη ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πολύζος και συν., 2007), ενώ παράλληλα τείνουν να αξιολογούν λιγότερο θετικά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λαμβάνουν (Καδδά και συν., 2010; Labarère et al., 2004). Ωστόσο, η έρευνα των Akino et al. (2013) βρήκε ότι οι άντρες τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες.

Επίσης, διάφορες έρευνες (Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007• Πολύζος και συν., 2007• Labarère et al., 2004• Findik et al., 2010) αναφέρουν ότι άτομα με υψηλό μορφωτικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο τείνουν να είναι περισσότερο απαιτητικοί από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν και ως εκ τούτου εκφράζουν πιο δύσκολα την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, το χαμηλό επίπεδο εισοδήματος οδηγεί τους ασθενείς να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Findik et al., 2010), ενώ και η εθνικότητα των ασθενών έχει επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν (Woods et al., 2005).

Η ηλικία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, αφού άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με νεαρής ηλικίας άτομα (Πολύζος και συν., 2007• Findik et al., 2010). Αντίθετα, άλλες έρευνες (Labarère et al., 2004• González et al., 2005• Moret et al., 2007) έχουν καταδείξει ότι το επίπεδο

ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μειώνεται μετά την ηλικία των 65 ετών. Ωστόσο, η έρευνα των Narenjha et al. (2012) δε βρήκε κάποια επίδραση της ηλικίας στην ικανοποίηση των ασθενών.

1.2.2 Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας

Πολλές έρευνες έχουν καταδείξει τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και των οργανωτικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι Elleuch (2008) και Baalbaki et al. (2008) αναφέρουν ότι οι συνθήκες νοσηλείας, το φαγητό, καθώς και η ατμόσφαιρα που επικρατεί στους θαλάμους, δηλαδή ο φωτισμός, τα μέσα ψυχαγωγίας, ο αερισμός και η καθαριότητα, επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι συνθήκες νοσηλείας, η ασφάλεια που αισθάνονται οι ασθενείς, το φαγητό και η συμπεριφορά του προσωπικού αναφέρονται ως παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και από άλλες έρευνες (Mehta et al., 2011• D'Souza & Sequeira, 2012).

Ο μικρός χρόνος αναμονής των ασθενών, ο επαρκής αριθμός προσωπικού, η καθημερινή λειτουργία των εργαστηρίων για εξετάσεις, καθώς και ο μικρός αριθμός επισκέψεων ανά ιατρό αποτελούν επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Λέντζα και συν. (2010). Ο επαρκής αριθμός προσωπικού, ο τύπος των ασθενειών που εξυπηρετεί μία μονάδα υγείας, για παράδειγμα γενικό ή ειδικό νοσοκομείο, καθώς και το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται μία μονάδα παροχής φροντίδας υγείας, για παράδειγμα σε αστική, περιφερειακή ή νησιωτική περιοχή, είναι παράγοντες που επίσης επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης των Fultonetal. (2011).

Η έρευνα των Ζοπουνίδη και Φραγκιαδάκη (2008) κατέδειξε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και πιο συγκεκριμένα: κτιριακές υποδομές και χώροι της μονάδας παροχής υγείας, η προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, η ταχεία ανταπόκριση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ασθενούς, η επεξήγηση στους ασθενείς των ακολουθούμενων διαδικασιών από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ο επαγγελματισμός και η διάθεση εξυπηρέτησης του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και το διοικητικό προσωπικό της μονάδας υγείας. Η πληροφόρηση

των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας επισημαίνεται και μέσα από τα ευρήματα της έρευνας των Chou et al. (2010).

Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας των Ζοπουνίδη και Φραγκιαδάκη (2008) σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Chou et al., 2010• Mehta et al., 2011• D'Souza & Sequeira, 2012) οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και η επικοινωνία με τον ασθενή και / ή τους συγγενείς του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Στα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των μονάδων υγείας εντάσσεται και η εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, δεδομένου ότι επηρεάζει τη συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς και την προθυμία και φιλικότητα εξυπηρέτησής τους (Ravari et al., 2009• Wood et al., 2009). Η εργασιακή ικανοποίηση το προσωπικού εξαρτάται από τον επαρκή αριθμό προσωπικού που με τη σειρά του επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών όπως προαναφέρθηκε, το πνεύμα ομόνοιας και συνεργασίας εντός της μονάδας υγείας μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού της, η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού έχουν βρεθεί από αρκετές έρευνες (Lemieux-Charles & MacGuire, 2006• Montoro-Rodriguez & Small, 2006• Paulsel et al., 2006• Ravari et al., 2009• Aasland et al., 2010) ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων από τη μονάδα υγείας στην οποία εργάζονται και κατά συνέπεια επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η διαπίστωση της Λαζάρου (2004, σελ. 29), σύμφωνα με την οποία «σε οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να μετράται και να παρακολουθείται η ικανοποίηση του ασθενούς μέσω για παράδειγμα της ανταπόκρισης του προσωπικού στις ερωτήσεις του ασθενούς, της ικανοποίησης του ασθενούς από την ευγένεια του προσωπικού, το χρόνο αναμονής για μια εξέταση, και την πιθανότητα επανεισαγωγής του ασθενούς για το ίδιο πρόβλημα». Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, ένα πλήθος ερευνών τονίζει τη σημαντικότητα της επικοινωνίας ως κρίσιμος παράγοντας ικανοποίησης των ασθενών, όπως αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

1.2.3 Η επικοινωνία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας

Πληθώρα ερευνών επισημαίνει τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και/ή συγγενών τους με το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικών προσωπικό των μονάδων υγείας, ως προσδιοριστικός παράγοντας της ικανοποίησής τους (Ζοπουνίδης & Φραγκιαδάκης, 2008• Μποστανίτης & Τσαλίδου,

2010• Moore et al., 2002• Sala et al., 2002• Hall, 2003• Simonet, 2005• Robinson et al., 2008• Chou et al., 2010• D'Souza & Sequeira, 2012• Narenjiha et al., 2014).

Σύμφωνα με μία ομάδα ερευνών (Tasso et al., 2002• Kessler & Mylod, 2009• Qu et al., 2011), η πληροφόρηση των ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία τους συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Μία άλλη ομάδα ερευνών (Bockting et al., 2004• Dutta-Bergman, 2005• Liu et al., 2006• Moret et al., 2008• Alhashem et al., 2009• Qu et al., 2011• Narenjiha et al., 2014• Hendrick et al., 2014), αναφέρει ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρικού προσωπικού, η ειλικρίνεια του σχετικά με τη διάγνωση της ασθένειας, την προτεινόμενη θεραπεία, ο σεβασμός και η φιλικότητα των επαγγελματιών υγείας αλλά και του διοικητικού προσωπικού των μονάδων υγείας, καθώς και το επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται.

1.2.4 Λοιποί παράγοντες

Οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008• Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Priporas et al., 2008). Επίσης, οι προηγούμενες εμπειρίες (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Bleich et al., 2009• Gaspar et al., 2013), καθώς και η εξέλιξη της αρρώστιας και οι παρενέργειες (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014• Akino et al., 2013• Gilet et al., 2014) αποτελούν επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με μία ενδιαφέρουσα έρευνα των Hall et al. (2014) καταδείχθηκε ότι οι ασθενείς τείνουν να προτιμούν άντρες ιατρούς και όχι γυναίκες λόγω της ύπαρξης στερεοτυπικών αντιλήψεων και ως εκ τούτου εκφράζουν περισσότερη ικανοποίηση όταν έρχονται σε επαφή με άντρες ιατρούς. Επίσης, η συναισθηματική δυσφορία που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν ορισμένοι ασθενείς ως αποτέλεσμα της ασθένειάς τους, αλλά και το πώς αξιολογούν τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονται αυτήν την αξιολόγηση από μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησής τους (Mårtensson et al., 2010). Η κοινωνική ευθύνη που επιδεικνύει ένα νοσοκομείο σε συνδυασμό με τη συνολική διοικητική του λειτουργία βρέθηκαν στην έρευνα των Bakan et al. (2014) ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Τέλος, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και η διάρκεια της νοσηλείας, αφού η μικρότερη διάρκεια νοσηλείας συνδέεται με πιο αυξημένο επίπεδο ικανοποίησης ασθενών (Findik et al., 2010).

1.3 Ικανοποίηση ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης

Υπάρχουν τέσσερις διαστάσεις αναφορικά με τα κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων (Denham, 1991):

1. Δημόσιος / ιδιωτικός τομέας, που αναφέρεται στην ικανότητα του κατοίκου να έχει έναν ιδιωτικό τομέα που δεν θα είναι ανοικτός για το κοινό και ο οποίος δεν θα παραβιάζεται από το κέντρο περίθαλψης
2. Δομημένος / αδόμητος, που αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο αναμένεται ο κάτοικος να συμμορφώνεται με τους κανόνες και την πειθαρχία, καθώς και την ικανότητά του να λαμβάνει αποφάσεις ή να έχει τη δυνατότητα επιλογής.
3. Αραιός / Πλούσιος σε πόρους, που αξιολογεί το βαθμό του κατοίκου να είναι σε θέση να συμμετάσχει σε εργασίες ή μικρότερες δραστηριότητες
4. Απομόνωση / Ολοκλήρωση, που αξιολογεί τη δυνατότητα για επικοινωνία και την αλληλεπίδραση με τον κόσμο έξω από το κέντρο.

Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους από τα κέντρα περίθαλψης ήρθε περισσότερο ως απάντηση σε δύο γεγονότα (Stewart, 2012): α) οι γυναίκες που παραδοσιακά είχαν το ρόλο του 'φροντιστή' και της περίθαλψης ηλικιωμένων μελών της οικογένειας, μετά από την ένταξή τους στην αγορά εργασίας αδυνατούσαν να ανταποκριθούν σε αυτό το ρόλο, β) σε πολλές περιπτώσεις παρατηρήθηκε ανεπαρκής παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους, για παράδειγμα έλλειψη επαρκούς σίτισης, υπηρεσίες υγιεινής, είτε εξαιτίας του μειωμένου διαθέσιμου χρόνου των μελών της οικογένειας να παράσχουν τις απαιτούμενες φροντίδες στους ηλικιωμένους είτε εξαιτίας του υψηλού κόστους που ορισμένες οικογένειες δεν μπορούσαν να επωμιστούν.

Ενώ η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει πολλές έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται κυρίως από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ελάχιστοι είναι οι ερευνητές που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης. Μία σχετικά πρόσφατη έρευνα της Μωυσιάδου (2012) επικεντρώνεται στους ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά διερευνά την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες ενός δημόσιου περιφερειακού νοσοκομείου. Παρόμοιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί αφορούν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και το πώς συμπεριφέρεται το προσωπικό της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας απέναντι στους ηλικιωμένους (Scotti, 2005 • Wagner, 2005), αλλά και την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη φροντίδα που τους παράσχεται στο σπίτι (Li & Chen, 2011).

Οι Flores και Newcomer (2009) εξέτασε την περίπτωση ενός κέντρου περίθαλψης ηλικιωμένων στην Καλιφόρνια όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε όρους χρήσης πληροφοριακών συστημάτων και των πληροφοριών που διαθέτουν σχετικά με τους ασθενείς, όπως στοιχεία επικοινωνίας και δημογραφικά στοιχεία, αλλά και το ίδιο το κέντρο περίθαλψης, όπως παρεχόμενες υπηρεσίες και κόστος λειτουργίας. Οι ερευνητές τονίζουν ότι η απουσία ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος σε εθνικό επίπεδο αποτελεί εμπόδιο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη λειτουργία των κέντρων περίθαλψης ηλικιωμένων. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες που αναφέρουν οι Flores και Newcomer (2009), τα κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων δεν έχουν επαρκή αριθμό προσωπικού για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, ενώ παράλληλα χαρακτηρίζονται και από χαμηλό επίπεδο κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα δεδομένα αυτά εγείρουν αρκετές ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και συνεπώς της ασφάλειας των ηλικιωμένων που διαμένουν σε αυτά. Ωστόσο, επισημαίνεται από τους συγγραφείς ότι μία έρευνα ικανοποίησης των ηλικιωμένων που διαμένουν στα κέντρα περίθαλψης θα μπορούσε να εξετάσει το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ικανοποίηση όσων διαμένουν σε αυτά είναι προσδιοριστικός παράγοντας της ποιότητας, και ως εκ τούτου θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους. Στο ίδιο πλαίσιο, οι Hughes και Moore (2012) διαπίστωσαν μία έλλειψη εργαλείων μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων στην Αυστραλία.

Η Sikorska-Simmons (2005) εξέτασε την ικανοποίηση των ατόμων που διέμεναν σε κέντρα περίθαλψης στο Maryland. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε η ικανοποίηση των ατόμων αυτών σε σχέση με το ιδιοκτησιακό καθεστώς και διάφορους παράγοντες παρεχόμενων υπηρεσιών. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 90 κάτοικοι από 8 μη κερδοσκοπικά κέντρα περίθαλψης και 60 κάτοικοι από 5 κερδοσκοπικά κέντρα περίθαλψης. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι παράγοντες ικανοποίησης συνολικά των κατοίκων των κέντρων περίθαλψης ήταν η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, το περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης, οι σχέσεις των κατοίκων με το προσωπικό, καθώς και οι κοινωνικές δραστηριότητες που λάμβαναν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης. Επίσης, βρέθηκε ότι οι κάτοικοι σε μη κερδοσκοπικά κέντρα περίθαλψης ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, το περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης, αλλά και τις κοινωνικές δραστηριότητες που λάμβαναν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης. Επίσης, η έρευνα των Harris et al. (2008) κατέδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που

βρίσκονταν σε ένα κέντρο περίθαλψης έδιναν περισσότερη έμφαση στο περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης και στη διάσταση της κοινωνικής ζωής από ότι έδιναν στην ποιότητα ζωής τους.

Μία ενδιαφέρουσα έρευνα διεξήχθη από τους Johnson et al. (2005) σχετικά με τις αντιλήψεις ομοφυλόφιλων, αμφιφυλόφιλων και τρανσέξουαλ ηλικιωμένων που διαμένουν στα κέντρα περίθαλψης αναφορικά με τη διάκριση που υφίστανται. Οι 127 ηλικιωμένοι που διέμεναν σε κέντρα περίθαλψης που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέφεραν ότι τόσο το διοικητικό προσωπικό των κέντρων περίθαλψης, όσο και ορισμένα άτομα από αυτά που διέμεναν στο κέντρο περίθαλψης συμπεριφέρονταν με μεροληψία απέναντι στους ομοφυλόφιλους, αμφιφυλόφιλους και τρανσέξουαλ, ενώ παράλληλα δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν την ανάπτυξη είτε κέντρων περίθαλψης αποκλειστικά για άτομα με αυτές τις σεξουαλικές προτιμήσεις είτε τουλάχιστον την ανάπτυξη εγκαταστάσεων που θα είναι φιλικές απέναντι σε αυτά τα άτομα. Συνολικά, η έρευνα αυτή καταδεικνύει, μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, ότι η παροχή εκπαίδευσης στο προσωπικό των κέντρων περίθαλψης θα μπορούσε να συμβάλλει θετικά στη μείωση των φαινομένων μεροληψίας προς αυτά τα άτομα.

Η προσαρμογή των ηλικιωμένων στα κέντρα περίθαλψης και η ικανοποίησή τους εξαρτάται και από τη συνολική ικανοποίησή τους από τη ζωή, από την καλή κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν, από το αν θέλουν να μένουν σε ένα κέντρο περίθαλψης, καθώς και το επίπεδο της υγείας τους σύμφωνα με την έρευνα των Rehfeldt et al. (2001). Η ποιότητα, η ποσότητα, η γεύση και η εμφάνιση του φαγητού έχει βρεθεί στην έρευνα των Lengyel et al. (2004) ότι επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων σε κέντρα περίθαλψης, σε συνδυασμό με την έλλειψη αυτονομίας τους να επιλέγουν τόσο το φαγητό όσο και τα σνακ που θέλουν.

Σύμφωνα με τους Horner και Boldy (2008) που διεξήγαγαν έρευνα σε 1.100 ηλικιωμένους που διέμεναν σε κέντρα περίθαλψης στην Αυστραλία βρέθηκε ότι αξιολογούσαν πιο υψηλά την ποιότητα ζωής τους σε αυτά τα κέντρα στη βάση της ασφάλειας που ένιωθαν, του καλού επιπέδου της υγείας τους, της σταθερότητας, της φιλίας και εν γένει των κοινωνικών δεσμών και της κοινωνικής ζωής. Άλλωστε, ορισμένοι ερευνητές (Litwin & Shiowitz, 2006• McNamara, 2009) έχουν επισημάνει ότι η κοινωνική ζωή είναι σημαντική στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων. Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα των Hughes και Moore (2012) άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την παραμονή τους στα κέντρα περίθαλψης είναι το κατά πόσο μπορούν να έχουν πρόσβαση σε θρησκευτικές

δραστηριότητες, αλλά και ο αριθμός των επισκέψεων που δέχονται εκτός των ατόμων που διαμένουν στο κέντρο περίθαλψης.

Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι στην περίπτωση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ένα κέντρο περίθαλψης, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίησή τους δεν αφορούν μόνο οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κέντρου περίθαλψης, αλλά και διαστάσεις που άπτονται του επιπέδου υγείας τους, της κοινωνικής ζωής και της αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με το κατά πόσο ήταν επιλογή τους να μείνουν σε ένα κέντρο περίθαλψης και το πόσες επισκέψεις δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

2.1 Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές

Οι νησιωτικές περιοχές αντιμετωπίζουν προβλήματα διαρθρωτικής μορφής, εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που έχουν (Μουσούρα, 2007) και πιο συγκεκριμένα εξαιτίας του μεγέθους τους, της απόστασης από μεγάλα αστικά κέντρα, αλλά και το εύθραυστο και συνάμα πλούσιο φυσικό και πολιτιστικό τους περιβάλλον (Σπιλάνης, 2012). Όπως επισημαίνουν οι Λάζογλου και Τασιόπουλος (2014) τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές εμπίπτουν στον όρο «νησιωτικότητα», η οποία «προσδιορίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ φυσικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως είναι η γεωγραφική και κοινωνική απομόνωση, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, οι περιορισμένοι παραγωγικοί πόροι, οι εποχικές διακυμάνσεις της οικονομίας και του ανθρώπινου δυναμικού και οι δημογραφικές ιδιαιτερότητες των νησιών» (Λάζογλου & Τασιόπουλος, 2014).

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές (Μουσούρα, 2007• Λάζογλου & Τασιόπουλος, 2014• Maroudas & Kyriakaki, 2001• Richards et al., 2005• Glazebrook & Harrison 2006• Moncada et al., 2010• Binns et al., 2010), ορισμένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές είναι τα εξής:

α) υπερεκμετάλλευση φυσικών πόρων και ρύπανση του περιβάλλοντος που οδηγεί σε καταστροφή του οικοσυστήματος

- β) δημογραφικά γήρανση που οφείλεται κυρίως στο ότι αρκετά άτομα εγκαταλείπουν τις νησιωτικές περιοχές για να εγκατασταθούν σε αστικές περιοχές
- γ) ενδοπεριφερειακές ανισότητες καθώς μεγάλο μέρος του πληθυσμού συρρέει στην ενδοχώρα με αποτέλεσμα ο πληθυσμός στις ορεινές και μη παράκτιες περιοχές να ελαττώνεται
- δ) δόμηση χωρίς χωροταξικό σχεδιασμό στις στην ενδοχώρα και στις παράκτιες περιοχές που υπάρχει συσσώρευση του νησιωτικού πληθυσμού
- ε) μη επαρκείς δομές μεταφοράς και σύνδεσης των κατοίκων με άλλες νησιωτικές αλλά και αστικές / ηπειρωτικές περιοχές, ένα πρόβλημα που εντείνεται κατά τους χειμερινούς μήνες λόγω των καιρικών συνθηκών συμβάλλοντας στην απομόνωση των κατοίκων
- στ) υψηλά ποσοστά ανεργίας και υποαπασχόλησης λόγω της συρρίκνωσης της παραγωγικής βάσης, αλλά και των μειωμένων ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας
- ζ) ανεπάρκεια στελεχών της δημόσιας διοίκησης και ελλιπής οργανωτική επάρκεια των δημόσιων υπηρεσιών που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων σε υπηρεσίες δημόσιας διοίκησης
- η) οικονομική και τεχνολογική εξάρτηση των νησιωτικών περιοχών από τις αστικές / ηπειρωτικές περιοχές
- θ) εποχικότητα του τουρισμού στον οποίον βασίζονται ως επί το πλείστον οι νησιωτικές περιοχές με αρνητικό αντίκτυπο στην τοπική οικονομία και ανάπτυξη

Τα προαναφερθέντα προβλήματα καθιστούν τις νησιωτικές περιοχές ως προβληματικές ζώνες, κάτι που έχει επισημανθεί και από την Ευρωπαϊκή Ένωση: «σύμφωνα με την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο νησιωτικός χώρος κατατάσσεται μεταξύ των πλέον απομονωμένων και οικονομικά καθυστερημένων σε σχέση με την ηπειρωτική χώρα, γιατί περικλείει σημαντικές φυσικές μειονεξίες», αλλά και ότι «η κοινωνική και οικονομική περιθωριοποίηση των νησιών και γενικότερα των νησιών που περικλείουν φυσικές μειονεξίες, πήρε ιδιαίτερες διαστάσεις μεταπολεμικά. Αυτό συνέβη διότι, η αναπτυξιακή πολιτική της τότε περιόδου επικεντρώθηκε σε δύο βασικούς άξονες, που άφηναν τα νησιά στο περιθώριο των επενδύσεων [...] Παρά την αναγνώριση της ιδιαιτερότητας των νησιών που έχει γίνει αποδεκτή από πολλά όργανα της Ε.Ε. και διεθνής οργανισμούς, τα τελευταία 15 χρόνια, καμιά πολιτική δεν έχει εφαρμοστεί» (Μουσούρα, 2007).

Ως εκ τούτου, τονίζεται ότι αυτές οι ιδιαιτερότητες θα πρέπει να συμβάλλουν στην υιοθέτηση πολιτικών που θα αξιοποιούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νησιωτικών περιοχών με στόχο τη βιώσιμη ανάπτυξη

τους και στη βάση αυτών των ιδιαιτεροτήτων (Σπιλάνης και συν., 2007). Σε αυτό το πλαίσιο, η Μουσούρα (2007), καθώς και οι Στεφάνου και Μήτουλα (2008) αναφέρουν ότι είναι ανάγκη να υπάρξει μία πολιτική που θα εντάσσει αυτές τις νησιωτικές περιοχές σε μία αναπτυξιακή διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διέπουν τις νησιωτικές περιοχές και τα συγκριτικά τους πλεονεκτήματα, με στόχο τη βιώσιμη ανάπτυξή τους.

2.2 Η τρέχουσα κατάσταση όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις νησιωτικές περιοχές

Αρκετοί ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο Tremblay (2012) αναφέρει ότι στις νησιωτικές περιοχές ασκείται περισσότερη πίεση στο σύστημα υγείας, εξαιτίας και του μεγάλου αριθμού τουριστών που δέχονται κάθε χρόνο. Επίσης, τονίζει την εξάρτηση των νησιωτικών περιοχών από τις μεγάλες αστικές και ηπειρωτικές περιοχές όσον αφορά στους πόρους (π.χ. ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός), αλλά και την έλλειψη κέντρων εκπαίδευσης/κατάρτισης, έρευνας και ανάπτυξης. Το πρόβλημα της σύνδεσης των νησιωτικών περιοχών με άλλες και η απομόνωση που χαρακτηρίζει αυτές τις περιοχές είναι ένα πρόβλημα που εντείνει την φτωχή παροχή υπηρεσιών υγείας στις νησιωτικές περιοχές, λαμβάνοντας υπόψη το παράδειγμα των νησιών της Χιλής, τα οποία έχουν έλλειψη τόσο σε προσωπικό όσο και σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (Adams & Sexauer, 2013).

Στα Νησιά Σολομώντα ο πληθυσμός πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, όπως η ελονοσία, από ασθένειες του αναπνευστικού, αλλά και από ασθένειες που σχετίζονται με την κατανάλωση μη πόσιμου νερού και άσχημες συνθήκες διαβίωσης, παιδική θνησιμότητα (Unisef, 2005). Το σύστημα υγείας αυτών των νησιών χαρακτηρίζεται από ελλείψεις σε ιατρικό εξοπλισμό, φυγή ιατρικού προσωπικού λόγω μη πληρωμής των δεδουλευμένων τους, δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων των ασθενών αλλά και έλλειψη μεταφορικών μέσων στις απομακρυσμένες περιοχές των νησιών, καθώς και έλλειψη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων (Unisef, 2005).

Μέσα από το παράδειγμα της Χαβάη και την πίεση που δέχεται το σύστημα υγείας της από ασθενείς από τα Federated States of Micronesia και Republic of the Marshall Islands, οι Yamada και Pobutsky (2009) αναφέρονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτά τα συμπλέγματα νησιών, όπως έλλειψη κέντρων

εκπαίδευσης και κατάρτισης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το γεγονός ότι πολλά άτομα που εκπαιδεύονται σε άλλη χώρα δεν επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους για να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, έλλειψη δομών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας λόγω έλλειψης οικονομικών, κυρίως, πόρων και του ότι οι υπάρχοντες πόροι επενδύονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συνεπώς, οι ασθενείς απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας της Χαβάη, ασκώντας περαιτέρω πίεση στο σύστημα υγείας του νησιού.

Η Russell (2009) αναφέρεται στα νησιά του Ειρηνικού τονίζοντας ότι οι κάτοικοι αυτών των νησιών υποφέρουν από πολλές ασθένειες, μεταξύ των οποίων AIDS/HIV, μολύνσεις από το νερό και από τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, αλλά και παιδική θνησιμότητα. Το 2009 στα νησιά του Ειρηνικού οι κρατικές δαπάνες για την υγεία άγγιζαν το 13% του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ στην Καραϊβική το 9%, κατέχοντας έτσι το υψηλότερο ποσοστό ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket) για την υγεία ήταν κάτω από 30%, με τα νησιά Φίτζι να αποτελούν τη μοναδική εξαίρεση με 38%, ποσοστό που μπορεί να συγκριθεί μόνο με την Αυστραλία (33%) και χώρες όπως την Ινδία και το Πακιστάν με πάνω από 80%. Ο αριθμός των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους είναι εξαιρετικά χαμηλός στα νησιά του Ειρηνικού, με αυτές τις νησιωτικές περιοχές να έχουν δυσκολία κατάρτισης, προσέλκυσης και παραμονής εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι: έλλειψη προσωπικού και μη ισορροπημένη κατανομή του προσωπικού εξαιτίας γεωγραφικών παραγόντων, γήρανση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, θέματα ισότητας των δύο φύλων που επηρεάζουν την συμμετοχή των δύο φύλων στην αγορά εργασίας, ανεπαρκής παραγωγή προσωπικού για την υγεία που σχετίζεται με ανεπαρκή επένδυση σε ινστιτούτα κατάρτισης, ακατάλληλη αναγνώριση και αποζημίωση του προσωπικού της υγείας και απώλεια εξειδικευμένου προσωπικού εξαιτίας δυσαρέσκειας με τις εργασιακές συνθήκες (Russell, 2009). Δεδομένων των παραπάνω, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε την Τοπική Στρατηγική για τη Διαχείριση Προσωπικού για την Υγεία 2006-2015 (Regional Strategy on Human Resources for Health 2006-2015) ώστε να κατευθύνει συνεργατικές προσπάθειες στα νησιά του Ειρηνικού τα οποία θα βελτιώναν τη δυναμικότητα του τομέα της υγείας, διασφαλίζοντας ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού, ενισχύοντας την απόδοση και την ποιότητα του συστήματος υγείας και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας (Russell, 2009).

Στην Ελλάδα παρατηρείται υποστελέχωση των δομών υγείας στις νησιωτικές περιοχές, κάτι που έχει αναγνωριστεί από την πολιτεία και για αυτό προχώρησε στην παροχή κινήτρων για επικουρικούς ιατρούς. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το ΦΕΚ 2050/29.07.2014, ορισμένες ηπειρωτικές αλλά και νησιωτικές

περιοχές χαρακτηρίζονται ως «άγονες και προβληματικές λόγω των γεωγραφικών, κοινωνικών, συγκοινωνιακών και οικονομικών τους συνθηκών» (άρθρο 1). Με σκοπό να αναβαθμιστεί η παροχή υπηρεσιών υγείας σε αυτές τις περιοχές, η πολιτεία έχει θεσπίσει κίνητρα στους επικουρικούς ιατρούς προκειμένου να εγκατασταθούν σε αυτές τις περιοχές και να παράσχουν τις υπηρεσίες τους.

2.3. Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων

Η έρευνα διεξήχθη στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων μιας και είναι ο χώρος όπου εργάζομαι και ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελούν τα αποτελέσματα της έρευνας ειδικά όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Ιονίων Νήσων –ΟΔΑΖ είναι Ν.Π.Δ.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με έδρα το Δήμο Ζακύνθου. Ιδρύθηκε το 1935 (Ν.Δ. 418/21-9-1935 τεύχος Α΄) με την ονομασία Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου (Ο.Δ.Α.Ζ). Συμπεριέλαβε τα ιδρύματα: το Νοσοκομείο, το Γηροκομείο, το Ορφανοτροφείο και το Παρθεναγωγείο <<Ο Παρθενών>>.Μετονομάστηκε με το ΦΕΚ Α΄/16 23-01-2013 ν.4109/23-01-2013 σε Κ.Κ.Π.Π.Ι.Ν και υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας ενώ πριν υπαγόταν στο Υπουργείο Υγείας.Περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα: Κέντρο Προστασίας Παιδικής Ηλικίας, Κέντρο Αποκατάστασης Χρονίως Πασχόντων-Ηλικιωμένων και Επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες. Χρηματοδοτείται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ για τα νοσήλια και τα τροφεία και περιθάλπει ηλικιωμένους και χρόνια πάσχοντες σε 24 ωρη βάση. Στα άτομα αυτά παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό, ιατρικό ,διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό. Επίσης, στο τμήμα ατόμων με αναπηρία προσφέρεται σίτιση, ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση, λογοθεραπεία και εργοθεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό.

3.1 Η ποσοτική έρευνα

Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς αυτής της εργασίας καθώς αναφέρεται στην ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων, στη διερεύνηση των απόψεων των ερωτηθέντων, στην αντικειμενικότητα της έρευνας λόγω του ότι δεν εμπλέκεται ο υποκειμενικός παράγοντας 'ερευνητής' κατά τη διαδικασία της έρευνας, κυρίως λόγω της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, ενώ τέλος επιτρέπει την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας σε αριθμητική μορφή, με τη μορφή πινάκων / γραφημάτων (Balnaves & Caruti, 2001). Τέλος, ένας λόγος για τον οποίον επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος έρευνας ήταν ότι έχει χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες έρευνες από άλλους μελετητές.

3.2 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε ως το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας, καθώς είναι το πλέον διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της στάσης, της συμπεριφοράς και των απόψεων των ερωτηθέντων σχετικά με το ζήτημα που εξετάζεται (Punch, 2014). Επίσης, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε καθώς μπορεί να διανεμηθεί χωρίς τη φυσική παρουσία του ερευνητή, για παράδειγμα μέσω ηλεκτρονικού ή συμβατικού ταχυδρομείου, να συμπληρωθεί από τους ίδιους τους ερωτηθέντες, να επεξεργαστεί μέσω στατιστικής ανάλυσης, αλλά και να διερευνηθούν τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (Balnaves & Caruti, 2001). Τέλος, ένας λόγος για τον οποίον επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ήταν ότι έχει χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες έρευνες από άλλους μελετητές.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από 11 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1-8 εξετάζουν το δημογραφικό προφίλ των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, κοινωνικοοικονομική τάξη, οικογενειακή κατάσταση), το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων, το αν ήταν επιλογή τους να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης και το αν θεωρούν ως επαρκή τον αριθμό που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο. Για τις ερωτήσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν οι εξής τύπο κλειστών ερωτήσεων:

- Διαζευκτικού τύπου (ερ. 1, 7, 8)
- Πολλαπλής επιλογής με δυνατότητα επιλογής μίας μόνο απάντησης (ερ. 2-6)

Οι ερωτήσεις 9-11 εξετάζουν την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το νοσηλευτικό, το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς και από λοιπούς οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες του κέντρου περίθαλψης (ερώτηση 9), τη συνολική ικανοποίησή τους από την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης (ερώτηση 10) καθώς και το αν θα σύστηναν το κέντρο περίθαλψης σε άλλους (ερώτηση 11). Στις ερωτήσεις αυτές οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert, ως εξής: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

3.3 Η ηθική της έρευνας

Προκειμένου να διασφαλιστεί η δεοντολογία της έρευνας, η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες μέσω μίας συνοδευτικής επιστολής στο ερωτηματολόγιο σχετικά με το πανεπιστήμιο και το τμήμα στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται η έρευνα, το σκοπό της έρευνας, τους διαβεβαίωσε ότι θα τηρηθεί ανωνυμία, ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν στο ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθούν συνολικά και αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής της έρευνας, ότι τα αποτελέσματα θα ερμηνευθούν και θα παρουσιαστούν με ακρίβεια χωρίς να διαστρεβλωθούν από την ερευνήτρια, ότι η ερευνήτρια δε διέπεται από σύγκρουση συμφερόντων, καθώς και ότι η έρευνα δεν θα προκαλέσει οποιοδήποτε είδος βλάβης στους συμμετέχοντες (Macfarlane, 2009). Εκτός των παραπάνω, η ερευνήτρια σημείωσε στην επιστολή ένα τηλέφωνο επικοινωνίας, στην περίπτωση που κάποιος από τους συμμετέχοντες ήθελε να επικοινωνήσει μαζί της σχετικά με την έρευνα.

Πριν από την αποστολή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία της ερευνήτριας με τα κέντρα περίθαλψης, όπου τους εξέθεσε το σκοπό της έρευνας, το πανεπιστήμιο και το τμήμα στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται η έρευνα, καθώς και τη διαδικασία της έρευνας, προκειμένου να λάβει την ενήμερη συγκατάθεση των προϊσταμένων των κέντρων περίθαλψης.

3.4 Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 40 άτομα που διαμένουν σε κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων σε νησιωτικές περιοχές. Οι συνολικοί διαμένοντες ήταν 60 άτομα. Ωστόσο, δεν μπορούσαν όλοι να λάβουν μέρος στην έρευνα εξαιτίας γεροντικής άνοιας και/ή ψυχιατρικών προβλημάτων. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Όπως μπορούμε να δούμε, οι

περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι άντρες (52,5%), άνω των 80 ετών (62,5%), που ανήκουν στη μεσαία κοινωνικο-οικονομική τάξη (57,5%), που έχουν χηρέψει (62,5%) και που είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (87,5%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην έρευνα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Φύλο				
Άντρας	21	52,5	52,5	52,5
Γυναίκα	19	47,5	47,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	
Ηλικία				
Κάτω των 60 ετών	5	12,5	12,5	12,5
61-70	9	22,5	22,5	35,0
71-80	1	2,5	2,5	37,5
Άνω των 80	25	62,5	62,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	
Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής τάξης				
Κατώτερη	16	40,0	40,0	40,0
Μεσαία	23	57,5	57,5	97,5
Ανώτερη	1	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	

Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	6	15,0	15,0	15,0
Παντρεμένος/η	4	10,0	10,0	25,0
Διαζευγμένος/η	5	12,5	12,5	37,5
Χήρος/α	25	62,5	62,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	

Επίπεδο εκπαίδευσης				
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	35	87,5	87,5	87,5
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	5	12,5	12,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	

3.5 Η διεξαγωγή της έρευνας

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας διεξήχθη μία πιλοτική έρευνα σε ένα δείγμα 10 ερωτηθέντων. Ο δείκτης αξιοπιστίας απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα. Επίσης, πρέπει να διευκρινιστεί ότι μέσα από τη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες δεν αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, δεν υπήρχε κάποια ερώτηση που να προκάλεσε παρανόηση ή δυσκολία και ως εκ τούτου για την έρευνα δεν χρειάστηκε να αλλάξουμε κάποια από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Πίνακας 2. Δείκτης Cronbach's για την πιλοτική έρευνα

Ομάδα ερωτήσεων	Cronbach's Alpha	N of Items
Όλες	.902	61
Ερώτηση 9	.900	51
Ερωτήσεις 9-11	.910	53

4.1 Εσωτερική αξιοπιστία της έρευνας

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας της έρευνας. Όπως παρατηρούμε, υπάρχει υψηλό επίπεδο εσωτερικής αξιοπιστίας, όπως βρέθηκε και στην πιλοτική έρευνα.

Πίνακας 3. Δείκτης Cronbach's για την πιλοτική έρευνα

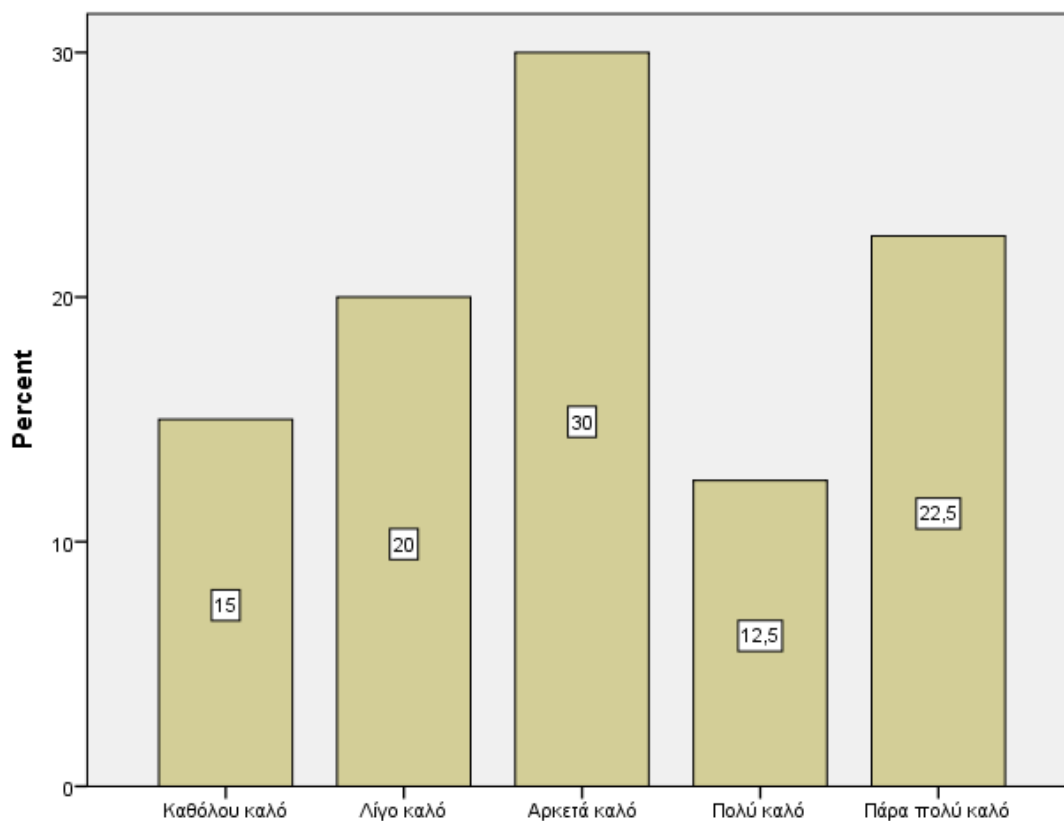
Ομάδα ερωτήσεων	Cronbach's Alpha	N of Items
Όλες	.891	61
Ερώτηση 9	.893	51
Ερωτήσεις 9-11	.902	53

4.2 Απόψεις ερωτηθέντων

Γενικό επίπεδο υγείας συμμετεχόντων

Αναφορικά με το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων, παρατηρούμε από το παρακάτω σχήμα πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα σε ποσοστό 30% δηλώνουν πως το επίπεδο υγείας τους είναι αρκετά καλό.

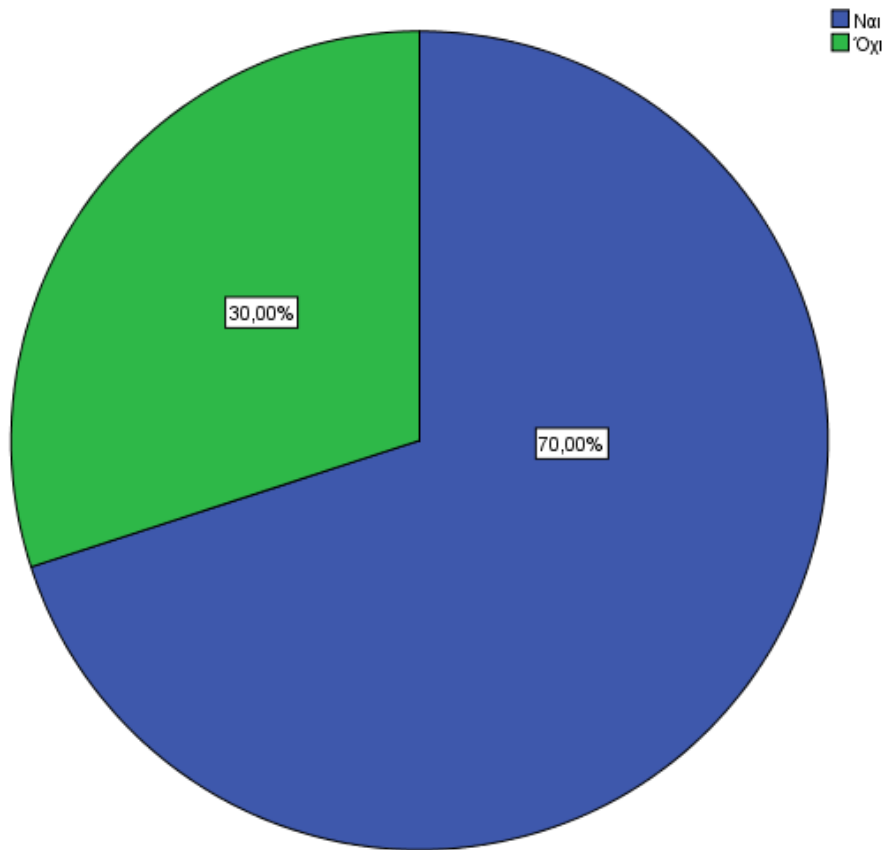
Γράφημα 1. Επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων



Επιλογή ερωτηθέντων να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης

Από το πιο κάτω γράφημα παρατηρούμε πως για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (70%) ήταν επιλογή τους να διαμείνουν στο κέντρο περίθαλψης.

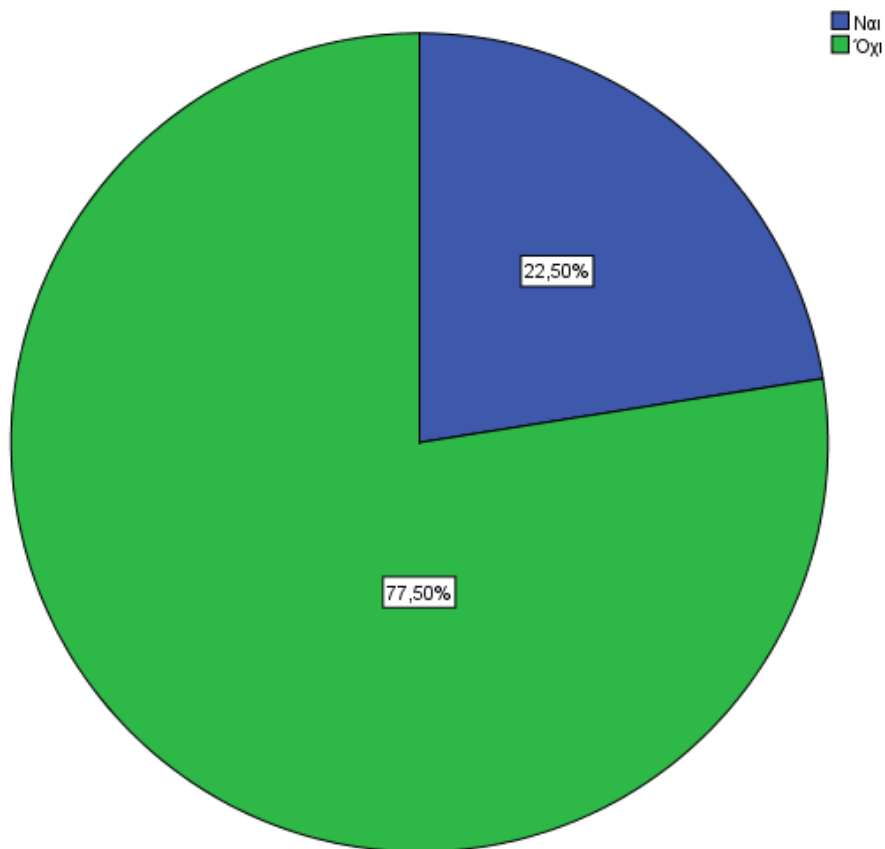
Γράφημα 2. Ποσοστό ερωτηθέντων που επέλεξαν να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης



Επάρκεια αριθμού επισκέψεων από συγγενείς / φίλους

Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (77,5%) ανέφερε πως δεν θεωρεί ως επαρκή τον αριθμό των επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο.

Γράφημα 3. Ποσοστό ερωτηθέντων που θεωρεί ως επαρκή τον αριθμό επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο



Ικανοποίηση συμμετεχόντων στην έρευνα από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων

Στον πίνακα 4 που παρατίθεται πιο κάτω, απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) των απόψεων των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων. Ο παράγοντας με τον οποίον δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι οι συμμετέχοντες είναι το Γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση) ($M=4,88$, $T.A.=0,463$), ενώ ο παράγοντας με τον οποίον οι ερωτηθέντες δηλώνουν τη μικρότερη ικανοποίηση είναι οι Δραστηριότητες άσκησης ($M=1,08$, $T.A.=0,350$).

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι πολύ προς πάρα πολύ ικανοποιημένοι σχεδόν από όλους τους παράγοντες, πρωτίστως από τις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($M=4,70$, $T.A.=0,516$), τη φιλικότητα ($M=4,63$, $T.A.=0,705$) και έπειτα από τους εξής παράγοντες: Ανταπόκριση ($M=4,45$, $T.A.=0,846$), Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($M=4,25$, $T.A.=0,927$) και το Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών ($M=4,00$, $T.A.=0,961$). Αντίθετα, αρκετή προς πολύ μεγάλη ικανοποίηση εξέφρασαν οι ερωτηθέντες από την Επικοινωνία ($M=3,93$, $T.A.=0,997$), την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα ($M=3,90$, $T.A.=0,982$) και τη Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($M=3,42$, $T.A.=1,483$).

Αντίθετα από τους παράγοντες που σχετίζονται με το νοσηλευτικό προσωπικό, ακριβώς αντίθετα είναι τα αποτελέσματα για την περίπτωση της ιατρικής φροντίδας. Όπως παρατηρούμε, οι ερωτηθέντες είναι σε μικρό προς αρκετό βαθμό ικανοποιημένοι από τους παράγοντες που συνθέτουν την κατηγορία της ιατρικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, τη μικρότερη ικανοποίηση, καθόλου προς μικρό βαθμό, την εξέφρασαν στον παράγοντα Αυτονομία ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας ($M=1,85$, $T.A.=0,834$). Μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε μέτριο προς πολύ μεγάλο βαθμό, οι ερωτηθέντες στην εξέφρασαν για τον παράγοντα Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($M=3,65$, $T.A.=1,001$) και για τις Σχέσεις τους με το ιατρικό προσωπικό ($M=3,18$, $T.A.=0,984$). Για τους υπόλοιπους παράγοντες, οι ερωτηθέντες εξέφρασαν μικρή προς αρκετά μεγάλη ικανοποίηση, ως εξής: Ανταπόκριση ($M=2,93$, $T.A.=1,269$), Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($M=2,70$, $T.A.=1,244$), Επικοινωνία ($M=2,62$, $T.A.=0,868$), Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($M=2,42$, $T.A.=0,675$), Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία ($M=2,25$, $T.A.=1,080$) και Φιλικότητα ($M=2,05$, $T.A.=0,714$).

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το διοικητικό προσωπικό, η Επικοινωνία ($M=2,85$, $T.A.=1,578$) και η Στάση του διοικητικού προσωπικού απέναντι στους ερωτηθέντες (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($M=2,97$, $T.A.=1,459$) είναι εκείνοι οι δύο παράγοντες που συγκέντρωσαν το χαμηλότερο σκορ ικανοποίησης των ερωτηθέντων, καθώς είναι σε μικρό προς αρκετό βαθμό ικανοποιημένοι από αυτούς. Αντίθετα, είναι σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την Ανταπόκριση του διοικητικού προσωπικού ($M=4,45$, $T.A.=0,504$), τη Φιλικότητα ($M=4,32$, $T.A.=0,694$), την Προθυμία του διοικητικού προσωπικού για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($M=4,30$, $T.A.=0,911$) και τέλος από τις Σχέσεις τους με το διοικητικό προσωπικό ($M=4,08$, $T.A.=0,917$).

Τέλος, αναφορικά με την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους λοιπούς οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες του κέντρου περίθαλψης, υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στις απόψεις που εξέφρασαν οι συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, καθόλου έως μικρή ικανοποίηση δήλωσαν οι ερωτηθέντες από τους πιο κάτω παράγοντες: Δραστηριότητες άσκησης (M=1,08, T.A.=0,350), Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού (M=1,23, T.A.=0,480), Κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης (M=1,67, T.A.=0,829), Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού (M=1,67, T.A.=0,572), Εγκαταστάσεις για ΑΜΕΑ (M=1,68, T.A.=0,616) και Επαρκής αριθμός προσωπικού (M=2,00, T.A.=1,060).

Αντίθετα, πολύ προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποίησης καταγράφηκε στους πιο κάτω παράγοντες με σειρά από τον παράγοντα που συγκέντρωσε το υψηλότερο σκορ: Γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση) (M=4,88, T.A.=0,463), Φωτεινότητα χώρων (M=4,83, T.A.=0,446), Αερισμός (M=4,73, T.A.=0,599), Ασφάλεια (M=4,68, T.A.=0,656), Καταλληλότητα χώρων για διαμονή (M=4,64, T.A.=0,668), Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων (M=4,62, T.A.=0,493), Καθαριότητα ιματισμού (M=4,62, T.A.=0,493), Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός) (M=4,59, T.A.=0,715), Άνεση (M=4,59, T.A.=0,715), Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ) (M=4,56, T.A.=0,680), Επάρκεια ιματισμού (M=4,46, T.A.=0,643), Καθαριότητα δωματίου (M=4,44, T.A.=0,641) , Σχέσεις με άλλους διαμένοντες (M=4,40, T.A.=0,778), Καθαριότητα κοινών χώρων (M=4,38, T.A.=0,782), Πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες (M=4,32, T.A.=1,095), Τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης (M=4,10, T.A.=0,778) και Πρόσβαση σε συγκοινωνία (M=4,08, T.A.=1,061).

Επίσης, σε μικρό προς αρκετά μεγάλο βαθμό οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι από τους κάτωθι τρεις παράγοντες: Ποιότητα φαγητού (M=2,63, T.A.=0,868), Ποσότητα φαγητού (M=2,48, T.A.=0,784) και Επαρκής αριθμός προσωπικού (M=2,00, T.A.=0,679).

Τέλος, η θέρμανση (M=3,50, T.A.=1,177) και η Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες (M=3,67, T.A.=1,060) είναι οι μοναδικοί παράγοντες στους οποίους οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι.

Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων σχετικά με την ικανοποίησή τους από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων

	Πλήθος	Μ.Ο.	Τ.Α.
Νοσηλευτικό προσωπικό			
Ανταπόκριση	40	4,45	,846
Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση	40	4,25	,927
Επικοινωνία	40	3,93	,997
Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα	40	3,90	,982
Φιλικότητα	40	4,63	,705
Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)	40	3,42	1,483
Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό	40	4,70	,516
Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών	40	4,00	,961
Ιατρική φροντίδα			
Ανταπόκριση	40	2,93	1,269
Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση	40	2,70	1,244
Επικοινωνία	40	2,62	,868
Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία	40	2,25	1,080
Φιλικότητα	40	2,05	,714
Στάση του ιατρικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)	40	2,42	,675
Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό	40	3,18	,984

Αυτονομία ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας	40	1,85	,834
Επίπεδο κατάρτισης ιατρών	40	3,65	1,001

Διοικητικό προσωπικό

Ανταπόκριση	40	4,45	,504
Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση	40	4,30	,911
Επικοινωνία	40	2,85	1,578
Στάση του διοικητικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)	40	2,97	1,459
Σχέσεις σας με το διοικητικό προσωπικό	40	4,08	,917
Φιλικότητα	40	4,32	,694

Λοιποί οργανωτικοί και λειτουργικοί παράγοντες του κέντρου περίθαλψης

Ποιότητα φαγητού	40	2,63	,868
Ποσότητα φαγητού	40	2,48	,784
Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού	40	1,67	,572
Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού	40	1,23	,480
Αερισμός	40	4,73	,599
Θέρμανση	40	3,50	1,177
Φωτεινότητα χώρων	40	4,83	,446
Ησυχία	40	3,00	,816
Τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης	40	4,10	,778
Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ)	39	4,56	,680
Πρόσβαση σε συγκοινωνία	39	4,08	1,061
Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός)	39	4,59	,785

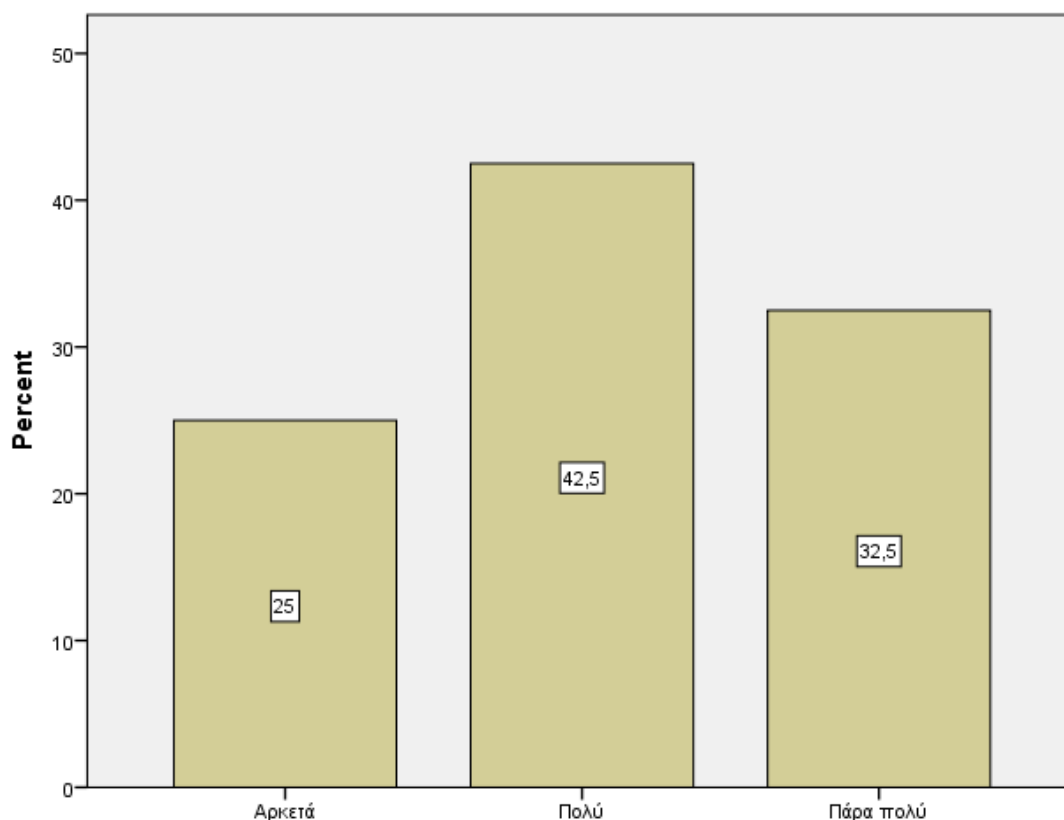
Άνεση	39	4,59	,715
Καταλληλότητα χώρων για διαμονή	39	4,64	,668
Καθαριότητα κοινών χώρων	39	4,38	,782
Καθαριότητα δωματίου	39	4,44	,641
Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων	39	4,62	,493
Καθαριότητα ιματισμού	39	4,62	,493
Επάρκεια ιματισμού	39	4,46	,643
Σχέσεις με άλλους διαμένοντες	40	4,40	,778
Κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης	40	1,67	,829
Δραστηριότητες άσκησης	40	1,08	,350
Εγκαταστάσεις για ΑΜΕΑ	40	1,68	,616
Πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες	40	4,32	1,095
Γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση)	40	4,88	,463
Ασφάλεια	40	4,68	,656
Επαρκής αριθμός προσωπικού	40	2,00	,679
Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες	39	3,67	1,060

* 1 = καθόλου, 2 = λίγο, 3 = αρκετά, 4 = πολύ, 5 = πάρα πολύ

Συνολική ικανοποίηση συμμετεχόντων από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης

Συνολικά οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα σε ποσοστό 42,5% δηλώνουν ότι είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης.

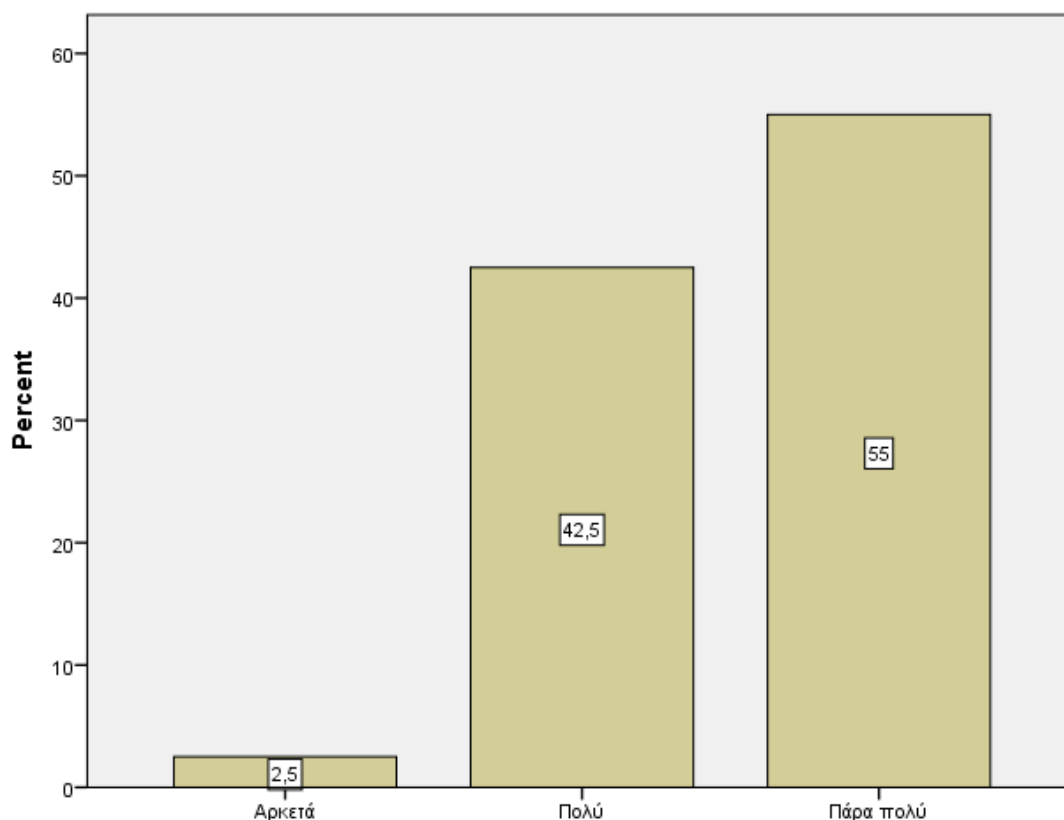
Γράφημα 4. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης



Πρόθεση σύστασης κέντρου περίθαλψης ηλικιωμένων από τους συμμετέχοντες

Ως απόρροια της ικανοποίησης των συμμετεχόντων στην έρευνα από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης, οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα σε ποσοστό 55% και 42,5% θα σύστηνε το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον σε πάρα πολύ και πολύ μεγάλο βαθμό αντίστοιχα.

Γράφημα5. Ποσοστό ερωτηθέντων που θα σύστηνε το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον



4.3 Επαγωγική στατιστική

Αρχικά εξετάστηκε αν το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους παράγοντες που συνθέτουν την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε το independent samples t-test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha=0,05$. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά στις εξής παραμέτρους:

Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.001$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,05$, $T.A.=0,921$) από τις γυναίκες ($M=4,89$, $T.A.=0,459$), την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0.000$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,67$, $T.A.=0,856$) από τις γυναίκες ($M=4,89$, $T.A.=0,459$), την Επικοινωνία ($p=0.000$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,43$, $T.A.=0,811$) από τις γυναίκες ($M=4,47$, $T.A.=0,905$), την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα ($p=0.001$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,43$, $T.A.=0,811$) από τις γυναίκες ($M=4,42$, $T.A.=0,902$), τη Στάση του νοσηλευτικού

προσωπικού απέναντί τους (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.000$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,57$, $T.A.=1,434$) από τις γυναίκες ($M=4,37$, $T.A.=0,831$), καθώς και το Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών ($p=0.002$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,57$, $T.A.=0,811$) από τις γυναίκες ($M=4,47$, $T.A.=0,905$).

Αναφορικά με το Ιατρικό προσωπικό βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.007$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,43$, $T.A.=1,248$) από τις γυναίκες ($M=3,47$, $T.A.=1,073$), την Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί τους (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.002$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,10$, $T.A.=0,700$) από τις γυναίκες ($M=2,79$, $T.A.=0,419$), αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($p=0.025$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,19$, $T.A.=0,814$) από τις γυναίκες ($M=4,16$, $T.A.=0,958$).

Αναφορικά με το Διοικητικό προσωπικό, βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από τις Σχέσεις των ερωτηθέντων με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0.002$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,38$, $T.A.=0,865$) από τις γυναίκες ($M=3,74$, $T.A.=0,872$).

Όσον αφορά στους Λοιποί παράγοντες, βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ποιότητα φαγητού ($p=0.024$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,24$, $T.A.=0,768$) από τις γυναίκες ($M=3,05$, $T.A.=0,780$), την Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ) ($p=0.024$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,80$, $T.A.=0,410$) από τις γυναίκες ($M=4,32$, $T.A.=0,820$), την Πρόσβαση σε συγκοινωνία ($p=0.032$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,45$, $T.A.=0,826$) από τις γυναίκες ($M=3,68$, $T.A.=1,157$), την Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός) ($p=0.005$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,85$, $T.A.=0,671$) από τις γυναίκες ($M=4,32$, $T.A.=0,820$), την Άνεση ($p=0.001$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,90$, $T.A.=0,447$) από τις γυναίκες ($M=4,26$, $T.A.=0,806$), την Καταλληλότητα χώρων για διαμονή ($p=0.015$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=5,00$, $T.A.=0,000$) από τις γυναίκες ($M=4,26$, $T.A.=0,806$), την Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων ($p=0.014$), με τους άντρες να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,80$, $T.A.=0,410$) από τις γυναίκες ($M=4,42$, $T.A.=0,507$), αλλά και την Καθαριότητα ιματισμού ($p=0.014$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,80$, $T.A.=0,410$) από τις γυναίκες ($M=4,42$, $T.A.=0,507$).

Επίσης, το φύλο βρέθηκε ότι επηρεάζει την Συνολική ικανοποίηση ($p=0.005$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,76$, $T.A.=0,436$) από τις γυναίκες ($M=4,42$, $T.A.=0,902$), αλλά και την Πρόθεση σύστασης ($p=0.018$), με τους άντρες να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,33$, $T.A.=0,577$) από τις γυναίκες ($M=4,74$, $T.A.=0,452$).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα Independent samples t-test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Νοσηλευτικό προσωπικό								
Ανταπόκριση	Equal variances assumed	24,073	,000	-3,621	38	,001	-,847	,234
	Equal variances not assumed			-3,735	29,978	,001	-,847	,227
Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση	Equal variances assumed	21,764	,000	-5,565	38	,000	-1,228	,221
	Equal variances not assumed			-5,726	31,214	,000	-1,228	,214
Επικοινωνία	Equal variances assumed	,760	,389	-3,854	38	,000	-1,045	,271
	Equal variances not assumed			-3,832	36,372	,000	-1,045	,273
Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα	Equal variances assumed	1,065	,309	-3,666	38	,001	-,992	,271
	Equal variances not assumed			-3,647	36,424	,001	-,992	,272
Στάση του νοσηλευτικού	Equal variances assumed	6,188	,017	-4,780	38	,000	-1,797	,376

προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)	Equal variances not assumed			-4,904	32,600	,000	-1,797	,366
Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών	Equal variances assumed	,296	,589	-3,327	38	,002	-,902	,271
	Equal variances not assumed			-3,308	36,372	,002	-,902	,273
Ιατρική φροντίδα								
Ανταπόκριση	Equal variances assumed	1,505	,227	-2,825	38	,007	-1,045	,370
	Equal variances not assumed			-2,847	37,914	,007	-1,045	,367
Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)	Equal variances assumed	2,458	,125	-3,753	38	,001	-,694	,185
	Equal variances not assumed			-3,846	33,178	,001	-,694	,181
Επίπεδο κατάρτισης ιατρών	Equal variances assumed	,541	,466	-3,452	38	,001	-,967	,280
	Equal variances not assumed			-3,424	35,534	,002	-,967	,283
Διοικητικό προσωπικό								
Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό	Equal variances assumed	,263	,611	2,343	38	,024	,644	,275
	Equal variances not assumed			2,342	37,536	,025	,644	,275
Λοιποί οργανωτικοί και λειτουργικοί παράγοντες του κέντρου περίθαλψης								
Ποιότητα φαγητού	Equal variances assumed	,162	,689	-3,324	38	,002	-,815	,245

	Equal variances not assumed			-3,322	37,482	,002	-,815	,245
Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ)	Equal variances assumed	16,976	,000	2,350	37	,024	,484	,206
	Equal variances not assumed			2,313	26,180	,029	,484	,209
Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ)	Equal variances assumed	3,619	,065	2,389	37	,022	,766	,321
	Equal variances not assumed			2,368	32,431	,024	,766	,323
Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός)	Equal variances assumed	7,443	,010	2,232	37	,032	,534	,239
	Equal variances not assumed			2,220	34,826	,033	,534	,241
Καταλληλότητα χώρων για διαμονή	Equal variances assumed	16,908	,000	3,073	37	,004	,637	,207
	Equal variances not assumed			3,030	27,821	,005	,637	,210
Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός)	Equal variances assumed	72,421	,000	4,093	37	,000	,737	,180
	Equal variances not assumed			3,986	18,000	,001	,737	,185
Άνεση	Equal variances assumed	7,983	,008	2,571	37	,014	,379	,147
	Equal variances not assumed			2,557	34,652	,015	,379	,148
Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων	Equal variances assumed	7,983	,008	2,571	37	,014	,379	,147
	Equal variances not assumed			2,557	34,652	,015	,379	,148
Συνολική ικανοποίηση	Equal variances assumed	18,633	,000	-2,988	38	,005	-,659	,221

	Equal variances not assumed			-2,895	25,413	,008	-,659	,228
Πρόθεση σύστασης	Equal variances assumed	2,636	,113	-2,442	38	,019	-,404	,165
	Equal variances not assumed			-2,472	37,280	,018	-,404	,163

Στη συνέχεια εξετάστηκε αν η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους παράγοντες που συνθέτουν την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση One-Way Anova και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha=0,05$. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά στις εξής παραμέτρους:

Αναφορικά με το Νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση από την Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0,005$), με όσους είναι 61-70 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,33$, $T.A.=1,414$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών ($p=0,005$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από αυτούς τους παράγοντες.

Αναφορικά με το Ιατρικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0,000$), την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0,000$), την Επικοινωνία ($p=0,000$), την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία ($p=0,000$), τη Φιλικότητα ($p=0,000$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από αυτούς τους παράγοντες, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($p=0,008$), με όσους είναι 61-70 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,33$, $T.A.=0,707$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Αναφορικά με το Διοικητικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0,000$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από αυτούς τους παράγοντες, την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0,002$), με όσους είναι άνω των 80 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,92$, $T.A.=0,954$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Επικοινωνία ($p=0,041$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,20$, $T.A.=0,447$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τη Στάση

του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0,005$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τις Σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0,002$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, αλλά και τη Φιλικότητα ($p=0,018$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Όσον αφορά στους λοιπούς παράγοντες, βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ποιότητα φαγητού ($p=0,000$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού ($p=0,001$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τη Θέρμανση ($p=0,005$), με όσους είναι 61-70 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,78$, $T.A.=0,972$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης ($p=0,000$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ) ($p=0,000$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός) ($p=0,000$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Καταλληλότητα χώρων για διαμονή ($p=0,036$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων ($p=0,000$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Καθαριότητα ιματισμού ($p=0,000$), με όσους είναι κάτω των 60 ετών να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Επάρκεια ιματισμού ($p=0,000$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τις Σχέσεις με άλλους διαμένοντες ($p=0,003$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, την Συνολική ικανοποίηση ($p=0,001$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, αλλά και την Πρόθεση σύστασης ($p=0,000$), με το ένα άτομο που είναι ηλικίας 71-80 ετών να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Στη συνέχεια εξετάστηκε αν η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους παράγοντες που συνθέτουν την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση One-Way Anova και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha=0,05$. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά στις εξής παραμέτρους:

Αναφορικά με το Νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση από την Φιλικότητα ($p=0.002$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και τις Σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0.000$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων

Αναφορικά με το Ιατρικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση από την Αυτονομία ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας ($p=0.022$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,69$, $T.A.=0,873$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($p=0.000$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων.

Αναφορικά με το Διοικητικό προσωπικό βρέθηκε ότι η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση από την Επικοινωνία ($p=0.004$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,94$, $T.A.=0,998$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και την Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.001$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,00$, $T.A.=0,966$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων.

Όσον αφορά στους λοιπούς παράγοντες, βρέθηκε ότι η κοινωνικο-οικονομική τάξη επηρεάζει την ικανοποίηση από την Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού ($p=0.035$), με όσους ανήκουν στην μεσαία τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,57$, $T.A.=0,507$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού ($p=0.000$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,13$, $T.A.=0,342$) από τις άλλες ομάδες

ηλικιωμένων, τον Αερισμός ($p=0.000$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, την Ησυχία ($p=0.011$), με όσους ανήκουν στην μεσαία τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,78$, $T.A.=0,736$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ) ($p=0.011$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,19$, $T.A.=0,834$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός) ($p=0.000$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,966$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων ($p=0.007$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, την Καθαριότητα ιματισμού ($p=0.007$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, την Επάρκεια ιματισμού ($p=0.045$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, τις Δραστηριότητες άσκησης ($p=0.000$), με όσους ανήκουν στην κατώτερη τάξη να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και την Πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες ($p=0.006$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων. Τέλος, επηρεάζει την Συνολική ικανοποίηση ($p=0.001$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και την Πρόθεση σύστασης ($p=0.000$), με το ένα άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη να έχει χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης από τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιωμένων.

Εν συνεχεία εξετάστηκε αν η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους παράγοντες που συνθέτουν την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση One-Way Anova και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha=0,05$. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά στις εξής παραμέτρους:

Αναφορικά με το Νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση από την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0.013$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,96$, $T.A.=1,020$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Επικοινωνία ($p=0.000$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν

θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα ($p=0.000$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών ($p=0.000$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων.

Αναφορικά με το Ιατρικό προσωπικό, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.001$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0.000$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία ($p=0.011$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,33$, $T.A.=0,816$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τη Φιλικότητα ($p=0.001$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,33$, $T.A.=0,816$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τη Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.000$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,08$, $T.A.=0,640$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τις Σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0.002$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,88$, $T.A.=0,881$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Αυτονομία ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας ($p=0.000$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,17$, $T.A.=0,408$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($p=0.001$), με όσους είναι διαζευγμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,80$, $T.A.=0,447$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων.

Αναφορικά με το Διοικητικό προσωπικό βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.001$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,008$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0.023$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,008$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Επικοινωνία ($p=0.000$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,67$, $T.A.=1,211$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.000$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,50$, $T.A.=0,837$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και τις Σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0.038$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,17$, $T.A.=0,408$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων

Όσον αφορά στους Λοιπούς παράγοντες, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ποιότητα φαγητού ($p=0.000$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,20$, $T.A.=0,707$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Ποσότητα φαγητού ($p=0.028$), με όσους είναι διαζευγμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,20$, $T.A.=0,447$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού ($p=0.005$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,44$, $T.A.=0,583$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού ($p=0.000$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τη Θέρμανση ($p=0.000$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=1,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Ησυχία ($p=0.039$), με όσους είναι διαζευγμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,60$, $T.A.=1,342$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης ($p=0.003$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,33$, $T.A.=0,816$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ) ($p=0.000$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Πρόσβαση σε συγκοινωνία ($p=0.015$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός) ($p=0.001$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,40$, $T.A.=0,894$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Καθαριότητα κοινών χώρων ($p=0.047$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων ($p=0.007$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Καθαριότητα ιματισμού ($p=0.007$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τις Σχέσεις με άλλους διαμένοντες ($p=0.005$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,08$, $T.A.=0,812$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τις Κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης ($p=0.022$), με όσους είναι διαζευγμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τις Εγκαταστάσεις για ΑμΕΑ ($p=0.001$), με όσους είναι διαζευγμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, την Πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες ($p=0.006$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, τον Επαρκή αριθμό προσωπικού ($p=0.000$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,76$, $T.A.=0,597$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και την Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες ($p=0.004$), με όσους είναι άγαμοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,83$, $T.A.=0,408$) από

τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων. Επίσης, βρέθηκε ότι επηρεάζει την Συνολική ικανοποίηση ($p=0.006$), με όσους είναι χήροι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,80$, $T.A.=0,707$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων, αλλά και την Πρόθεση σύστασης ($p=0.043$), με όσους είναι παντρεμένοι να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) από τις άλλες ομάδες ηλικιωμένων.

Εν συνεχεία εξετάστηκε αν το εκπαιδευτικό υπόβαθρο επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τους παράγοντες που συνθέτουν την παραμονή τους στο κέντρο περίθαλψης. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση One-Way Anova και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha=0,05$. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων όσον αφορά στις εξής παραμέτρους:

Αναφορικά με το Νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση από την Επικοινωνία ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,77$, $T.A.=0,973$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,77$, $T.A.=0,973$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,86$, $T.A.=0,944$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Αναφορικά με το Ιατρικό προσωπικό, βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,66$, $T.A.=1,110$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,40$, $T.A.=1,006$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,11$, $T.A.=1,078$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τη Φιλικότητα ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,91$, $T.A.=0,658$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τη Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι

πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,34$, $T.A.=0,684$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τις Σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,97$, $T.A.=0,822$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Αυτονομία του ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,66$, $T.A.=0,684$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και το Επίπεδο κατάρτισης ιατρών ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,77$, $T.A.=1,033$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Αναφορικά με το Διοικητικό προσωπικό, βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση από την Ανταπόκριση ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,37$, $T.A.=0,490$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Επικοινωνία ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,54$, $T.A.=1,442$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και την Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας) ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=2,69$, $T.A.=1,323$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Αναφορικά με τους Λοιπούς παράγοντες, βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει την ικανοποίηση από την Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,60$, $T.A.=0,553$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,09$, $T.A.=0,284$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την Πρόσβαση σε συγκοινωνία ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,94$, $T.A.=1,071$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τις Δραστηριότητες άσκησης ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,03$, $T.A.=0,169$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, τις Εγκαταστάσεις για ΑμΕΑ ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=1,77$, $T.A.=0,598$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και την Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο

ικανοποίησης ($M=3,51$, $T.A.=1,011$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, επηρεάζει την Συνολική ικανοποίηση ($p=0.021$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=3,97$, $T.A.=0,747$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και την Πρόθεση σύστασης ($p=0.039$), με όσους είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χαμηλότερο μέσο όρο ικανοποίησης ($M=4,46$, $T.A.=0,561$) από όσους είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τέλος, εξετάστηκε αν η συνολική ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων, καθώς και η πρόθεση σύστασής του σε άλλους επηρεάζονται από το επίπεδο υγείας τους, από το αν ήταν επιλογή τους να μείνουν στο κέντρο ή όχι, καθώς και από το αν θεωρούν ως επαρκή τον αριθμό των επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο. Για τον έλεγχο αυτών χρησιμοποιήθηκε και πάλι η ανάλυση One-Way Anova με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το επίπεδο της υγείας τους επηρεάζει τη συνολική τους ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης ($p=0.000$) και την πρόθεση σύστασής του σε άλλους ($p=0.000$), με το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης να εκφράζεται από όσους χαρακτηρίζουν το επίπεδο υγείας τους καθόλου καλό ($M=3,17$, $T.A.=0,408$) και λίγο καλό ($M=4,00$, $T.A.=0,000$) αντίστοιχα, το ήταν επιλογή των ερωτηθέντων να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων επηρεάζει τη συνολική τους ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης ($p=0.004$), με όσους απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή να έχουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης ($M=3,86$, $T.A.=0,651$). Ωστόσο, δεν επηρεάζει την πρόθεσή τους να το συστήσουν σε άλλους, καθώς και το αν θεωρούν ως επαρκή τον αριθμό των επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο ή όχι δεν επηρεάζει ούτε τη συνολική τους ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης, αλλά ούτε και την πρόθεσή τους να το συστήσουν σε άλλους

5.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Πρώτο ερευνητικό ερώτημα: Διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ηλικιωμένων όσον αφορά στην επικοινωνία με το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό) του κέντρου περίθαλψης όπου διαμένουν

Οι ερωτηθέντες εξέφρασαν πολύ ψηλά επίπεδα ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό και ιδίως σε ό,τι αφορά τη φιλικότητα και τις σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες εξέφρασαν ένα αρκετά έως πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό και την ιατρική φροντίδα. Τέλος, αναφορικά με το διοικητικό προσωπικό, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν μικτά αποτελέσματα, καθώς είναι πολύ προς πάρα πολύ ικανοποιημένοι από όλες τις διαστάσεις που εξετάστηκαν, εκτός από την επικοινωνία και τη στάση του διοικητικού προσωπικού απέναντι στους ερωτηθέντες (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας). Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού έχει βρεθεί από προηγούμενους μελετητές (Chouetal., 2010; Mehtaetal., 2011; D'Souza&Sequeira, 2012) ότι επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Για την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό οι ερωτηθέντες εξέφρασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από ό,τι για την επικοινωνία με το διοικητικό και ιδίως το ιατρικό προσωπικό, από την οποία βρέθηκε ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι και στις δύο αυτές περιπτώσεις. Ωστόσο, βάσει ερευνών (Ζοπουνίδης&Φραγκιαδάκης, 2008; Μποστανίτης&Τσαλίδου, 2010; Mooreetal., 2002; Salaetal., 2002; Hall, 2003; Simonet, 2005; Robinsonetal., 2008; Chouetal., 2010; Quetal., 2011; D'Souza&Sequeira, 2012; Narenjihaetal., 2014) έχει βρεθεί ότι η επικοινωνία αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα: Διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ηλικιωμένων όσον αφορά στα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κέντρου περίθαλψης όπου διαμένουν

Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κέντρου περίθαλψης όπου διαμένουν καταλήγουν σε μικτά αποτελέσματα. Πιο αναλυτικά, πολύ προς πάρα πολύ ικανοποιημένοι δήλωσαν οι ερωτηθέντες από στοιχεία που αφορούν το γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση), τη φωτεινότητα των χώρων, την ασφάλεια, τον αερισμό, την καταλληλότητα των χώρων για διαμονή, την καθαριότητα δωματίων, ρούχων και ιματισμού, την επάρκεια των χώρων, την άνεση, την πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες, την επάρκεια ιματισμού, τις σχέσεις με άλλους διαμένοντες, την πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες και σε συγκοινωνία, καθώς και την τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης. Αντίθετα, πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης καταγράφηκε στους παράγοντες που σχετίζονται με τη σωματική δραστηριότητα, τις κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης, τον επαρκή αριθμό του προσωπικού. Τέλος, μέτρια ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ερωτηθέντες από το φαγητό (ποιότητα και ποσότητα), την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες και τη θέρμανση. Οι συνθήκες διαμονής των ατόμων σε μονάδες παροχής φροντίδας υγείας, όπως η ασφάλεια, η καθαριότητα, το φαγητό, η επάρκεια του προσωπικού (Elleuch, 2008; Baalbaki et al., 2008; Mehta et al., 2011; Fulton et al., 2011; D'Souza & Sequeira, 2012).

Επίσης, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δεν είναι ικανοποιημένοι από τον επαρκή αριθμό προσωπικού συνάδει με τα αποτελέσματα της έρευνας των Flores και Newcomer (2009), οι οποίοι σε έρευνά τους στην Καλιφόρνια βρήκαν ότι τα κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων δεν έχουν επαρκή αριθμό προσωπικού για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων. Το γεγονός ότι οι κοινωνικές δραστηριότητες εντός του κέντρου περίθαλψης, το περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης, οι σχέσεις των κατοίκων με το προσωπικό και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ηλικιωμένων αναφέρονται και από την Sikorska-Simmons (2005) και τους Harris et al. (2008). Το φαγητό ως παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την παραμονή τους σε ένα κέντρο περίθαλψης αναφέρεται και στην έρευνα των Lengye et al. (2004), οι θρησκευτικές δραστηριότητες αναφέρονται και από τους Hughes και Moore (2012), ενώ η ασφάλεια και οι κοινωνικές σχέσεις και η κοινωνική ζωή αναφέρονται από μία ομάδα μελετητών ερευνητές (Litwin & Shiowitz, 2006; Horner & Boldy, 2008; McNamara, 2009).

Τρίτο ερευνητικό ερώτημα: Προσδιορισμός των δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησής τους από το κέντρο περίθαλψης όπου διαμένουν

Τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης που εξέφρασαν αναφορικά με τους παράγοντες που εξετάστηκαν, αλλά και το συνολικό επίπεδο ικανοποίησής τους και την πρόθεση σύστασης του κέντρου περίθαλψης σε άλλα άτομα. Συνολικά, οι άντρες και όσοι είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις γυναίκες και τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αντίστοιχα. Αντίθετα, για την ηλικία αλλά και για την οικογενειακή κατάσταση, ενώ βρέθηκε ότι αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων, δεν καταγράφηκε κάποια συγκεκριμένη τάση. Το ίδιο παρατηρείται και στην περίπτωση της κοινωνικοοικονομικής τάξης, παρόλο που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφηκαν από το άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί πως τα άτομα που ανήκουν στη μεσαία τάξη είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τους διάφορους παράγοντες που εξετάστηκαν.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με την έρευνα των Akiñoetal. (2013) που βρήκε ότι οι άντρες τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες και έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Καδδά και συν., 2010; Labarèreetal., 2004), σύμφωνα με τις οποίες οι γυναίκες τείνουν να αξιολογούν λιγότερο θετικά και να εκφράζουν περισσότερο τη δυσαρέσκειά τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, τα ευρήματα αυτής της έρευνας δε συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Πιερράκος &Υφαντόπουλος, 2007; Πολύζος και συν., 2007; Labarèreetal., 2004; Findiketal., 2010), σύμφωνα με τις οποίες άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εκφράζουν πιο δύσκολα την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στη μεσαία τάξη είχαν περισσότερο υψηλή ικανοποίηση από το άτομο που ανήκει στην ανώτερη τάξη, εν μέρει συμφωνούν με το εύρημα των Findiketal. (2010) ότι άτομα με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, το γεγονός ότι η ηλικία δεν φάνηκε να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη τάση, έρχεται να επιβεβαιώσει τα διαφορούμενα αποτελέσματα των μελετητών, καθώς ορισμένοι (Πολύζος και συν., 2007; Findiketal., 2010) βρήκαν ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένα, ενώ άλλοι (Labarèreetal., 2004; Gonzálezetal., 2005; Moretetal., 2007) βρήκαν το αντίθετο.

Εκτός των παραπάνω, βρέθηκε ότι το επίπεδο της υγείας των ηλικιωμένων επηρεάζει τη συνολική τους ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης και την πρόθεση σύστασής του σε άλλους, το αν ήταν επιλογή των ερωτηθέντων να μείνουν στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων επηρεάζει τη συνολική τους

ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης, ενώ το αν θεωρούν ως επαρκή τον αριθμό των επισκέψεων που δέχονται από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο ή όχι δεν επηρεάζει ούτε τη συνολική τους ικανοποίηση από το κέντρο περίθαλψης, αλλά ούτε και την πρόθεσή τους να το συστήσουν σε άλλους. Το γεγονός ότι το επίπεδο υγείας, καθώς και το αν θέλουν οι ηλικιωμένοι να μένουν σε ένα κέντρο περίθαλψης αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησής τους αναφέρεται και από τους Rehfeldtetal. (2001), ενώ τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της έρευνας των Hughes και Moore (2012) που αναφέρουν ότι ο αριθμός των επισκέψεων που δέχονται οι ηλικιωμένοι επηρεάζει την ικανοποίησή τους από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης.

5.2 Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής

Συνολικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης και θα σύστηναν το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες εξέφρασαν ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από το γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση), τους διάφορους οργανωτικούς και λειτουργικούς παράγοντες αυτού (π.χ. άνεση, φωτεινότητα, πρόσβαση, τοποθεσία, αερισμός, επάρκεια χώρων, καθαριότητα, ασφάλεια), καθώς επίσης και τη φιλικότητα, την ανταπόκριση από και τις σχέσεις με το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, αλλά ένα πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, από τις δραστηριότητες άσκησης, τις κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης, το φαγητό, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με το ιατρικό προσωπικό και την ιατρική φροντίδα. Επίσης, μη υψηλά επίπεδα ικανοποίησης εκφράζουν οι ερωτηθέντες από την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, θα μπορούσαμε να εξάγουμε το συμπέρασμα πως το ιατρικό προσωπικό και η ιατρική φροντίδα που παράσχεται στους ηλικιωμένους δεν τους αφήνουν ικανοποιημένους. Ενδεχομένως, αυτό σχετίζεται με την φυγή του ιατρικού προσωπικού από τις νησιωτικές περιοχές και την έλλειψη επαρκών κέντρων εκπαίδευσης και κατάρτισης, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα από τη μία την μη επάρκεια του προσωπικού και από την άλλη την μη παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους. Πράγματα, τα προβλήματα αυτά που αντιμετωπίζουν οι νησιωτικές περιοχές έχουν αναφερθεί και από προηγούμενους μελετητές (Unisef, 2005; Russell, 2009; Yamada&Pobutsky, 2009; Tremblay, 2012; Adams&Sexauer, 2013).

Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην επαρκή στελέχωση των κέντρων περίθαλψης στις νησιωτικές περιοχές με ιατρικό προσωπικό, αλλά και στην παροχή εκπαίδευσης και κατάρτισης του ιατρικού προσωπικού αναφορικά με την επικοινωνία τους με τους ηλικιωμένους ασθενείς. Ενδεχομένως η παροχή κινήτρων στους επικουρικούς ιατρούς που πραγματοποιείται μέσω του ΦΕΚ 2050/29.07.2014 να συμβάλλει, ως κάποιο βαθμό τουλάχιστον, στην επίλυση του προβλήματος της ελλιπούς στελέχωσης των νησιωτικών περιοχών με ιατρικό προσωπικό. Ωστόσο, αναγκαία είναι και η παροχή εκπαίδευσης προκειμένου να ενισχυθεί η επικοινωνία του ιατρικού προσωπικού με τους ηλικιωμένους, οδηγώντας τους τελευταίους σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Τέλος, θα πρέπει να δοθεί έμφαση, από μέρους του κέντρου περίθαλψης, στην αύξηση των δραστηριοτήτων σωματικής άσκησης, καθώς και των κοινωνικών δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης, καθώς οι παράγοντες αυτοί, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, συμβάλλουν στην μεγαλύτερη ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης, ενώ παράλληλα αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην συνολική ευημερία των ατόμων, έχοντας θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους.

5.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μέσα από την παρούσα έρευνα έγινε μία προσπάθεια αποτύπωσης του επιπέδου ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη διαμονή τους σε κέντρα περίθαλψης σε νησιωτικές περιοχές. Η έρευνα αυτή καλύπτει, τουλάχιστον εν μέρει, ένα κενό που υπάρχει στη βιβλιογραφία, και ιδίως στην Ελληνική, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των ερευνών εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, ενώ ο τομέας της ικανοποίησης της τρίτης ηλικίας είναι κάπως παραμελημένος.

Ωστόσο, η έρευνα αυτή φιλοδοξούμε ότι θα αποτελέσει το έναυσμα για μία περαιτέρω μελέτη όσον αφορά στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης, μέσα από τη διεξαγωγή, για παράδειγμα, μίας έρευνας σε ένα ευρύτερο δείγμα. Στο δείγμα αυτό θα συμμετέχουν ηλικιωμένοι και από την ηπειρωτική Ελλάδα, προκειμένου: α) να διαπιστωθεί αν η γεωγραφική περιοχή στην οποία λειτουργεί το κέντρο περίθαλψης όντως επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων, αλλά και β) να

καταδειχθούν σε βάθος και σε ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού οι παράγοντες που αφήνουν ικανοποιημένους τους ηλικιωμένους από τη διαμονή τους στα κέντρα περίθαλψης.

Τέλος, μία ακόμη έρευνα που θα μπορούσε να διεξαχθεί σε αυτό το πεδίο μελέτης αφορά μία συγκριτική μελέτη του επιπέδου ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη διαμονή τους στα κέντρα περίθαλψης σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, προκειμένου να διευκρινιστεί αν οι διαφορετικές υποδομές της κάθε χώρας σε αυτόν τον τομέα και κατά συνέπεια ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των κέντρων περίθαλψης ηλικιωμένων επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των τελευταίων. Επιπρόσθετα, μέσα από τη διεξαγωγή μίας τέτοιας έρευνας θα μπορούσαν οι ιθύνοντες να λάβουν παραδείγματα σχετικά με τη βελτίωση της διαμονής και συνεπώς της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τα κέντρα περίθαλψης στην Ελλάδα.

Ελληνόγλωσση

1. Αντεριώτη, Π. & Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 62-68.
2. Ζοπουνίδης, Κ. & Φραγκιαδάκης, Γ.Φ. (2008). Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών στο σύστημα υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάιος – Ιούνιος, 34-37.
3. Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν. & Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 61-75.
4. Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667 – 673.
5. Λαζάρου, Π. (2004). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομείο: εργαλείο διασφάλισης και διαχείρισης ποιότητας ή ... «φωνή βοώντας εν τη ερήμω»; *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάιος – Ιούνιος, 29-32 .
6. Λάζογλου, Μ., Τασιόπουλος, Κ. (2014). Χωρικός σχεδιασμός και αναπτυξιακή στρατηγική για τα ελληνικά νησιά: Η περίπτωση της Νίσυρου. Ανακτήθηκε από: <http://www.seedcenter.gr/conferences/Crisis2014/papers>
7. Λέντζας, Ι., Θεοδωροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσοπούλου, Χ., Ματζουράνης, Γ. & Μητρόπουλος, Ι. (2010). Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των Νομών Αχαΐας και Ηλείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 22(1), 9-24.
8. Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (2010). *Διεθνή συστήματα υγείας*. Αθήνα: Βήτα
9. Μάρκοβιτς, Γ. & Μοναστηρίδου, Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1), 51-56.
10. Μουσούρα, Δ. (2007). Βιώσιμη ανάπτυξη: Τα προβλήματα του νησιωτικού χώρου. Ανακτήθηκε από: <http://old.eyploia.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=1302>
11. Μποστανίτης, Ι. & Τσαλίδου, Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: οι σχέσεις ιατρών – ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος, 15-19.
12. Μωυσιάδου, Α. (2012). Η ικανοποίηση των ασθενών τρίτης ηλικίας από τις υπηρεσίες ενός δημόσιου περιφερειακού νοσοκομείου. *C.V.P. Ιατρικής*. Ανακτήθηκε από: <http://www.vipapharm.com/greek/free-online-journals/medical/medical-articles/moisiadou-aikaterini-patient-satisfaction-hospital/moisiadou-patient-satisfaction.htm>

13. Νιάκας, Δ. (2003). Η ποιότητα, το μάνατζμεντ και η ευθύνη των μάνατζερς. *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος – Αύγουστος, 13.
14. Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 73-82.
15. Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος – Αύγουστος, 56-64.
16. Παπακωστίδης, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 480-488.
17. Πιερράκος, Γ. & Υφαντόπουλος, Ι. (2006). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), 578-582.
18. Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ. & Μαριάτου, Δ. (2007). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(1), 10-19.
19. Σπιλάνης, Ι. (2012). Στρατηγική και επιχειρησιακό σχέδιο για τη βιώσιμη ανάπτυξη των νησιών. Ανακτήθηκε από: <http://www.egaiο.gr/files/spilaniς.pdf>
20. Σπιλάνης, Ι., Βαγιάννη, Ε., Βακουφάρης, Χ., Κονδύλη, Ι. (2007). Βιώσιμη ανάπτυξη νησιωτικού χώρου. Ανακτήθηκε από: http://www.aegean.gr/lid/internet/elliniki_ekdosi/Dimosieuseis/Nisyros-final.doc
21. Στεφάνου, Ι., Μήτουλα Ρ. (2008). Παράγοντες βιώσιμης ανάπτυξης των μικρών Αιγιοπελαγίτικων νησιών. Ανακτήθηκε από: <http://www.srcosmos.gr/srcosmos/showpub.aspx?aa=11758>

Ξενόγλωσση

22. Aasland, O.G., Rosta, J. & Nylenna, M. (2010). Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 253-258.
23. Adams, R. & Sexauer, C. (2013). Poor healthcare on Chilean island leaves many looking for answers. Ανακτήθηκε από: <http://santiagotimes.cl/poor-healthcare-on-chilean-island-leaves-many-looking-for-answers/>
24. Akino, H., Namiki, M., Suzuki, K., Fuse, H., Kitagawa, Y., Miyazawa, K., Fujiuchi, Y. & Yokoyama, O. (2013). Factors influencing patient satisfaction with antimuscarinic treatment

- of overactive bladder syndrome: Results of a real-life clinical study. *International Journal of Urology*, 21, 389-394.
25. Alhashem, A.M., Alquraini, H. & Chowdhury, R.I. (2009). Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(3), 249-262.
 26. Baalbaki, I., Ahmed, Z.U., Pashtenko, V.H. & Makarem, S. (2008). Patient satisfaction with healthcare delivery systems. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 2(1), 47-62.
 27. Bakan, I., Buyukbese, T. & Ersahan, B. (2014). The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: An empirical study of Turkish private and public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29, 292-315.
 28. Balnaves, M. & Caputi, P. (2001). *Introduction to quantitative research methods: An investigative approach*. London: Sage
 29. Binnis, C., Hokama, T. & Low, W.Y. (2010). Island Health: hope and challenges for public health. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22, 19-24.
 30. Bleich, S.N., Özaltın, E. & Murray, C.J.L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of World Health Organization*, 87, 271-278.
 31. Bockting, W., Robinson, B., Benner, A. & Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277-294.
 32. Chou, W.Y.S., Wang, L.C., Rutten, L.J.F., Moser, P.R. & Hesse, B.W. (2010). Factors Associated With Americans' Ratings of Health Care Quality: What Do They Tell Us About the Raters and the Health Care System?. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(S3), 147-156.
 33. Dawson, C. (2009). *Introduction to research methods: A Practical Guide for Anyone Undertaking a Research Project*. Oxford: How to Books.
 34. D'Souza, S.C. & Sequeira, A.H. (2012). Measuring the Customer-Perceived Service Quality in Health Care Organization: A Case Study. *Journal of Health Management*, 14(1), 27-41.
 35. Dutta-Bergman, M.J. (2005). The Relation Between Health - Orientation, Provider-Patient Communication, and Satisfaction: An Individual Difference Approach. *Health Communication*, 18(3), 291-303.
 36. Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 692-705.
 37. Findik, U.Y., Unsar, S. & Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, 12, 162-169.

38. Flores, C. & Newcomer, R. (2009). Monitoring Quality of Care in Residential Care for the Elderly: The Information Challenge. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(3), 225-242.
39. Fottler, M.D. & Ford, R.C. (2008). Creating Customer-Focused Healthcare Organizations Through Human Resources. In B.J. Fried & M.D. Fotler (Eds.), *Human resources in healthcare. Managing for success* (σελ. 451-478). Chicago, IL: Health Administration Press.
40. Fried, B.J. & Fottler, M.D. (2008). Present Trends that Affect the Future of Human Resources Management and the Healthcare Workforce. In B.J. Fried & M.D. Fotler (Eds.), *Human resources in healthcare. Managing for success* (σελ. 479-499). Chicago, IL: Health Administration Press.
41. Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J. & Bozman, C.S. (2009). How to Improve Patient Satisfaction When Patients Are Already Satisfied: A Continuous Process-Improvement Approach. *Hospital Topics*, 87(1), 24-40.
42. Fuertes, J.N., Anand, P., Haggerty, G., Kestenbaum, M. & Rosenblum, C.G. (2013). The Physician–Patient Working Alliance and Patient Psychological Attachment, Adherence, Outcome Expectations, and Satisfaction in a Sample of Rheumatology Patients. *Behavioral Medicine*, doi: 10.1080/08964289.2013.875885.
43. Fulton, B.R., Drevs, K.E., Ayala, L.J. & Malott, D.L. (2011). Patient Satisfaction with Hospitalists: Facility-Level Analyses. *American Journal of Medical Quality*, 26(2), 95-102.
44. Gaspar, M.G., Dos Santos, M.B.F., Dos Santos, J.F.F. & Marchini, L. (2013). Correlation of previous experience, patient expectation and the number of post-delivery adjustments of complete dentures with patient satisfaction in a Brazilian population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40(8), 590-594.
45. Gilet, H., Arnould, B., Fofana, F., Clerson, P. Colombel, J.F., D’Hondt, O.,....., Thibout, E. (2014). Measuring patients’ satisfaction with their anti-TNF treatment in severe Crohn’s disease: scoring and psychometric validation of the Satisfaction for Patients in Crohn’s disease Questionnaire (SPACE-Q©). *Patient Preference and Adherence*, 8, 1671-1681.
46. Glazebrook, R.M. & Harrison, S.L. (2006). Obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia. *Rural and Remote Health*, 6(502). Ανακτήθηκε από: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_502.pdf
47. González, N., Quintana, J.M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson, A., Esteban, C., San Sebastian, J.A. & de la Sierra, E. (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 465-472.
48. Gutteling, J.J., de Man, R.A., Busschbach, J.J.V. & Darlington, A.S. (2008). Quality of health care and patient satisfaction in liver disease: The development and preliminary results

of the QUOTE-Liver questionnaire. *BMJ Gastroenterology*, 8(25). Ανακτήθηκε από:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2453127/>

49. Hall, Roter, D.L., Blanch-Hartigan, D., Mast, M.S. & Pitegoff, C.A. (2014). How Patient-Centered Do Female Physicians Need to Be? Analogue Patients' Satisfaction With Male and Female Physicians' Identical Behaviors. *Health Communication*, doi: 10.1080/10410236.2014.900892
50. Hall, J.A. (2003). Some observations on provider-patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 9-12.
51. Harris, N., Grootjans, J. & Wenham, K. (2008). Resident identified issues shaping wellbeing in retirement and aged living and care facilities. *Geriatrics*, 26(1), 5-13.
52. Hendrick, S.S., Smith-Genthô, K.R., Hendrick, C. & Cobos, E. (2014). Patient Respect and Satisfaction in the Oncology Setting. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, doi: 10.1080/15325024.2014.897839.
53. Horner, B. & Boldy, D. (2008). The benefit and burden of 'ageing in place' in an aged care community. *Australian Health Review*, 32(2), 356-365.
54. Hughes, K. & Moore, S. (2012). Quality of Life Versus Quality of Care: Elderly People and Their Experience of Care in South Australian Residential Facilities. *Practice: Social Work in Action*, 24(5), 275-285.
55. Johnson, M.J., Jackson, N.C., Arnette, J.K. & Koffman, S.D. (2005). Gay and Lesbian Perceptions of Discrimination in Retirement Care Facilities. *Journal of Homosexuality*, 49(2), 83-102.
56. Kessler, D.P. & Mylod, D. (2009). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273.
57. Labarère, J., Fourny, M., Jean-Phillippe, V., Marin-Pache, S. & Patrice, F. (2004). Refinement and validation of a French in-patient experience questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17(1), 17-25.
58. Lemieux-Charles, L. & MacGuire, W.L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
59. Lengyel, C.O., Smith, J.T., Whiting, S.J. & Zello, G.A. (2004). A Questionnaire to Examine Food Service Satisfaction of Elderly Residents in Long-Term Care Facilities. *Journal of Nutrition For the Elderly*, 24(2), 5-18.
60. Li, B., Chen, S. (2011). A Study of Residential Condition and Satisfaction of the Elderly in China. *Journal of Housing For the Elderly*, 25(1), 72-88.

61. Litwin, H. & Shioitz, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters?. *Ageing and Society*, 26, 225-242.
62. Liu, S.S., Amendah, E., Chang, E.C. & Pei, L.K. (2006). Satisfaction and Value: A Meta-Analysis in the Healthcare Context. *Health Marketing Quarterly*, 23(4), 49-73.
63. Maroudas, L. & Kyriakaki, A. (2001). The Perspectives of Ecotourism Development in Small Islands of the South Dodecanese. *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 12(1), 59-71.
64. Mårtensson, G., Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Are cancer patients whose problems are overestimated by nurses less satisfied with their care?. *European Journal of Cancer Care*, 19, 382-392.
65. Macfarlane, B. (2009). *Researching with integrity*. New York: Routledge.
66. McNamara, L. (2009). Caring for ageing persons: Attending all the issues. *Chisholm Health and Ethics Bulletin*, 14(4), 4-6.
67. Mehta, S. (2011). Service Quality as Predictor of Patient Satisfaction: A Study of the Health Care Sector. *Journal of Health Management*, 13(2), 211-229.
68. Moncada, S., Camilleri, M. & Formosa, R. (2010). From incremental to comprehensive: towards island – friendly European Union policymaking. *Island Studies Journal*, 5(1), 61-88.
69. Montoro-Rodriguez, J. & Small, J.A. (2006). The Role of Conflict Resolution Styles on Nursing Staff Morale, Burnout, and Job Satisfaction in Long-Term Care. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 385-406.
70. Moore, S.D., O’Hair, D. & Ledlow, G.R. (2002). The effects of health delivery systems and self-efficacy on patient compliance and satisfaction. *Communication Research Reports*, 19(4), 362-371.
71. Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P. & Gasquet, I. (2008). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 70, 94-101.
72. Moret, L., Nguyen, J.M., Volteau, C., Falissard, B., Lombrail, P. & Gasquet, I. (2007). Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 382-389.
73. Narenjiha, M., Haghghat, S., Bahaddor, H., Shajari, J. & Behnamedin Jameie, S. (2014). The Importance of Physicians’ Communication Skills and Patients’ Satisfaction. *Thrita Journal of Medical Sciences*, 1(2), 57-61.

- 74.** Paulsel, M.L., McCroskey, J.C. & Richmond, V.P. (2006). Perceptions of Health Care Professionals' Credibility as a Predictor of Patients' Satisfaction with their Medical Care and Physician. *Communication Research Reports*, 23(2), 69-76.
- 75.** Priporas, C.V., Laspa, C. & Kamenidou, I. (2008). Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece. *Journal of Medical Marketing*, 8, 325-340.
- 76.** Qu, H., Platonova, E.A., Kennedy, K.N. & Shewchuk, R.M. (2011). Primary care patient satisfaction segmentation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(7), 564-576.
- 77.** Ravari, A., Vanaki, Z., Houmann, H. & Kazemnejad, A. (2009). Spiritual Job Satisfaction in an Iranian Nursing Context. *Nursing Ethics*, 16(1), 19-30.
- 78.** Rehfeldt, R.A., Steele, A. & Dixon, M.R. (2001). Transitioning the Elderly into Long-Term Care Facilities. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(4), 27-40.
- 79.** Richards, H.M., Farmer, J. & Selvaraj, S. (2005). Sustaining the rural primary healthcare professionals in the Scottish Highlands. *Rural and Remote Health*, 5(365).
Ανακτήθηκε από: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_365.pdf
- 80.** Robinson, J.D., Raup - Krieger, J.L., Burke, G., Weber, V., Oesterling, B. (2008). The Relative Influence of Patients' Pre-Visit Global Satisfaction with Medical Care on Patients' Post-Visit Satisfaction with Physicians' Communication. *Communication Research Reports*, 25(1), 1-9.
- 81.** Russell, L. (2009). Poverty, climate change and health in Pacific Island countries. Ανακτήθηκε από: http://ussc.edu.au/s/media/docs/publications/0904_pacificislandspaper_russell.pdf
- 82.** Sala, F., Krupat, E. & Roter, D. (2002). Satisfaction and the Use of Humor by Physicians and Patients. *Psychology & Health*, 17(3), 269-280.
- 83.** Scotti, D.J. (2005). Satisfaction with Medical Care Among Elderly Patients. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 15(2), 3-32.
- 84.** Sikorska-Simmons, E. (2005). Facility Ownership and Resident Satisfaction with Assisted Living. *Journal of Housing For the Elderly*, 19(1), 23-40.
- 85.** Simonet, D. (2005). Patient satisfaction under managed care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 424-440.
- 86.** Spernak, S.M., Moore, P.J. & Hamm, L.F. (2007). Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 172-189.
- 87.** Stewart, A. (2012). From family to personal responsibility: the challenges for care of the elderly in England. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 34(2), 179-196.
- 88.** Tasso, K., Behar-Horenstein, L.S., Aumiller, A., Gamble, K., Grimaudo, N., Guin, P., Mandell, T. & Ramey, B. (2002). Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview. *Hospital Topics*, 80(3), 4-10.

- 89.** Tremblay, M. (2012). The Health Systems of Small and Island States: Issues Overview. Ανακτήθηκε από: <http://miketrem.blogactiv.eu/files/2012/11/small-systems-overview.pdf>
- 90.** Unicef (2005). Solomon Islands. Ανακτήθηκε από: http://www.unicef.org/pacificislands/Solomon_Island_Sitan_Latest_pdf.pdf
- 91.** Wagner, J.W. (2005). Psychoanalytic Bias against the Elderly Patient. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(1), 77-92.
- 92.** Winter, S.J. (2008). Improving the Quality of Health Care Delivery in a Corrections Setting. *Journal of Correctional Health Care*, 14(3), 168-182.
- 93.** Wood, C.G., Spahr, R., Gerdes, J., Daar, Z.S., Hutchison, R. & Stewart, W.F. (2009). Patient Satisfaction and Physician Productivity: Complementary or Mutually Exclusive?. *American Journal of Medical Quality*, 24(6), 498-504.
- 94.** Woods, S.E., Bivins, R., Oteng, K. & Engel, A. (2005). The Influence of Ethnicity on Patient Satisfaction. *Ethnicity & Health*, 10(3), 235-242.
- 95.** Yamada, S. & Pobutsky, A. (2009). Micronesian Migrant Health Issues in Hawaii: Part 1: Background, Home Island Data, and Clinical Evidence. *Californian Journal of Health Promotion*, 7(2), 16-31.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ενότητα Ι. Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων

1. Φύλο

Άντρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία

Κάτω των 60 ετών	
61-70	
71-80	
Άνω των 80	

3. Κοινωνικοοικονομική τάξη

Κατώτερη	
Μεσαία	
Ανώτερη	

4. Οικογενειακή κατάσταση

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

5. Εκπαιδευτικό υπόβαθρο

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	
Κάτοχος μεταπτυχιακού	
Κάτοχος διδακτορικού	

6. Πώς θα χαρακτηρίζατε το γενικό επίπεδο υγείας σας;

Καθόλου καλό	Λίγο καλό	Αρκετά καλό	Πολύ καλό	Πάρα πολύ καλό

7. Ήταν επιλογή σας να διαμείνετε στο κέντρο περίθαλψης;

Ναι	
Όχι	

8. Θα χαρακτηρίζατε ως επαρκή τον αριθμό των επισκέψεων που δέχεστε από τον οικογενειακό και φιλικό σας περίγυρο;

Ναι	
Όχι	

Ενότητα II. Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανοποίησή τους από τη διαμονή τους στο κέντρο περίθαλψης ηλικιωμένων

9. Σημειώστε πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα παρακάτω (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ):

		1	2	3	4	5
	Νοσηλευτικό προσωπικό					
1	Ανταπόκριση					
2	Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση					
3	Επικοινωνία					
4	Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία/εξηγήσεις για τα φάρμακα					
5	Φιλικότητα					
6	Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)					
7	Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό					
8	Επίπεδο κατάρτισης νοσηλευτών					
	Ιατρική φροντίδα					
9	Ανταπόκριση					
10	Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση					
11	Επικοινωνία					
12	Παροχή επαρκών οδηγιών για τυχόν θεραπεία					
13	Φιλικότητα					
14	Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)					
15	Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό					
16	Αυτονομία ασθενούς να επιλέξει θεραπεία/τρόπο αντιμετώπισης ασθένειας					
17	Επίπεδο κατάρτισης ιατρών					

	Διοικητικό προσωπικό						
18	Ανταπόκριση						
19	Προθυμία για βοήθεια/εξυπηρέτηση						
20	Επικοινωνία						
21	Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας (π.χ. ύπαρξη μεροληψίας)						
22	Σχέσεις σας με το νοσηλευτικό προσωπικό						
23	Φιλικότητα						
	Λοιποί οργανωτικοί και λειτουργικοί παράγοντες του κέντρου περίθαλψης						
24	Ποιότητα φαγητού						
25	Ποσότητα φαγητού						
26	Παροχή φαγητού ανάλογα με τις υποδείξεις του ιατρού						
27	Αυτονομία στην επιλογή σνακ/φαγητού						
28	Αερισμός						
29	Θέρμανση						
30	Φωτεινότητα χώρων						
31	Ησυχία						
32	Τοποθεσία του κέντρου περίθαλψης						
33	Πρόσβαση σε διάφορες δραστηριότητες (π.χ. ψώνια κλπ)						
34	Πρόσβαση σε συγκοινωνία						
35	Επάρκεια χώρων για τους διαμένοντες (δηλ. όχι συνωστισμός)						
36	Άνεση						
37	Καταλληλότητα χώρων για διαμονή						
38	Καθαριότητα κοινών χώρων						
39	Καθαριότητα δωματίου						
40	Καθαριότητα ρούχων ηλικιωμένων						

41	Καθαριότητα ιματισμού						
42	Επάρκεια ιματισμού						
43	Σχέσεις με άλλους διαμένοντες						
44	Κοινωνικές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο κέντρο περίθαλψης						
45	Δραστηριότητες άσκησης						
46	Εγκαταστάσεις για ΑμΕΑ						
47	Πρόσβαση σε θρησκευτικές δραστηριότητες						
48	Γενικό περιβάλλον του κέντρου περίθαλψης (διακόσμηση)						
49	Ασφάλεια						
50	Επαρκής αριθμός προσωπικού						
51	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματίες						

10. Σε γενικές γραμμές πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παραμονή σας στο συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ

11. Θα συστήνατε το συγκεκριμένο κέντρο περίθαλψης σε άλλον;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ