

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΕΥΠ -ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

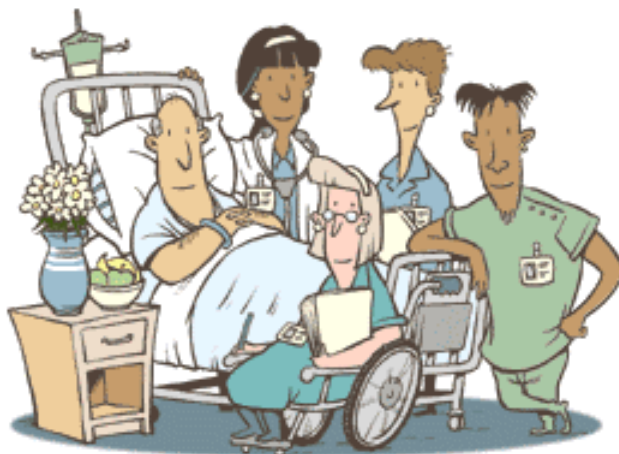
ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΚΟΥΤΣΠΕΤΣΙΔΗΣ

ΒΑΙΤΣΗΣ

ΛΑΜΠΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ



ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλλαν για την συγγραφή της, και ιδιαίτερα τον κο Μερκούρη Αναστάσιο υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής εργασίας, του οποίου η καθοδήγηση και το ενδιαφέρον έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου έργου. Επίσης την κα Σταυροπούλου Αρετή για τη βοήθειά της στην τελική διαμόρφωση και παρουσίασή της.

Ευχαριστούμε , επίσης τους Διοικητές και τα Συμβούλια διοίκησης των νοσοκομείων για την θετική τους ανταπόκριση όσο αφορά την πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της πτυχιακής εργασίας στους χώρους των νοσοκομείων. Επίσης τους νοσηλευόμενους ασθενείς που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό τμήμα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση όλα αυτά τα χρόνια !!!.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
1.1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.2) ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....	11
1.2.1) Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
1.2.1.A) Γενικά για την Ποιότητα.....	11
1.2.2.B) Ορισμός της Ποιότητας στην Υγεία.....	13
1.3) ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.3.1)Αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	25
2) ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	25
2.1) ΓΕΝΙΚΑ.....	25
2.2) ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	35
2.3) ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	40
3.1) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	40
3.2) ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	43
3.3) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	47
3.4) ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	50
3.5) ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	55
3.6) ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	62

3.6.1) Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	62
3.6.2) Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	68
3.7) ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	74
4) Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ.....	74
4.1) ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	74
4.2) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	77
4.3) ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	79
4.4) Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	83
4.5) Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	84
4.6) Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	85
4.7) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	86
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	89
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	90
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	95
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ	107
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	108
Α) ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	119
Β) ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	122
Γ) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....	125
Δ) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΨΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	127
Ε) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ	129
Ζ) ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	131
Η) CRONBACH'S ALPHA ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ.....	133

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	135
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	138
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	140
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	142
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	153

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της εργασίας αυτής, αφορά τη σύγκριση των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών για την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών στα χειρουργικά τμήματα όλων των νοσοκομείων της Κρήτης.

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης μεγάλης σημασίας είναι και η άποψη των νοσηλευτών για την παρεχομένη νοσηλευτική φροντίδα ώστε οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις να οδηγούν στην καλύτερη δυνατή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και στην καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα αυτή. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ορατή η προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο και ιδιαιτέρως στον ασθενή .

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης.

Η αφορμή που μας οδήγησε στην επιλογή του θέματος ήταν η εμπειρία μας από την πολυετή μας πείρα στα νοσοκομεία που δουλεύουμε ως Βοηθό Νοσηλευτών. Η καθημερινή ενασχόληση μας με τους ασθενείς, η εμπλοκή μας στην προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, καθώς και τη συναναστροφή μας με τους συνοδούς των ασθενών μας έφεραν ως ένα βαθμό αντιμέτωπους με τα προβλήματα, τις δυσκολίες και τις ποικίλες ανάγκες που αντιμετωπίζουν τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και τα μέλη των οικογενειών τους.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται περισσότερες από 1.000 δημοσιεύσεις κάθε χρόνο, οι οποίες αφορούν τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή. Δυστυχώς στην χώρα μας η βασική αυτή μεταβλητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν έχει ακόμη συστηματικά διερευνηθεί, παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από το σύστημα υγείας (Θεοδοσόπουλος , Ραφτόπουλος , 2002).

Έτσι, αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό καθώς θεωρούμε ότι παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

Η μελέτη περιλαμβάνει δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι ορισμοί της ποιότητας και η έννοια της ποιότητας στην υγεία. Επίσης , γίνεται λόγος για τους τρόπους μέτρησης της ποιότητας.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τα δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς και τις υποχρεώσεις του, καθώς και την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών και η χρησιμότητα της μέτρησης ικανοποίησης ασθενών καθώς και η σχέση της νοσηλευτικής και της μέτρησης ικανοποίησης ασθενών. Δίδεται ο ορισμός της ικανοποίησης ασθενών και αναλύεται η σχέση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης ασθενών.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει την ικανοποίηση του ασθενή από τη νοσηλεία του. Αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή, γίνεται λόγος για τη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου καθώς και για την επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, γίνεται αναφορά και στους κοινωνικούς ρόλους στη θεραπευτική διεργασία .

Το δεύτερο μέρος, το ερευνητικό αναφέρεται στο σκοπό της έρευνας και στη μεθοδολογία της. Περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία όλης της Κρήτης, συμπεράσματα, πίνακες και προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1) ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnel & Nash 1990, Scardina 1994) και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών (Miller-Bader 1988) είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές (Bond & Thomas 1992, Fitzpatrick 1991). Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν, ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (JCAHO 1991) και αναγνωρίζουν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός και έγκυρος δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Ο Donabedian (1966), που πρώτος διατύπωσε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ποιότητας, υποστήριξε ότι η επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου υγείας και ικανοποίησης είναι η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας της φροντίδας. Σήμερα, ένα πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης θεωρείται ελλιπές αν δε συμπεριλαμβάνει ένα συστηματικό τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς να μπορούν να αναφέρουν και να αξιολογούν τη βασική νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν (Ferguson & Ferguson 1983).

Σε πολλές χώρες, τόσο η μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, όσο και η συμμετοχή των ασθενών στην ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας είναι κατοχυρωμένες νομικά. Στις Η.Π.Α., το ενδιαφέρον για τις απόψεις των ασθενών ξεκίνησε από μια μεγάλη έρευνα, που έγινε σε εθνικό επίπεδο, από τις Abdallah και Levine το 1957 και αφορούσε κύρια τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Abdallah & Levine 1957,1964). Στη συνέχεια, με νόμο, από το 1973 (Health Maintenance Act of 1973), όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζονταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, υποχρεώθηκαν να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανakλούν, όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών (Fleming 1979). Το 1987, περισσότερα από 60-70% των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. είχαν εφαρμόσει κάποιο επίσημο πρόγραμμα ή/και στρατηγική που αφορούσε τη σχέση με τους ασθενείς (Leebon 1988).

Σήμερα, στην ίδια χώρα, το μεγαλύτερο όργανο ελέγχου και αξιολόγησης των νοσοκομείων, η Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη του αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας (Holzemer 1990).

Στη Μ. Βρετανία, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ικανοποίηση των ασθενών (Smith 1992), η οποία αντανακλάται στο white paper “Working for Patients” στους στόχους του οποίου περιλαμβάνεται ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών με κύριο γνώμονα την ικανοποίηση των επιθυμιών που εκφράζουν οι ασθενείς (Bond & Thomas 1992). Αλλά, και ο μεγάλος αριθμός σχετικών ερευνών που έχουν γίνει στη Μ. Βρετανία, επιβεβαιώνει το αυξημένο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα αυτή (Bond et al 1990, Godin et al 1987, MacGuire 1989, Mangen & Griffith 1982, Milne 1986, Pearson et al 1989).

1.2) ΠΟΙΟΤΗΤΑ

1.2.1) Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.2.1.A) Γενικά για την Ποιότητα

Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούριο. Αναζήτηση ανθρώπινη, από τους αρχαίους χρόνους ήταν συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση, το «αιεὶ ἀριστεύειν» (Εγγονόπουλος – Οικονομοπούλου, 2001).

Συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης και η αξία και σημαντικότητά της είναι αναμφισβήτητη. Το πολύπτυχο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί βασική παράμετρό της, δεδομένου ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες κάθε κεποχής. Τέλος, η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών (Εγγονόπουλος, Οικονομοπούλου, 2001).

Στο σημείο αυτό, παραθέτουμε ορισμένες εννοιολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας γενικότερα και στη συνέχεια θα επικεντρωθούμε στην έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

- Ο Juran (1988), ορίζει την ποιότητα ως: «το βαθμό στον οποίο δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη» (Οικονομοπούλου, 2001).

- Ο Crosby (1989), αναφέρει: «η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη» (Οικονομοπούλου, 2001).

- Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) (1987), ορίζει την ποιότητα ως: «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες». Διευκρινίζεται ότι οντότητα μπορεί να είναι ένα άτομο, μια επιχείρηση ή μια κοινωνία.

Κοινό σημείο των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

Η επιστημονική αναζήτηση του στόχου της ποιότητας έκανε αρχικά την εμφάνισή της στην παραγωγή βιομηχανικών προϊόντων, κυρίως από τη δεκαετία του 1950 και έπειτα. Τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά. Η πρώτη χώρα, στην οποία εφαρμόστηκε ένας τρόπος διοίκησης προσανατολισμένος στην ποιότητα των προϊόντων ήταν η Ιαπωνία. Η ποιοτική αυτή προσέγγιση βοήθησε σημαντικά, ώστε να βελτιωθεί σημαντικά η εικόνα κακής ποιότητας και χαμηλής ανταγωνιστικότητας των προϊόντων που παρήγαγαν μέχρι τότε οι ιαπωνικές επιχειρήσεις.

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα στο χώρο της υγείας παρουσιάστηκε με χρονική υστέρηση σε σχέση με τη βιομηχανία. Πλέον, βέβαια, αποτελεί σημαντικό στόχο για το σύνολο των επιστημόνων και των στελεχών που απασχολούνται στον τομέα της υγείας και κύριο ζητούμενο από την πλευρά των ασθενών. Ωστόσο, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί ακριβώς να ταυτιστεί με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας σαν χαρακτηριστικού ενός οποιουδήποτε αγαθού.

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να ακολουθηθεί μια συγκεκριμένη και τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής τους, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα βιομηχανικά προϊόντα. Οι ασθενείς μεταξύ τους, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Είναι αναμενόμενο, επομένως, η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές, αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς, αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και επιθυμούν. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο επιχείρημα από ό,τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία (Τούντας , 2003).

Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, τον άμεμπτο

επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη», αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα (Τούντας , 2003).

1.2.2.B) Ορισμός της Ποιότητας στην Υγεία

Πολλοί διακεκριμένοι επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, προσεγγίζοντας την από διαφορετικές σκοπιές. Στο σημείο αυτό παραθέτουμε ορισμένες προσεγγίσεις, οι οποίες εμπεριέχουν και εννοιολογικούς ορισμούς, χωρίς όμως να εξαντλούνται απλά και μόνο σε αυτό. Η σημαντικότερη «πηγή» άντλησης των παρακάτω στοιχείων είναι οι «εκπαιδευτικές σημειώσεις» της Χ. Οικονομοπούλου (2001-2002).

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία θεωρείται ο Avedis Donabedian, ο οποίος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Διέκρινε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του ασθενή.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, στη συμπεριφορά τους, δηλαδή, απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Το τρίτο μέρος, αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις, προχώρησε στον πρώτο κλασικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών, αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία»(Οικονομοπούλου, 2002).

Οι Laffer και Blumenthal, (1989), προτείνουν ως ορισμό της ποιότητας, «Τη συνεχή προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών ή χρηστών, αλλά και των άλλων πελατών» (Οικονομοπούλου, 2002). Με άλλα λόγια, οι ανάγκες των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αλλά στην εποχή μας, οι οργανισμοί υγείας καλούνται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και άλλων μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων, όπως: οι οικογένειες των ασθενών, οι ασφαλιστικοί φορείς που καλύπτουν τις δαπάνες νοσηλείας, κλπ.

Η Palmer (1991), (Οικονομοπούλου, 2002), λαμβάνοντας υπόψη, τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος, όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, δίνει τον ακόλουθο ορισμό: «Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη, τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο».

Η Povar (1991), (Οικονομοπούλου, 2002), αναφέρεται διεξοδικά στην ηθική διάσταση της φροντίδας, στους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες του ιατρικού σώματος, αλλά και στις συνθήκες (δυνατότητες και περιορισμούς) λειτουργίας των συστημάτων υγείας, τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας, με τους πόρους της οποίας καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας του συνόλου, χωρίς να παραβιάζουν θεμελιώδεις αρχές των δημοκρατικών πολιτευμάτων. Έτσι, τονίζει ότι: Η ποιότητα πρέπει να ορίζεται πάντα σε σχέση με:

- Τους επιθυμητούς στόχους
- Τους ενυπάρχοντες κινδύνους στη διαδικασία παροχής φροντίδων υγείας
- Τους διαθέσιμους πόρους.

Ο ορισμός της ποιοτικής φροντίδας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), της προσδίδει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

(Οικονομοπούλου , 2002).

Ο Maxwell (1993), (Οικονομοπούλου, 2002), προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους: Προσπελασιμότητα , Ισότητα, Κοινωνική αποδοχή, Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, Αποδοτικότητα και Τεχνική αποτελεσματικότητα.

Καθεμία από τις παραμέτρους αυτές ορίζεται συνοπτικά ακολούθως, ώστε να έχουμε μια καλύτερη και πιο ευνόητη «εικόνα» του εννοιολογικού προσδιορισμού που επιχειρεί ο Maxwell.

- Προσπελασιμότητα είναι η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

- Η Ισότητα αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών, ούτως ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.

- Κοινωνική αποδοχή είναι η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.

- Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες είναι η συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων και στις υπηρεσίες που προσφέρονται.

- Η Αποδοτικότητα αναφέρεται στο χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένη ιατρική πράξη.

- Τεχνική αποτελεσματικότητα είναι η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

Ο Hopkins (1990), (Οικονομοπούλου, 2002), προσεγγίζει την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, αναφερόμενος στις παραμέτρους:

Ιδανική αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα (efficacy, effectiveness και efficiency αντίστοιχα).

Πιο συγκεκριμένα:

Ως Ιδανική αποτελεσματικότητα ορίζει τη δυνατότητα μιας συγκεκριμένης χειρουργικής ή συντηρητικής ιατρικής επέμβασης να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα (έκβαση) σε ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών, κάτω από ιδανικές συνθήκες.

Με δεδομένο ότι η παροχή φροντίδων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτω από ιδανικές συνθήκες πειράματος, η αποτελεσματικότητα (Effectiveness), μετρά το βαθμό στον οποίο μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα μιας ιατρικής παρέμβασης, κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις τεχνικές ικανότητες και την κατάρτιση του προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας.

Η Αποδοτικότητα (Efficiency), αναφέρεται στην άριστη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Επιπλέον, ο Hopkins, (Οικονομοπούλου, 2002), αναφέρεται και σε μια ακόμη ομάδα παραμέτρων, σχετικά με τον προσδιορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρατίθενται, με μια σύντομη επεξήγηση της καθεμίας, ακολούθως:

- Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας (Appropriate) Care). Κρίνεται ως ενδεδειγμένη η παροχή υπηρεσιών υγείας, όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενή, το οποίο μπορεί να μεταφράζεται ως ανακούφιση, παράταση ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής, είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις (νοσηρότητα, θάνατοι, παρενέργειες). Αν και εφόσον το αναμενόμενο όφελος υπερिσχύει, δικαιολογείται και ενδείκνυται η ιατρική πράξη.

- Το δικαίωμα στην παροχή φροντίδων υγείας (Right to Care). Πρόκειται για το δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.

- Ηθική φροντίδα (Ethical Care). Πρόκειται για μια διάσταση που αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις μέρες μας, όπου επικρατεί ο διάλογος για τις εξελίξεις στη γενετική και την κλωνοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί μια ιατρική φροντίδα να έχει άριστα αποτελέσματα για τον ασθενή, να στηρίχθηκε, όμως, σε μεθόδους και πρακτικές που στερούνται ηθικής (π.χ., μεταμόσχευση με μόσχευμα που προέρχεται από εμπορία και όχι από δωρητή).

- Η δίκαιη κατανομή (Equitable Deliver Care).

Με απλά λόγια, η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το φύλο, την οικονομική ευρωστία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, κλπ.

- Η δυνατότητα πρόσβασης (Accesible Care). Πρόκειται φυσικά, για τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αναφέρεται σε εμπόδια τοπικά, χρονικά και οικονομικά.

- Η συνέχεια και η οργάνωση (Continuity and Coordination Of Care). Η διάσταση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας. Η παράμετρος αυτή τονίζει πόσο σημαντικό είναι για τον ασθενή να παρακολουθείται από τους θεράποντες ιατρούς του, όσο μακροχρόνιο διάστημα και αν απαιτείται, καθώς και τη σημαντικότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας που τον παρακολουθούν.

Παραθέτοντας τις επιμέρους προσεγγίσεις, ερευνητών που προέρχονται από χώρες με διαφορετικά υγειονομικά συστήματα, και αναπτύχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, σημειώνουμε συνοπτικά τα παρακάτω:

- Ο κάθε ορισμός, με βάση τις παραμέτρους που τον προσδιορίζουν, αντανakλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στα πλαίσια του οποίου διαμορφώνεται.

- Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη.

- Το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθεμένων πόρων, υπεισέρχονται στους περισσότερους από τους ορισμούς της ποιότητας.

1.3) ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.3.1) Αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Ο Royer (1999) αναφέρει σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Με την παραπάνω φράση τονίζεται η ανάγκη για μετρήσεις κατά την εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις, πιθανόν να διαχειριστούν πολύ καλύτερα τους διαθέσιμους πόρους τους από εκείνους που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες απαντήσεις.

Επιπλέον, ο Betka (1993) συμπληρώνει ότι οι managers των κλινικών πρέπει να εγκαταστήσουν συστήματα και διαδικασίες που μετρούν την ποιότητα, αντί να βασίζονται τις αποφάσεις τους στη διαίσθηση. Η ύπαρξη δεικτών αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πορεία προς την ποιότητα.

Από τις διαδικασίες εισαγωγής ενός ασθενή, τη μεθοδολογία νοσηλείας του, μέχρι και τη φροντίδα μετά την έξοδό του από την κλινική, πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης. Οι δείκτες αυτοί θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής, αφού θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών. Ο επανασχεδιασμός προβληματικών διαδικασιών, αλλά και η οριοθέτηση των στόχων ενός οργανισμού, απαιτούν την ύπαρξη πληροφοριών για τη λειτουργία του οργανισμού.

Η National Committee for Quality Assurance των Η.Π.Α. στην ετήσια έκθεσή της, το 1999 για την υγεία, αναφέρει για την ανάγκη μετρήσεων:

- Ιδρύματα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που σταθερά παρακολουθούν και δημοσιεύουν στοιχεία και δείκτες αναφορικά με την ποιότητά τους, παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα. Η βελτίωση αυτή έχει θετικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία.

- Ιδρύματα που εξασφαλίζουν υψηλές βαθμολογίες σε μετρήσεις ποιότητας, έχουν τους πιο ικανοποιημένους πελάτες.

- Ιδρύματα που ασχολήθηκαν με τη μέτρηση στοιχείων ποιότητας τα τελευταία χρόνια, ξεπερνούν σε απόδοση ιδρύματα που μόλις ξεκίνησαν να εφαρμόζουν τη στρατηγική αυτή.

Οριοθέτηση της έννοιας της μέτρησης της ποιότητας

Σύμφωνα με την Palmer, μέτρηση είναι «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Εάν λοιπόν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν, συνιστά μέτρηση ποιότητας (quality measurement), που συχνά αναφέρεται και ως αποτίμηση ποιότητας (quality assessment).

Η μέτρηση της ποιότητας εμπεριέχει λοιπόν την έννοια της σύγκρισης με ένα προκαθορισμένο μέγεθος, ενώ όταν παρατηρείται μια δραστηριότητα σε σχέση με κάποια κριτήρια ή πρότυπα, τότε πρόκειται για επιτήρηση (monitoring), όπως για παράδειγμα όταν τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η νοσηλεύτρια ακολούθησε τις καθορισμένες διαδικασίες, ή αν συμβαίνουν μετεγχειρητικές λοιμώξεις. Η επιτήρηση, δηλαδή, απαντά στο ερώτημα «ναι ή όχι;», ενώ η μέτρηση στο ερώτημα «πόσο πολύ;».

Τρόποι και Κατηγορίες μέτρησης της ποιότητας

Η μέτρηση ποιότητας περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση αιτιολογικών σχέσεων. Τα διαγράμματα ροής και τα διαγράμματα αιτιότητας είναι τα δύο βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της πραγματικότητας. Τα διαγράμματα ροής απεικονίζουν τη χρονική εξέλιξη της διαδικασίας, ενώ τα διαγράμματα αιτιότητας αποτυπώνουν την αιτιολογική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών, προκειμένου να διερευνήσουν την εμφάνιση των προβλημάτων.

Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian (Evaluating the Quality of Medical Care, 2005), ο οποίος ήταν απ' τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας, οι μετρήσεις της ποιότητας πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- **Δομή (structure):** Κτίρια, εξοπλισμό, υλικά, πόρους, αριθμό εργαζομένων, οργανωτική δομή. Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας. Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη μικρού αριθμού κλινών, για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, η έλλειψη μονάδας εντατικής θεραπείας, οι μεγάλες ελλείψεις σε εκπαιδευμένο και έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δημιουργούν a priori την αίσθηση ότι η υπό μελέτη μονάδα υπολείπεται έναντι κάποιας άλλης, στην οποία δεν παρατηρούνται οι παραπάνω ελλείψεις.

- **Διαδικασία (process):** Όλες οι ενέργειες περίθαλψης, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής κ.α. Η διάσταση «διαδικασία», μπορεί να μετρηθεί σε ένα μεγάλο βαθμό, μέσω της εξέτασης του ατομικού φακέλου του ασθενή.

- **Αποτελέσματα (outcome):** Η έκβαση, η μεταβολή της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, η ικανοποίηση, καθώς και ο βαθμός ενημέρωσής του. Λόγω του ότι σε κάποιες περιπτώσεις είναι δύσκολος ο προσδιορισμός των αποτελεσμάτων, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη, κατά προσέγγιση, παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας.

Οι επιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποτελούν τον πλέον καθοριστικό παράγοντα στην παραγωγή των αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα, μια αποτελεσματική παρέμβαση (διαδικασία), θα έχει ως συνέπεια, η μεταθεραπευτική υγεία του ασθενή να είναι καλύτερη από ότι θα ήταν χωρίς τη θεραπεία. Η συσχέτιση του αποτελέσματος με τη θεραπεία, είτε υποτίθεται, είτε συνεπάγεται. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική περίοδος μεταξύ παρέμβασης και μέτρησης, τόσο περισσότερο αβέβαιη καθίσταται η συσχέτιση του αποτελέσματος με την παρέμβαση.

Βέβαια, η μέτρηση των αποτελεσμάτων από μόνη της, δεν παρέχει αναμφισβήτητες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, γι' αυτό και δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές ή άλλες πειραματικές μεθόδους.

Για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες μετρήσεις, χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία, όπως είναι τα φύλλα συλλογής δεδομένων, τα φύλλα ελέγχου δεδομένων, οι συνεντεύξεις, οι έρευνες γνώμης κ.α.

Σε ό,τι αφορά στην ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιούνται τα διαγράμματα ανάλυσης συνεχών μεταβλητών, όπως είναι ο χρόνος και το κόστος, ή ασυνεχών μεταβλητών, όπως είναι η συχνότητα προγραμματιστων επανεισαγωγών. Συχνά, επίσης, χρησιμοποιούνται και οι στατιστικές συσχετίσεις δύο ή περισσότερων μεταβλητών.

Η μέτρηση της ποιότητας, μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορες διαστάσεις. Εδώ θα εξετάσουμε δύο κατηγορίες άμεσα εμπλεκόμενων με τις υπηρεσίες υγείας «φορέων», όπου και εστιάζονται σε μεγάλο βαθμό οι μετρήσεις.

- Ικανοποίηση ασθενών.

Μια ιδιαίτερη κατηγορία μετρήσεων αφορά στην ικανοποίηση ασθενών (patient satisfaction). Οι μετρήσεις αυτές πραγματοποιούνται με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, τα οποία απευθύνονται στις απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών, σχετικά με την προσφερθείσα σε αυτούς νοσηλευτική φροντίδα. Οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν κατά την έξοδό τους ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Εκτός από παραδοσιακούς τομείς αξιολόγησης, όπως είναι η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, στις μετρήσεις αυτές, έχουν προστεθεί τα τελευταία χρόνια και νέοι τομείς, όπως ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των ασθενών, οι συνθήκες διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και οι συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας.

Τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι αξιόπιστα, ώστε τα αποτελέσματα να είναι επαναλήψιμα με διαφορετικά εργαλεία ή σε διαφορετικές καταστάσεις και να είναι απλά και κατανοητά. Το δείγμα της έρευνας, αν δεν περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς, θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό και να διερευνάται καλά η ομάδα όσων δεν απάντησαν. Συνήθως ο μέσος όρος συμμετοχής στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών κυμαίνεται από 35-45%.

Οι συνεχείς διενέργειες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένες σε ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης με τους πελάτες και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Επιπλέον, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε άλλους 3, ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα παραπονεθεί σε 11 γνωστούς του. Τα προβλήματα που καταγράφονται ως παράπονα, αφορούν, συνήθως, το χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την ποιότητα των γευμάτων και την καθαριότητα.

Από την άλλη μεριά, ορισμένοι αμφισβητούν την αξία και τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας πως οι ασθενείς δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις να κρίνουν, ότι οι υπηρεσίες που πολλές φορές επιθυμούν δεν είναι αυτές που πραγματικά πρέπει να τους παρασχεθούν. Έχει, επίσης, υποστηριχτεί η άποψη, ότι υπάρχει μεγαλύτερο όφελος ανά κόστος με τις άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις ορισμένων ασθενών ή με ομάδες εντοπισμού προβλημάτων (focus groups), παρά με τις έρευνες ερωτηματολογίων.

- Επαγγελματική ικανοποίηση.

Στη διαδικασία μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι η επαγγελματική ικανοποίηση (job satisfaction) των επαγγελματιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας και το νοσοκομείο ειδικότερα, είναι χώροι έντασης εργασίας και η απόδοσή τους εξαρτάται άμεσα από τους ανθρώπινους πόρους. Συνεπώς, το ανθρώπινο κεφάλαιο πρέπει να επιλέγεται σωστά, να εντάσσεται σε αποτελεσματικά οργανωτικά σχήματα και να είναι ικανοποιημένο με την εργασία του.

Οι οικονομικές απολαβές, το εργασιακό περιβάλλον, η αίσθηση ασφάλειας, η επαγγελματική εξέλιξη και οι ανθρώπινες σχέσεις είναι ίσως οι βασικότεροι παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη, συχνά αναφέρονται η συμπεριφορά της διοίκησης, οι ευκαιρίες κατάρτισης κ.α.

Η επαγγελματική ικανοποίηση μετριέται και αυτή με ειδικά ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σε αντιστοιχία με λίγες ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες παραμέτρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2) ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

2.1) ΓΕΝΙΚΑ

Τα δικαιώματα του ασθενούς, ζήτημα άμεσα συνδεδεμένο με τα ανθρώπινα δικαιώματα, συνιστούν ολοένα και περισσότερο τα τελευταία έτη, σημαντικό πεδίο ανάπτυξης νομοθετικών πρωτοβουλιών σε πολλές χώρες. Η εφαρμογή τους συνδέεται άμεσα με την διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στον χώρο της υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές.

Εμπνεόμενα από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά, τα δικαιώματα του ασθενούς, συμπορεύονται και με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενούς, ο οποίος στις μέρες μας είναι πιο ενημερωμένος και συχνά και πιο κατηγορηματικός σε αποφάσεις που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του. Επιθυμεί να λαμβάνει διαβεβαιώσεις ότι η θεραπεία που ακολουθεί είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη, ενώ δεν διστάζει πλέον, όταν θεωρεί ότι η φροντίδα που λαμβάνει δεν είναι η καλύτερη, να αλλάξει γιατρό ή ακόμα σε περίπτωση ιατρικών λαθών, να προσφύγει στην δικαιοσύνη. Ο ασθενής, σαν καταναλωτής υπηρεσιών αναμφισβήτητα έχει το δικαίωμα να ακουστεί η άποψη του, να ενημερωθεί για όλες τις σχετικές παραμέτρους αναφορικά με την υγεία του, να κάνει τις επιλογές του και να νιώθει ασφαλής σε ζητήματα που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του.

Όσον αφορά το περιεχόμενο των δικαιωμάτων των ασθενών, αυτά σε γενικές γραμμές αναφέρονται στο δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση, για ιδιωτικότητα, για συναίνεση και στο δικαίωμα του για ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία. Τα παραπάνω επιμέρους δικαιώματα συζητούνται με λεπτομέρεια παρακάτω:

(I) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση

Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί ένα από τα κυριότερα καθήκοντα του γιατρού και πρωταρχικό δικαίωμα του πρώτου. Μέσα από την ενημέρωση ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να ασκήσει το συνταγματικά κατοχυρωμένο πλέον δικαίωμά του να αποφασίζει μόνος του για τον εαυτό του και να δίνει τη συναίνεση του για την διενέργεια ιατρικών παρεμβάσεων που τον αφορούν.

Η ετυμολογία της λέξης Doctor που προέρχεται από το ρήμα Docere= διδάσκω, αντανακλά τον παραδοσιακό ρόλο του γιατρού ως δασκάλου του αρρώστου. Πράγματι, μέσω της ενημέρωσης ο γιατρός μεταδίδει τη γνώση στον ασθενή του, καθιστώντας τον μαθητή του. Ο ενημερωμένος ασθενής καθίσταται αυτόνομος και ικανός να πάρει αποφάσεις για το δικό του σώμα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται συνυπεύθυνος και συνεργάσιμος. Παράλληλα, η σωστή ενημέρωση του ασθενούς συνιστά σημαντικό δείκτη ικανοποίησης του ασθενούς, στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας (Thompson et all, 1996).

Σύμφωνα με έρευνα για τα δικαιώματα των ασθενών του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ στα Κράτη μέλη του (WHO, 1993), το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς Θα πρέπει να περιλαμβάνει

- > τις διαδικασίες που αφορούν τη διάγνωση
- > τη διάγνωση
- > τις διάφορες επιλογές θεραπείας, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, καθώς και τις προβλεπόμενες για την υγεία συνέπειές τους
- > τους άμεσους ή έμμεσους κινδύνους της υποβολής στη θεραπεία ή της άρνησης της θεραπείας
- > τη διαδικασία της θεραπείας, τη διάρκειά της, τον πόνο και την ταλαιπωρία που συνεπάγεται για τον ασθενή
- > την πρόγνωση
- τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες των φαρμάκων καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα
- > την κατάσταση της υγείας και τον τρόπο ζωής μετά τη θεραπεία.

Παράλληλα, η Διακήρυξη του Άμστερνταμ για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη το 1994, αναφέρει ότι οι ασθενείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι

> Σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών δεδομένων που αφορούν τις συνθήκες της

> Σχετικά με τις προτεινόμενες ιατρικές διαδικασίες μαζί με τα οφέλη και τους κινδύνους κάθε διαδικασίας

> Σχετικά με τις εναλλακτικές σε σχέση με τις προτεινόμενες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένου του αποτελέσματος της μη θεραπείας και σχετικά με τη διάγνωση, πρόγνωση και πρόοδο της θεραπείας.

Η Διακήρυξη ορίζει ακόμα, ότι πληροφορίες μπορούν να αποκρυφτούν από τους ασθενείς μόνον όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύεται ότι αυτές, χωρίς να υπάρχει σοβαρή προσδοκία για προφανή οφέλη, Θα προξενήσουν σε αυτούς σοβαρή βλάβη. Η πληροφόρηση πρέπει να μεταφέρεται στους ασθενείς, με τρόπο κατάλληλο για την δεδομένη κατάστασή τους, ελαχιστοποιώντας την χρήση μη οικείας τεχνικής ορολογίας. Τέλος, οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να μην ενημερωθούν αν έχουν εκφράσει σαφή επιθυμία για αυτό, ενώ οι ίδιοι πρέπει να έχουν την δυνατότητα να ζητούν και να λαμβάνουν ένα σύντομο ιστορικό για τη διάγνωση, Θεραπεία και φροντίδα τους, μετά την έξοδό τους από κάθε μονάδα υγείας.

Στην Ελληνική νομοθεσία το συγκεκριμένο δικαίωμα προστατεύεται πρωτίστως από το Σύνταγμα (άρθρα 2 παρ. 1 και άρθρο 5), εφόσον εντάσσεται στα δικαιώματα της προσωπικής ελευθερίας και προστασίας της προσωπικότητας. Παράλληλα, σύμφωνα και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, παράλειψη του γιατρού να διαφωτίσει τον άρρωστο ώστε να είναι ικανός να συγκατατεθεί σε προτεινόμενη επέμβαση, στοιχειοθετεί ευθύνη για προσβολή της προσωπικότητας. Το δικαίωμα ενημέρωσης πηγάζει και από άλλες διατάξεις του Αστικού Κώδικα (άρθρα 914 επ., 932, 158). Η παράλειψη ενημέρωσης συνιστά κυρίως αστική ευθύνη προς αποζημίωση και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ασθενούς (Μεράκου και συν. 2004).

Στον Ελληνικό χώρο το 1981 (Christakis, 1981), σε σχετική έρευνα το 52% των γιατρών ειδικών στον καρκίνο, δήλωσαν ότι ουδέποτε ανακοίνωσαν στους αρρώστους την πραγματική διάγνωση. Το 7% δήλωσαν ότι αρκετά συχνά ανακοίνωναν τη διάγνωση, ενώ το 20% σπάνια τους ενημέρωνε και το 21% πολύ σπάνια. Επίσης, νεότερη ελληνική έρευνα (Mystakidou et al, 1996), συμφωνεί στο ότι η μη αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή παραμένει η συνήθης πρακτική στην Ελλάδα.

Σύμφωνα και με έρευνα των Vincent και Ledingham (1989) σε δείγμα 242 γιατρών από 14 χώρες της Ευρώπης, η μεγάλη πλειονότητα (213 γιατροί) απάντησαν ότι ο βαθμός ενημέρωσης εξαρτάται από παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του αρρώστου και το είδος της αρρώστιας. Μόνο οι 24 (10%) δίνουν πάντα πλήρη πληροφόρηση στους ασθενείς, ενώ σε περίπτωση ιατρικού λάθους μόνο το 16% θα έλεγαν ακριβώς στον άρρωστο τι συνέβη.

Τέλος, μελέτη που έγινε για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας σε 232 ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο της Αυστραλίας, μόνο λίγοι (μεταξύ 5% και 24%) ήταν ευχαριστημένοι από την παροχή ενημέρωσης σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την παροχή φροντίδας στο σπίτι, ενώ όλοι οι ασθενείς που ερωτήθηκαν (100%) δήλωσαν ότι θεωρούσαν την ικανότητα του γιατρού για ενημέρωση πολύ σημαντική για την αξιολόγηση της φροντίδας (Wiggers et al, 1990).

(II) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα

Το δικαίωμα του ασθενούς για ιδιωτικότητα, το λεγόμενο ιατρικό απόρρητο, ορίζει ότι όλες οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, οι ιατρικές συνθήκες, η διάγνωση, η πρόγνωση και η θεραπεία και όλη η πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά θάνατον.

Αναλυτικότερα, ως ιατρικό απόρρητο λαμβάνεται κάθε γεγονός ή κάθε πληροφορία που σχετίζεται με τον ασθενή και που η ανακοίνωσή του, μπορεί να προκαλέσει σε αυτόν υλική ή ηθική βλάβη (Αλεξιάδης, 1996). Έτσι, ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί (Μεράκου και συν. 1999)

- > Καθετί που ο ασθενής εμπιστεύτηκε στο γιατρό ή στο νοσηλευτή.
- > Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του ή επ' ευκαιρία αυτής.
- > Καθετί που είτε είναι μειωτικό, είτε όχι.
- > Η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- > Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
- > Ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.

Η Ελληνική νομοθεσία προστατεύει το δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα του γιατρού (Μαντοφορου et all 2002). Μάλιστα σύμφωνα και με το άρθρο 371 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα «Γιατροί στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται συνήθως λόγω του επαγγέλματος τους ή της ιδιότητάς τους ιδιωτικά απόρρητα καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών τιμωρούνται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους αν φανερώσουν ιδιωτικά απόρρητα που τους εμπιστεύθηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς τους».

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης είναι οι ακόλουθες:

- > Δόλος συνιστάμενος στη γνώση ότι πρόκειται περί ιδιωτικού απορρήτου
- > Ανακοίνωση (πράξη ή παράλειψη, π.χ. η πλημμελής επιτήρηση αρχείου)
- > Έγκληση αυτού που υπέστη τη ζημιά από την ανακοίνωση.

Η αρχή τήρησης του απορρήτου δεν ακολουθείται και το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται, όταν απειλείται το δημόσιο συμφέρον ή η υγεία και η ευημερία του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου και όταν απειλούνται μείζονα αγαθά. Τις εξαιρέσεις αυτές προβλέπουν ο Ποινικός Κώδικας και πολλοί άλλοι νόμοι. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 4 του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα, η παραβίαση του απορρήτου δικαιολογείται και αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, όταν ο γιατρός που παραβαίνει την υποχρέωσή του για την τήρηση του απορρήτου αποβλέπει στην:

> Εκπλήρωση ιδιαίτερου καθήκοντος. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ανακοινώσει ορισμένα γεγονότα (γεννήσεις, θανάτους ή μεταδοτικά νοσήματα) (Νόμος 344/ 1967).

> Διαφύλαξη εννόμου ή ουσιαστικού δικαιολογημένου συμφέροντος. Όταν δηλαδή, η τήρησή του αποβαίνει εις βάρος του ιατρού. Τούτο ισχύει στις περιπτώσεις που ο ιατρός κατηγορηθεί και του ασκηθεί ποινική δίωξη. Στην περίπτωση αυτή δικαιούται, προκειμένου να υπερασπισθεί τον εαυτό του, να αποκαλύψει ορισμένα στοιχεία ή το σύνολο των ενεργειών του σε μια συγκεκριμένη ιατρική υπόθεση (άρθρο 371 Π.Κ.). Παράλληλα, όταν αποσκοπεί στην αποτροπή εγκληματικών πράξεων ή παράδοση του δράστη στις αρχές ή προκειμένου να διαφυλάξει τη Δημόσια Υγεία αποκαλύπτοντας στις αρχές μεταδοτική νόσο από την οποία πάσχει ο ασθενής.

Το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να σέβεται το ιατρικό απόρρητο είναι ο Ιπποκρατικός Όρκος. Παράλληλα, ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (25/5-6/7/1955) αναφέρει στο άρθρο 15 μεταξύ άλλων «Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνη πάσαν δυνατή προφύλαξιν, όπως μη αναφέρονται στα επαγγελματικά αυτού βιβλία ή τας επιστημονικάς δημοσιεύσεις απροκάλυπτοι ενδείξεις δυνάμεναι να παραβιάσουν το ιατρικό απόρρητο... » και στο άρθρο 18 «η αυστηρά τήρησις του ιατρικού απορρήτου αποτελεί υποχρέωσιν παντός γιατρού παρέχοντος την ιατρικήν συνδρομήν μέσω οργανισμών ή ιδρυμάτων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου... ».

Ομοίως, η Βρετανική Ιατρική Εταιρία (British Medical Association), στο βιβλίο της Handbook of Medical Ethics (BMA, 2004) προχωράει ακόμα περισσότερο, ορίζοντας και τις εξαιρέσεις της μη τήρησης του απορρήτου, που ισχύουν σε όλα σχεδόν τα κράτη: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα ξέρει. Σ' αυτή τη γενική αρχή όμως, υπάρχουν πέντε εξαιρέσεις, που αποδεσμεύουν το γιατρό από την τήρηση του απορρήτου. Αυτές είναι: όταν ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, όταν πρόκειται για το συμφέρον του ασθενούς, όταν υπερισχύει το καθήκον του γιατρού απέναντι στην κοινωνία, για ερευνητικούς σκοπούς και αφού εγκριθεί από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής για την κλινική έρευνα και όταν οι πληροφορίες απαιτούνται για νομικές διαδικασίες».

Κατά συνθήκη» παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου μπορούν να θεωρηθούν (Μεράκου και συν. 1999):

α). Ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς. Ο ιατρικός φάκελος χαρακτηρίζεται ως η “αποθήκη” όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί την βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και την βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου”(κείμενο CEN/TC25/WG1/N8 ΤΗΣ Ευρωπαϊκής Επιτροπής Προτυποποίησης).

Ωστόσο, συχνά η τήρηση του συνοδεύεται από κάποια αβεβαιότητα στην διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου (TZeferi et all, 2002). Όπως για παράδειγμα, εάν δεν εξασφαλίζεται η πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών, μόνον σε άτομα με ειδική εξουσιοδότηση να πράττουν κάτι αντίστοιχο.

Μπορεί σήμερα, να έχει αυξηθεί κατά πολύ ο όγκος των πληροφοριών που σχετίζονται με την φροντίδα του ασθενούς, πράγμα που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην ενσωμάτωση αυξημένου αριθμού εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων στους φακέλους των ασθενών και τα διαχειριστικά καθήκοντα των γιατρών να γίνονται διαρκώς περισσότερα, ωστόσο το δικαίωμα διασφάλισης της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς (Karra et all, 2000), πρέπει να υπερτερεί σε κάθε περίπτωση μπροστά στην εύκολη αποθήκευση και ανάκληση ιατρικών πληροφοριών των ασθενών στους ηλεκτρονικούς φακέλους (Wright et all, 1996).

Η Ελλάδα με το νόμο 3235/04/ΦΕΚ 53 (18-2-2004) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έλαβε πρόνοια για τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς, με την σαφή αναφορά στο άρθρο 10 του νόμου «πρόσβαση στην βάση δεδομένων-αρχή της εμπιστευτικότητας», στα πρόσωπα που δικαιούνται να έχουν πρόσβαση στα αρχεία του ασθενούς. Ο ίδιος νόμος μάλιστα στο άρθρο 11 θεσπίζει και ποινικές κυρώσεις σε αυτούς που παραβιάζουν το απόρρητο των πληροφοριών που εμπεριέχονται στον ηλεκτρονικό φάκελο και την κάρτα του ασθενούς ορίζοντας μεταξύ άλλων «όποιος με οποιονδήποτε τρόπο και χωρίς να έχει κανένα δικαίωμα λαμβάνει γνώση του περιεχομένου του ηλεκτρονικού φακέλου ή αλλοιώνει ή καταστρέφει δεδομένα ή πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί σε αυτόν ή ανακοινώνει σε τρίτους στοιχεία ή μέρος του περιεχομένου τους, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

β.) Έρευνα. Στα πλαίσια προαγωγής της ιατρικής επιστήμης, διεξάγονται έρευνες που συχνά θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του απορρήτου, δεδομένου ότι για τις επιδημιολογικές έρευνες κυρίως χρειάζεται να συγκεντρωθούν πληροφορίες από τους φακέλους των ασθενών και να εξεταστούν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών (Bernard, 1996).

γ.) Θεσμός των κοινωνικών και ιδιωτικών ασφαλίσεων και πρόνοιας. Για να αποδειχθεί ότι έχει επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, διακινείται ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου, στον οποίο έχει πρόσβαση επίσης μεγάλος αριθμός προσώπων (Smees, 1996)

δ.) Δημόσια έγγραφα. Ο πολίτης συχνά υποχρεούται να καταθέτει σε υπηρεσίες έγγραφα, τα οποία έχουν σχέση με την υγεία του, για την επιδίωξη οποιουδήποτε έννομου συμφέροντος.(π.χ. λήψη αναρρωτικής άδειας).

ε.) Οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Η γραφειοκρατία και ο όγκος των εργασιών που υπάρχουν σε ένα νοσοκομείο επιτρέπουν την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου. Πολλές άλλες κατηγορίες προσωπικού —εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό— έχουν πρόσβαση στα έγγραφα και στο φάκελο των ασθενών.

στ.) Υποδομή του νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία κυρίως φιλοξενούν συνήθως περισσότερους από έναν ασθενή στο ίδιο δωμάτιο. Συνεπώς, τα πολύ προσωπικά θέματα του ασθενούς συχνά συζητούνται μεγαλόφωνα στο κρεβάτι του και πολλές εξετάσεις γίνονται παρουσία των άλλων ασθενών, με συνέπεια να βάλλεται για μία ακόμα φορά η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς.

ζ.) Ασθενής και οικογένεια. Γενικά, όταν ο ασθενής είναι λογικός και υπεύθυνος, ο γιατρός πρέπει να παίρνει την άδειά του σχετικά με το ποιον θα ενημερώσει από τα μέλη της οικογένειάς του, τι πληροφορίες θα δώσει και σε ποια έκταση.

η.) Μέσα μαζικής ενημέρωσης. Συχνά τα ΜΜΕ, με βασικό γνώμονα την τηλεθέαση, μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας ορισμένων ατόμων, χωρίς να έχουν λάβει προηγουμένως τη συναίνεση τους προς τούτο (Smith, 1996).

θ.) Φορολογικές αρχές. Η φορολογική νομοθεσία στην Ελλάδα υποχρεώνει το γιατρό σε επίδειξη καρτελών, αποδείξεων και άλλων εγγράφων στις φορολογικές υπηρεσίες, που περιέχουν το όνομα και στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών.

(III) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση

Συναίνεση, ορίζεται η συγκατάθεση του ασθενή προς τον ιατρό προκειμένου αυτός να προβεί σε οποιαδήποτε είδους θεραπεία ή ιατρική παρέμβαση στο πρόσωπο του ασθενή του. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συναίνεση, είναι η προηγούμενη ολοκληρωμένη ενημέρωση του ασθενούς σε θέματα που άπτονται της υγείας του και επί των οποίων καλείται να συναινέσει.

Η συναίνεση συνιστά προαπαιτούμενο για κάθε ιατρική παρέμβαση. Ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να διακόψει μια ιατρική παρέμβαση. Οι συνέπειες της άρνησης ή της διακοπής πρέπει να εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή.

Παράλληλα, ο ασθενής ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του, μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει τη συναίνεση που έδωσε στον γιατρό. Ο ιατρός σε περίπτωση ανάκλησης της συναίνεσης, οφείλει να αναστείλει κάθε ιατρική πράξη στον ασθενή του (WHO, Διακήρυξη του Άμστερνταμ, 1994).

Ειδικότερα για την συμμετοχή ατόμων σε πειραματικές μεθόδους απαιτείται, το άτομο να είναι ικανό προς δικαιοπραξία και σε θέση να αντιληφθεί το περιεχόμενο και τους ενδεχόμενους κινδύνους της πειραματικής δοκιμασίας και να έχει χορηγήσει τη συναίνεσή του γραπτώς και προσωπικά ο γιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή του ή το συγγενικό του περιβάλλον για τις τεχνικές που θα εφαρμοσθούν, για τους ενδεχόμενους κινδύνους και για το αποτέλεσμα από τις ενέργειες αυτές. Συνεπώς η συναίνεση που δόθηκε από τον ασθενή εν άγνοια των κινδύνων που εγκυμονεί π.χ. μια θεραπεία που υποδείχθηκε από τον γιατρό είναι ανίσχυρη και ο γιατρός υπέχει την ίδια ευθύνη, που θα είχε εάν ενεργούσε μια ιατρική πράξη χωρίς την συναίνεση του ασθενή.

Σύμφωνα μάλιστα με το άρθρο 8 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ 25/ 5-6/ 7 1955) «ο γιατρός οφείλει απόλυτον σεβασμόν προς την τιμήν και την Προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός δυνάμενος να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελευθέραν βούλησιν ασθενών, εχόντων σώας τας φρένας... ».

Εξαιρούνται βέβαια οι περιπτώσεις, όπου υπάρχει αποδεδειγμένη η ανάγκη αναπόφευκτης θεραπευτικής αγωγής ή περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, όπου δεν απαιτείται η συναίνεση. Εξάλλου και ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 25 ορίζει μεταξύ άλλων «Δεν είναι άδικος η πράξη στην οποία προβαίνει κάποιος για να αποτρέψει παρόντα και άλλως αναπότρεπτο κίνδυνο που απειλεί το πρόσωπο... ». Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να διενεργήσει ιατρικές πράξεις, χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή των οικείων του, εφόσον αυτός κρίνει ότι πρέπει να επέμβει αμέσως.

Πρόκειται για τις λεγόμενες αυτόγνωμες πράξεις του γιατρού (Αλεξιάδης, 1996), που σίγουρα αποτελούν σαφή περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου και γι' αυτό πρέπει να εκτελούνται μόνον όταν συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: η ύπαρξη βαριάς βλάβης της υγείας ή θανάτου, αδυναμία αναβολής της συγκεκριμένης και απόλυτα ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης ένεκα του υφιστάμενου κινδύνου για την υγεία, τη ζωή του ασθενούς, κατάσταση που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλο τρόπο ή σε άλλο χρόνο.

(IV) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα

Καθένας έχει δικαίωμα να λαμβάνει τέτοια φροντίδα υγείας που είναι κατάλληλη για τις συνθήκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων και της προληπτικής φροντίδας και δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι συνεχώς διαθέσιμες και προσπελάσιμες σε όλους ισότιμα χωρίς διακρίσεις, σύμφωνα με τους οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι σε μια συγκεκριμένη κοινωνία (WHO, 1994).

Οι ασθενείς όμως υπόκεινται και σε ορισμένους περιορισμούς στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας τους. Επιτρέπεται όμως, να υφίστανται μόνον τέτοιους περιορισμούς που προβλέπονται από το νόμο ή που είναι συμβατοί με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Περιορισμοί δηλαδή που επιβάλλονται για λόγους δημόσιας υγείας, δημόσιου συμφέροντος, και άλλων ατομικών ανθρώπινων δικαιωμάτων (Δαγτόγλου, 1986). Σε ορισμένες περιπτώσεις για παράδειγμα, η αιτία για τον περιορισμό των δικαιωμάτων μπορεί να συνιστά το συμφέρον κάποιου τρίτου (αποκαλούμενο δόγμα σύγκρουσης καθηκόντων) ή και το ίδιο το συμφέρον του ασθενούς, (π.χ. υποθετική συναίνεσή του σε περίπτωση εκτάκτου περιστατικού).

2.2) ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

α) Νομικό πλαίσιο προστασίας των «δικαιωμάτων του ασθενούς»

Η χώρα μας ως δημοκρατική χώρα και κράτος πρόνοιας, έχει κατοχυρώσει με αυστηρούς νομικούς κανόνες όλα τα δικαιώματα των πολιτών της. Στα πλαίσια αυτά, θεώρησε σκόπιμο στον ιδιαίτερο ευαίσθητο τομέα της υγείας να καθορίσει και ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο αποτελεί πλέον, τον καταστατικό χάρτη των Δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς.

Το παραπάνω κενό προτού να καλυφθεί από τον παραπάνω νόμο, είχε ήδη καλυφθεί εν μέρει από το ίδιο το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975, το οποίο και καθιέρωσε το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Σύμφωνα με την Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21 παρ. 3, όπου αναφέρεται «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Έτσι το 1992 διατυπώνει σε νόμο 2071 άρθρ.47, ‘τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς’ και κατατάσσεται έτσι ανάμεσα στις πρώτες χώρες στην Ευρώπη που ψήφισε τέτοια διάταξη σε νόμο. Μέχρι την θέσπιση του παραπάνω νόμου, Κανένας ασθενής που απευθυνόταν σε νοσοκομείο δεν γνώριζε ποια Θα πρέπει να είναι τα δικαιώματά του, Κανένας υπηρεσιακός παράγοντας μέχρι που μπορούν να φτάσουν οι απαιτήσεις των ασθενών και ποια τα δικαιώματά τους στα πλαίσια του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς ακόμα, συχνά απαιτούσαν ανέφικτα πράγματα, μη γνωρίζοντας τα νόμιμα δικαιώματά τους, κάτι που προκαλούσε δυσλειτουργία στο σύστημα (Αλεξιάδης, 2000).

Από την παραπάνω λοιπόν διάταξη προκύπτει η καθαρή υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών του κατά τρόπο γενικό και αόριστο, χωρίς όμως από το Σύνταγμα να προσδιορίζεται ειδικότερο πλαίσιο προστασίας. Παράλληλα, το παραπάνω άρθρο του Συντάγματος εξουσιοδοτεί τον εκάστοτε νομοθέτη να καθορίσει αυτός, κατ’ επιλογή της πολιτικής εξουσίας το πλαίσιο προστασίας. Δηλαδή το Κράτος αναλαμβάνει την φροντίδα για την προστασία της υγείας των πολιτών, το βάρος όμως της επιλογής του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο εφαρμογής του, το αφήνει στην διακριτική ευχέρεια της πολιτικής εξουσίας να το υλοποιήσει βάσει νόμων.

Το παραπάνω λοιπόν δικαίωμα του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος χαρακτηρίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα, εισάγει την αρχή της καθολικότητας και υποχρεώνει το κράτος για παρεμβάσεις με θετικές ενέργειες και παροχή αγαθών και υπηρεσιών (Τσάτσος, 1988). Το συγκεκριμένο δικαίωμα ενισχύθηκε και με το νόμο 1397/1983 (καθιέρωση ΕΣΥ), όπου στο άρθρο Ι ορίζεται ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση και τον τόπο της κατοικίας τους.

Ειδικότερα ο νόμος 207 1/92 (ΦΕΚ 123/92) αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενή για προσέγγιση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του, στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του, στο δικαίωμά του να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, στο να πληροφορηθεί τα πάντα σχετικά με την υγεία του και να λαμβάνει αποφάσεις ή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία του. Ο ασθενής επίσης έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν για συνήθεις ή πειραματικές διαγνωστικές θεραπευτικές πράξεις. Απαιτείται συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου, η οποία μπορεί να ανακληθεί ελεύθερα. Επιπλέον μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του σε πράξεις που σκοπό έχουν την έρευνα ή την εκπαίδευση.

Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, καθώς και εγγύηση του απορρήτου των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων και ευρημάτων που τον αφορούν, δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων του, ενώ τέλος δικαιούται να παρουσιασθεί ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση για τις ενέργειες που έγιναν για τις παραπάνω διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και για τα αποτελέσματά τους.

Επειδή όμως στην πράξη οι διατάξεις του άρθρου 47 του Ν.2071/1992 δε λειτούργησαν ουσιαστικά, το 1997 με το Νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

1) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Η πρώτη αποτελεί αυτοτελής Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ενώ υπάγεται απευθείας στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου. Έργο της είναι να παρακολουθεί και να ελέγχει αν εφαρμόζονται και προστατεύονται τα δικαιώματα του ασθενούς, να εξετάζει τυχόν παράπονα και καταγγελίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και να υποβάλει σχετικές εισηγήσεις στον Γενικό Γραμματέα για τα παραπάνω θέματα. Η δεύτερη, παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών, να εξετάζει καταγγελίες πολιτών, είτε αυτές που γίνονται επώνυμα, είτε αυτεπαγγέλτως.

Παράλληλα δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο:

α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και

β) Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Ασθενούς, η οποία συγκροτείται σε κάθε νοσοκομείο, για να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο νοσοκομείο.

Τέλος το 1998 (Ν.2619), κυρώθηκε από τη Βουλή η “Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (Council of Europe, 1997), όπου σύμφωνα με τις διατάξεις αυτής τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται τον σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Τα συμφέροντα και η ευημερία του ατόμου θα υπερισχύουν έναντι μόνον του κοινωνικού συμφέροντος ή της Επιστήμης. Δύο χρόνια μετά, με το Νόμο 2716/99, συνίσταται και η “Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές” και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2) Πεδίο εφαρμογής των «δικαιωμάτων του ασθενούς» στον Ελληνικό Χώρο Αναγκαιότητα προώθησης του θεσμού

Όμως απ όλα τα ανωτέρω προκύπτει ότι από την μία μεν ο νομοθέτης με το Ν.2071/92 προσδιόρισε μόνον τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, αφήνοντας στην άκρη τις υποχρεώσεις αυτού, ενώ από την άλλη περιορίστηκε μόνον στο νοσοκομειακό ασθενή, χωρίς να προνοεί και για τους ασθενείς — χρήστες υπηρεσιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Όσον αφορά το πρώτο θέμα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι από την μελέτη των παραπάνω δικαιωμάτων και από τον Κανονισμό λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου προκύπτουν και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενή, οι οποίες όπως και τα δικαιώματα στην πλειονότητά τους σήμερα δεν τηρούνται.

Για το δεύτερο ζήτημα, μπορεί να λεχθεί ότι τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς σε ευρεία κλίμακα περιλαμβάνουν και τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ, χωρίς ωστόσο να υποβαθμίζεται η αναγκαιότητα θέσπισης ειδικού νομοθετικού πλαισίου προστασίας των δικαιωμάτων στην ΠΦΥ.

Εξάλλου, με την θεσμοθέτηση ειδικών κανόνων προαγωγής των δικαιωμάτων του ασθενούς, ο κάθε ασθενής και στα πλαίσια της ΠΦΥ, Θα γνωρίζει εκ των προτέρων τα δικαιώματά του, ώστε η συμπεριφορά του προς τα στελέχη της υγείας να είναι η ενδεδειγμένη, ενώ από την άλλη πλευρά και τα στελέχη της υγείας με το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο κατοχυρώνονται σημαντικά, αφού πλέον Θα γνωρίζουν πως Θα πρέπει γενικά και ειδικά να λειτουργήσουν απέναντι στον ασθενή τους.

Η γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών, συντελεί στην προστασία και προαγωγή των βασικών θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε μια περίοδο ιδιαίτερος ευάλωτη για το άτομο, καθώς επίσης συνιστά απαραίτητο και σημαντικό εφόδιο στην ανάπτυξη ιατρικών πράξεων και ερευνών.

Η εγκαθίδρυση μιας νέας αντίληψης στην διαδικασία της φροντίδας υγείας, προϋποθέτει την αντιμετώπιση του ασθενή ως ισότιμου «συνεργάτη» στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας το δικαίωμά του να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του βοηθώντας τον και ενημερώνοντας τον για τους ποικίλους τρόπους προαγωγής της υγείας του, αφού πρώτα έχει κατανοήσει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του.

2.3) ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο ασθενής ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας έχει τις ακόλουθες υποχρεώσεις.

.. Την υποχρέωση να υιοθετεί υγιεινούς τρόπους ζωής, όπως η άσκηση, η υγιεινή διατροφή και η αποφυγή του καπνίσματος, έτσι ώστε να μεγιστοποιεί την υγεία του και να βελτιώνει την καλή φυσική του κατάσταση.

.. Την υποχρέωση να συμμετάσχει σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.

.. Την υποχρέωση να συνεργάζεται με τον γιατρό του , ώστε να δημιουργηθεί ένα κοινά αποδεκτό θεραπευτικό πρωτόκολλο.

.. Την υποχρέωση να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση σχετικά με το ιατρικό του ιστορικό και να εκφράζει καθαρά τις ανάγκες του και τη θέληση του.

.. Την υποχρέωση να χρησιμοποιεί το σύστημα των παραπόνων και των επιτροπών εμπειρογνομόνων για να εκφράσει τη δυσαρέσκεια του από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας .

.. Την υποχρέωση να αποφεύγει ασθένειες που είναι γνώστης ότι μπορούν να είναι μεταδοτικές.

.. Την υποχρέωση να αναγνωρίζει ότι η ιατρική επιστήμη έχει όρια και ότι βρίσκετε σε διαρκή εξέλιξη.

.. Το ιατρικό προσωπικό είναι άνθρωποι με όλα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχει και ο ασθενής και μπορούν να κάνουν λάθη όπως και αυτός.

.. Την υποχρέωση να σέβεται το ιατρικό και άλλο προσωπικό υγείας και τους άλλους ασθενείς.

.. Την υποχρέωση να είναι συνεπής ως προς τις όποιες οικονομικές εκκρεμότητες του με το σύστημα υγείας.

.. Την υποχρέωση να τηρεί τους όρους λειτουργίας και διαχείρισης ενός συστήματος υγείας, δημόσιου ή ιδιωτικού.

.. Την υποχρέωση να αναφέρει όποιες περιπτώσεις μη επαγγελματικής και μη δεοντολογικής συμπεριφοράς από τους γιατρούς, και άλλο ιατρικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό(<http://lawbd.intrasoftnet.com>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Vuoti (1987), δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος.

Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του “να κάνεις το περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων”.

Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά σε αυτή τη δεύτερη μετάβαση είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO 1981), με τον ορισμό της υγείας ως μιας κατάστασης τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Κατά τους Παπανικολάου και Σιγάλα (1995), όταν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι οι επιθυμίες του δε λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι ενδεικτικό τέλειας πνευματικής ευημερίας, αλλά αντίθετα, φτωχής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Οι οικονομικοί περιορισμοί και το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών έχουν, επίσης, αναγνωριστεί ως παράγοντες που συντέλεσαν στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Guzman et al 1988, Linder-Pelz 1982a).

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα αναπτυγμένα κράτη (Scardina 1994). Επομένως, είναι φανερή η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Ο Furse και οι συνεργάτες του (1994) πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση των οικονομικών πόρων, τα κλινικά αποτελέσματα και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών από τους ασθενείς. Εξάλλου, σε μια έρευνα η οποία έγινε σε 51 νοσοκομεία (τυχαίο δείγμα, N=15.095), βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξηγούσε 17-27% της μεταβλητότητας των μετρήσεων της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων (Nelson et al 1992). Αν και η έρευνα αυτή είχε πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, δείχνει το ενδιαφέρον που δίνεται τελευταία στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης ασθενών και οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων.

Από την άλλη πλευρά, το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σε ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απαίτηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες (Guzman et al 1988).

Η στάση, δηλαδή, των καταναλωτών έχει δραματικά αλλάξει με τη μετάβαση από ένα παθητικό προς ένα ενεργητικό ρόλο. Οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση. Σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται (Peters 1993). Οι ασθενείς όλο και περισσότερο επιζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων, να γνωρίζουν τι συμβαίνει στην περίπτωση τους και να κατανοούν τη διάγνωση (Miller-Bader 1988). Επομένως, η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δε μπορεί να ιδωθεί μέσα από ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται μόνο από τους λειτουργούς υγείας (Strasen 1988).

Η μετάβαση από ένα παθητικό σε ένα ενεργητικό πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 60, μιας περιόδου όπου όλοι οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς αντιμετώπισαν έντονα ερωτηματικά (Guzman et al 1988), και ήταν ουσιαστικά συνέχεια μιας αλλαγής που είχε ήδη λάβει χώρα στους οργανισμούς και επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων (Peters 1993). Η συμμετοχή των καταναλωτών στη διαχείριση της ποιότητας έχει εφαρμοστεί από παλιά στη βιομηχανία, όπου οι έρευνες στο καταναλωτικό κοινό κατευθύνουν την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων.

Όμως, η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων, όπως η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ του καταναλωτή και εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (Babacus & Mangold 1992, Θεοφανόπουλος 1994). Στις υπηρεσίες υγείας, οι πελάτες-χρήστες είναι σε ακόμα στενότερη προσωπική επαφή και εξάρτηση από εκείνους που παρέχουν τις υπηρεσίες, δηλαδή τους λειτουργούς υγείας (Smith 1977). Οι διαφορές αυτές καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό, στην οργάνωση και στη λήψη αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών που αφορούν άμεσα την υγεία τους.

Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια, όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρ' όλο όμως, που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al 1990). Επομένως, είναι αναγκαία η συνεχή μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay 1992) και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς (Meterko et al 1990). Επιπρόσθετα, δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ό ίδιος ο ασθενής και αυτό, γιατί μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο, για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής (Donabedian 1982).

Συμπερασματικά, η μετάβαση της κοινωνίας μας από τον ατομικισμό στην έννοια της κοινωνικής ευημερίας και από το βιολογικό ορισμό της νόσου στο διευρυμένο ορισμό της υγείας, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, το κλίμα του καταναλωτισμού και του ανταγωνισμού, η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων του πληθυσμού και τέλος η τεχνολογική ανάπτυξη και τα επακόλουθά της, δείχνουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.

3.2) ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών (ΟΤΑ 1988). Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Strasen 1988). Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν, ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder-Pelz 1982a).

Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας και σύμφωνα με πολλούς ερευνητές θεωρείται όχι μόνο προϋπόθεση για τη θεραπευτική αγωγή, αλλά εξισώνεται με την αυτοθεραπεία (Pascoe 1983, Strasen 1988).

Η ταχύτερη ανάρρωση των περισσότερο ικανοποιημένων ασθενών είναι δυνατό να αποδοθεί στο αίσθημα εμπιστοσύνης και την απορρέουσα συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η οποία πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, λόγω της συμμετοχής των ασθενών με την έκφραση των απόψεών τους για την ποιότητα των υπηρεσιών (Cleary & McNeil 1988). Για το λόγο αυτό, δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν ότι και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για τη φροντίδα που τους παρέχεται αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή, αποτρέποντας την υιοθέτηση ενός παθητικού ρόλου (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985).

Η Ραγιά (1987) υπογράμμισε την άμεση σχέση της ψυχικής κατάστασης και του επιπέδου υγείας των ασθενών, λέγοντας ότι “η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας”.

Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των

ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991).

Έχει δειχθεί, ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο (Petersen 1988). Συνεπώς, εάν το προσωπικό το επιθυμεί, μπορεί να διαμορφώσει ή να επηρεάσει τις προσδοκίες και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για την φροντίδα υγείας. Οι νοσηλευτές, λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή, βρίσκονται στη στρατηγική εκείνη θέση για να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών (Scardina 1994), να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και να εγγυηθούν, ότι το περιβάλλον των ασθενών παραμένει θεραπευτικό όλο το 24ωρο (Taylor 1970).

Η μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας (Abramowitz et al 1987). Ο Leebon (1988), ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζει, ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά.

Σήμερα, η αλλαγή θεωρείται ο πιο σταθερός περιβαλλοντικός παράγοντας στις υπηρεσίες υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern et al 1992). Στη συνέχεια, το προσωπικό μπορεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για διορθωτικές παρεμβάσεις, που όχι μόνο θα βελτιώσουν άμεσα τη φροντίδα υγείας και την κατάσταση των ασθενών, αλλά παράλληλα θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία πιθανό στη συνέχεια να οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (Abdellah & Levine 1957a, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπρόσθετα, η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση (Megivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προσέλκυση των πελατών. Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα στις Η.Π.Α., εάν ικανοποιηθεί ένας πελάτης το λέει σε άλλους τέσσερις και σε ακραίες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα υποψήφιους πελάτες. Γι' αυτό, όταν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση (Leebon 1988). Άλλη έρευνα, η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α., έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από ένα ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται. Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξε, ότι το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Οι ερευνητές και όσοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση στρατηγικής υγείας ενδιαφέρονται, τόσο για τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και για την επίδραση που έχει η ικανοποίηση στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), εκτός από τη χρησιμότητα των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους πρέπει να γίνουν καθημερινή πράξη. Σε όλες τις δημοκρατικές κοινωνίες, εκείνοι που επηρεάζονται από τις αποφάσεις που τους αφορούν πρέπει να έχουν άποψη για τις αποφάσεις αυτές, διαπίστωση που βασίζεται στην έννοια της δημοκρατίας που γεννήθηκε στη χώρα μας. Αλλά και το Ιπποκρατικό ιδεώδες, σύμφωνα με το οποίο το σημαντικότερο στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Ο Brink (1986) υποστηρίζει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο.

Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο τη βελτίωση των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Το δικαίωμα έκφρασης του ασθενή δείχνει ουσιαστικά την ευθύνη που έχει το προσωπικό για τη συλλογή αυτών των πληροφοριών (Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

Ο Strasen (1988), για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, προτείνει: (α) όλοι οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν να είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν, (β) να ενσωματωθούν συγκεκριμένα στάνταρντ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης (Job analysis - job description), αλλά και στο υπόλοιπο πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης, (γ) να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού, και (δ) να γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των προσφερομένων υπηρεσιών, με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση (feedback) από τις απόψεις των ασθενών.

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στη(ν): (α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, (β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας, (γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων, (δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, (ε) διοίκηση προσωπικού, (στ) προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing), και (ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

3.3) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τί αποτελεί κατάλληλη θεραπεία (Bond & Thomas 1992). Το ιατρικό προσωπικό έχει συνειδητοποιήσει, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφηθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών (Erstein 1990). Στις Η.Π.Α., το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

Η προσφορά της νοσηλευτικής δεν είχε αναγνωριστεί πλήρως και στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών (WHO 1979). Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες (CBO 1990). Όμως, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σήμερα, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη (Bond & Thomas 1991). Παράλληλα, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δείχνουν τη μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί τελευταία, στη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία (Bond & Thomas 1992). Οι αλλαγές στον τρόπο παροχής των νοσηλευτικών υπηρεσιών αντανακλούν ουσιαστικά τη μετάβαση από την παραδοσιακή μηχανική σε μια επιστημονικότερη προσέγγιση που βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς και στην έρευνα (Lanara , 1996).

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (CBO 1990). Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές σήμερα δε μπορούν να αποδεχτούν την εκτέλεση ορισμένων εργασιών και εντολών με μηχανικό τρόπο ως στόχους της νοσηλευτικής πράξης (Clifford 1988) και πιστεύουν, ότι η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής (Kasch & Knutson ,1986).

Η νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης, είναι σύμφωνη με το στόχο 31 του Π.Ο.Υ: "Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν" (WHO 1985). Η προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει αρχίσει από τη δεκαετία του '50 με τη διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και λειτουργιών υγείας από τις Abdellah και Levine (1957a,b,c,d,e, 1964).

Σήμερα, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA), όπως και οι αντίστοιχοι ιατρικοί σύνδεσμοι, δίνουν μεγάλη έμφαση στα κριτήρια αποτελέσματος παρεχομένων υπηρεσιών, όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Wright 1984), η οποία σύμφωνα με την άποψη του Reeder (1972) συνδέεται άμεσα με τη συμμετοχή των ασθενών στην παροχή της φροντίδας. Είναι φανερό, ότι με την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας μπορούν να ωφεληθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι νοσηλευτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα.

Σε πολλές έρευνες, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα έχει βρεθεί ότι είναι ο σημαντικότερος συνεισφέρων παράγοντας στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984). Στην πραγματικότητα, ο ρόλος των νοσηλευτών διαπερνά όλο το φάσμα των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών συνεισφέροντας σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο των υπηρεσιών (Caplan & Sussman ,1966).

Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί, εν μέρει, από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας (Scardina 1994). Συνεπώς, οι ασθενείς συχνά κρίνουν την ποιότητα όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Παρά το γεγονός, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι τόσο “ορατό” στο σύστημα παροχής φροντίδας και η επίδρασή του στην ικανοποίηση των ασθενών είναι καθοριστική (Miller-Bader, 1988), η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα τελευταία χρόνια, οι προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχουν πολλαπλασιαστεί και το ενδιαφέρον είναι έντονο (Scardina 1994), αλλά τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται έχουν περιορισμένες ψυχομετρικές ιδιότητες και τα περισσότερα δε δημοσιεύονται, ώστε να γίνουν γνωστά στον ευρύτερο νοσηλευτικό χώρο (McDonnel & Nash ,1990).

Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι όμως ανάγκη, οι νοσηλευτές να αναπτύξουν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Θα δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα συνεχούς μελλοντικής αξιολόγησης και βελτίωσής τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

3.4) ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πολύ λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για τη δοκιμή παλαιότερων ή την ανάπτυξη νέων θεωριών και δεν έχει δοθεί η δέουσα προσοχή στο νόημα της ικανοποίησης των ασθενών (Linder-Pelz 1982a). Οι περισσότερες θεωρίες που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών προέρχονται ή βασίζονται στις θεωρίες υποκίνησης, που έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί κύρια στον εργασιακό χώρο.

Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow (1943, 1970), η οποία προσπαθεί να δώσει μια εξήγηση γιατί οι άνθρωποι δρουν με συγκεκριμένο τρόπο, δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών. Η θεωρία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στη νοσηλευτική, ως θεωρητικό πλαίσιο για την παροχή φροντίδας, για την αξιολόγηση των αναγκών και τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται ιεραρχικά σε βασικές ανάγκες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις σωματικές ανάγκες (π.χ. σίτισης, ενυδάτωσης, ανάπαυσης) και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία, και σε ανώτερες ανάγκες, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάγκη ένταξης σε μια ομάδα, την ανάγκη για αγάπη και εκτίμηση και τέλος την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, δηλαδή την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου. Αν μια ομάδα αναγκών ικανοποιηθεί τότε το άτομο προχωρά στην ικανοποίηση ανώτερων ιεραρχικά αναγκών. Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο επηρεάζεται από τις ανικανοποίητες ανάγκες του που κατευθύνουν τη συμπεριφορά του.

Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών έχει ευρέως αναγνωριστεί και αυτό ίσως να οφείλεται στην απλότητά της και στην ευκολία κατανόησής της (Yong & Hayne 1988). Έχει όμως δεχτεί έντονη κριτική, κυρίως όσον αφορά την ύπαρξη ανεξάρτητων και συγκεκριμένων ομάδων αναγκών, οι οποίες είναι δυνατό να ιεραρχηθούν και να ισχύουν για όλους τους ανθρώπους (Locke 1976), καθώς επίσης και τη δυνατότητα εφαρμογής της σε ασθενείς (Lawler 1983). Το σημαντικότερο όμως είναι ότι, αν και ο ίδιος ο Maslow επιθυμούσε πρώτα την απόδειξη και κατοχύρωση της θεωρίας του και μετά την εφαρμογή της στην πράξη, κάτι τέτοιο δε συνέβη (Lawler, 1983).

Ο Alderfer το 1969, βασιζόμενος στην θεωρία του Maslow, πρότεινε ένα ελαστικότερο θεωρητικό πλαίσιο με τρεις ομάδες αναγκών (ύπαρξης, συγγένειας και ανάπτυξης), που δέχεται, ότι όταν οι ανώτερες ανάγκες δεν ικανοποιούνται, τότε δίνεται περισσότερη έμφαση στις αμέσως κατώτερου επιπέδου ανάγκες, καθώς και ότι πολλές ανάγκες είναι δυνατό να είναι ενεργοποιημένες ταυτόχρονα σε μια χρονική στιγμή. Με το ίδιο σκεπτικό, οι Ross και Turner (1986), χρησιμοποιώντας πολλά στοιχεία από την θεωρία του Maslow, πρότειναν ένα νέο θεωρητικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική φροντίδα (Human Needs Model of Nursing), σύμφωνα με το οποίο, οι ομάδες των αναγκών δεν είναι ανεξάρτητες και ιεραρχήσιμες με απόλυτο τρόπο.

Η θεωρία των δύο παραγόντων που διατύπωσε ο Herzberg το 1959 μπορεί, σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, να δώσει μια πιθανή ερμηνεία για τους παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς σε ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Altschul 1983, Bond & Thomas 1992). Ο Herzberg, διερευνώντας το ερώτημα τί θέλουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπάρχουν δύο ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση των εργαζόμενων απέναντι στην εργασία τους (Herzberg et al 1959). Η πρώτη ομάδα παραγόντων, που τους ονόμασε παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, αναφέρεται σε εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες (όπως συνθήκες εργασίας, ασφάλεια, πολιτική επιχείρησης, μισθός), οι οποίοι εάν δεν ικανοποιηθούν οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία τους.

Η δεύτερη ομάδα παραγόντων, που τους ονόμασε παράγοντες παρακίνησης ή ικανοποίησης, αναφέρεται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζόμενου (όπως αναγνώριση, ανάπτυξη, ανάληψη υπευθυνότητας), οι οποίοι εάν ικανοποιηθούν οδηγούν σε ικανοποίηση από την εργασία. Το σημαντικό είναι, ότι οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης δεν είναι τα αντίθετα άκρα της ίδιας γραμμής, αλλά αποτελούν τελείως ξεχωριστές, μη συσχετιζόμενες ομάδες παραγόντων. Αυτό σημαίνει, ότι η ικανοποίηση των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια μπορεί να μην επιφέρει ικανοποίηση, αλλά απλά να εξαλείψει τη δυσαρέσκεια. Με το ίδιο σκεπτικό, η μη ικανοποίηση παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση μπορεί να μην οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, αλλά απλά να μην επιφέρει ικανοποίηση από την εργασία.

Οι Bond και Thomas (1992), εφαρμόζοντας τη θεωρία του Herzberg, προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, υποστήριξαν, ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικές ανάγκες, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση, και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ευκολίες (amenities) που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες. Η LaMonica και οι συνεργάτες της (1986), κάνοντας παραγοντική ανάλυση σε ένα από τα κλασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, την κλίμακα της Risser (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975), ταυτοποίησαν έναν παράγοντα δυσαρέσκειας και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια δεν είναι τα δυο άκρα μιας συνεχούς γραμμής, επιβεβαιώνοντας εν μέρει τη θεωρία του Herzberg.

Το διπλό νόημα που έχει δώσει στην ικανοποίηση ο Herzberg βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό του Juran (1989) για την ποιότητα, ως έλλειψη ελαττωμάτων ή λαθών (που οδηγεί σε δυσαρέσκεια) και ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών-πελατών (που οδηγεί σε ικανοποίηση).

Ο Lawler (1971), ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση της σχέσεως μεταξύ ικανοποίησης και αμοιβής από την εργασία, διέκρινε τις ακόλουθες θεωρίες: προσδοκίας-αξίας (expectancy-value theory), ασυμφωνίας (discrepancy theory), ισότητας (equity theory) και πραγματοποίησης (fulfilment theory). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη θεωρία της αξίας, η προτίμηση ή η ελκυστικότητα ενός γεγονότος είναι συνάρτηση δύο παραγόντων, της σπουδαιότητας τελικού αποτελέσματος για το άτομο και της εκτίμησης της πιθανότητας να συμβεί αυτό το γεγονός ή το αποτέλεσμα. Στα πλαίσια της θεωρίας της ασυμφωνίας, η ικανοποίηση ορίζεται ως η αντιλαμβανόμενη διαφορά μεταξύ αυτών που το άτομο επιθυμεί (προσδοκίες) και αυτών που το άτομο πραγματικά λαμβάνει. Η θεωρία της πραγματοποίησης διαφοροποιείται από τη θεωρία της ασυμφωνίας στο ότι λαμβάνει υπόψη μόνο την απόλυτη (και όχι τη σχετική) διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αυτών που το άτομο πραγματικά λαμβάνει. Τέλος, η θεωρία της ισότητας δίνει έμφαση στη σύγκριση μεταξύ ατόμων και ομάδων ως προς αυτά τα οποία λαμβάνουν. Οι θεωρίες αυτές επηρέασαν αρκετούς ερευνητές, όπως τη Linder-Pelz (1982a) και την Oberst (1984), που τις χρησιμοποίησαν για να ερμηνεύσουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Η Linder-Pelz (1982a), κάνοντας μια σύνθεση των προηγούμενων θεωριών από τον εργασιακό χώρο, πρότεινε το δικό της θεωρητικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται 5 προσδιοριστικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας: (α) προσδοκίες, που είναι η υποκειμενική πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός ή πιο απλά τί περιμένει ο ασθενής (β) αξία-σπουδαιότητα, που αντιπροσωπεύει πόσο σπουδαίο είναι κάτι για τον ασθενή, (γ) δικαίωμα, που εκφράζει την αντίληψη της φροντίδας ή του αποτελέσματος ως δικαίωμα, (δ) γεγονός, που είναι η αντίληψη του τί συμβαίνει πραγματικά, και (ε) διαπροσωπικές συγκρίσεις, που αναφέρονται στη σύγκριση που κάνουν οι ασθενείς με άλλους, αλλά και με προηγούμενες εμπειρίες. Στη συνέχεια, προσπάθησε να δοκιμάσει τη θεωρία, ως προς τους τρεις πρώτους παράγοντες (προσδοκίες, αξία, δικαίωμα) και την επίδρασή τους στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, με μια προοπτική έρευνα σε 125 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ένα κέντρο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Linder-Pelz 1982b). Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τις προσδοκίες ως το σπουδαιότερο παράγοντα. Όμως, οι τρεις πρώτοι παράγοντες εξήγησαν μόνο το 10% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης και δεν επιβεβαίωσαν το θεωρητικό μοντέλο που είχε προταθεί. Η έρευνα είχε πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, με κυριότερο ότι δεν αναφέρονταν πουθενά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε.

Η Oberst (1984), βασισόμενη, όπως και η Linder-Pelz, στις θεωρίες που προέρχονται από τον εργασιακό χώρο, πρότεινε ένα δικό της θεωρητικό πλαίσιο για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα μ' αυτό το πλαίσιο, οι ασθενείς έρχονται στο σύστημα υγείας με διάφορα χαρακτηριστικά, στάσεις και προηγούμενες εμπειρίες. Αυτά αλληλεπιδρούν με τη γνώση και τις πληροφορίες που λαμβάνουν από τους λειτουργούς υγείας, προκειμένου να ορίσουν την κατάσταση και τις ανάγκες τους. Έτσι, σχηματίζεται ένα σύνολο προσδοκιών για τα αποτελέσματα της φροντίδας, τη συμπεριφορά των λειτουργών υγείας και την απόδοση του συστήματος. Αυτές οι προσδοκίες, που μπορεί να αλλάζουν με την εξέλιξη της νόσου, σχηματίζουν το πρότυπο, απέναντι στο οποίο η φροντίδα που πραγματικά παρέχεται, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή, θα συγκριθεί για να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική ή όχι.

Άτομα με χαμηλές προσδοκίες μπορεί να εκφράζουν λίγη ικανοποίηση και το αντίθετο. Η Oberst έχει επίσης προτείνει ότι οι ασθενείς σχηματίζουν δύο ομάδες προσδοκιών, τις ιδανικές, που σπάνια συναντά κανείς σε καθημερινές συνθήκες και μια ομάδα πιο ρεαλιστικών προσδοκιών, που λαμβάνονται υπόψη τόσο περισσότερο όσο οι περιορισμοί αυξάνουν.

Σημαντικό είναι το γεγονός, ότι σχεδόν όλοι οι ερευνητές αναγνωρίζουν τις προσδοκίες ως ένα σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών (Abdellah & Levine 1957a, Abramowitz et al 1987, Donabedian 1980, La Monica et al 1986). Δεν υπάρχει όμως συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο οι ακάλυπτες προσδοκίες επιδρούν στη συνολική ικανοποίηση. Οι Doctor και Act (1978) υποστήριξαν, ότι η σχέση αυτή δεν είναι απαραίτητα αναλογική.

3.5) ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. Εννοιολογικός ορισμός

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψής τους για την ποιότητα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Κατά τους Wriglesworth και Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο, όπως π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική.

Στην πρώτη έρευνα που έγινε, η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα (Abdellah & Levine 1957a).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο ερευνητή, είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό.

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Από τους παραπάνω ορισμούς φαίνεται ότι δεν υπάρχει συμφωνία για το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη, ή απλά μια γνώμη για τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων, και συμπεριλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, σε αντιδιαστολή με την αντίληψη, που αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον, και η οποία είναι δυνατό να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου. Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση, η οποία αναφέρεται κύρια στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν.

Συχνά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αντανακλά στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση με τη ζωή), παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα (ΟΤΑ 1988).

B. Λειτουργικός ορισμός

Ο λειτουργικός ορισμός μια έννοιας περιγράφει τον τρόπο που αυτή μετρείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας (Wilson 1989). Έχουν προταθεί διάφορες διαστάσεις ή περιοχές για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Το κύριο ερώτημα είναι αν, κατά πόσο και ποιές περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να ξεχωρίσουν οι ασθενείς.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν την έλλειψη ερευνών ποιοτικού τύπου για την μελέτη του ερωτήματος αυτού. Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει κυρίως ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών που έχουν γίνει ποικίλουν. Γενικά, υπάρχουν ενδείξεις, ότι οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας, αλλά οι ενδείξεις αυτές πιθανόν να οφείλονται στη μεθοδολογία που ακολουθείται (Rubin 1990). Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται στα αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης ή στη συσχέτιση των διαφόρων περιοχών της φροντίδας μεταξύ τους, για την διερεύνηση της ικανότητας των ασθενών να διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Αρκετοί ερευνητές έχουν υπογραμμίσει την ανάγκη αξιολόγησης της σχετικής σπουδαιότητας των διαφόρων διαστάσεων ή ακόμα και των ερωτήσεων, προκειμένου να υπάρξουν συντελεστές βαρύτητας και να διευκολυνθεί ο υπολογισμός μιας συνολικής βαθμολόγησης (Hall & Dornan 1988).

Οι Ware και Snyder (1975), ύστερα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας. Στη συνέχεια, εφαρμόζοντας παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Αν και στη διαδικασία αξιολόγησης της εγκυρότητας του περιεχομένου δε συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητάς αυτών των περιοχών, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Σύμφωνα με τους Greeneich, Long και Miller (1992), τέσσερις από τις διαστάσεις που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975) για τη φροντίδα υγείας, έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική: τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα. Οι ίδιοι ερευνητές, ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις για την ικανοποίηση του ασθενούς: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (όπως ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (όπως θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα), και ε) προσδοκίες των ασθενών.

Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1988), βασιζόμενοι στην προσέλευση πελατών (marketing), πρότειναν πέντε διαστάσεις για την ικανοποίηση των χρηστών-πελατών με οργανισμούς παροχής υπηρεσιών: φυσικό περιβάλλον, αξιοπιστία, ανταπόκριση, σιγουριά και ενδιαφέρον. Οι προτεινόμενες διαστάσεις δεν αφορούν την τεχνική πλευρά, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορους οργανισμούς, όπως τράπεζες, τηλεφωνικές υπηρεσίες κτλ. και τελευταία έχουν εφαρμοστεί στην ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή (Babacus & Mangold 1992) και τη νοσηλευτική φροντίδα (Scardina 1994). Η ανάλυση παραγόντων δεν επιβεβαίωσε αυτές τις διαστάσεις, αλλά αντίθετα έδειξε την ύπαρξη ενός παράγοντα ο οποίος δεν ήταν δυνατό να χαρακτηριστεί. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στην αμφισβητούμενη εγκυρότητα της μεθόδου βαθμολόγησης, σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση των ασθενών υπολογίστηκε με βάση τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων. Σημαντικό είναι επίσης, ότι αν και το δείγμα ήταν αρκετά μεγάλο (N=2.036), η συμμετοχή ήταν πολύ μικρή (22%).

Στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις διαφορετικοί λειτουργικοί ορισμοί.

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών (escort services) και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Οι παραπάνω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται κύρια στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Κανένας λειτουργικός ορισμός δε στηρίζεται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο και το κυριότερο, δεν αναφέρεται ο αντίστοιχος εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι λειτουργικοί αυτοί ορισμοί βασίζονται σε γενικές και αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές φροντίδας που δεν έχουν μεγάλη χρησιμότητα, με εξαίρεση, ίσως, την προσέλκυση πελατών (marketing).

Στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, εκτός των περιοχών που έχουν προτείνει οι Ware & Snyder (1975), και οι οποίοι έχουν βρει αρκετή απήχηση, αναφέρονται αρκετά συχνά και οι τρεις περιοχές που έχουν προτείνει η Hullka και οι συνεργάτες της (1975): τεχνική, διαπροσωπικές σχέσεις και κόστος-ευκολία.

Ο παλαιότερος λειτουργικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι των Abdellah και Levine (1957a,b,c,d,e, 1964), ο οποίος αναφέρεται σε επτά διαστάσεις: ανάπαυση, διαιτητικές συνήθειες, τουαλέτα, προσωπική υγιεινή και υποστηρικτική φροντίδα, αντίδραση στη θεραπεία και επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ορισμός αυτός, όπως είναι φυσικό, δίνει έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού και αντανακλά τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας τη συγκεκριμένη εποχή, δείχνοντας, ότι δεν είναι δυνατό να γίνει αναφορά στις διαστάσεις φροντίδας χωρίς να ληφθεί υπόψη ο τρόπος που η νοσηλευτική ορίζεται και οργανώνεται στο συγκεκριμένο τοποχρόνο .

Ένας ακόμη λειτουργικός ορισμός, που αρχικά κατασκευάστηκε από την Risser για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς το 1975, βρήκε αρκετή απήχηση στο χώρο της νοσηλευτικής τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, αναγνωρίζονται τρεις περιοχές ικανοποίησης: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης.

Η La-Monica και οι συνεργάτες της (1986), βασιζόμενοι στο εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών της Risser, κατέληξαν μετά από παραγοντική ανάλυση σε τρεις διαστάσεις: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση.

Μια μεγάλη έρευνα που έγινε στη Φιλανδία, ανέδειξε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται οι ακόλουθες περιοχές: χαρακτηριστικά του προσωπικού, τεχνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, προαπαιτούμενες συνθήκες, περιβάλλον, διαδικασίες εισόδου και εξόδου τους ασθενούς από το νοσοκομείο και στρατηγικές ενίσχυσης (empowerment strategies) (Leino-Kilpi 1996). Σημαντικό στοιχείο αυτού του θεωρητικού πλαισίου είναι, ότι η μέτρηση βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ προσδοκιών των ασθενών κατά την είσοδό τους και της αξιολόγησης των υπηρεσιών που έκαναν κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται στους περισσότερους λειτουργικούς ορισμούς. Στον όρο τεχνική αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιοτεχνία, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία, και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας (Miller-Bader 1988).

Σε μια έρευνα, ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν τι θεωρούν ως σπουδαιότερο δείκτη της καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τα επίθετα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: των διαπροσωπικών σχέσεων και της ιατρικής-φυσικής φροντίδας, αν και μερικές λέξεις μπορούσαν να ταξινομηθούν και στις δύο κατηγορίες (Ciske 1974). Από τη χρησιμοποίηση ανοικτού τύπου ερωτήσεων και περιγραφών των ασθενών έχει βρεθεί, ότι οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη

διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού, όπως πρώτος όρισε ο Donabedian (Rubin, 1990). Σύμφωνα, όμως, με τον Doering (1983), παρ' όλο που έχει δοθεί πολύ μεγάλη έμφαση στις δύο αυτές διαστάσεις, είναι αμφίβολο εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να διακρίνουν τις δυο αυτές πλευρές της φροντίδας.

3.6) ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.6.1) Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Μέχρι σήμερα, η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδης (Bond & Thomas 1991) ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο (Houston & Pasanen 1972). Σύμφωνα με τον Brook η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη (CBO 1990).

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει ορίσει την ποιότητα της φροντίδας, ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επαγγελματική γνώση, ενώ το αρμόδιο Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α. (OTA 1988), θεωρεί ότι η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί και στην πραγματικότητα αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθεί να τη μετρήσει.

Ο Donabedian (1970), όρισε την ποιότητα της φροντίδας, ως τη συμμόρφωση μεταξύ της πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων, αλλά στη συνέχεια τόνισε τη δυσκολία προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, λέγοντας, ότι προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας πρέπει πρώτα να λυθεί ένα μυστήριο: το νόημα της ποιότητας (Donabedian 1980). Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, δεν είναι ξεκάθαρο εάν είναι ιδιότητα, ομάδα από λειτουργικά συνδεδεμένες ιδιότητες, διαχειριστική απόφαση ή προσωπική προτίμηση. Επομένως, η αναγνώριση των ιδιοτήτων που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας είναι πολύ δύσκολη. Αλλά ακόμα και αν υπάρξει αναγνώριση των ιδιοτήτων αυτών, θα υπάρχει πάντα το πρόβλημα της μετατροπής τους σε κριτήρια και στάνταρντ, τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Δεν είναι, όμως, μόνο οι ιδιότητες της ποιότητας δύσκολο να οριστούν. Τα φαινόμενα ή τα αντικείμενα που αυτές οι ιδιότητες χαρακτηρίζουν είναι επίσης αόριστα.

Για παράδειγμα, υπάρχουν διαφορετικές έννοιες για το τί συνιστά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (Donabedian 1980). Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και η νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στο συγκεκριμένο χώρο (CBO 1990). Αν για παράδειγμα, έχει υιοθετηθεί το μηχανιστικό μοντέλο, τότε η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στον καταμερισμό εργασιών και στην εφαρμογή του επαγγελματικού ρόλου με βάση ιατρικούς-τεχνικούς όρους. Οι διαπροσωπικές και μορφωτικές πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου δεν αναγνωρίζονται και το οργανωτικό σύστημα δε δίνει το χρόνο για να αναπτυχθούν. Αυτό σημαίνει, ότι η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας.

Σύμφωνα με την Lang (1976), η οποία ανέπτυξε το αμερικανικό μοντέλο ποιοτικής διασφάλισης, το οποίο έχει υιοθετηθεί από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA), η συζήτηση για την ποιότητα πρέπει να τοποθετηθεί μέσα σε κάποιο γενικότερο πλαίσιο. Προκειμένου να δοθεί ένας χρήσιμος ορισμός της ποιότητας πρέπει να τεθεί το ερώτημα, ποιότητα σύμφωνα με ποιον και κάτω από ποιές συνθήκες. Ο Vuori (1982) υποστήριξε ότι είναι αδύνατο να αναπτυχθεί ένας ορισμός για την ποιότητα που να ικανοποιεί όλους τους ενδιαφερόμενους.

Παραδοσιακά η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασιζόταν αποκλειστικά στην άποψη των λειτουργών υγείας. Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει συμφωνία για την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων και γι' αυτό το λόγο, τίθεται σε αμφισβήτηση η εγκυρότητα των προσπαθειών συσχέτισης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας (Doering 1983).

Σε μια έρευνα, στην οποία μελετήθηκαν οι απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα, βρέθηκε, ότι το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας, το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη γραφική εργασία, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό στα αίτια που απομακρύνουν το νοσηλευτή από τον ασθενή M(Abdellah & Levine 1957d). Οι λειτουργοί υγείας φαίνεται ότι βασίζονται περισσότερο στην τεχνική πλευρά, ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης και τέλος, η κοινωνία δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (OTA 1988).

Η Larson (1984, 1986, 1987), μετά την ολοκλήρωση τριών ερευνών, κατέληξε στο αντίθετο συμπέρασμα, δηλαδή, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πιο σημαντικές τις διαπροσωπικές σχέσεις σε αντίθεση με τους ασθενείς που θεωρούν πιο σημαντικές τις τεχνικές παρεμβάσεις. Στις έρευνες αυτές χρησιμοποιήθηκε η τεχνική “Q”, που βασίζεται στην υποχρεωτική επιλογή και κατανομή των ερωτήσεων. Τα διαφορετικά ευρήματα είναι δυνατό να οφείλονται στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις ή ακόμα και να αντιπροσωπεύουν πολιτισμικές διαφορές ή διαφορές στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας. Αυτό όμως, που έχει σημασία είναι, ότι η αναγνώριση ύπαρξης διαφορετικών απόψεων για τη φροντίδα έχει γίνει αποδεκτή από το σύνολο των επιστημόνων και αποτελεί βασική θέση του Π.Ο.Υ (WHO 1979).

Η πρώτη προσπάθεια για συστηματική καταγραφή δεδομένων και σύγκριση με προκαθορισμένα κριτήρια έγινε από την Florence Nightingale, στον πόλεμο της Κριμαίας και ήταν ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (CBO 1990).

Τα τελευταία χρόνια, το πιο ευρέως αποδεκτό θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας είναι αυτό του Donabedian (1980), το οποίο έχει υιοθετηθεί από το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (Institute of Medicine 1990).

Σύμφωνα με το πλαίσιο αυτό, όπως ήδη έχει αναφερθεί, η ποιότητα αξιολογείται με βάση το βαθμό συμμόρφωσης μεταξύ πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων δομής, διαδικασιών και αποτελέσματος.

Ο όρος δομή αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των πηγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και έχει εφαρμογή σε ατομικό επίπεδο ή σε επίπεδο οργανισμών. Είναι ουσιαστικά μέτρο της δυνατότητας του συστήματος για παροχή ποιοτικής φροντίδας, αλλά οι ελλείψεις στη δομή δε συνεπάγονται κατ' ανάγκη χαμηλή ποιότητα της φροντίδας και αντίστροφα. Η δομή, σε ατομικό επίπεδο αναφέρεται σε παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά των λειτουργών υγείας, ενώ σε επίπεδο οργανισμών σε παράγοντες όπως το μέγεθος του οργανισμού και ο τεχνολογικός εξοπλισμός.

Ο όρος διαδικασίες περιλαμβάνει ό,τι γίνεται για τον ασθενή ή με άλλα λόγια τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν τη φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις διαδικασιών σκοπεύουν στην αναζήτηση πληροφοριών για προβλήματα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, τα αποτελέσματα αναφέρονται στην τελική συνολική επίδραση των διαδικασιών της φροντίδας στην υγεία και ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών.

Στο θεωρητικό πλαίσιο αυτό, η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται ένα σημαντικό μέτρο του αποτελέσματος της φροντίδας (Institute of Medicine 1990).

Ο Donabedian (1980), συμφωνώντας με την άποψη της Lang (1976), όσον αφορά τις διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα, διατύπωσε τρεις ορισμούς. Ο πρώτος, αναφέρεται στη βελτίωση της υγείας των ασθενών σύμφωνα με αυτό που είναι ιατρικώς δυνατό. Όταν η αξιολόγηση της ποιότητας λαμβάνει υπόψη τις ποικίλες επιθυμίες, προσδοκίες και αξίες των ασθενών, γίνεται αναφορά στον εξατομικευμένο ορισμό της ποιότητας της φροντίδας. Επειδή όμως η κατανομή των χρημάτων στο χώρο της υγείας είναι και κοινωνικά καθοριζόμενη, γεννάται ο τρίτος ορισμός, ο κοινωνικός ορισμός. Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στον κοινωνικό ορισμό είναι οι ίδιοι, όπως και στον εξατομικευμένο ορισμό, αλλά οι ποσότητες διαφέρουν. Πέρα από το συνολικό καθαρό όφελος για έναν ολόκληρο πληθυσμό, η κατανομή αυτού του οφέλους αποκτά επίσης μεγάλη σπουδαιότητα.

Είναι σαφής η διάκριση που κάνει ο Donabedian στους ορισμούς, αναγνωρίζοντας τον απόλυτο, τον εξατομικευμένο και τον κοινωνικό ορισμό της ποιότητας.

Σύμφωνα, όμως, με την κριτική της Holden (1989), η Lang, αντίθετα με τον Donabedian ο οποίος θεωρεί την κρίση του λειτουργού υγείας απόλυτη και απλά δέχεται την ύπαρξη της άποψης του ασθενούς σε επίπεδο ατομικό και κοινωνικών αξιών, δέχεται ότι οι κοινωνικές αξίες καθορίζουν τα επιθυμητά αποτελέσματα της νοσηλευτικής και αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των ατομικών αξιών των λειτουργών υγείας οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την κλινική πράξη.

Ένα άλλο θέμα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές είναι οι διαστάσεις της ποιότητας. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι διαστάσεων της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να αρχίσει από την απλούστερη μορφή φροντίδας: το χειρισμό από τον ιατρό ή άλλο λειτουργό υγείας ενός επεισοδίου αρρώστιας για ένα συγκεκριμένο ασθενή. Αυτός ο χειρισμός είναι δυνατό περιλαμβάνει την τεχνική (technical) και τη διαπροσωπική (interpersonal) διάσταση. Η πρώτη περιοχή έχει ονομαστεί ως η επιστήμη και η δεύτερη ως η τέχνη της ιατρικής.

Τεχνική είναι η εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας των επιστημών υγείας στο χειρισμό ενός προσωπικού προβλήματος υγείας, με τέτοιο τρόπο, ώστε να αυξάνεται το όφελος χωρίς να αυξάνονται αντίστοιχα οι κίνδυνοι. Ο βαθμός της ποιότητας της τεχνικής διάστασης είναι ουσιαστικά ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται επιτυγχάνει τον περισσότερο επιθυμητό συνδυασμό οφέλους και κινδύνου.

Η διαπροσωπική διάσταση αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Ο χειρισμός των διαπροσωπικών σχέσεων πρέπει να συναντά κοινωνικά οριζόμενες αξίες και κανόνες που καθορίζουν την αλληλεπίδραση των ατόμων τόσο σε γενικές, όσο και σε ειδικές περιπτώσεις. Έτσι, το μέτρο της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων μετρείται με το βαθμό συμμόρφωσης με αυτές τις αξίες, τους κανόνες, τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες.

Στην τεχνική και στη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, σύμφωνα πάντα με τον Donabedian (1980), είναι δυνατό να προστεθεί και ένα τρίτο στοιχείο της φροντίδας, που ονομάζεται "amenities" (φυσικές ανέσεις, ευκολίες, φυσικό περιβάλλον). Αυτός ο όρος περιλαμβάνει ένα ευχάριστο και άνετο δωμάτιο, καθαρά κλινοσκεπάσματα, καλό φαγητό κτλ. Ο Donabedian θεωρεί αυτή την κατηγορία ως μέρος ή παράγοντα που συνεισφέρει στο χειρισμό των διαπροσωπικών σχέσεων.

Με τη διάκριση αυτή, μεταξύ τεχνικής και διαπροσωπικής διάστασης της φροντίδας, συμφωνεί και η επιστήμη της κοινωνιολογίας, η οποία αναγνωρίζει τρεις περιοχές που είναι δυνατό να αξιολογηθούν στο χώρο της υγείας: τις τεχνικές εφαρμογές (instrumental), τη συμπεριφορά που συνδέεται με τις συναισθηματικές πλευρές της σχέσης (expressive) και τη μετάδοση και λήψη πληροφοριών (communication) (Vuori 1987). Αλλά και άλλοι ειδικοί από τον ευρύτερο χώρο της ποιοτικής βελτίωσης συμφωνούν με τη διάκριση αυτή. Ο Gronroos (1984) διέκρινε δύο τύπους ποιότητας, την τεχνική και τη λειτουργική. Η πρώτη, ορίζεται κύρια με βάση την τεχνική ακρίβεια της διάγνωσης και των διαδικασιών, ενώ η δεύτερη, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες παρέχονται στον ασθενή.

Κατά τον Donabedian (1982), είναι αρκετοί εκείνοι που διαφωνούν με αυτή τη διάκριση, ισχυριζόμενοι ότι όλες οι τεχνικές παρεμβάσεις δεν είναι επιστημονικές και μερικές διαπροσωπικές παρεμβάσεις έχουν επιστημονικό υπόβαθρο. Ο ίδιος ο Donabedian είπε ότι η τεχνική φροντίδα συχνά δεν είναι θεραπευτική και δεν εμπεριέχει λιγότερη φροντίδα σε σχέση με τον χειρισμό των διαπροσωπικών διεργασιών, καθώς και ότι η διαπροσωπική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου μπορεί να επηρεάσει την επιτυχία των τεχνικών παρεμβάσεων. Έτσι, ο διαχωρισμός τέχνης και τεχνικής είναι μια ατελής αντιπροσώπευση της διαφοράς μεταξύ τεχνικής και διαπροσωπικής πλευράς της φροντίδας. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί για τη διάκριση μεταξύ θεραπείας (cure) και φροντίδας (care). Τελικά, αυτός καθαυτός ο διαχωρισμός ίσως να μην έχει τόσο σημασία όσο έχει η χρησιμότητα του.

3.6.2) Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας (Chang et al 1984, Donabedian 1982). Κατά τον Donabedian (1980), η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Με την άποψη αυτή συμφωνεί και ο Vuori (1987), ο οποίος ανέφερε, ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι: (α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, (β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και (γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Στην πραγματικότητα, σύμφωνα με την άποψη του French (1981), οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Η Henry και οι συνεργάτες της (1993) έχουν προτείνει ένα βασικό μοντέλο, ως ελάχιστο για την αξιολόγηση της ποιότητας, το οποίο περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας, και τέλος ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Παρά το γεγονός ότι ο Donabedian (1980) αναγνώρισε τη σημαντικότητα της ικανοποίησης, διατύπωσε τις επιφυλάξεις του για το εάν μπορούν οι ασθενείς να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας. Σύμφωνα με το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α. (ΟΤΑ 1988), οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες πηγές. Αντίθετα, ο Meterko και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας (Meterko et al 1990).

Υπάρχουν όμως και ερευνητές που αμφισβητούν την άποψη, ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι έγκυρος δείκτης της ποιοτικής φροντίδας. Ο Eriksen

(1987), για παράδειγμα, αμφισβητεί ότι, η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και ποιοτική φροντίδα, γιατί όπως ισχυρίζεται η άσκηση επαγγελματικής νοσηλευτικής, όπως η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Γι' αυτό το λόγο διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Ο Vuori (1987) διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι: (α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, (β) οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, (γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τί γίνεται, (δ) οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, και (ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Παραδοσιακά, οι λειτουργοί υγείας καθόριζαν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να ικανοποιηθούν (OTA 1988). Ένας λόγος για τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν ή έχουν δείξει απροθυμία στο να ρωτούν τους ασθενείς τί σκέφτονται για την ποιότητα της φροντίδας, αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο τον εξωτερικό έλεγχο, είναι ότι το χαρακτηριστικό κλειδί ενός επαγγέλματος είναι ο εσωτερικός έλεγχος πάνω στο τί θεωρείται ποιοτικά αποδεκτή επαγγελματική συμπεριφορά (Vuori 1982).

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων (Ciske 1974). Αυτή η δυσκολία είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Pearson et al 1989).

Μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό (Rice et al 1963, Strasen 1988), ενώ άλλες, ότι το προσωπικό βαθμολογεί την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Abdellah & Levine 1957c, Pascoe & Attkison 1983).

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό είναι πώς αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική (Petersen 1988), γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους (Linder-Pelz 1982a) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Bond & Thomas 1992).

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι “οτιδήποτε αφορά τον καταναλωτή”, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι “οτιδήποτε αφορά τον ασθενή”. Ό,τι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος (Δημητριάδου και συν 1991). Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων (Strasen 1988).

3.7) ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση νοσοκομειακών ασθενών είναι πολύ μικρότερος από αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (Meterko et al 1990, Doering 1983). Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αναφέρονται στη συνολική ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε αντιδιαστολή με άλλες, στις οποίες αξιολογούνται συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα. Στην περίπτωση της αξιολόγησης της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι εύκολο να βγουν συμπεράσματα και να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα, λόγω της γενικής φύσεως των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται στα αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης (Ferguson & Ferguson 1983).

Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μέτρηση συγκεκριμένων διαστάσεων ή περιοχών των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Cleary & McNeil 1988, Meterko et al 1990, OTA 1988). Σ' αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα αποτελέσματα καθώς και οι παράγοντες και οι μεταβλητές που έχουν βρεθεί ότι συσχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Εφόσον, τα εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες μετρούν πολλές διαστάσεις ή περιοχές των προσφερομένων υπηρεσιών ταυτόχρονα, δημιουργούνται δύο σημαντικά ερωτήματα. Πρώτον, είναι σε θέση οι ασθενείς να διακρίνουν ξεχωριστές διαστάσεις ή περιοχές των νοσοκομειακών υπηρεσιών και δεύτερον, πόσο σπουδαία είναι η κάθε διάσταση ή περιοχή των υπηρεσιών για τους ασθενείς.

Έχουν αναφερθεί πολλές μέθοδοι για την αξιολόγηση της σπουδαιότητας που έχει η κάθε περιοχή και ερώτηση για τους ασθενείς. Μια μέθοδος, είναι να ερωτηθούν απευθείας οι ασθενείς για το τί θεωρούν σημαντικό. Άλλη μέθοδος, είναι να υπολογιστούν συντελεστές με παραγοντική ανάλυση ή να μελετηθεί η συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση (Hall & Dornan 1988).

Ακόμα όμως και αν αξιολογηθεί η σπουδαιότητα κάθε περιοχής της φροντίδας, δε συνεπάγεται, ότι αυτή η ιεράρχηση παραμένει σταθερή στα διάφορα στάδια της ασθένειας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ευμεταβλητότητα της ψυχολογικής και της σωματικής κατάστασης των ασθενών που επηρεάζει τις ανάγκες αλλά και τις προσδοκίες τους (Oberst 1984). Το παράδοξο είναι ότι στις περισσότερες μετρήσεις αναφέρεται μια συνολική βαθμολόγηση που προκύπτει από απλή άθροιση των διαφόρων επιμέρους βαθμολογιών. Όλες οι περιοχές ή οι ερωτήσεις θεωρούνται ίσης σπουδαιότητας. Γι' αυτό υπάρχουν έντονες αμφισβητήσεις για τη χρησιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων.

Οι έρευνες που έχουν συμπεριλάβει τη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι δυνατό να ταξινομηθούν ανάλογα με το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθούν, σε ποιοτικές και ποσοτικές (Hall & Dornan 1988). Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών που βασίζονται μόνο σε ποσοτικά δεδομένα δεν είναι μεγάλης πρακτικής αξίας, γιατί δε δίνουν πληροφορίες σχετικές με συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι, αλλά και γιατί δεν τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν προτάσεις για βελτίωση των υπηρεσιών (Shields et al 1988). Η ποιοτική προσέγγιση δίνει μεγαλύτερο βάθος πληροφοριών, αλλά δεν επιτρέπει την ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ερευνών (Hall & Dornan 1988).

Η βαθμολογία που δίνουν οι ασθενείς για τη φροντίδα τους πρέπει να διαφοροποιηθεί από τις αναφορές που κάνουν για αυτήν. Οι βαθμολογήσεις των ασθενών αντιπροσωπεύουν προσωπικές αξιολογήσεις των παρεχομένων υπηρεσιών και είναι περισσότερο υποκειμενικές από τις αναφορές, επειδή αντανακλούν τις προσωπικές εμπειρίες, προσδοκίες και προτιμήσεις τους. Βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο πρότυπο (norm-referenced), όπου ο κύριος σκοπός είναι η μεταβλητότητα των βαθμολογήσεων ή με άλλα λόγια η διάκριση ατόμων που διαφέρουν ως προς το υπό μελέτη χαρακτηριστικό (Waltz et al 1991).

Στην προσπάθεια για επίτευξη μεταβλητότητας στις απαντήσεις, υπάρχει κίνδυνος σημαντικές περιοχές της φροντίδας να μη ληφθούν υπόψη, επειδή οι περισσότεροι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι με αυτές. Ακόμα και αν ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι μεγάλος, θα υπάρχει κάποια μεταβλητότητα στις απαντήσεις, και είναι χρήσιμο να διερευνηθεί ποιοι παράγοντες ευθύνονται γι' αυτήν (Fleming 1979).

Οι αναφορές των ασθενών για τη φροντίδα τους βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο κριτήριο (criterion-referenced) (Waltz et al 1991). Αφορούν γεγονότα που συνέβησαν, ή όχι, είναι περισσότερο αντικειμενικές και μπορούν να επιβεβαιωθούν από έναν εξωτερικό παρατηρητή (ΟΤΑ 1988). Το μειονέκτημα στην περίπτωση αυτή είναι, ότι από ένα αριθμό συμβάντων ή συνθηκών που ικανοποιήθηκαν εξάγεται έμμεσα το συμπέρασμα ότι κάποιος ασθενής είναι ικανοποιημένος, ή όχι, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και η σπουδαιότητα που έχει το κάθε συμβάν για τον κάθε άρρωστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4) Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ

4.1) ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας συνηθισμένος τρόπος, διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνίσταται στην μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών (patient satisfaction). Η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, από τους ασθενείς κέρδισε έδαφος τα τελευταία 25 χρόνια. Στην Βρετανία, οι χρήστες των υπηρεσιών αποτελούν πρόσωπα κλειδιά για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και αποδοχής των υπηρεσιών υγείας.

Ο Donabedian (1966), είπε ότι η τελική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών ορίζεται από την αποτελεσματικότητα του να επιτυγχάνεις ή να παράγεις υγεία και ικανοποίηση. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, πράγμα που αντιβαίνει το απόλυτα, τεχνικό και κοινωνικό ορισμό. Ο Guzman και συν. (1988), όρισε την ικανοποίηση των χρηστών ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με την φροντίδα υγείας, η οποία εν μέρει, ορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ελαστικότητα τους με την θεραπευτική διαδικασία (Merkouris et al.1999).

Ενδιαφέρον για την γνώμη των ασθενών αναπτύχθηκε από κοινωνιολογικό ενδιαφέρον για τις διαπροσωπικές σχέσεις, δίνοντας έμφαση στην σχέση ιατρού . ασθενούς θέλοντας να περιγράψει την κατανόηση από την πλευρά του ασθενή (Sitzia et al.1987).Ο ασθενής, τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες, η διοίκηση δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας. Στην χώρα μας, οι έρευνες αυτής της παραμέτρου των υπηρεσιών υγείας δεν έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου, παρά την γενική δυσaréσκεια του πληθυσμού από αυτές. Σε σχετική μελέτη της Eurostat το 1977, η χώρα μας βρίσκεται στην τελευταία θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 15,5% σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης και συν. 2003).

Η μέτρηση, της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Μπορούν να τη δούμε, σαν ένα μέτρο, στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας, έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή.

Έχει προσδιοριστεί, ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας, (Κυριόπουλος και συν 1990) καθώς επίσης και τη συνεργασία αυτών που παρέχουν την φροντίδα υγείας (Παπανικολάου 2003). Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις- τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής, και οι αντιδράσεις και η τέταρτη- οι ατομικές διαφορές (Παπανικολάου 1995).

Το πρώτος μέρος, εστιάζει τη προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Ενώ το δεύτερο, εστιάζει στο πως η ψυχοσύνθεση, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και η προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας, μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα (Παπανικολάου 2003). Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια δυναμική λειτουργία που εννοιολογικά, ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι ακόλουθες αντιδράσεις (θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα του χρήστη) στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης.

Οι προσδιοριστές της ικανοποίησης, σύμφωνα με το Sitzia είναι: οι προσδοκίες, τα χαρακτηριστικά του χρήστη και ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές. Οι προσδοκίες κάνουν πιο περίπλοκο το περιεχόμενο της ικανοποίησης, ως εργαλείο αποτίμησης. Διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, ίσως εντοπίζουν διαφορετικές απόψεις, αντιλήψεις για την φροντίδα υγείας, παρά διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης (Sitzia et al.1987). Είναι ευρέως διαδεδομένο, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από διάφορες παράγοντες όπως, η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ιδιαίτερα η ηλικία. Μετανάλυση δημοσιεύσεων πριν το 1989, των Hall & Dornan, κατέληξαν ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά είναι τα καλύτερα δευτερεύοντα προγνωστικά στοιχεία για την ικανοποίηση.

Η εθνικότητα είναι ίσως, ένα από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά. Οι δυσκολίες στη γλώσσα από έρευνες τις δεκαετίες '70-80 ορίστηκε ως πρόβλημα κλειδί με το υγειονομικό προσωπικό. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς επηρέαζε ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών (Sitzia 1997).

Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά από λάθη (bias) που κάνουν την ικανοποίηση, ως εργαλείο ακόμη πιο περίπλοκη. Συχνά, απαντούν στο ερευνητή αυτόν που νομίζουν ότι θα είναι πιο αποδεκτό από εκείνον να ακούσει (social desirability response bias), θέλουν να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή ιδιαίτερα, αν προσβλέπουν με κάποιο τρόπο ότι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από υπηρεσίες υγείας (ingratiating response bias, self-interest bias) (Sitzia 1997).

Παρά τις δυσκολίες, που παραπάνω παρουσιάστηκαν, η μέτρηση την ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποτιμήσει :α) την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) την συμβουλευτική παρέμβαση για την υγιή ή μη συμπεριφορά, γ) την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο, δ) την λήψη αποφάσεων πολιτικής, στ) την διοίκηση προσωπικού, ζ) πώληση αγαθού στους χρήστες, η) ανάπτυξη επαγγελματικής ηθικής (Merkouris et al.1999).

4.2) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπευτική σχέση σχεδόν πάντοτε εκλαμβάνεται ως μια ιδιόμορφη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: α) τον άρρωστο με την αρρώστια του και β) το θεραπευτή με τις ειδικές του γνώσεις και την τεχνική που κατέχει. Στην πραγματικότητα όμως, η σχέση θεραπευτή – αρρώστου εξαρτάται επίσης από τις κοινωνικές δομές και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται (Σαρρήs Μ, 2001).

Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι J. Fox και D.Storms υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών σχετίζονται με τα επίπεδα της ικανοποίησης τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει ο ασθενής και η περιοχή στην οποία ζει.

Ο R. Fitzpatrick (1991) αναφέρει ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας αφορούν: α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος , Παπαδάτου, 1999).

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων επαγγελματία υγείας – αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει.

Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, εξάλλου, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, πιθανόν, να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του. Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, οι οποίες επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτικά διαδικασία (Σαρρής Μ, 2001).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικό γι' αυτόν. Ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

4.3) ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία, και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των «ειδικών» είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας μ' αυτό τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση εποικοδομητικά (Παπαδάτου , Αναγνωστόπουλος , 1999).

Κατά το βιοϊατρικό πρότυπο ως αρρώστια αξιολογείται μόνο ότι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις του ασθενούς για την πάθηση του παρουσιάζουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τον ιατρό που προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση. Πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημά τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο, γιατί φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και γιατί αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειες και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους.

Έτσι, λοιπόν, εναποθέτουν την ευθύνη στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους. Σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Αυτή η άνιση σχέση ενισχύεται τόσο από το προσωπικό υγείας, όσο και από τον άρρωστο. Μερικές φορές μοιάζει να έχει, βραχυπρόθεσμα, ικανοποιητικά αποτελέσματα. Όμως στο βάθος δεν είναι τόσο «θεραπευτική», καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του (Παπαδάτου , Αναγνωστόπουλος 1999).

Μολονότι κατά βάση μοντέλο αναγωγικό και παρά το γεγονός ότι η κοινωνία οφείλει στο πρότυπο αυτό τα μεγάλα ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται πλέον να ικανοποιεί τις σύγχρονες απαιτήσεις (Παπαδημητρίου, Παπακώστας ,2002).

Αντίθετα, στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθε να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές.

Η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μιας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στη βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας και επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου.

Η θεραπευτική παρέμβαση γίνεται σε πολλά επίπεδα, από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η

σχέση που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη (Παπαδάτου , Αναγνωστόπουλος ,1999).

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις της ζωής του αρρώστου, τόσο τις βιολογικές όσο και τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές. Η νόσος δεν αρχίζει και δεν τελειώνει σε ένα φυσικό σημείο / σύμπτωμα, αλλά αποτελεί συνάρτηση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Θεωρείται ότι πάσχει το άτομο ως σύνολο και όχι μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Η θεώρηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, ο ιατρός διακατέχεται από μια ευρεία ολιστική αντίληψη για τη νόσο και το ρόλο του και θεωρεί τη σχέση του με τον ασθενή κοινωνικά ισότιμη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς (Παπαδημητρίου, Παπακώστας ,2002).

Οι προαναφερθείσες ιδεολογίες έρχονται συχνά σε αντίθεση με τις πρακτικές της σύγχρονης ιατρικής, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί γνώσεις ψυχολογίας και δεξιότητες επικοινωνίας.

Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενικότητα τόσο του αρρώστου, όσο και του επαγγελματία που τον φροντίζει. Με άλλα λόγια, η προσοχή στρέφεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αρρώστου, στην αντίληψη που έχει για την αρρώστια και τη θεραπεία της, καθώς και στη σχέση που διαμορφώνει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από την άλλη πλευρά, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στον επαγγελματία της υγείας, στα κίνητρα που τον ωθούν σε αυτό το επάγγελμα, στις αντιλήψεις που διαμορφώνει για το ρόλο του, για την αρρώστια και την υγεία, στις προσδοκίες που έχει από τη σχέση του με τους ασθενείς και στη στάση που τηρεί απέναντι τους.

Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Ο άρρωστος δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που τον φροντίζουν εκφράζουν πολλές φορές με τη συμπεριφορά τους κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν με τα λόγια. Είναι λοιπόν σημαντικό να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους

βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες, αλλά και τα όρια τους, και να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν πώς επηρεάζονται από την αρρώστια, τον πόνο, την αναπηρία, το θάνατο και άλλες εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια του χώρου της υγείας (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος ,1999).

Λόγω των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών του καθενός από τα δύο βασικά ιατρικά πρότυπα, φαίνεται ότι κανένα από αυτά δεν μπορεί να προταθεί με αποκλεισμό του άλλου. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι επιλεκτικό και να αντλεί από το καθένα τα στοιχεία εκείνα που θεωρεί ότι είναι ωφέλιμα για κάθε περίπτωση ασθενούς (Παπαδημητρίου , Παπακώστας ,2002).

4.4) Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κάθε επικοινωνία εμπεριέχει ένα νοηματικό περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση. Αναφέρεται στη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, αρρώστου και ιατρού, πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Μία συζήτηση αποτελεί σειρά μη διακοπτόμενων ανταλλαγών μηνυμάτων. Κάθε επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων έχει μια «ιστορία» και επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων που μπορεί να βασίζονται στις αρχές της ισότητας ή της ανισότητας. Η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία δύο ανθρώπων συλλαμβάνεται με μία ή και περισσότερες από τις πέντε αισθήσεις. Τα μηνύματα στην επικοινωνία μεταφέρονται από το ένα πρόσωπο στο άλλο με:

1) Τον προφορικό λόγο, το ρυθμό, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής.

2) Τη γλώσσα του σώματος, βλέμμα, χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, τήρηση σωματικών αποστάσεων, σωματική επαφή, ντύσιμο (Σαουντζή-Κρέπια, 1998).

Έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των αρρώστων παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την ικανότητα των γιατρών να εγκαθιστούν μη λεκτική επικοινωνία (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

4.5) Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στο λεκτικό επίπεδο οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας υγείας του παρέχει τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες.

Έτσι, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Οι κλειστές ερωτήσεις, αντίθετα, οδηγούν το άτομο να απαντήσει με μια ή δύο προκαθορισμένες λέξεις (ναι ή όχι) και μ' αυτό τον τρόπο περιορίζουν τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως για παράδειγμα, για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών.

Επίσης, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες δίνονται γενικές κατευθύνσεις στη συζήτηση και παρέχοντας την ευκαιρία επικέντρωσης σ' ένα συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, όταν τίθενται ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες ερωτήσεις, τότε οι απαντήσεις μπορεί να είναι συγκεχυμένες.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα σε όσα λέει ο άρρωστος και να αποφεύγονται σχόλια που επηρεάζουν το άτομο και προκαταλαμβάνουν την κατεύθυνση της συζήτησης. Οι ερωτήσεις που θέτει ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των θεμάτων που εκφράζει ο ασθενής.

Τέλος, η αποδοχή της σιωπής του αρρώστου μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο το χρόνο και την ευκαιρία να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το κενό (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

4.6) Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στο μη λεκτικό επίπεδο η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η συχνότητα της αμοιβαίας οπτικής επαφής.

Η απόσταση μεταξύ δύο ατόμων, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο. Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολική χρήση του χώρου – για παράδειγμα το πώς ένα μέλος του προσωπικού παρεμβαίνει στο φυσικό και σωματικό χώρο του αρρώστου.

Η στάση, οι κινήσεις του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής. Ταυτόχρονα εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν η συναισθηματική διάθεση βρίσκεται σε συμφωνία με το λεκτικό περιεχόμενο, ενισχύονται τα λεγόμενα του ομιλητή, ενώ όταν διαφέρει, τα μηνύματα που μεταδίδονται είναι αντιφατικά, «διπλά» και λειτουργούν συγχυτικά στην επικοινωνία. Όταν το προσωπικό υγείας προσεγγίζει τον άρρωστο και ταυτόχρονα εκφράζει μέσα από το σώμα και τις κινήσεις του μια άνεση, τότε ενισχύει την αίσθηση εμπιστοσύνης και ασφάλειας του αρρώστου. Τα μηνύματα που ο επαγγελματίας εκπέμπει με το σώμα του δηλώνουν πόσο ενδιαφέρεται να ακούσει και πόσο προσεκτικά παρακολουθεί όσα εκφράζει ο άρρωστος (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

4.7) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Διερευνώντας τη θεραπευτική σχέση μεταξύ προσωπικού υγείας – ασθενή ως μια κοινωνική σχέση, ανιχνεύονται οι κοινωνικές αξίες και ρόλοι, οι αντιλήψεις και πεποιθήσεις, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, οι στάσεις και οι γνώμες που περιβάλλουν και παρεμβαίνουν στη σχέση αυτή. Η θεραπευτική σχέση μπορεί να αναλυθεί ως ένα σύστημα αναμενόμενων κοινωνικών συμπεριφορών (Σαρρής, 2001).

Το είδος της αρρώστιας και η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του προσωπικού και του αρρώστου. Όταν η πάθηση είναι χρόνια, αλλά σταθερή, ο άρρωστος είναι σε θέση να ενημερώνεται και να δημιουργεί νέες γνώσεις για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να «υπερβαίνει» συχνά την επάρκεια του προσωπικού, να γίνεται ο ίδιος ειδικός του εαυτού του και να έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει συμπτώματα, ενδείξεις ή άλλα σημεία της αρρώστιας του. Η ιδιαιτερότητα αυτή είναι εκείνη που του επιτρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη διαχείριση της σχέσης του με το προσωπικό υγείας.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη διαμόρφωση της σχέσης επαγγελματία υγείας- αρρώστου είναι ο χώρος στον οποίο επιχειρείται η αντιμετώπιση της αρρώστιας και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ο παράγοντας αυτός είναι εκείνος που επηρεάζει, σε σημαντικό βαθμό, τη διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου που αναπτύσσονται μεταξύ προσωπικού – αρρώστου.

Η φύση της αρρώστιας και ο χώρος θεραπείας και φροντίδας αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο τη σχέση του προσωπικού με τον άρρωστο. Οι παράγοντες αυτοί είναι που δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις των σχέσεων της ενεργητικότητας / παθητικότητας, της καθοδήγησης / συνεργασίας ή της αμοιβαίας συμμετοχής.

Όμως δεν είναι μόνο αυτοί οι παράγοντες που ασκούν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ προσωπικού και αρρώστων. Οι αντιλήψεις που έχουν οι λειτουργοί υγείας, για την αρρώστια και τον άρρωστο, τα στοιχεία της προσωπικότητας του αρρώστου καθώς και άλλοι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου από τους νοσηλευτές, όπως και από τους γιατρούς παρ' όλο που υποτίθεται ότι δεν πρέπει να την επηρεάζουν.

Η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας καθορίζεται από ιδιαίτερους κανόνες. Η εκπαίδευση του έχει προσδώσει στον ίδιο μια ορισμένη εικόνα της κοινωνίας και του ασθενή. Με την εικόνα του λειτουργού υγείας συνδέονται αξίες όπως γνώση, ισχύς, κύρος και κοινωνική αναγνώριση. Παρεμβαίνει σε μία κατάσταση κρίσης, αναλαμβάνοντας, παράλληλα, την ευθύνη της αποτελεσματικής της διαχείρισης. Οι άνθρωποι προσφεύγουν σε αυτόν γιατί προσδοκούν τη θεραπεία τους και ενίοτε την ίαση των προβλημάτων υγείας τους.

Μαρτυρίες ασθενών αλλά και η εμπειρία από την καθημερινότητα του τρόπου παροχής φροντίδας υπογραμμίζουν τη διαπίστωση ότι η συμπεριφορά και η στάση των λειτουργών υγείας επηρεάζεται και από κοινωνικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Η ηλικία: Οι γηραιότεροι άρρωστοι συχνά «αγνοούνται» ή παραμελούνται έναντι των νεότερων.

2. Η κοινωνική θέση: Οι άρρωστοι από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις συνήθως λαμβάνουν λιγότερη προσοχή, συμπάθεια ή εξυπηρέτηση.

3. Το φύλο: Οι ενήλικοι άνδρες, ιδίως της παραγωγικής ηλικίας, ενημερώνονται καλύτερα και δέχονται με διαφορετικό τρόπο την νοσηλευτική φροντίδα έναντι των γυναικών.

4. Η φυλετική καταγωγή: Οι άρρωστοι με διαφορετική φυλετική καταγωγή υφίστανται συχνά «λεπτές» φυλετικές διακρίσεις στη φροντίδα υγείας έναντι των άλλων της πλειοψηφούσας ή «υπερέχουσας» φυλετικής σύνθεσης του πληθυσμού (Σαρρής, 2001).

Η συμπεριφορά του αρρώστου συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, με αξίες, με την κοινωνική τάξη ή ομάδα στην οποία ανήκει, με τις κοινωνικές θέσεις και τους κοινωνικούς ρόλους, των οποίων είναι φορέας. Ένα άτομο δεν είναι άρρωστο οπουδήποτε, εκτός ορίων, εκτός χώρου και χρόνου. Αντίθετα, βρίσκεται, πάντοτε, μέσα σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό, θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο (Σαρρής, 2001).

Ο Parsons, στηριζόμενος στη διαπίστωση ότι η αρρώστια δημιουργεί προβλήματα τόσο στον ίδιο τον άρρωστο, όσο και στην κοινωνική διάρθρωση και τάξη, υποστήριξε την άποψη ότι η αρρώστια συνιστά ένα κοινωνικό πρόβλημα στο πλαίσιο του οποίου αναδύονται κοινωνικοί ρόλοι. Οι ρόλοι αυτοί που ασκούνται μέσα και γύρω από την θεραπευτική σχέση, εκφράζονται κυρίως με τέσσερις όψεις.

1. Οι άρρωστοι απαλλάσσονται από τις συνήθειες, υποχρεώσεις τους.

2. Οι άρρωστοι θεωρούνται από τους άλλους, αλλά και από τους εαυτούς τους αδύναμοι και ανήμποροι να ανακάμψουν, στηριζόμενοι στις δικές τους δυνάμεις και προσπάθειες.

3. Οι άρρωστοι οφείλουν να επιθυμούν την επιστροφή στην προ της εκδήλωσης της νόσου, φυσιολογική κατάσταση της υγείας τους, αντιμετωπίζοντας την αρρώστια και τις τυχόν επιπλοκές της.

4. Οι άρρωστοι οφείλουν να αναζητούν ιατρική φροντίδα και να συνεργάζονται με τον γιατρό για την αντιμετώπιση της αρρώστιας τους.

Ο ρόλος του αρρώστου είναι επομένως συμπληρωματικός του ρόλου του επαγγελματία υγείας, ο οποίος είναι υποχρεωμένος να διασφαλίσει την προς αυτόν εκχώρηση από τον άρρωστο σημαντικού μέρους της ζωής του. Η διαχείριση της σχέσης προσωπικού υγείας – αρρώστου, η αντιμετώπιση της αρρώστιας και οι ρόλοι που αναπτύσσονται, μέσω αυτής, καθορίζονται, σε μεγάλο βαθμό, από την συμπεριφορά του προσωπικού, δεδομένης της ισχύος που διαθέτει (Σαρρής , 2001).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ:

Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Οι βασικές υποθέσεις που επιδιώκονται να εξεταστούν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι οι εξής:

A. Εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα.

B. Εάν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

ΜΕΘΟΔΟΣ -ΥΛΙΚΟ:

Ο σχεδιασμός της έρευνας είναι περιγραφικός συσχέτισης. Το δείγμα ήταν τυχαίο και περιλάμβανε το 30-40% της δύναμης των ασθενών στα χειρουργικά τμήματα καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό των αντίστοιχων τμημάτων όλων των νοσοκομείων της Κρήτης κατά τη διάρκεια από 1 Μαΐου – 15 Ιουνίου 2007. Δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις χωρισμένες σε πέντε ομάδες που αφορούν την τεχνική, την πληροφόρηση, το χρόνο κοντά στον ασθενή, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τη συνολική ικανοποίηση. Διακόσια εβδομήντα τρία ερωτηματολόγια διανεμηθήκαν σε τυχαίο δείγμα ασθενών που νοσηλεύονταν στις χειρουργικές κλινικές των νοσοκομείων και εκατόν σαράντα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο προσωπικό των αντίστοιχων τμημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A. Οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνονται ικανοποιημένοι από τα επίπεδα της νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία της Κρήτης (Μέση τιμή στη συνολική ικανοποίηση για τους ασθενείς 3,69 και για το προσωπικό 3,67)

Μεγαλύτερος βαθμός δυσαρέσκειας για το προσωπικό φαίνεται στις ερωτήσεις για το φαγητό, όπου και έχουμε τη μικρότερη τιμή (M.T.=2,89 στην ερώτηση φαγητό ποικιλία). Επίσης φαίνεται πώς το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τον

προσανατολισμό τους κατά την εισαγωγή τους (M.T.=3,3) , την ενημέρωση των συγγενών (M.T.=3,0) και την εκπαίδευσή τους (M.T.=3,4).

Επίσης θεωρεί πως δεν ικανοποιούνται οι προσωπικές προτιμήσεις των ασθενών (M.T.=3.1). Στις παραπάνω ερωτήσεις φαίνεται ότι ένα ποσοστό από 15% έως 35% είναι δυσαρεστημένο από τη νοσηλευτική φροντίδα στους παραπάνω τομείς.

Η δυσαρέσκεια των ασθενών φαίνεται στην ομάδα των ερωτήσεων που αφορά την πληροφόρησή τους , με μικρότερη τιμή (M.T=3,0) στην ερώτηση για τον προσανατολισμό. Επίσης χαμηλές τιμές έχουμε στις ερωτήσεις για την ενημέρωση των ασθενών (M.T=3,20),εκπαίδευση (M.T=3,10),διαθέσιμος χρόνος (M.T=3,30),ενδιαφέρον και επικοινωνία(M.T=3,40),προσωπικές προτιμήσεις (M.T=3,40).Στις παραπάνω ερωτήσεις ένα ποσοστό ασθενών από 25% έως 38% φαίνεται δυσαρεστημένο.

Β. Όσον αφορά τη σύγκριση των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών δεν φαίνεται διαφορά μεταξύ τους για την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα στις ομάδες ερωτήσεων που αφορούν την τεχνική (M .T . ασθενών 4,07, M .T ., νοσηλευτών 4,15) και το χρόνο κοντά στον ασθενή (M . T. ασθενών 3,70, M .T . νοσηλευτών 3,69) ενώ στις ομάδες των ερωτήσεων που αφορούν την πληροφόρηση (M .T . ασθενών 3,17 , M .T . νοσηλευτών 3,47) και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες (M .T . ασθενών 3,79 , M .T . νοσηλευτών 3,39) φαίνεται διαφορά.

Γ. Το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών και των νοσηλευτών δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα. παρά μόνο στην κατηγορία <<χρόνος κοντά στον ασθενή >> όπου οι νοσηλευτές συνολικά (άνδρες P=0,05 και γυναίκες P=0,04)θεωρούν πως οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία της Κρήτης φαίνεται πως βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο και σε αυτό συμφωνούν οι απόψεις των ασθενών και των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές , ως επιστήμονες υγείας και γνώστες των αναγκών των ασθενών θεωρούν πως στον τομέα της ενημέρωσης πρέπει να υπάρξει αλλαγή στη συμπεριφορά προς τους ασθενείς και καλλίτερη αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης μεγάλης σημασίας είναι και η άποψη των νοσηλευτών για την παρεχομένη νοσηλευτική φροντίδα ώστε οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις να οδηγούν στην καλύτερη δυνατή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και στην καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα αυτή. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ορατή η προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο και ιδιαιτέρως στον ασθενή .

Στο παρελθόν, οι επαγγελματίες Υγείας ήταν οι μόνοι αρμόδιοι για την αξιολόγηση της ποιότητας. Σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών Υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρ' όλο, όμως, που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται ότι δεν τυγχάνουν τις ανάλογης φροντίδας και ταυτόχρονα δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή.

Εκτός όμως από την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, υπάρχουν και άλλοι λόγοι που επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως σημαντική πηγή πληροφοριών για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας και τη θεραπευτική παρέμβαση που συνεισφέρει στην αυτοθεραπεία, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού και στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς.

Ο Vuori (1987), διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι: (α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, (β) οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που να μην τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις,

(γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, (δ) οι επαγγελματίες Υγείας και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους και (ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται, ακόμη, από , χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο της υγείας τους.

Οι ασθενείς φαίνεται ότι πράγματι έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Αυτή η δυσκολία είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή και στην εξάρτηση από το προσωπικό.

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες Υγείας πρέπει να δουν ως πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό είναι το πώς αισθάνεται ο ασθενής, ακόμη και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Εκτός, όμως, από τη χρησιμότητα των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους πρέπει αυτές να γίνουν καθημερινή πράξη. Σε όλες τις δημοκρατικές χώρες εκείνοι που επηρεάζονται από τις αποφάσεις που τους αφορούν πρέπει να έχουν άποψη για τις αποφάσεις αυτές, διαπίστωση που βασίζεται στην έννοια της δημοκρατίας που γεννήθηκε στη χώρα μας. Αλλά και το ιπποκρατικό ιδεώδες, σύμφωνα με το οποίο το σημαντικότερο στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο.

Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητάτε και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο τη βελτίωση των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, του καταναλωτή υπηρεσιών Υγείας (Μερκούρης και συν, 2001).

Ο σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Οι βασικές υποθέσεις που επιδιώκονται να εξεταστούν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι οι εξής:

A. Εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα.

B. Εάν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ:

Ο σχεδιασμός της έρευνας είναι περιγραφικός συσχέτισης. Το δείγμα ήταν τυχαίο και περιλάμβανε το 30-40% της δύναμης των ασθενών στα χειρουργικά τμήματα καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό των αντίστοιχων τμημάτων όλων των νοσοκομείων της Κρήτης κατά τη διάρκεια από 1 Μαΐου – 15 Ιουνίου 2007. Δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 20 ερωτήσεις χωρισμένες σε πέντε ομάδες που αφορούν την τεχνική, την πληροφόρηση, το χρόνο κοντά στον ασθενή, τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τη συνολική ικανοποίηση (Παράρτημα I). Διακόσια εβδομήντα τρία ερωτηματολόγια διανεμηθήκαν σε τυχαίο δείγμα ασθενών που νοσηλεύονταν στις χειρουργικές κλινικές των νοσοκομείων και εκατόν σαράντα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο προσωπικό των αντίστοιχων τμημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διεθνής Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Οι Al-Kandari και Ogundeyin το 1998 έκαναν μια έρευνα στο Κουβέιτ με θέμα << Αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο Κουβέιτ >>, χρησιμοποιώντας μια διερευνητική ερευνητική μέθοδο και ένα σκόπιμο δείγμα 259 ατόμων (109 νοσηλευτές και 148 ασθενείς). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τα στοιχεία της διαδικασίας περιποίησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες των πέντε νοσοκομείων της μελέτης. Επίσης δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες στους τομείς της αξιολόγησης, του προγραμματισμού και της εφαρμογής.

Εντούτοις, βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες στους τομείς της υπευθυνότητας και της ευθύνης. Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη από τους νοσηλευτές σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία και από τους ασθενείς σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα από ηλικία και φύλο των ασθενών (Al-Kandari, Ogundeyin, 1998).

Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε το 2004 από τις Riitta Suhonen και Helena Leino-Kilpi με θέμα <<Ενήλικες χειρουργικοί ασθενείς και οι πληροφορίες που τους παρέχονται από τους νοσηλευτές>> με σκοπό να διερευνήσει τι είναι ήδη γνωστό για τις πληροφοριακές ανάγκες των χειρουργικών ασθενών, τις γνώμες τους σχετικά με την παροχή πληροφοριών και την επίδραση των εξατομικευμένων πληροφοριών. Η έρευνα έγινε με διαδουκτιακές αναζητήσεις από το 1994 έως το Μάρτιο του 2004 στο MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Cochrane Central Register of Controlled Trials χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά: Surgical, patient, adult and nursing.

Στα αποτελέσματα αναφέρει: Η εκτίμηση σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τη σημαντικότητα για τους χειρουργικούς ασθενείς διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη. Οι εγχειρισμένοι ασθενείς έχουν ειδικές ανάγκες επιμόρφωσης κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι στους ασθενείς δεν είχαν δοθεί οι πληροφορίες που τους χρειάζονται. Αυτό είναι ένα σοβαρό ζήτημα, γιατί οι ασθενείς έχουν αναλάβει να φροντίζουν τον εαυτό τους μετά το εξιτήριο. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες μάθησης και διδασκαλίας τεχνικών που χρειάζονται οι ασθενείς, για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η χρησιμότητα τους από τους ασθενείς μετά την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτής επιβεβαιώνουν ότι οι πληροφορίες, οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε ασθενούς, έχουν έναν σημαντικό ρόλο για τους χειρουργικούς ασθενείς. Προς το παρόν υπάρχει μια φτωχή κατανόηση των διαδικασιών που περιγράφουν τις λεπτομερείς εμπειρίες των χειρουργικών ασθενών στην κλινική φροντίδα και τις δυνατότητες ενδυνάμωσης μέσω της μάθησης. Όπως οι χειρουργικοί ασθενείς διαφέρουν ατομικά και οι μαθησιακές ανάγκες τους διαφέρουν. Για να επωφεληθούν χρειάζονται διαφορετικό περιεχόμενο και διαφορετική ποσότητα των πληροφοριών. Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών των ατομικών αναγκών (Suhonen, Leino-Kilpi, 2006).

Το 2004 οι Alasad και Ahmad έκαναν μια έρευνα σε ένα νοσοκομείο της Ιορδανίας για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους.

Το δείγμα της μελέτης ήταν 225 ενήλικοι ασθενείς στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ιορδανία. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε θετική εμπειρία σχετικά με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε καθώς επίσης και το σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές σε συγγενείς και φίλους των ασθενών.

Αν και το ποσό των νοσηλευτικών πληροφοριών που δόθηκαν στους ασθενείς βρέθηκε να είναι σημαντικός παράγοντας για την άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς, οι παρεχόμενες πληροφορίες έγιναν αντιληπτές από την

πλειοψηφία των ασθενών ως ανεπαρκείς. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που ενισχύουν τις απόψεις των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι κρίσιμος, δεδομένου ότι βοηθά τους νοσηλευτές για να παρέχουν την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα (Ahmad ,Ahmad 2004).

Το 2005 στο Ενωμένο Βασίλειο(UK) έγινε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Currie , Harvey , West, McKenna και Sinead Keeney με θέμα η σχέση της νοσηλευτικής φροντίδας με τα επίπεδα του προσωπικού, του μίγματος ικανότητας και της αυτονομίας των νοσηλευτών. Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνήσει μέσα από τη βιβλιογραφία τη σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και των επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών και εάν οι αλλαγές στην επάνδρωση, το μίγμα ικανότητας και την αυτονομία έχουν επιπτώσεις στις αντιλήψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας .

Η έρευνα έγινε με αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιώντας το CINAHL, τις βάσεις δεδομένων Medline και Embase. Οι βασικές λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης; ποιότητα της προσοχής περιποίησης; νοσοκόμα; ασθενής; μίγμα ικανότητας; νοσοκόμα-υπομονετική αναλογία; εκβάσεις; δυσμενή γεγονότα υγειονομικής περίθαλψης και αυτονομία. Ο στόχος ήταν να βρεθεί μαζί μια διαφορετική συλλογή της βιβλιογραφίας σχετική με τον τομέα της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Τα έγγραφα περιλήφθηκαν για τη σχετικότητά τους στον τομέα της έρευνας. Η αρχική αναζήτηση διεξήχθη το 2003 και ενημερώθηκε το 2004.Στα συμπεράσματα αναφέρει τα παραδοσιακά εργαλεία αξιολόγησης της περιποίησης έχουν πέσει σε αχρηστία, εν μέρει επειδή έχουν αποτύχει να παρέχουν τις απαιτούμενες πληροφορίες και να προσεγγιστούν οι απόψεις των ασθενών ή των νοσηλευτών. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι η νοσηλευτική φροντίδα ως δείκτης της ποιότητας συμβιβάζεται σε διάφορα μέτωπα.

Υπάρχουν συγκρουόμενες πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές και οι ασθενείς σκέφτονται για την ποιότητα. Η έρευνα που εξετάζει τη σχέση μεταξύ των επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών και των αντιλήψεων για την ποιότητα πάσχει επίσης από διάφορους περιορισμούς.

Υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια απαίτηση για περισσότερη κεντροθετημένη έρευνα που ερευνά τις αντιλήψεις για την ποιότητα και τις διαφορές στην επάνδρωση νοσηλευτών, το μίγμα ικανότητας και την αυτονομία (Currie ,Harvey, West , McKenna ,Keeney ,2005).

Το 2007 οι Moret , Nguyen , Volteau ,Falissard , Lombrail and Gasquet έκαναν μια μελέτη στο Παρίσι με θέμα <<Απόδειξη της μη γραμμικής επίδρασης της ηλικίας των ασθενών για την ικανοποίηση τους από τη νοσοκομειακή περίθαλψη >>.

Θεωρώντας ότι η ηλικία του ασθενούς είναι ο κύριος κοινωνικό-δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά η φύση της σχέσης ανάμεσα στην ηλικία και την ικανοποίηση των ασθενών είναι αμφιλεγόμενη, είχαν ως στόχο να διευκρινίσουν εάν η σχέση της ικανοποίησης με την ηλικία είναι γραμμική ή δείχνει κάποια άλλη ρύθμιση.

Στοιχεία ελήφθησαν από δυο διαφορετικές μελέτες ικανοποίησης που διεξήχθησαν σε 27 βραχείας διαμονής πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Στη μελέτη 1 περιλαμβάνονται 1547 νοσηλευθέντες , οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA κατά το χρόνο του εξιτηρίου. Στη Μελέτη 2 περιλαμβάνονται 7624 νοσηλευθέντες οι οποίοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA με συνέντευξη από το τηλέφωνο στο σπίτι μετά το εξιτήριο. Με βάση τα αποτελέσματα της διερευνητικής ανάλυσης η ηλικία των ασθενών ήταν γραμμικά και θετικά με την ικανοποίηση πριν από τα 65 χρόνια και αρνητικά στη συνέχεια, αλλά χρειάζονται περαιτέρω μελέτες, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι πέρα από το όριο των 65 χρόνων, η ικανοποίηση από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης μειώνονται (Moret ,Nguyen , Volteau , Falissard , Lombrail , Gasquet, 2007).

Ο Avedis Donabedian, το 2005 στο άρθρο του “Evaluating the Quality of Medical Care”, κάνει μια προσπάθεια περιγραφής και αποτίμησης των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Επικεντρώνεται στο τρίπτυχο: δομή- διαδικασίες-αποτελέσματα και διατυπώνει τις απόψεις του σχετικά με το αν και κατά πόσο, κάθε ένας από τους τομείς αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας του τελικού προϊόντος της υγειονομικής φροντίδας. Μεταξύ άλλων, αναφέρει ότι η ιατρική τεχνολογία δεν είναι πλήρως αποδοτική και η μέτρηση της «επιτυχίας» που μπορεί να επιτευχθεί σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, συχνά, δεν είναι γνωστή με ακρίβεια. Για το λόγο αυτό, υποστηρίζει ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκριτικές μελέτες των αποτελεσμάτων, κάτω από ελεγχόμενες καταστάσεις.

Εκτός των παραπάνω, αντικείμενο μελέτης του, στο συγκεκριμένο άρθρο είναι οι πηγές και οι μέθοδοι απόκτησης πληροφοριών και δεδομένων που θα συμβάλλουν στην αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αναφέρει διάφορες μεθόδους, όπως οι κλινικοί δείκτες, η απευθείας παρατήρηση των δραστηριοτήτων των γιατρών, καθώς και η μελέτη συμπεριφορών και απόψεων, των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού. Καταλήγει στο ότι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και αποτίμηση της ποιότητας παρουσιάζουν συχνά ελλείψεις σε ακρίβεια. Ακόμη, αναφέρει ότι οι περισσότερες μελέτες ποιότητας μειονεκτούν στο ότι έχουν υιοθετήσει έναν πολύ στενό ορισμό της ποιότητας. Ότι γενικότερα δίνουν μικρή σημασία στην πρόληψη, αποκατάσταση, συντονισμό και συνέχεια της ιατρικής φροντίδας, ή στη διαχείριση των σχέσεων ιατρού-ασθενούς (www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf).

Το υπουργείο Υγείας του Queensland δημοσιοποίησε στο διαδίκτυο μια μελέτη που έγινε το 1993 σε ένα νοσοκομείο του Σίδνευ, στην οποία αξιολογήθηκε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και πραγματοποιήθηκε σε ένα χειρουργικό τμήμα. Εκατό ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τυχαία στους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο αποτελούσαν 24 ερωτήσεις που στην πλειοψηφία τους ήταν κλειστές ερωτήσεις. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι οι απαντήσεις θα παρέμεναν ανώνυμες.

Συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει στους ασθενείς ικανοποιητικές εξηγήσεις και την εκπαίδευση στους περισσότερους τομείς.

Ακόμη τόνισαν την ανάγκη να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών / οικογενειών τους στο θάλαμο τις περιόδους επικοινωνίας και εκπαίδευσης. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο θάλαμο είναι το επίπεδο του θορύβου. Ο μεγάλος αριθμός καταγγελιών των ασθενών που λαμβάνονται για το επίπεδο θορύβου του θαλάμου δείχνει την ανάγκη για την προσοχή σε αυτό το πρόβλημα ([www. health. qld. gov. au/quality/publications/patients_satisfaction_report .pdf](http://www.health.qld.gov.au/quality/publications/patients_satisfaction_report.pdf)).

Το υπουργείο υγείας της Victoria δημοσιοποίησε στο διαδίκτυο μια έρευνα που έγινε το 1997 στην οποία περιελήφθησαν 92 δημόσια νοσοκομεία στη Victoria. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να παρέχει μια ακριβή αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Οι συγκεκριμένοι στόχοι της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών είναι: η μέτρηση της γενικής ικανοποίησης των ασθενών, η εκτίμηση της γενικής φροντίδας που έλαβαν, η ανατροφοδότηση σε συγκεκριμένες πτυχές της παραμονής τους στο νοσοκομείο που περιλαμβάνει: την αποδοχή του χρόνου παραμονής για την εισαγωγή, την επάρκεια των πληροφοριών στην εισαγωγή, την ευγένεια και επικοινωνία των γιατρών και νοσοκόμων, τη διαθεσιμότητα γιατρών, και νοσοκόμων, την ευγένεια του μη – ιατρικού προσωπικού, τη συμπόνια όλου του προσωπικού, την καθαριότητα των δωματίων, την αναπνευστική ατμόσφαιρα, την ποιότητα του φαγητού, τα παράπονα για το νοσοκομείο και την προθυμία για επιστροφή στο ίδιο νοσοκομείο .

Συνολικά, υπάρχουν πολλά ισχυρά αποτελέσματα και μερικές περιοχές που προσδιορίζονται για την περαιτέρω βελτίωση. Τα ισχυρά αποτελέσματα είναι ξεχωριστά στις εκτιμήσεις για την γενική προσοχή, τη συμπονετική, την τοποθέτηση όλου του προσωπικού, τον τρόπο και την επικοινωνία γιατρών και νοσοκόμων, τις διαδικασίες για την εισαγωγή και αποδοχή που παρέχονται στους ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες. Πολλά αποτελέσματα δείχνουν ότι το περισσότερο προσωπικό που εργάζεται στα Βικτοριανά δημόσια νοσοκομεία εκτελεί τα καθήκοντα του σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Οι περιοχές που προσδιορίζονται για την αναθεώρηση ή την πιθανή βελτίωση περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τους νεότερους ασθενείς (ιδιαίτερα άτομα 18 – 24 ετών), την ενημέρωση στην απαλλαγή, την επικοινωνία με τους ασθενείς χειρουργικών επεμβάσεων μη – έκτακτης ανάγκης για τον πιθανό πόνο, τις διαδικασίες και τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης, την έλλειψη αναπνευστικής

ατμόσφαιρας στους θαλάμους, το χρόνο αναμονής για την άφιξη των ασθενών και μερική μεταβλητότητα στα πρότυπα καθαριότητας και στα γεύματα.

Υπάρχουν μερικά σημάδια ότι οι θελκτικότητες και οι δυνατότητες δεν συναντούν τις προσδοκίες σε μερικά νοσοκομεία και μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετα στοιχεία συμπεριφοράς και εξοπλισμό για βελτίωση. Εντούτοις, αρκετές από τις περιοχές που τονίζονται για τη βελτίωση δεν πρέπει να απαιτήσουν τη σημαντική είσοδο των στοιχείων συμπεριφοράς για να κάνουν τη βελτίωση, ιδιαίτερα στις περιοχές παροχής επικοινωνίας και πληροφοριών. Εάν οι περιοχές για τη βελτίωση που σημειώνεται μπορούν να ενεργήσουν αποτελεσματικά, τα γενικά επίπεδα για την ικανοποίηση των ασθενών είναι πιθανό να αυξηθούν ([www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/pats at/4.htm](http://www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/patsat/4.htm)).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο Μερκούρης το 1996 στη διδακτορική του διατριβή με θέμα <<Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών>> πραγματοποίησε μια έρευνα με κύριο σκοπό, την προσπάθεια κατασκευής μιας έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Τα κύρια αποτελέσματα αυτής της έρευνας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες την πληροφόρηση, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Οι ασθενείς όμως του δείγματος εξέφρασαν αρκετή δυσαρέσκεια για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Παράλληλα, οι προσδοκίες τους ήταν ιδιαίτερα χαμηλές, για την πληροφόρηση, την εξυπηρέτηση και το φαγητό και έδειξαν μια τάση να δικαιολογήσουν τη δυσαρέσκειά τους με τη συχνή αναφορά στην έλλειψη προσωπικού, την οποία αναγνώρισαν ως πηγή των περισσότερων προβλημάτων (Μερκούρης, 1996).

Οι Παπανικολάου και Σιγάλας (1994), στη μελέτη τους «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας» έκαναν μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή. Ο σκοπός της έρευνας και του προγράμματος που πραγματοποιήθηκε ήταν να αναπτυχθεί μία μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης και στον εφοδιασμό των υπεύθυνων των κλινικών και της διοίκησης των Νοσοκομείων με χρήσιμα στοιχεία, όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Ο στόχος της έρευνας αυτής ήταν η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής Νοσοκομειακής Φροντίδας, μίας θεωρίας για τη βελτίωσή του, και των τρόπων με τους οποίους οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό βελτιώσεων. Το δείγμα της έρευνας ήταν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκεσε τέσσερις εβδομάδες.

Σύμφωνα με τα συναχθέντα συμπεράσματα, η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο νοσοκομεία, είναι υψηλού βαθμού για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν και μέτριου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες (Παπανικολάου , Σιγάλας ,1994).

Οι Αντωνοπούλου, Καραμητρόπουλος, και Σοφιανός (1991), διεξήγαγαν μια εμπειρική μελέτη στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τομέα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με θέμα «Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών» Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε την ανοιχτή περίθαλψη και ειδικότερα τη ζήτηση περίθαλψης που παρέχεται από τα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των παθολογικών κλινικών του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Στόχος της έρευνας ήταν, αφενός να αξιολογηθεί η υπάρχουσα κατάσταση και αφ' εταίρου να διερευνηθούν οι προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία, σε ημέρες εφημερίας.

Για το σκοπό αυτό, διερευνήθηκαν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της πελατείας των εξωτερικών ιατρείων, οι αντιλήψεις των ατόμων για θέματα υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής των διάφορων κοινωνικών ομάδων, η επικοινωνία των ομάδων αυτών με το ιατρικό προσωπικό και η σχέση τους με το σύστημα υγείας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων. Το δείγμα ήταν 200 άτομα, τα οποία επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του παθολογικού τομέα, σε ημέρες εφημερίας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση της γνώμης των ασθενών, σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία, καθορίζεται από την επικοινωνία που είχαν με τους γιατρούς και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι που οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς λόγους, είναι δυσαρεστημένοι από τις προσφερθείσες υπηρεσίες..

Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι υπάρχει μια κατηγορία, νέων κυρίως, ανθρώπων, εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι είναι δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό. Τα συμπεράσματα της έρευνας βοηθούν στο να προταθούν τρόποι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία συνιστούν, στην ουσία, τον προνομιακό δεσμό του νοσοκομείου με το εξωτερικό περιβάλλον (Αντωνοπούλου, Καραμητρόπουλος, Σοφιανός, 1991).

Μια έρευνα έγινε με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας, το οποίο βρίσκεται στη βόρεια Ελλάδα, καθώς και τη διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή (Καμπάντα & Νιάκας 2003). Σε αυτήν χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση μετρήθηκε σε τρεις βασικές διαστάσεις, που περιελάμβαναν την υποδομή και τις διοικητικοδιαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες (κλινικό έργο) και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους.

Από τα 272 άτομα του δείγματος, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 250 (ποσοστό συμμετοχής 92%). Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών και, ακόμη περισσότερο, στο κλινικό έργο. Σε ό,τι αφορά το επίπεδο υγείας του ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο κέντρο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό ικανοποίησης υπάρχουν μόνο σε δύο μεταβλητές, τον τόπο διαμονής (οι διαμένοντες στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών (τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης). Επίσης, η ικανοποίηση από το κλινικό έργο δείχνει να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Οι ερευνητές αυτοί, προσθέτουν ακόμη ότι η εκτίμηση της γνώμης των χρηστών είναι δυνατή με τη χρήση τηλεφωνικής συνέντευξης, η οποία μπορεί να προσφέρει μια ποικιλία στοιχείων με χαμηλό κόστος. Ακόμη, ότι η μέθοδος αυτή είναι πιθανό να αποτελέσει έναν από τους παράγοντες αξιολόγησης, τόσο των διοικούντων, όσο και των επαγγελματιών του συστήματος υγείας (Καμπάντα, Νιάκας, 2003).

Ο σκοπός μιας άλλης ερευνητικής προσπάθειας που έγινε σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας ήταν να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (Νιάκας, Γαρδέλης, 2000). Ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με δημογραφικά-κοινωνικά στοιχεία, παραδιδόταν κατά την έξοδο ασθενών και επιστρεφόταν, από όσους το επιθυμούσαν συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου. Συγκεντρώθηκαν 300 πλήρη ερωτηματολόγια, ένα μέγεθος δείγματος ικανοποιητικό, αφού αντιπροσώπευε το 1% των νοσηλευθέντων ασθενών για ένα χρόνο.

Τα συμπεράσματα από την έρευνα αυτή δείχνουν ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι ικανοποιημένοι με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης (Νιάκας , Γαρδέλης , 2000).

Οι Κυριόπουλος, Γεωργούσης το 1994 πραγματοποίησαν μια έρευνα στα δημόσια νοσηλευτήρια της Αθήνας. Η έρευνα αποσκοπούσε στο να αναδείξει πλευρές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και ταυτόχρονα να συμβάλει στην ανάδειξη τέτοιων μετρήσεων ως χρήσιμων διαδικασιών καθημερινής χρήσης, ώστε με τις πληροφορίες που παρέχονται να παρακινούν τα διευθυντικά στελέχη για βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγιο, το οποίο λήφθηκε ταυτόχρονα σε τυχαίο δείγμα νοσοκομειακού πληθυσμού 583 ατόμων από 17 νοσηλευτήρια της επικράτειας. Το ερωτηματολόγιο 24 ερωτήσεων, ήταν ανώνυμο και κλειστού τύπου. Από την έρευνα συνάγεται ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφοροποιείται στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας και επίσης διαφοροποιούνται οι διάφορες συνιστώσες των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο.

Είναι αξιοσημείωτο ότι επιβεβαιώνονται εμπειρικές διαπιστώσεις σχετικά με το χαμηλό δείκτη ικανοποίησης σε βασικές νοσοκομειακές λειτουργίες, όπως κατάσταση θαλάμου, διατροφή, καθαριότητα, επικοινωνία, οργάνωση κ. τ. λ, ενώ ο δείκτης από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού (Κυριόπουλος ,Γεωργούση ,1994).

Τέλος οι Σουλιώτης, Δουλγεράς, Κοντός και Οικονόμου (2002) πραγματοποίησαν μια έρευνα με θέμα <<Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών >> που έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Σουλιώτης, Δουλγεράς, Κοντός, Οικονόμου, 2002).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ

Στην έρευνα πήραν μέρος ασθενείς και προσωπικό από όλα τα νοσοκομεία της Κρήτης.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ		
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΗΤΕΙΑ	15	5.5%
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	15	5.5%
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	31	11.4%
ΠΑΓΝΗ	70	25.6%
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	65	23.8%
ΡΕΘΥΜΝΟ	30	11,0%
ΧΑΝΙΑ	47	17.2%
ΣΥΝΟΛΟ	273	100,0%

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ		
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΗΤΕΙΑ	2	1,4%
ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ	7	5,0%
ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	7	5,0%
ΠΑΓΝΗ	61	43,6%
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	41	29,3%
ΡΕΘΥΜΝΟ	12	8,6%
ΧΑΝΙΑ	10	7,1%
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0%

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΗΛΙΚΙΑ

Στην έρευνα απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις 263 ασθενείς. Η ηλικία τους κυμαίνεται από 17 εως 90 ετών .Η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν 55.51 έτη με σταθερά απόκλιση 20.52.

Από 17 εως 30 ετών ήταν 42 ασθενείς ή το 18,8%

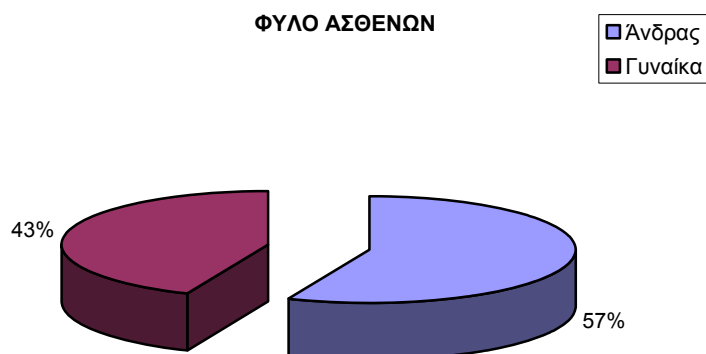
Από 31 εως 50 ετών ήταν 65 ασθενείς ή το 24,8%

Από 51 εως 70 ετών ήταν 75 ασθενείς ή το 27,1%

Από 71 εως 90 ετών ήταν 81 ασθενείς ή το 28,2%

ΦΥΛΟ

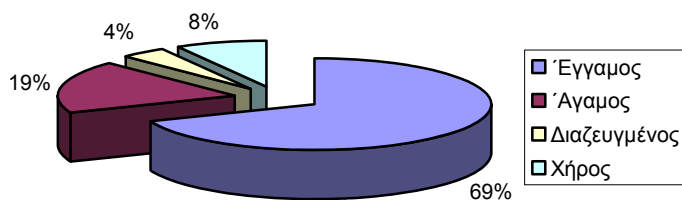
Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 152 (56.5%) ήταν άνδρες και οι 117 (43.5%) ήταν γυναίκες



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τους ασθενείς οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι(68.8%)

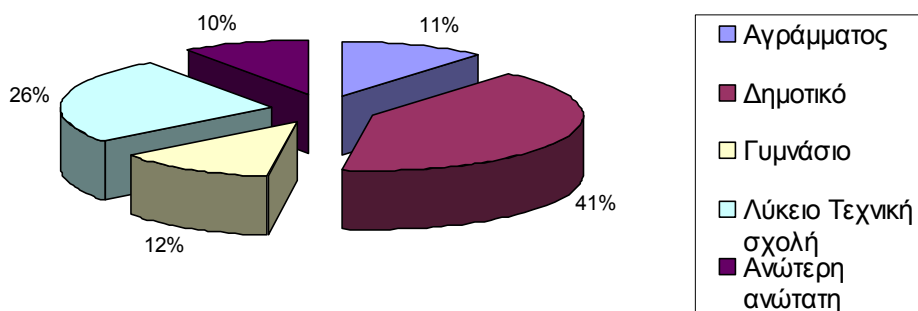
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Από τους ασθενείς που απάντησαν ένας στους δύο είχαν μόρφωση έως το δημοτικό.

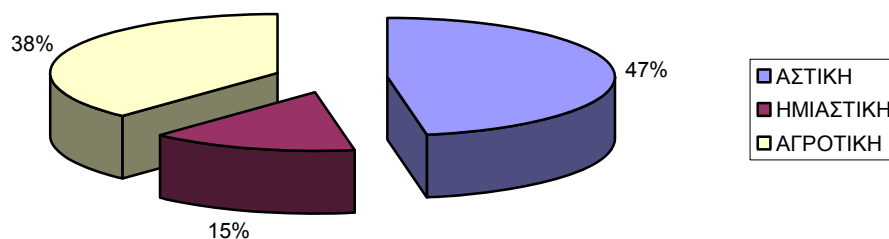
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

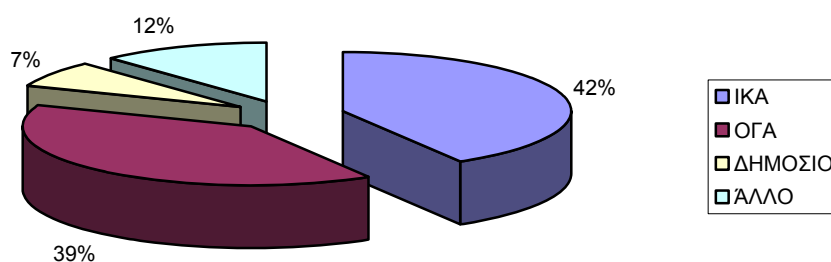
Από τις απαντήσεις των ασθενών φαίνεται πώς από αυτούς οι 125 ,κατοικούν σε αστικές περιοχές ,οι 39 κατοικούν σε ημιαστικές περιοχές και οι υπόλοιποι 101 σε αγροτικές περιοχές.

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

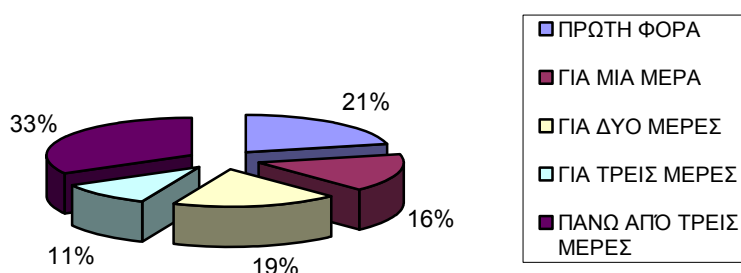


Από τα στοιχεία φαίνεται πως οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ(41,5%).

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΓΕΝΙΚΑ

Από τους ασθενείς πού απάντησαν ,φαίνεται πως οι 56 δεν είχαν ξανανοσηλευτεί σε νοσοκομείο(21,3%), οι 43 είχαν νοσηλευτεί για 1 ημέρα(16,3%),οι 49 είχαν νοσηλευτεί για 2 ημέρες (18,6%),οι 28,για 3 μέρες(10,6%) οι υπόλοιποι 87 ,είχαν νοσηλευτεί για περισσότερες από 3 ημέρες(33,1%).

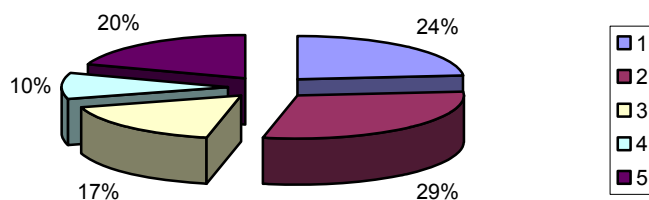
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΓΕΝΙΚΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Απάντησαν 262 ασθενείς από τους οποίους οι 62 ,δεν είχαν ξανανοσηλευτεί στο ίδιο νοσοκομείο(23,7%), οι 78 ,είχαν έρθει ξανά 1 φορά(29,8%), οι 45,για 2 φορές (17,2%), οι 25,για 3 φορές(9,5%)και οι 52 για περισσότερες από τρεις φορές (19,8%)

ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Εως μία εβδομάδα νοσηλεύτηκαν 182 ασθενείς (67,6%)

Εως δύο εβδομάδες νοσηλεύτηκαν 67 ασθενείς (24,8%)

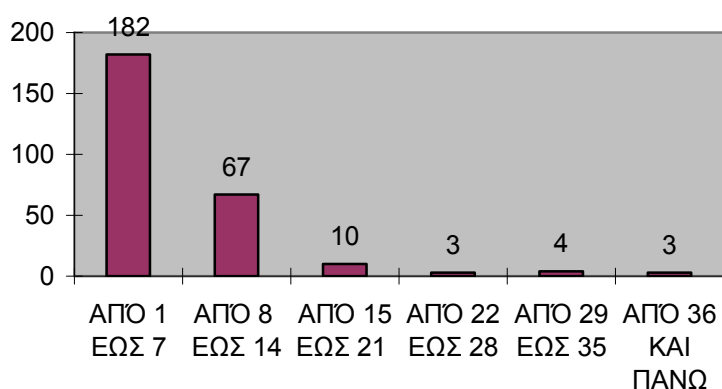
Εως τρεις εβδομάδες νοσηλεύτηκαν 10 ασθενείς (3,7%)

Εως τέσσερις εβδομάδες νοσηλεύτηκαν 3 ασθενείς(1,2%)

Εως πέντε εβδομάδες νοσηλεύτηκαν 4 ασθενείς (1,5%)

Από πέντε εβδομάδες και πάνω 3 ασθενείς (1,2%)

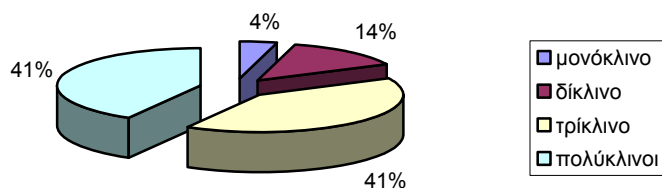
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΔΩΜΑΤΙΟ

Από τα στοιχεία φαίνεται πως σε μονόκλινο ήταν 11 ασθενείς (4,1%),σε δίκλινο 36 ασθενείς (13,5%),σε τρίκλινο 108 ασθενείς (40,6%),ενώ σε πολύκλινους θαλάμους ως και οκτώ ασθενών ήταν 111 ασθενείς (41,8%)

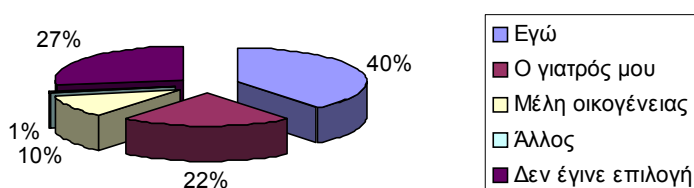
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΔΩΜΑΤΙΟ



ΠΟΙΟΣ ΔΙΑΛΕΞΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Από τις απαντήσεις φαίνεται πως από τους ασθενείς οι 105 διάλεξαν μόνοι τους το νοσοκομείο (39,3%),για τους 58 ,το επέλεξε ο γιατρός τους (21,7%),για τους 28,το επέλεξαν μέλη της οικογένειάς τους,(10,5%),για τους 3 ασθενείς επέλεξε κάποιος άλλος (1,1%),και για 73 ασθενείς δεν έγινε επιλογή(27,3%).

ΠΟΙΟΣ ΔΙΑΛΕΞΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



ΓΙΑΤΙ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι λόγοι για τους οποίους επέλεξαν οι ασθενείς το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι:

Λόγω τοποθεσίας ,118 ασθενείς (44%)

Λόγω προηγούμενης εμπειρίας ,22 ασθενείς (8,2%)

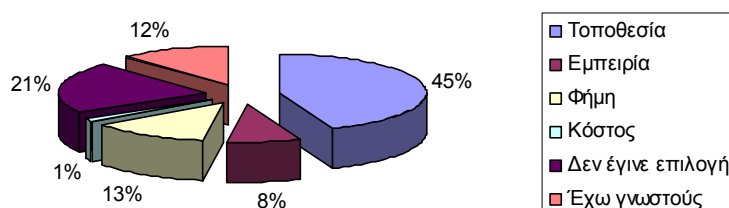
Λόγω φήμης του νοσοκομείου,35 ασθενείς (13,1%)

Λόγω κόστους,3 ασθενείς (1,1%)

Λόγω γνωστών στο νοσοκομείο,33 ασθενείς (12,3%)

Δεν έγινε επιλογή για 57 ασθενείς (21,3%)

ΓΙΑΤΙ ΕΠΙΛΕΧΘΗΚΕ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η μέση τιμή της απάντησης σε αυτή την ερώτηση από 1 έως 4 ήταν 2.79.

Οι ασθενείς για την κατάστασή τους δήλωσαν τα εξής:

Καθόλου σοβαρή ,14 ασθενείς (5,5%)

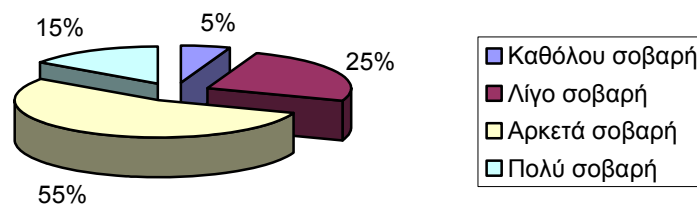
Λίγο σοβαρή,64 ασθενείς (25%)

Αρκετά σοβαρή , 139 ασθενείς (54,3%)

Πολύ σοβαρή , 39 ασθενείς (15,2%)

Το 30,5% θεωρεί ότι η ασθένειά του δεν είναι σοβαρή.

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ



ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

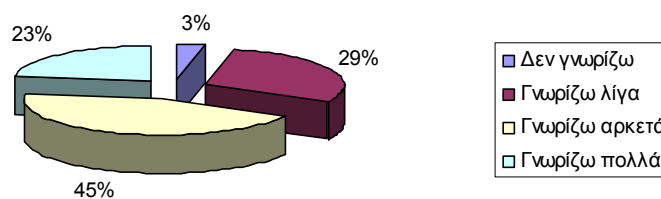
Η μέση τιμή της απάντησης σε αυτή την ερώτηση από 1 έως 4 ήταν 2.86.

Οι ασθενείς δήλωσαν ότι γνωρίζουν για την ασθένεια τους τα εξής:

Δεν γνωρίζω,9 ασθενείς (3,4%), Γνωρίζω λίγα,78 ασθενείς (29,3%)

Γνωρίζω αρκετά,119 ασθενείς (44,7%), Γνωρίζω πολλά,60 ασθενείς (22,6%)

ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ



ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η μέση τιμή της απάντησης σε αυτή την ερώτηση από 1 έως 4 ήταν 1.81.

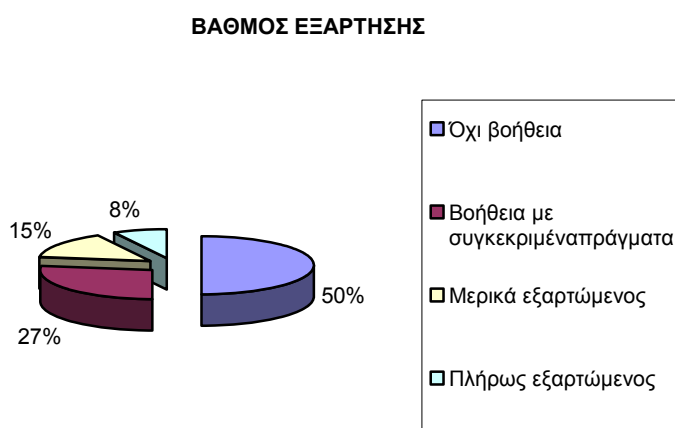
Για το βαθμό εξάρτησής τους ,οι ασθενείς δήλωσαν ως εξής:

Δεν χρειάζονται βοήθεια,134 ασθενείς (50%)

Βοήθεια με συγκεκριμένα πράγματα,73 ασθενείς (27,2%)

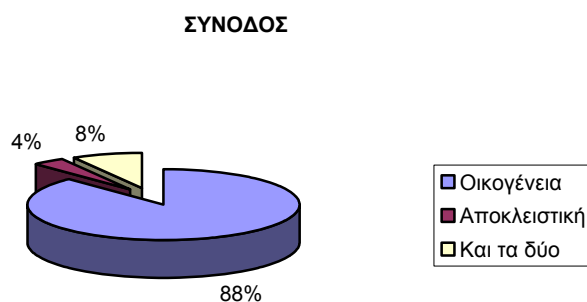
Μερικά εξαρτώμενοι,40 ασθενείς (14,9%)

Πλήρως εξαρτώμενοι,21 ασθενείς (7,8%)



ΣΥΝΟΔΟΣ

Από τους ασθενείς που απάντησαν φαίνεται πως μόνο το 12.1% ή 31 ασθενείς είχαν αποκλειστική νοσοκόμα



ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΗΛΙΚΙΑ

Στην έρευνα απάντησαν 134 νοσηλευτές ,από τους οποίους οι 22 ήταν από 21 εως 30 ετών (16,7%),οι 66 ήταν από 31 εως 40 ετών (49,1%) και οι υπόλοιποι 45 ήταν από 41 εως 55 ετών (34,1%).Η μέση τιμή της ηλικίας του προσωπικού ήταν 38,31 χρόνια.



ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

ΤΕ-ΠΕ 72 νοσηλευτές (53,7%)

ΔΕ 62 νοσηλευτές (46,3%)

ΦΥΛΟ

Από τους νοσηλευτές της έρευνας οι 22 (16,8%) ήταν άνδρες και οι 109 (83,2%) γυναίκες



ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η προϋπηρεσία των νοσηλευτών της έρευνας είναι η εξής

ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟ 1 ΕΩΣ 5 ΕΤΗ	21	16.3%
ΑΠΟ 6 ΕΩΣ 10 ΕΤΗ	27	21%
ΑΠΟ 11 ΕΩΣ 15 ΕΤΗ	27	21%
ΑΠΟ 16 ΕΩΣ 20 ΕΤΗ	30	23.3%
ΑΠΟ 21 ΕΩΣ 25 ΕΤΗ	20	15.6%
ΑΠΟ 26 ΕΩΣ 30 ΕΤΗ	4	3.2%

Η μέση τιμή της προϋπηρεσίας του προσωπικού είναι 13.7 χρόνια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

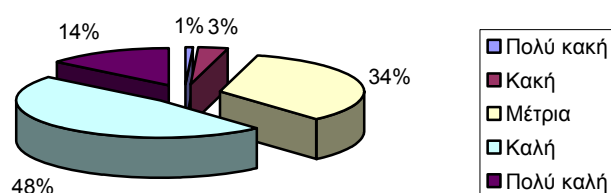
Για την αποτελεσματικότητα των Ελληνικών νοσοκομείων οι ασθενείς που απάντησαν θεωρούν τα εξής:

Πολύ κακή ,2 ασθενείς (0,7%), Κακή ,9 ασθενείς (3,4%)

Μέτρια, 92 ασθενείς (34,3%), Καλή ,127 ασθενείς (47,4%)

Πολύ καλή, 38 ασθενείς (14,2%)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ



Η μέση τιμή των απαντήσεων από 1(Πολύ κακή) έως 5 (πολύ καλή) στην ερώτηση αυτή είναι 3.94.

Οι απαντήσεις του προσωπικού έχουν ως εξής:

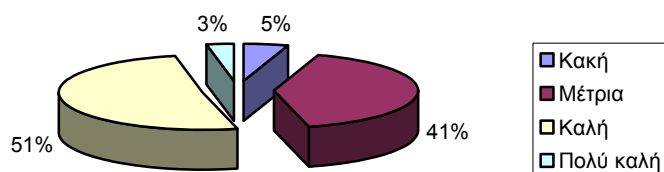
Πολύ κακή , κανένας νοσηλευτής, Κακή ,7 νοσηλευτές (5,1%)

Μέτρια ,56 νοσηλευτές (40,9 %), Καλή ,70 νοσηλευτές (51,1%)

Πολύ καλή ,4 νοσηλευτές (2,9 %)

Η μέση τιμή των απαντήσεων από 1 (Πολύ κακή)εως 5 (πολύ καλή) στην ερώτηση αυτή είναι 3.74.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



Α) ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

ΕΡΩΤΗΣΗ	N	ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ Ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΑ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Εξυπηρέτηση περιποίησης	269	11.2%	88.8%	3,80	1,13
Νοσηλεία επιδεξιότητα	269	4.7%	95.3%	4,20	0,94
Νοσηλεία συνέπεια	269	5.5%	94.5%	4,30	0,92
Ανακούφιση πόνου ταχύτητα	267	7.1%	92.9%	4,10	1,00
Ανακούφιση πόνου μέτρα	264	9.8%	90.2%	4,00	1,11
Πληροφόρηση προσανατολισμός	266	38%	62.1%	3,00	1,40
Πληροφόρηση εξετάσεις	266	27.5%	72.5%	3,30	1,42
Πληροφόρηση θεραπεία	265	29.8%	70.2%	3,30	1,44
Γενικές οδηγίες	265	33.6%	66.4%	3,10	1,43
Ενημέρωση συγγενών	267	29.9%	70.1%	3,20	1,37
Εκπαίδευση	266	32.3%	67.7%	3,10	1,36
Παρακολούθηση	265	20%	80%	3,50	1,14
Ανταπόκριση ταχύτητα	268	7.8%	92.2%	4,00	1,02
Ικανοποίηση αναγκών	269	10%	90%	3,90	1,06
Διαθέσιμος χρόνος	266	27.1%	72.9%	3,30	1,22
Συνέχεια	263	1.9%	98.1%	4,30	0,81
Ξεκούραση θόρυβος	264	21.2%	79.8%	3,60	1,31
Ξεκούραση πρωινή έγερση	262	18.7%	81.3%	3,70	1,27
Καθαριότητα δωματίου	268	6.4%	93.6%	4,10	0,95

Καθαριότητα τουαλέτα	264	4.6%	93.4%	3,80	1,08
Καθαριότητα κοινόχρηστοι	264	5.7%	94.3%	4,00	0,94
Φαγητό ποσότητα	266	8.7%	91.3%	4,10	1,01
Φαγητό ποιότητα	266	5.4%	94.6%	3,60	1,13
Φαγητό τρόπος μαγειρέματος	265	14.7%	85.3%	3,60	1,08
Φαγητό ποικιλία	265	19.2%	80.8%	3,50	1,10
Φαγητό θερμοκρασία	265	12.8%	87.2%	3,80	1,04
Φαγητό σερβίρισμα	265	10%	90%	3,90	1,00
Ευγένεια	267	2.3%	97.7%	4,30	0,79
Σεβασμός	268	3.7%	96.3%	4,20	0,88
Ενδιαφέρον Επικοινωνία	268	24.2%	75.8%	3,40	1,34
Προσωπικές προτιμήσεις	265	25.3%	74.7%	3,40	1,27
Αποτελεσματικότητα συνολικά	267	7.8%	92.2%	3,90	0,96
Πρόθεση για νοσηλεία στο ίδιο τμήμα	267	4.4%	95.6%	4,00	1,02
Πρόθεση σύστασης	267	4.8%	95.2%	3,90	1,02

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι από την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και από την ταχύτητα του στην ανακούφιση του πόνου (MT>4). Επίσης τις ίδιες τιμές δίνουν και για ταχύτητα ανταπόκρισης, τη συνέχεια του νοσηλευτικού έργου, το σεβασμό και την ευγένεια του προσωπικού με τιμή (M.T=4.30). Επίσης ικανοποιημένοι φαίνονται όσον αφορά την καθαριότητα και το φαγητό.

Η δυσαρέσκεια των ασθενών φαίνεται στην ομάδα των ερωτήσεων που αφορά την πληροφόρησή τους, με μικρότερη τιμή (M.T=3,0) στην ερώτηση για τον προσανατολισμό. Επίσης χαμηλές τιμές έχουμε στις ερωτήσεις για την ενημέρωση των ασθενών (M.T=3,20), εκπαίδευση (M.T=3,10), διαθέσιμος χρόνος (M.T=3,30), ενδιαφέρον και επικοινωνία (M.T=3,40), προσωπικές προτιμήσεις (M.T=3,40). Στις παραπάνω ερωτήσεις ένα ποσοστό ασθενών από 25% έως 38% φαίνεται δυσαρεστημένο.

Β) ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι απαντήσεις του προσωπικού στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ Ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΑ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Εξυπηρέτηση περιποίηση	139	10.1%	89.9%	3,8	0,92
Νοσηλεία επιδεξιότητα	138	0%	100%	4,4	0,65
Νοσηλεία συνέπεια	134	1.5%	98.5%	4,2	0,77
Ανακούφιση πόνου ταχύτητα	137	2.2%	97.8%	4,3	0,70
Ανακούφιση πόνου μέτρα	134	0.7%	99.3%	4,2	0,76
Πληροφόρηση προσανατολισμός	139	29.5%	70.5%	3,3	1,09
Πληροφόρηση εξετάσεις	136	16.2%	83.8%	3,6	1,04
Πληροφόρηση θεραπεία	135	20%	80%	3,6	1,19
Γενικές οδηγίες	136	16.9%	83.1%	3,4	0,99
Ενημέρωση συγγενών	137	14.7%	85.3%	3,0	1,11
Εκπαίδευση	139	28.7%	71.3%	3,4	1,03
Παρακολούθηση	140	4.3%	93.7%	3,8	0,88
Ανταπόκριση ταχύτητα	138	4.4%	95.6%	4,0	0,90
Ανταπόκριση ικανοποίηση αναγκών	136	6.6%	94.4%	3,9	0,87

Διαθέσιμος χρόνος	136	17.6%	82.4%	3,4	0,92
Συνέχεια	136	1.5%	98.5%	4,3	0,73
Ξεκούραση θόρυβος	133	18.1%	79.8%	3,5	1,12
Ξεκούραση πρωινή έγερση	123	17.9%	82.1%	3,4	0,98
Καθαριότητα δωματίου	135	8.9%	91.1%	3,8	0,91
Καθαριότητα τουαλέτα	131	18.3%	81.7%	3,5	1,04
Καθαριότητα κοινόχρηστοι	133	14.3%	85.7%	3,7	1,01
Φαγητό ποσότητα	132	21.2%	78.8%	3,3	1,05
Φαγητό ποιότητα	133	26.4%	73.6%	3,0	1,05
Φαγητό τρόπος μαγειρέματος	134	23.2%	76.8%	3,2	1,06
Φαγητό ποικιλία	133	35.4%	64.6%	<u>2,9</u>	1,08
Φαγητό θερμοκρασία	131	24.4%	76.6%	3,3	1,05
Φαγητό σερβίρισμα	133	19.6%	80.4%	3,4	1,05
Ευγένεια	137	5.1%	54.9%	4,3	0,89
Σεβασμός	137	4.3%	95.7%	4,2	0,87
Ενδιαφέρον Επικοινωνία	138	16.7%	83.3%	3,4	1,09
Προσωπικές προτιμήσεις	138	33.3%	66.7%	3,1	1,08
Αποτελεσματικότητα συνολικά	137	5.8%	94.2%	3,7	0,85

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πως οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι από την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού καθώς και από την ταχύτητα και τα μέτρα που παίρνει αυτό για την ανακούφιση του πόνου. Επίσης πως το προσωπικό εμφανίζει συνέχεια στις νοσηλευτικές διαδικασίες και είναι ευγενικό και σέβεται τους ασθενείς (Μ.Τ.=4,30).

Από τον πίνακα επίσης φαίνεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τον προσανατολισμό τους κατά την εισαγωγή τους, την ενημέρωση των συγγενών (Μ.Τ.=3,0) και την εκπαίδευσή τους. Επίσης θεωρεί πως δεν ικανοποιούνται οι προσωπικές προτιμήσεις των ασθενών (Μ.Τ.=3.1). Μεγαλύτερος βαθμός δυσαρέσκειας φαίνεται στις ερωτήσεις για το φαγητό, όπου και έχουμε τη μικρότερη τιμή (Μ.Τ=2,9).

Στις παραπάνω ερωτήσεις φαίνεται ότι ένα ποσοστό από 15% έως 35% είναι δυσαρεστημένο από τη νοσηλευτική φροντίδα στους παραπάνω τομείς.

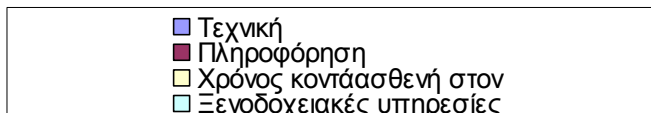
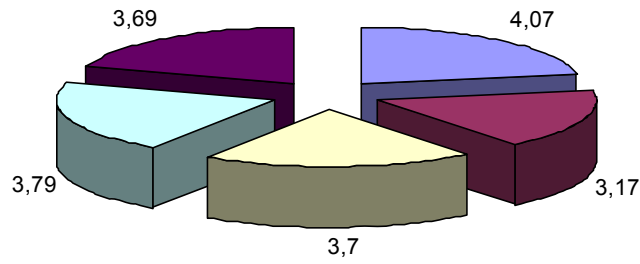
Γ) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται η σύγκριση των απαντήσεων των ασθενών και του προσωπικού ανά ομάδα ερωτήσεων:

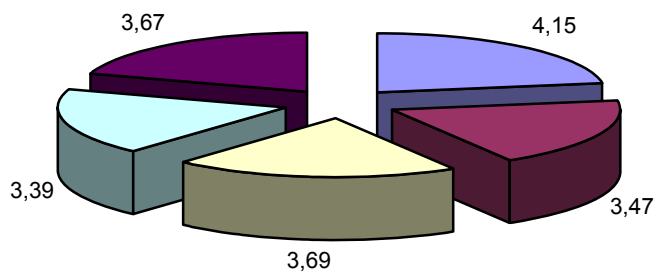
ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ		
	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	P
Τεχνική	Ασθενής	4,07	0,272
	Προσωπικό	4,15	0,223
Πληροφόρηση	Ασθενής	3,17	0,012
	Προσωπικό	3,47	0,005
Χρόνος κοντά στον ασθενή	Ασθενής	3,70	0,889
	Προσωπικό	3,69	0,878
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	Ασθενής	3,79	0,000
	Προσωπικό	3,39	0,000
Συνολική ικανοποίηση	Ασθενής	3,69	0,889
	Προσωπικό	3,67	0,876

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως δεν φαίνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των νοσηλευτών και των ασθενών για την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Ειδικά στις ομάδες ερωτήσεων που αφορούν την τεχνική και το χρόνο κοντά στον ασθενή δεν έχουμε διαφορά ,ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά έχουμε στις κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν την πληροφόρηση και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ



ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



Δ) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΨΕΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται η σύγκριση των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς και το προσωπικό:

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	P
	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		
Εξυπηρέτηση περιποίηση	3,81	3,76	0,621
Νοσηλεία επιδεξιότητα	4,19	4,38	0,017
Νοσηλεία συνέπεια	4,29	4,25	0,615
Ανακούφιση πόνου ταχύτητα	4,13	4,31	0,056
Ανακούφιση πόνου μέτρα	3,99	4,22	0,015
Πληροφόρηση προσανατολισμός	2,95	3,32	0,006
Πληροφόρηση εξετάσεις	3,35	3,60	0,040
Πληροφόρηση θεραπεία	3,29	3,64	0,012
Γενικές οδηγίες	3,12	3,46	0,005
Ενημέρωση συγγενών	3,19	3,32	0,321
Εκπαίδευση	3,15	3,47	0,008
Παρακολούθηση	3,49	3,84	0,001
Ανταπόκριση ταχύτητα	4,01	4,00	0,910
Ανταπόκριση ικανοποίηση αναγκών	3,86	3,95	0,385
Διαθέσιμος χρόνος	3,34	3,39	0,664
Συνέχεια	4,29	4,35	0,483
Ξεκούραση θόρυβος	3,59	3,47	0,341

Ξεκούραση πρωινή έγερση	3,66	3,36	0,011
Καθαριότητα δωματίου	4,11	3,78	0,001
Καθαριότητα τουαλέτα	3,83	3,49	0,002
Καθαριότητα κοινόχρηστοι	4,04	3,68	0,001
Φαγητό ποσότητα	4,09	3,37	0,000
Φαγητό ποιότητα	3,56	3,23	0,004
Φαγητό τρόπος μαγειρέματος	3,63	3,25	0,001
Φαγητό ποικιλία	3,51	2,89	0,000
Φαγητό θερμοκρασία	3,85	3,27	0,000
Φαγητό σερβίρισμα	3,93	3,39	0,000
Ευγένεια	4,3	4,27	0,743
Σεβασμός	4,25	4,21	0,679
Ενδιαφέρον Επικοινωνία	3,43	3,41	0,875
Προσωπικές προτιμήσεις	3,43	3,07	0,003
Αποτελεσματικότητα συνολικά	3,94	3,74	0,035

Ε) ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται η συσχέτιση των απαντήσεων των ασθενών και του προσωπικού ως προς το φύλο ανά ομάδα ερωτήσεων:

Ασθενής			
	Φύλο	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	P
Τεχνική	Άνδρας	4,07	0,96
	Γυναίκα	4,06	0,96
Πληροφόρηση	Άνδρας	3,24	0,24
	Γυναίκα	3,07	0,25
Χρόνος κοντά στον ασθενή	Άνδρας	3,78	0,10
	Γυναίκα	3,60	0,11
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	Άνδρας	3,83	0,40
	Γυναίκα	3,75	0,41
Συνολική ικανοποίηση	Άνδρας	3,73	0,26
	Γυναίκα	3,62	0,27

Προσωπικό			
Τεχνική	Άνδρας	3,96	0,09
	Γυναίκα	4,18	0,13
Πληροφόρηση	Άνδρας	3,41	0,70
	Γυναίκα	3,49	0,70
Χρόνος κοντά στον ασθενή	Άνδρας	3,4	0,04
	Γυναίκα	3,75	0,05
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	Άνδρας	3,33	0,68
	Γυναίκα	3,39	0,63
Συνολική ικανοποίηση	Άνδρας	3,5	0,18
	Γυναίκα	3,71	0,19

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών ανά κατηγορία ερωτήσεων όσον αφορά το φύλο τους (άνδρες-γυναίκες), παρά μόνο στην κατηγορία <<χρόνος κοντά στον ασθενή >> όπου το $p=0.04$ για τους άντρες νοσηλευτές και $p=0.05$ για τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Δηλαδή οι νοσηλευτές συνολικά θεωρούν πως οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι σε αυτή την ομάδα ερωτήσεων.

Ζ) ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Στους παρακάτω πίνακες γίνεται συσχέτιση των απαντήσεων του προσωπικού και των ασθενών ανά κατηγορία ερωτήσεων ως προς το μορφωτικό επίπεδο:

Κατηγορίες ερωτήσεων	Προσωπικό		
	Κατηγορία προσωπικού	Μέση τιμή	P
Τεχνική	ΤΕ ΠΕ	4,13	0,83
	ΔΕ	4,15	0,83
Πληροφόρηση	ΤΕ ΠΕ	3,45	0,86
	ΔΕ	3,48	0,86
Χρόνος κοντά στον ασθενή	ΤΕ ΠΕ	3,67	0,82
	ΔΕ	3,69	0,82
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	ΤΕ ΠΕ	3,36	0,80
	ΔΕ	3,39	0,80
Συνολική ικανοποίηση	ΤΕ ΠΕ	3,66	0,78
	ΔΕ	3,68	0,78

Κατηγορίες ερωτήσεων	ΑΣΘΕΝΕΙΣ		
	Κατηγορία εκπαίδευσης	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	P
Τεχνική	Έως δημοτικό	4,08	0,88
	Γυμνάσιο και πάνω	4,07	0,88
Πληροφόρηση	Έως δημοτικό	3,21	0,65
	Γυμνάσιο και πάνω	3,14	0,65
Χρόνος κοντά στον ασθενή	Έως δημοτικό	3,68	0,54
	Γυμνάσιο και πάνω	3,75	0,54
Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	Έως δημοτικό	3,89	0,06
	Γυμνάσιο και πάνω	3,71	0,06
Συνολική ικανοποίηση	Έως δημοτικό	3,72	0,63
	Γυμνάσιο και πάνω	3,67	0,63

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών που να σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο($p>0.05$).

Από την επεξεργασία των στοιχείων με το δείκτη Pearson προκύπτει πως έχουμε μικρού βαθμού θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ικανοποίησης του ασθενή, καθώς και προϋπηρεσίας του προσωπικού και ικανοποίησης των ασθενών.

Η) CRONBACH'S ALPHA ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

1) ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Κατηγορία	Cronbach's Alpha	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Ασθενής	0,922	7
Προσωπικό	0,860	7

2) ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Κατηγορία	Cronbach's Alpha	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Ασθενής	0,921	6
Προσωπικό	0,906	6

3) ΧΡΟΝΟΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Κατηγορία	Cronbach's Alpha	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Ασθενής	0,912	6
Προσωπικό	0,825	6

4)ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Κατηγορία	Cronbach's Alpha	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
Ασθενής	0,914	11
Προσωπικό	0,899	11

Από τους παραπάνω πίνακες φαίνεται πως ο δείκτης **Cronbach's Alpha** είναι περίπου στο 9, που μας δείχνει πως οι αξιολογήσεις αξιοπιστίας και εγκυρότητας του εργαλείου μέτρησης ήταν πολύ θετικές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Α. Οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνονται ικανοποιημένοι από τα επίπεδα της νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία της Κρήτης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία της Κρήτης βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Αυτό είναι το συμπέρασμα τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τον Avedis Donabedian, διακρίνεται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του ασθενή.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, στη συμπεριφορά τους, δηλαδή, απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Το τρίτο μέρος, αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Σύμφωνα με την Risser (1975), η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. Η υψηλή θέση που καταλαμβάνει, η ικανοποίηση από την τεχνική πλευρά της νοσηλείας μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη μεγάλη έμφαση που δίνει το σύστημα εργασίας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας. Είναι όμως δυνατό να αποδοθεί στην έλλειψη ειδικών γνώσεων ή και στον φόβο των ασθενών λόγω της εξάρτησής τους από το προσωπικό.

Ο Vuori (1987) διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι: (α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, (β) οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, (γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τί γίνεται, (δ) οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, και (ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Β. Όσον αφορά τη σύγκριση των απόψεων των ασθενών και των νοσηλευτών δεν φαίνεται διαφορά μεταξύ τους για την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα .

Παραδοσιακά, οι λειτουργοί υγείας καθόριζαν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να ικανοποιηθούν (ΟΤΑ 1988). Ένας λόγος για τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν ή έχουν δείξει απροθυμία στο να ρωτούν τους ασθενείς τι σκέφτονται για την ποιότητα της φροντίδας, αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο τον εξωτερικό έλεγχο, είναι ότι το χαρακτηριστικό κλειδί ενός επαγγέλματος είναι ο εσωτερικός έλεγχος πάνω στο τι θεωρείται ποιοτικά αποδεκτή επαγγελματική συμπεριφορά (Vuori 1982)

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων (Ciske 1974). Αυτή η δυσκολία είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Pearson et al 1989). Μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό (Rice et al 1963, Strasen 1988), ενώ άλλες, ότι το προσωπικό βαθμολογεί την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Abdellah & Levine 1957c, Pascoe & Attkison 1983).

Γ. Το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών και των νοσηλευτών δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα.

Είναι ευρέως διαδεδομένο, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από διάφορες παράγοντες όπως, η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ιδιαίτερα η ηλικία. Μετανάλυση δημοσιεύσεων πριν το 1989, των Hall & Dornan, κατέληξαν ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά είναι τα καλύτερα δευτερεύοντα προγνωστικά στοιχεία για την ικανοποίηση. Η εθνικότητα είναι ίσως, ένα από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά. Οι δυσκολίες στη γλώσσα από έρευνες τις δεκαετίες '70-80 ορίστηκε ως πρόβλημα κλειδί με το υγειονομικό προσωπικό. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς επηρέαζε ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών (Sitzia 1997). Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά από λάθη (bias) που κάνουν την ικανοποίηση, ως εργαλείο ακόμη πιο περίπλοκη. Συχνά, απαντούν στο ερευνητή αυτόν που νομίζουν ότι θα είναι πιο αποδεκτό από εκείνον να ακούσει (social desirability response bias), θέλουν να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή ιδιαίτερα, αν προσβλέπουν με κάποιο τρόπο ότι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από υπηρεσίες υγείας (ingratiating response bias, self-interest bias) (Sitzia 1997).

Ο R. Fitzpatrick αναφέρει ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Δ. Από την έρευνα προκύπτει πως αρνητική επίδραση στην ικανοποίηση του ασθενή έχουμε στον τομέα της ενημέρωσης –πληροφόρησης και από το χρόνο που διατίθεται κοντά στον ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό .

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας αφορούν: α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον

άρρωστο και β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων επαγγελματία υγείας – αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει.

Ε. Το ερωτηματολόγιο αποδείχτηκε αξιόπιστο εργαλείο (Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0.9).

Η κατασκευή εργαλείων μέτρησης είναι μια διαδικασία χωρίς τέλος και η αξιολόγηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας δεν αφορά το ίδιο το εργαλείο μέτρησης αλλά τη χρήση του (Nunnally & Bernstein 1994). Οι αξιολογήσεις αξιοπιστίας και εγκυρότητας του εργαλείου μέτρησης ήταν πολύ θετικές. Όμως, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια αφηρημένη έννοια που δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Δεδομένης της αδυναμίας των λέξεων να ορίσουν μια αφηρημένη έννοια που έχει διαφορετικό νόημα για τον καθένα, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί απόλυτα ότι ένα σύνολο ερωτήσεων μετρούν την έννοια αυτή. Για αυτό, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι θέμα βαθμού και απαιτείται συνεχής αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του προτεινόμενου εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών (Nunnally & Bernstein 1994).

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Αναφέροντας τα γενικά συμπεράσματα των ερευνών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης βλέπουμε ότι δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη από τους νοσηλευτές και από τους ασθενείς σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα από ηλικία και φύλο των ασθενών (Al-Kandari, Ogundeyin, 1998). Επίσης προκύπτει ότι χρειάζονται περαιτέρω μελέτες, προκειμένου να επιβεβαιωθεί πως μετά το όριο των 65 χρόνων ηλικίας των ασθενών, η ικανοποίηση από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης μειώνονται (Moret, Nguyen, Volteau Falissard, Gasquet, 2007).

Όσον αφορά τον τομέα της πληροφόρησης , βλέπουμε πως η εκτίμηση σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τη σημαντικότητα για τους χειρουργικούς ασθενείς διαφέρουν από μελέτη σε μελέτη. Οι εγχειρισμένοι ασθενείς έχουν ειδικές ανάγκες επιμόρφωσης κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι στους ασθενείς δεν είχαν δοθεί οι πληροφορίες που τους χρειάζονται και πως πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών των ατομικών αναγκών. (Riitta Suhonen και Helena Leino-Kilpi, 2004).Επίσης βρέθηκε ότι αν και το ποσό των νοσηλευτικών πληροφοριών που δόθηκαν στους ασθενείς να είναι σημαντικός παράγοντας για την άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς, οι παρεχόμενες πληροφορίες έγιναν αντιληπτές από την πλειοψηφία των ασθενών ως ανεπαρκείς (Alasad και Ahmad ,2004).

Από τις έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα προκύπτει πως οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες για την ικανοποίησή τους ,την πληροφόρηση, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Οι ασθενείς όμως του δείγματος εξέφρασαν αρκετή δυσαρέσκεια για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Παράλληλα, οι προσδοκίες τους ήταν ιδιαίτερα χαμηλές, για την πληροφόρηση, την εξυπηρέτηση και το φαγητό.(Μερκούρης , 1996). Επίσης φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλού βαθμού για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν και μέτριου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.(Παπανικολάου , Σιγάλας , 1994),και ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Σουλιώτης , Δουλγεράς , Κοντός και Οικονόμου , 2002).

Από τα παραπάνω φαίνεται πως τα ευρήματα της έρευνας μας συμφωνούν με τα ευρήματα των άλλων ερευνών που αναφέρονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και τις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση, την εκπαίδευση και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (εξυπηρέτηση με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, χρόνο για ξεκούραση, θόρυβο, φαγητό).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα της έρευνας και τη μελέτη της βιβλιογραφίας θεωρούμε πως:

1) Πρέπει να καθιερωθεί σε όλο το σύστημα υγείας η αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών.

2) Είναι ηθικά και νομικά απαράδεκτη η καταπάτηση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Η εγκαθίδρυση μιας νέας αντίληψης στην διαδικασία της φροντίδας υγείας, προϋποθέτει την αντιμετώπιση του ασθενή ως ισότιμου «συνεργάτη» στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας το δικαίωμά του να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του βοηθώντας τον και ενημερώνοντας τον για τους ποικίλους τρόπους προαγωγής της υγείας του, αφού πρώτα έχει κατανοήσει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του.

3) Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι όμως ανάγκη, οι νοσηλευτές να αναπτύξουν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Θα δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα συνεχούς μελλοντικής αξιολόγησης και βελτίωσής τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

4) Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ο άρρωστος γιατί αποτελεί, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα.

Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, πιθανόν, να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του.

Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτική διαδικασία.

5) Πρέπει να γίνει αλλαγή του μοντέλου θεώρησης και προσέγγισης του αρρώστου από το βιοιατρικό πρότυπο στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο. Κατά το βιοϊατρικό πρότυπο ως αρρώστια αξιολογείται μόνο ότι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις του ασθενούς για την πάθηση του παρουσιάζουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τον ιατρό που προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή.

Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επισκόπηση της βιβλιογραφίας μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, τα αποτελέσματα των ερευνών, έδειξαν ένα μέτριο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό προκύπτει, τόσο από την ξενοδοχειακή περίθαλψη, όσο και από τις σχέσεις των ασθενών με το προσωπικό και το βαθμό πληροφόρησης τους από αυτό .

Επιπλέον, συναντάμε μια έντονη προτροπή προς τις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων, να εκσυγχρονίσουν τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των νοσοκομείων με την εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών μεθόδων, γεγονός το οποίο θα επιδράσει θετικά στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και στην ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι καθοριστικός. Η καταγραφή, μέτρηση και αξιολόγηση δεικτών ποιότητας σε συνεχή βάση αποτελούν βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής πρακτικής και της νοσηλευτικής παρέμβασης. Η επιστημονική κατάρτιση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με εργαλεία καταγραφής ποιότητας περίθαλψης είναι απαραίτητα στοιχεία για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της υψηλής ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Σημαντικός επίσης είναι ο σχεδιασμός περαιτέρω ερευνητικών μελετών με στόχο την παροχή άριστης ποιοτικά νοσηλευτικής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Τόμος Δ), «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές».

Αναγνωστόπουλος Φ. , Παπαδάτου Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.178- 179, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

Αναγνωστόπουλος Φ. , Παπαδάτου Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.177-178, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

Αντωνοπούλου Λ., Καραμητρόπουλος Δ., και Σοφιανός Ε., «Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών», Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1991, σ.50-53.

Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητοπούλου, Δ., & Σοφιανός, Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, 50, 370-374.

Brown Eli M., «Η επίλυση προβλημάτων ως μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας στην αναισθησιολογία», Θέματα αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, τεύχος 12, τόμος 6, Μάρτιος 1996, σ.87-91.

Δημητριάδου, Α. et al. (1991). Απόψεις των νοσηλευόμενων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία. Πρακτικά, 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 14-16 Μαΐου, 1991 στην Αθήνα, 71-87.

Θεοφανόπουλος, Π. (1994). Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία, και η ελληνική κατάσταση. Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ.31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ερευνητική Εργασία (Original Paper), 2003.

Καραγιάννη Β., «Η ποιότητα του λειτουργικού κύκλου διανομής φαρμάκου στα ελληνικά νοσοκομεία». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας».

Κόμπολη Μ., Καρύδης Α., Χατζηγεύχος Γεωργίου Δ., Πανής Β., Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2004, Ερευνητική Εργασία (Original Paper).

Κυριόπουλος Γ. και συν., «Έρευνα της ΕΣΔΥ για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας», εφημερίδα Ημερησία.

Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 22, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

Κούτρα Κλειώ (Ηράκλειο 2005) μεταπτυχιακή εργασία Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας από μετανάστριες μητέρες σε ένα Δήμο της Κρήτης

Κασωτάκη Κλαίρη (Ηράκλειο 2004) πτυχιακή εργασία: η ικανοποίηση των χρηστών / νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του Πα.Γ.Ν.Η.

Κρητικός Ανδρέας (Ιωάννινα 2005) διπλωματική εργασία η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας - μια θεωρητική προσέγγιση www.econ.uoi.gr/metaptixiakes_spudes

Καπανίδης, Ν. (1991). Ο φόβος του νοσοκομείου. Επιθεώρηση Υγείας, 59, 315

Καραγιάννη, Β. (1994). Η ποιότητα του λειτουργικού κύκλου διανομής φαρμάκου στα ελληνικά νοσοκομεία: συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ δύο διαφορετικών συστημάτων. Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 161-172. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Κατοστάρας, Φ. (1994). Νοσηλευτικό δυναμικό στην Ελλάδα. Εθνική Συνάντηση Εργασίας με θέμα Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα, εξελίξεις και προοπτικές, 12-13 Μαΐου, Θεσσαλονίκη (σελ.41).

Κυριόπουλος, Ι., Δράκου, Ι., Κτενάς, Ε., & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 44, 300-306, 320.

Κυριόπουλος, Ι. (1991). Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας: η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική. *Επιθεώρηση Υγείας*, 41, 297

Λανάρα, Β. Α. (1990). Νοσηλευτική έρευνα: εξέλιξη και προοπτικές. *Επιθεώρηση υγείας*, 54, 37-41,43.

Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (1990). Το προϊόν του νοσοκομείου: θεωρητικά και πρακτικά προβλήματα μέτρησης. *Επιθεώρηση υγείας*, 54, 59-64.

Μερκούρης Α. ,(Αθήνα 1996).Διδακτορική διατριβή: Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών

Μερκούρης Α. , Οζουνίδου Α, Μουδερίδου Δ, Ρουμπή Μ, Ζουγρής Π, Λεμονίδου Χ. Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 3.74-84,2001)

Νιάκας, Δ. (1991). Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η ελληνική περίπτωση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 27, 155-161, 172.

Νιάκας Δ. Α., «Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών», *Materia Medica Greca*, τόμος 20, τεύχος 6, Δεκέμβριος 1992, σ.496-502.

Νιάκας Δ, Γαρδέλης Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας,*Ιατρική*,77(5):464-470,2000)

Οικονομοπούλου Χ., «Οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των ελληνικών νοσοκομείων», *Ιατρικό Βήμα*, σελ.29-35.

Οικονομοπούλου Χ., «Εκπαιδευτικές Σημειώσεις – Ποιότητα», 2001 – 2002.

Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.

Πλατή, Χ. Δ. (1989). Η νοσηλευτική παρέμβαση στον έλεγχο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Νοσηλευτική, 4, 257.

Πλατή, Χ. Δ. (1991). Εκτίμηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, πρόκληση για τους νοσηλευτές. Νοσηλευτική, 2, 133-139.

Πλατή, Χ. Δ., & Λανάρα, Β. Α. (1988). Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στις πτώσεις ασθενών γενικού νοσοκομείου. Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 22, 149-153.

Πολύζος, Ν. (1994). Ολική ποιότητα και δείκτες νοσοκομειακού προϊόντος. Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 71-89.

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 23,ελληνικά γράμματα,1999

Παπαδημητρίου Γ. Ν., Παπακώστας Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1):44-56,2002

Παπαδημητρίου Γ. Ν., Παπακώστας Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας,Ιατρική,82(1):44-56,2002

Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα «Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας».

Σαπουντζή-Κρέπια Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, σελ 103, Έλλην, Αθήνα 1998.

Σούλης Σ., «Οικονομική της Υγείας», 1998.

Σέτζης, Δ. (1994). Έλεγχος και εξασφάλιση ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών αναισθησιολογικού τμήματος σε τριτοβάθμιο ελληνικό νοσοκομείο. Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σε.178-180. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Σουλιώτης Κ, Δουλγεράς Α, Κοντός Δ, Οικονόμου Χ, Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,14(3):114-118,2002)

Τριχόπουλος, Δ. (1975). Ιατρική Στατιστική. Αρχές και Βασικά Μέθοδοι Βιοιατρικής Στατιστικής. Αθήνα: Παρισιάνος

Τούντας Γ., «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):532-546.

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς www.mednet.gr

Διεθνής Βιβλιογραφία

Al-Kandari F.; Ogundeyin W <<Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait>> *Journal of Advanced Nursing*, Volume 27, Number 5, May 1998 , pp. 914-921(8)

Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5(3), 100-108.

Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patients' opinions of their nursing care. *Hospitals*, 31, 61-64.

Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957c). What hospitals have done to improve patient care. *Hospitals*, 31, 43.

Babacus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(2), 767-786.

Blair, F., & Walts, L. (1982). Primary nursing in the emergency department: nurse and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 8(4), 181-186.

Bond, S., Fall, M., Thomas, L., Fowler, P., & Bond, J. (1990). Primary Nursing and Primary Medical Care: a comparative study in community hospitals. Health Care Research Unit Report No.39, University of Newcastle upon Tyne.

Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.

Carey, R. G., & Seibert, J. H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31(9), 834-845.

CBO. (1990). *Nursing quality assurance in practice*. Utrecht: RCN/CBO Publication.

Chang, B. L. et al. (1984). The effect of systematically varying components of nursing care on satisfaction in elderly ambulatory women. *Western Journal of Nursing Research*, 6(4), 367-379.

Donabedian, A. K. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Health and Society*, 44, 166.

Donabedian, A. K. (1970). Patient care evaluation. *Hospitals*, 44(1), 131-136.

Donabedian, A. K. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1982). Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. K. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review* (annual supplement), 75-85.

Dull, V. T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(1), 444-452.

Epstein, A. M. (1990). The outcome movement: will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 323(4), 266-270.

Eriksen, L. (1987). Patient satisfaction: A indicator of nursing care quality?. *Nursing Management*, 18(7), 31-35.

Ferguson, G. H., & Ferguson, W. F. (1983). As patients see us. *Nursing Management*, 14(8), 20-21.

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.

Fleming, G. V. (1979). Using consumer evaluations of health care. *Hospital Progress*, 60, 60-68.

French, K. (1981). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *International Journal of Nursing Studies*, 18, 7-32.

Furse, D. H., Burcham, M. R., Rose, R. L., & Oliver, R. W. (1994). Leveraging the value of customer satisfaction information. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 16-20.

Godin, P., Pearce, I., & Wilson, I. (1987). Keeping the customer satisfied. *Nursing Times*, 83(38), 35-37.

LaMonica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.

Lanara, B. A. (1996). Research and the discipline of nursing: a European perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 90-96.

Lang, N. M. (1976). Issues in Quality Assurance in Nursing. *Issues in Evaluation Research*, American Nurses Association, G124, 2M, 45-56.

Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.

Leebov, W. (1988). *Service excellence: the customer relations strategy for health care*. U.S.A. : A.H.A., American Hospital Publishing.

Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1996). Patient as an evaluator of Nursing Services. *Proceeding of the Annual Nursing Congress*, Kavala.

Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1994). The patient's perspective on nursing quality: developing a framework for evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(1), 85-95.

Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1992). Patient satisfaction as an indicator of nursing care. *Vard I Norden*, 12(3/4), 22-28.

Leila Moret ^{1,2}, Jean-Michel Nguyen ¹, Christelle Volteau ¹, Bruno Falissard ², Pierre Lombrail ¹ and Isabelle Gasquet ^{2,3} Leila Moret ^{1, 2}, Jean-Michel Nguyen ¹, Christelle Volteau ^{1, 2}, Bruno Falissard, Pierre Lombrail ¹ and Isabelle Gasquet <<Proof not linear effect of age of patients for their satisfaction for the hospital care>> ,*International Journal for Quality Health Care* and 2007 19 (6): 382-389 · doi: 10.1093/intqhc/mzm041

Mayer, G. G. (1982). The relationship between patient satisfaction with nursing care and the ability to identify the primary nurse. *Nursing & Health Care*, May, 254-257.

McDonnel, C., & Nash, J. G. (1990). Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *Quality Review Bulletin*, (May), 182

Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9

Muayyad M Ahmad RN PhD and Jafar A Alasad RN PhD, Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards, *International Journal of Nursing Practice* Volume 10 Issue 5 Page 235-241, October 2004)

Nelson, E. C., et al. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6-12.

Nelson, W. E., et al. (1981). Patient perception of medical care. *Health Care Management Review*, 6, 65-72.

Norbeck, J. S. (1985). What constitutes a publishable report of instrument development?. *Nursing Research*, 34(6), 380-382.

Office of Technology Assessment, OTA. (1988). Patients' assessments of their care. *The quality of medical care: Information for consumers*, (OTA Publication No. OTA-H386) (pp. 231-247). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6, 189. Pascoe, G., & Attkison, C. (1983). A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 335-347.

Pearson, A., Durand, I., & Punton, S. (1989). Determining quality in unit where nursing is thn primary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 269

Peters, D. A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal of Care Quality*, 7(2), 34-41.

Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.

Plati, C., Lanara, V., & Mantas, J. (1992). Risk factors responsible for patients' falls. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 113-118.

Reeder, L. G. (1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health Social Behavior*, 13, 406-412

Riitta Suhonen and Helena Leino-Kilpi ,Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review , *Patient Education and Counseling* Volume 61, Issue 1, April 2006, Pages 5-15.

Vuori, H. (1982). *Quality Assurance of Health Services*. WHO, Regional Office for Europe.

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care?. *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.

Veronica Currie BSc, Gill Harvey PhD RN DN HV, Elizabeth West PhD MSc MA BSc RN RMN DN, Hugh McKenna PhD RN RMN, Sinead Keeney BA MRes (2005) <<Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review,*Journal of Advanced Nursing* Volume 51 Issue 1 Page 73-82, July 2005.

www.health.qld.gov.au/quality/publications/patientsatisfactionreport.pdf

www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/patsat/4.htm

www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A/A:.....

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)

Νοσοκομείο: Κλινική: Ημερομηνία: Ώρα:

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΑΠΟ ΤΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ; ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1	2	3	4	5

1. **Εξυπηρέτηση-Περιποίηση.** Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους

(Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

1 2 3 4 5

2. **Νοσηλεία.** (Δηλαδή, χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις κτλ.)

α. Επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

β. Συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις

1 2 3 4 5

3. Ανακούφιση πόνου.

α. Ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

1 2 3 4 5

β. Λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ.)

1 2 3 4 5

4. Πληροφόρηση, Πληροφόρηση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. Τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης).

1 2 3 4 5

β. Εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).

1 2 3 4 5

γ. Θεραπευτικές διαδικασίες, φάρμακα

1 2 3 4 5

δ. Οδηγίες γενικά για κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στο βαθμό που ο κάθε άρρωστος καταλαβαίνει

1 2 3 4 5

ε. Πληροφόρηση και ενημέρωση των συγγενών

1 2 3 4 5

5. **Εκπαίδευση - Οδηγίες.** Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πως οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν , τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό.

1 2 3 4 5

6. **Παρακολούθηση.** Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται, και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών.

1 2 3 4 5

7. Ανταπόκριση - ταχύτητα.

α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι - σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια.

1 2 3 4 5

β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς.

1 2 3 4 5

8. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.

1 2 3 4 5

9. Συνέχεια νοσ/κής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.

1 2 3 4 5

10. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.

α. θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο

1 2 3 4 5

β. ώρα που ξυπνάνε οι ασθενείς το πρωί

1 2 3 4 5

11. Καθαριότητα.

α. δωματίου

1 2 3 4 5

β. τουαλέτας

1 2 3 4 5

γ. διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων

1 2 3 4 5

12. Φαγητό.

α. ποσότητα

1 2 3 4 5

β. ποιότητα

1 2 3 4 5

γ. τρόπος μαγειρέματος

1 2 3 4 5

δ. ποικιλία

1 2 3 4 5

ε. θερμοκρασία

1 2 3 4 5

στ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος

1 2 3 4 5

13. Ευγένεια - φιλικότητα . Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

1 2 3 4 5

14. Σεβασμός. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς.

1 2 3 4 5

15. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονα τους, να κατανοήσει τα προβλήματα τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές.

1 2 3 4 5

16. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά.

1 2 3 4 5

17. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο αποτελεσματικές θεωρείτε τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλυτέρευση ή όχι της κατάστασης της υγείας των ασθενών.

1 2 3 4 5

18. Σχόλια (επιπλέον) - Τι θα θέλατε να σχολιάσετε;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:

Φύλο: άντρας γυναίκα

Κατηγορία προσωπικού: ΤΕ-ΠΕ ΔΕ

Έτη προϋπηρεσίας:

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι:

πολύ κακή κακή μέτρια καλή πολύ καλή

A/A:.....

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΑΣΘΕΝΕΙΣ)

Νοσοκομείο:..... Κλινική: Ημερομηνία:.....Ώρα:.....

1. Εξυπηρέτηση-Περιποίηση, Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους

(Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

1 2 3 4 5

2. Νοσηλεία. (Δηλαδή, χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων,, φλεβοκεντήσεις κτλ.)

α. Επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

β. Συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις)

1 2 3 4 5

3. Ανακούφιση πόνου.

α. Ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

1 2 3 4 5

β. Λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ.)

1 2 3 4 5

4. Πληροφόρηση: Πληροφόρηση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. Τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης).

1 2 3 4 5

β. Εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).

1 2 3 4 5

γ. Θεραπευτικές διαδικασίες, φάρμακα .

1 2 3 4 5

δ. Οδηγίες γενικά για κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στο βαθμό που ο κάθε άρρωστος καταλαβαίνει

1 2 3 4 5

ε. Πληροφόρηση και ενημέρωση των συγγενών

1 2 3 4 5

5 Εκπαίδευση Οδηγίες : Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πως οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν , τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό,

1 2 3 4 5

6. Παρακολούθηση. Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται , και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών.

1 2 3 4 5

7. Ανταπόκριση - ταχύτητα.

α. Πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι - σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια.

1 2 3 4 5

β. Πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς.

1 2 3 4 5

8. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός;

1 2 3 4 5

9. Συνέχεια νοσ/κής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.

1 2 3 4 5

10. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.

α. Θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο

1 2 3 4 5

β. Ώρα που ξυπνάτε ή σας ξυπνούν το πρωί

1 2 3 4 5

11. Καθαριότητα,

α. Δωματίου

1 2 3 4 5

β. Τουαλέτας

1 2 3 4 5

γ. Διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων

1 2 3 4 5

12. Φαγητό,

α. Ποσότητα

1 2 3 4 5

β. Ποιότητα

1 2 3 4 5

γ. Τρόπος μαγειρέματος

1 2 3 4 5

δ. Ποικιλία

1 2 3 4 5

ε. Θερμοκρασία

1 2 3 4 5

στ. Τρόπος και ώρα σερβιρίσματος

1 2 3 4 5

13. Ευγένεια - φιλικότητα, Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

1 2 3 4 5

14. Σεβασμός. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς όπως εσείς το καταλαβαίνετε.

1 2 3 4 5

15. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονα τους, να κατανοήσει τα προβλήματα τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές.

1 2 3 4 5

16. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά.

1 2 3 4 5

17 Αποτελεσματικότητα, Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας

1 2 3 4 5

18. Εάν ξαναχρηαστώ νοσηλευτική φροντίδα θα ήθελα να με φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό

1 2 3 4 5

19. Σκεπτόμενος το νοσηλευτικό προσωπικό θα συνιστούσα αυτή τη νοσηλευτική μονάδα (κλινική) σε φίλους και συγγενείς.

1 2 3 4 5

20. Σχόλια (επιπλέον) - Τι θα θέλατε να σχολιάσετε;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ- ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:

Φύλο: άντρας γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση:

έγγαμος άγαμος διαζευγμένος χήρος

Μορφωτικό επίπεδο:

αγράμματος δημοτικό γυμνάσιου Λύκειο -τεχν. Σχολή
ανώτερη/ανώτατη

Τόπος μόνιμης κατοικίας: πόλη κωμόπολη χωριό

Ασφαλιστικό ταμείο:

Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο > ημέρα: 0 1 2 3 >3

Προηγούμενες εισαγωγές σε αυτό το νοσοκομείο: 0 1 2 3 >3

Ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά:

Αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο :

Ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο:

εγώ γιατρός μου άλλα μέλη της οικογένειας μου άλλος δεν
πάρθηκε απόφαση ή δεν έγινε επιλογή

Στην επιλογή του νοσοκομείου το περισσότερο σημαντικό ήταν:

η τοποθεσία η προηγούμενη εμπειρία η φήμη το κόστος δεν έγινε
επιλογή οι γνωστοί

Πόσο σοβαρή θεωρείτε την κατάσταση σας: καθόλου λίγο αρκετά
πολύ σοβαρή ή κρίσιμη

Για το πρόβλημα της υγείας μου γνωρίζω τίποτα λίγα αρκετά πολλά

Εξάρτηση: ανεξάρτητος βοήθεια με συγκεκριμένα πράγματα μερικώς
εξαρτώμενος (φαγητό ή και τουαλέτα) πλήρως εξαρτώμενος

Υπάρχει συνοδός: οικογένεια αποκλειστική και τα δυο

**Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια
νοσοκομεία είναι**

πολύ κακή κακή μέτρια καλή πολύ καλή