



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Συγκριτική μελέτη απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας
αναφορικά με την ποιότητα ενημέρωσης που τους παρέχεται
κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε διάφορα νοσηλευτικά
ιδρύματα της Κύπρου**

Μαρία Γεωργίου
Άρτεμις Νεοκλέους-Τσιβτανίδου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Ανδρέας Παυλάκης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Νοέμβριος 2010

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Συγκριτική μελέτη απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας
αναφορικά με την ποιότητα ενημέρωσης που τους παρέχεται
κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε διάφορα νοσηλευτικά
ιδρύματα της Κύπρου**

Μαρία Γεωργίου
Άρτεμις Νεοκλέους-Τσιβτανίδου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Ανδρέας Παυλάκης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	14
1.1 Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας	15
2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	18
2.1. Ορισμός της επικοινωνίας	18
2.2 Διεργασία της επικοινωνίας	18
2.3. Επικοινωνία και Επαγγελματίες Υγείας.....	20
2.4. Ικανοποίηση - Διαστάσεις της ικανοποίησης	22
2.4.1. Επικοινωνία Ασθενών – Επαγγελματιών Υγείας.....	23
2.4.2. Συναίνεση του ασθενή μετά από πληροφόρηση	25
3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	28
4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
4.1 Γενικό Πλαίσιο Ερευνητικού Προβλήματος.....	32
4.2 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων	35
4.2.1 Μετάφραση ερωτηματολογίου.....	36
4.2.2 Δομή του ερωτηματολογίου	37
4.3 Πιλοτική Μελέτη.....	39
4.4 Δειγματοληψία - Πληθυσμός της έρευνας	40
4.5 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας	41
4.6 Δεοντολογικά Θέματα και Ηθικά Ζητήματα	43
4.7 Στατιστική Ανάλυση	44
5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	45
5.1 Ερωτηματολόγιο Επαγγελματιών Υγείας	45
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	45
5.1.2 Κλίμακα Rosenberg	49
5.1.3 Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση.....	51
5.2 Ερωτηματολόγιο χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	62
5.2.1 Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά	62
5.2.2 Γενικές πληροφορίες για την παρούσα νοσηλεία.....	65
5.2.3 Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση.....	70
5.3 Σύγκριση απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας.....	82
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	88
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	94
8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	95
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
1. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά ηλικιακές ομάδες.....	45
2. Οικογενειακή κατάσταση επαγγελματιών υγείας.....	46
3. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά επίπεδο εκπαίδευσης.....	46
4. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά επάγγελμα.....	47
5. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος ανά νοσοκομείο.....	47
6. Διαφορά στα ποσοστά ικανοποίησης γιατρών και νοσηλευτών	48
7. Αυτοαξιολόγηση και αξιολόγηση επαγγελματιών υγείας	49
8. Αξιολόγηση αυτοεκτίμησης επαγγελματιών υγείας.....	50
9. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας I – πολιτική τμήματος.....	52
10. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας II- Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης	53
11. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας III- Ενημέρωση προσωπικού γιατρού.....	55
12. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας IV - Αξιολόγηση πόνου και αναγκών.....	56
13. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας V- Ο ρόλος επαγγελματιών υγείας	57
14. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας VI - Ενημέρωση κατά το εξιτήριο	59
15. Σύγκριση των απόψεων ανά κατηγορία ερωτήσεων σε κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας.....	60
16. Μέσος όρος απαντήσεων ανά κατηγορία του ερωτηματολογίου και νοσοκομείο.....	62
17. Οικογενειακή κατάσταση ασθενών	63
18. Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών	63
19. Ποσοστιαία κατανομή ασθενών κατά είδος επαγγέλματος.....	64
20. Συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομείο	65
21. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας.....	65
22. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος ανά τμήμα νοσηλείας	66
23. Τρόπος εισαγωγής στο τμήμα.....	66
24. Μέσος όρος ημερών νοσηλείας	67
25. Η κατάσταση/ αρρώστια αυτή με ταλαιπωρεί.....	67
26. Εκτίμηση της εν γένει ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας.....	68
27. Εκτίμηση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας	68
28. Εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.....	69
29. Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας I - Πολιτική τμήματος	71
30. Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας II- Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης	74
31. Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας IV-Αξιολόγηση πόνου και προσωπικών αναγκών.....	77
32. Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας V – Ρόλος επαγγελματιών υγείας.....	79
33. Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας VI- Ενημέρωση κατά το εξιτήριο	81
34. Σύγκριση απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας	84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Προϋπόθεση για κάθε επιστήμονα είναι η ανάπτυξη της γνώσης που καθοδηγεί την πράξη. Η σωστή θεωρητική κατάρτιση βοηθά τους επιστήμονες να οργανώνουν τη σκέψη τους και τις παρατηρήσεις τους και να συστηματοποιούν τη λογική των ενεργειών τους. Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας η σωστή και σε βάθος κατάρτιση τους βοηθά να διερευνούν όχι μόνο τον ασθενή αλλά και το εργασιακό τους περιβάλλον ακόμα και τους συνεργάτες τους. Αυτό είναι απαραίτητο στην αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά με τον πιο ορθό και επαγγελματικό τρόπο.

Ευχαριστούμε το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για την ευκαιρία που μας έδωσε να αναζητήσουμε και να κατακτήσουμε αυτή τη γνώση. Μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στο σύμβουλο μας καθηγητή κύριο Ανδρέα Παυλάκη για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη του κατά τη χρονική περίοδο που διεκπεραιώθηκε αυτή η μελέτη. Ευχαριστούμε επίσης τους άμεσους συνεργάτες μας στο χώρο εργασίας μας τόσο για την υποστήριξη τους όσο και για τη βοήθεια τους. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τον Δρα Ελπιδοφόρο Σωτηριάδη, γιατρό εργασίας στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, για τη πολύτιμη στήριξη του. Ευχαριστούμε επίσης τον στατιστικολόγο κύριο Σάββα Ζαννέτου για τη βοήθεια του στην ανάλυση των ερωτηματολογίων.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε και τις οικογένειες μας τόσο για τη στήριξη όσο και για την υπομονή που επέδειξαν καθ' όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μας σπουδών και κατά την εκπόνηση της μελέτης αυτής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των απόψεων τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα ενημέρωσης που γίνεται σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα ιδιωτικών και δημοσίων νοσοκομείων στην Κύπρο, σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Υλικό – Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2009 σε πέντε νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου, δυο δημόσια και τρία ιδιωτικά. Το δείγμα περιλάμβανε 391 ασθενείς και 241 επαγγελματίες υγείας (γιατρούς και νοσηλευτές). Η συλλογή δεδομένων έγινε από δυο παράλληλα ερωτηματολόγια που αναπτύχθηκαν από Γάλλους ερευνητές και τα οποία αξιολογούν την ενημέρωση σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα όπως την αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς.

Αποτελέσματα

Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας και της πληροφόρησης που παρέχουν.

Το ποσοστό των ασθενών που συμφωνεί απόλυτα ότι δέχθηκε ποιοτική φροντίδα στο νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε ανέρχεται στο 55,6% και ένα ποσοστό 40,9% συμφωνεί ότι δέχθηκε ποιοτική φροντίδα. Επίσης οι ασθενείς στην παρούσα έρευνα αξιολογούν την ποιότητα τόσο της ιατρικής όσο και της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχθηκαν ως πολύ καλή.

Η σειρά κατάταξης των απαντήσεων μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας βρέθηκε σε κάποιες απαντήσεις να είναι ίδια και σε άλλες να παρουσιάζει αποκλίσεις. Οι απαντήσεις που αφορούσαν «την συναίνεση του ασθενή μετά από πληροφόρηση» και «την πληροφόρηση του ασθενή πριν από κάθε προγραμματισμένη διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση» είχαν την ίδια ακριβώς σειρά κατάταξης μεταξύ των πρώτων δέκα δηλώσεων τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Στις χαμηλότερες σειρές κατάταξης ασθενείς και επαγγελματίες υγείας βρέθηκαν να τοποθετούν τη δήλωση « οι γιατροί χτυπούν την πόρτα του δωματίου πριν εισέλθουν».

Μεγάλη διαφορά κατάταξης μεταξύ των δύο ομάδων φάνηκε να παρουσιάζει η δήλωση σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών.

Συμπεράσματα

Βρέθηκαν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η ποιότητα ενημέρωσης που παρέχεται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια βρέθηκε να είναι ικανοποιητική. Θα πρέπει όμως οι μέθοδοι πληροφόρησης να βελτιωθούν και οι επαγγελματίες υγείας να υιοθετήσουν μια πιο θετική στάση και να δείξουν μεγαλύτερη προσοχή και σοβαρότητα για τη διαδικασία αυτή.

Abstract

Aim:

The aim of this study is to investigate and compare the views of patients and healthcare professionals in various private and public hospitals of Cyprus regarding the level of information given to the patients for the health care received in those institutions.

Materials and methods:

The study took place in two public and three private hospitals during 2009. 391 patients and 241 healthcare professionals (doctor and nurses) participated in this study. The data collection was based on two questionnaires developed by French researchers. These questionnaires evaluate the information regarding the level and quality of healthcare from the patients' and healthcare professional's points of view.

Results:

ANOVA tests showed that there is an important difference of the information given to the patients between the various hospitals. 55,6% of the patients agreed and accepted absolutely that they had received quality health care while 40,9% of them accept that they had received quality health care. Patients also found no difference in the quality of care given by medical or nurse staff.

The items "consent of patient after information" and "consent of patient before any surgical or diagnostic procedure" were both ranked high by patients and healthcare professionals. The item "doctors knock the door before they enter the patient's room" was ranked low by both patient and healthcare professionals.

Patients were not satisfied with the pain management or with the social services. In the contrary healthcare professionals were satisfied with both.

Conclusions:

There are both similarities and differences between patients` and health care professionals views of care. The quality of information in public and private hospitals was found to be satisfactory. However the methods of information should be improved and also the health professionals should adopt a more positive attitude and pay more attention in this procedure.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η ενωμένη Ευρώπη βρίσκεται αντιμέτωπη με το μεγαλύτερο ίσως κοινωνικό στοίχημα της ιστορίας της, να μπορέσει δηλαδή να διασφαλίσει υψηλού επιπέδου ευημερία σε όλους τους πολίτες της. Για να γίνει αυτό κατορθωτό θα πρέπει να ενισχυθούν πραγματικά και ουσιαστικά οι υπηρεσίες υγείας και η κοινωνική φροντίδα έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις αξιώσεις των πολιτών για προσβασιμότητα, ταχύτητα, ισότητα, αποτελεσματικότητα και ποιότητα.

Ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να διαφυλαχθεί και να διασφαλιστεί η δημοσιονομική σταθερότητα με τη σωστή χρήση των κονδυλίων για τις δαπάνες υγείας. Στην Ευρώπη το οικονομικό περιβάλλον μεταβάλλεται συνεχώς. Οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών βρίσκονται σε συνεχή και αμφίδρομη σχέση με την πρόοδο της ιατρικής καθώς και των επιστημών που την περιβάλλουν και την υποστηρίζουν. Η εύκολη πρόσβαση στην πληροφορία και τη γνώση καθώς και η ανάγκη τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας να μπορούν να υπηρετήσουν τον ασθενή έχουν καθοριστική συμβολή στην αλλαγή τόσο της παραγωγής και διάθεσης όσο και της διανομής των υπηρεσιών υγείας.^{1,2}

Οι κοινωνικές ανάγκες αυξάνονται λόγω της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και της βαρύτητας των χρόνιων ασθενειών. Τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα ταλαιπωρούν όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και αποτελούν την πιο επικρατούσα μορφή ασθένειας σε αντίθεση με τις οξείες φλεγμονώδεις ασθένειες που είχαν κυρίαρχο ρόλο στο παρελθόν. Έτσι προκαλούνται διαφορετικές απαιτήσεις από τα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας.^{1,2}

Όμως έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις όπου η εξέλιξη της ιατρικής και ο πολύ γρήγορος ρυθμός προόδου στην έρευνα και την βιοϊατρική τεχνολογία έχουν οδηγήσει την άσκηση της ιατρικής σε απρόσωπα μονοπάτια, όπου πολύ συχνά εμπλέκονται γραφειοκρατικές και διοικητικές διεργασίες που κάνουν τον πολίτη και την κοινωνία αδύναμους να προστατευτούν από τις όποιες παραβιάσεις των

ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Από την άλλη τα χαρακτηριστικά των ίδιων των ασθενών παρουσιάζουν ιδιαίτερη πολυμορφία. Ο ασθενής μπορεί να είναι ένα εξαρτημένο άτομο που δεν έχει τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθεί, που μπορεί να πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια ή και να είναι ένα εντελώς υγιές άτομο που ζητάει απλά συμβουλές για προληπτικούς λόγους.^{2,3}

Η υγεία είναι ένα υπέρτατο κοινωνικό και δημόσιο αγαθό καθώς και θεμελιώδες δικαίωμα κάθε πολίτη. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες υγείας του κάθε κράτους έχουν καθήκον να προσφέρουν κάθε ευκαιρία στο κοινωνικό σύνολο να απολαμβάνει το αγαθό αυτό. Ειδικότερα οι επαγγελματίες υγείας είναι δεσμευμένοι νομικά και ηθικά να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με σκοπό την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών, την ανακούφιση του πόνου και τη διασφάλιση ήσυχου και ειρηνικού θανάτου όταν η ζωή δεν μπορεί πλέον να διατηρηθεί.

Το πρώτο ιστορικό κείμενο που διασφαλίζει τα δικαιώματα των ασθενών, μέσα από τις υποχρεώσεις όμως των ιατρών, είναι ο Ιπποκράτειος Όρκος. Ο Όρκος του Ιπποκράτη περιγράφει την υποχρέωση του ιατρού για εχεμύθεια, για τη μη παροχή φαρμάκων που προκαλούν βλάβη ή θάνατο, για σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενή και γενικότερα για αποφυγή κάθε βλαπτικής ενέργειας σε βάρος του ασθενή.⁴

Από την εποχή του Ιπποκράτη και μέχρι τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη, από το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο Άμστερνταμ το 1994, όλα τα γραπτά κείμενα προσέγγιζαν το συγκεκριμένο θέμα καθορίζοντας τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας χωρίς ξεκάθαρη αναφορά στα δικαιώματα των ασθενών. Με τη Διακήρυξη το 1994 έγινε μια πρώτη προσπάθεια προσέγγισης του θέματος από την πλευρά των ασθενών θεωρώντας τους όχι μόνο ως χρήστες αλλά και ως συνεργάτες των υπηρεσιών υγείας.^{2,3,5}

Στην πορεία του χρόνου η σχέση ιατρού-ασθενή έχει εξελιχθεί με διαφορετικό τρόπο και σχεδόν καθορίζει τα πλαίσια μέσα στα οποία διαγράφονται τα δικαιώματα των ασθενών. Στο πατερναλιστικό μοντέλο, που κυριαρχούσε μέχρι πρόσφατα, ο ιατρός είναι αυτός που κρίνει και αποφασίζει ποιο είναι το συμφέρον και το καλό του

ασθενή και η παροχή πληροφόρησης και η συμμετοχή του ασθενή στη ληφθείσα απόφαση για τη θεραπεία του αξιολογείται πάρα πολύ λίγο. Αντίθετα στο πληροφοριακό μοντέλο ο ασθενής θεωρείται ότι είναι αυτός που πρέπει να κρίνει το συμφέρον του και να λάβει τις αποφάσεις του, ο δε ιατρός θα πρέπει να παρέχει τη σωστή πληροφόρηση και ο ασθενής να επιλέξει ο ίδιος τη θεραπεία του.^{2,4}

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών είναι ένα πολύπλοκο και ευρύ θέμα που αποτέλεσε αντικείμενο έντονης συζήτησης τα τελευταία χρόνια. Προσεγγίστηκε από διαφορετικές ομάδες επιστημόνων οι οποίοι το είδαν από όλες σχεδόν τις οπτικές γωνίες, φτάνοντας σε διαφορετικά συμπεράσματα αναφορικά με τη σπουδαιότητα, την εφαρμοσιμότητα και την διασφάλιση των δικαιωμάτων αυτών. Έχουν προταθεί διάφοροι νόμοι και κανονισμοί για την διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα δικαιώματα των ασθενών μπορούν να διακριθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: στα κοινωνικά και στα ατομικά.^{1,5}

Τα κοινωνικά δικαιώματα σχετίζονται με το συλλογικό δικαίωμα των ατόμων να προστατεύονται από την αλόγιστη χρήση των βιοτεχνικών εξελίξεων και των δυσμενών επιπτώσεών τους όπως επίσης και με το δικαίωμα της ικανοποιητικής παροχής των υπηρεσιών υγείας από το κράτος και τους υπεύθυνους φορείς δημόσιους και ιδιωτικούς, με ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών και με την άρση κάθε είδους διάκρισης στην παροχή φροντίδας υγείας από οικονομικούς, γεωγραφικούς και κοινωνικούς λόγους. Τα κοινωνικά δικαιώματα των ασθενών έχουν άμεση σχέση με την κοινωνική υποχρέωση του κράτους να σχεδιάζει την πολιτική υγείας με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται φροντίδα υγείας σε όλο τον πληθυσμό.^{1,5}

Στα ατομικά δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ανήκουν όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την αξιοπρέπεια του ατόμου, το απόρρητο της προσωπικής ζωής, το σεβασμό των θρησκευτικών ή και άλλων πεποιθήσεων καθώς και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, στη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη απόφασης για την υγεία του, στη συναίνεση πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση πάνω στην διανοητική και στη φυσική του ακεραιότητα και ασφάλεια. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συναινέσει ή να αρνηθεί κάθε θεραπευτική ή διαγνωστική παρέμβαση που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση που παρουσιάζει μερική ή

ολική ανικανότητα, τότε το δικαίωμα αυτό το ασκεί άτομο το οποίο έχει κατά νόμο την επιμέλεια του.^{1,5}

Τα ατομικά δικαιώματα των ασθενών εκφράζονται σε πάρα πολλά γραπτά κείμενα και είναι πιο εύκολο να τα διεκδικήσει ένας μεμονωμένος ασθενής από το σύστημα υγείας της χώρας του. Η πλήρης ενημέρωση του ασθενή αποτελεί ένα σημαντικό δικαίωμα του. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει να ενημερωθεί σε ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του. Η ενημέρωση του ασθενή πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσει να σχηματίσει μια πλήρη εικόνα όχι μόνο των ιατρικών αλλά και των οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων της κατάστασης του με αποτέλεσμα να μπορεί να παίρνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που μπορεί να προδικάσουν το μετέπειτα βίο του. Η πληρότητα και η ακρίβεια των πληροφοριών που δίνονται στον ασθενή καθορίζει και εξασφαλίζει το συμφέρον του ασθενή.^{1,5}

Μεταξύ των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων δεν υπάρχει ξεκάθαρη διαχωριστική γραμμή αλλά αντίθετα σε πάρα πολλά σημεία αυτά επικαλύπτονται. Ένα παράδειγμα είναι η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που είναι κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών του κράτους αλλά ταυτόχρονα είναι και ατομικό δικαίωμα του πολίτη που θέλει να απευθυνθεί στις υπηρεσίες υγείας αλλά για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους ή γιατί πάσχει από σωματική αναπηρία δυσκολεύεται η πρόσβαση του στις κατάλληλες για το πρόβλημα του υπηρεσίες υγείας. Είναι εμφανές ότι σε πολλές περιπτώσεις η ικανοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων διασφαλίζει την ικανοποίηση και των ατομικών δικαιωμάτων και αντίστροφα.^{1,2}

Ο γενικός σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η συγκριτική μελέτη και εκτίμηση των απόψεων τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα ενημέρωσης που γίνεται σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα ιδιωτικών και δημοσίων νοσοκομείων στην Κύπρο, σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Στο γενικό μέρος της διατριβής αυτής επιχειρείται μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για την επικοινωνία/ πληροφόρηση που δέχεται ο ασθενής, για την ικανοποίηση του ασθενή από την πληροφόρηση που έχει λάβει καθώς και για το αν η

ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και η αυτοεκτίμηση τους μπορούν να επηρεάσουν την πληροφόρηση/ ενημέρωση που δίνεται από αυτούς στους ασθενείς.

Στο ειδικό μέρος της διατριβής διερευνάται ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου και η ποιότητα της ενημέρωσης που είχαν σχετικά με την φροντίδα που έτυχαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, καθώς επίσης θα επιχειρηθεί να προσδιοριστούν και να αξιολογηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ενημέρωση των ασθενών από πλευράς των ιδίων και των επαγγελματιών υγείας. Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας θα μπορούν να προταθούν παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας ενημέρωσης των ασθενών.

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.⁶

Η έννοια της ποιότητας ως μια ευρύτερη έννοια, δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό αφού έχει να κάνει με κάτι το αστάθμητο το οποίο δύσκολα μπορεί να μετρηθεί. Στην πραγματικότητα, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζεται μια πολύπλευρη προσέγγιση τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό της ποιότητας όσο και σε ότι αφορά τη μέτρησή της.^{7,8}

Μελετώντας την ποιότητα στον τομέα της υγείας διαπιστώνονται πάρα πολλές διαφορές από την εφαρμογή της ποιότητας στο χώρο της βιομηχανίας. Η πιο μεγάλη διαφορά μεταξύ του τομέα της βιομηχανίας και του τομέα της υγείας βρίσκεται στο πως προσδιορίζεται η ποιότητα και πως πετυχαίνεται η επίτευξή της. Στο χώρο της βιομηχανίας η ποιότητα είναι ταυτόσημη με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων ή ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Στο χώρο της υγείας όμως οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της υγείας των ασθενών ποικίλουν με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές αλλά και αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπιση τους. Ο στόχος είναι η εξασφάλιση της πιο κατάλληλης και επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής, κάτι που αποτελεί πολύ πιο δύσκολη προσπάθεια από την επίτευξη των μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. Επιπλέον οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών από τις οποίες ο χρήστης αναμένει πολύ περισσότερα από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία.⁹

Ο Donabedian αναφερόμενος στην ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, την ορίζει ως τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στα οφέλη και στις ζημιές που προκύπτουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.^{7,8,10} Για την εκτίμηση και μέτρηση της ανέπτυξε τρία ξεχωριστά κριτήρια τα οποία διαχωρίζονται στη δομή, στη διαδικασία και στην έκβαση της πράξης ή ενός συνόλου ενεργειών δηλαδή στο αποτέλεσμα.¹⁰

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τον ελάχιστο δυνατό ιατρογενή κίνδυνο καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.¹¹

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν τη πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση».¹²

Βάση των πιο πάνω ορισμών είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών αλλά παράλληλα και με τον έλεγχο του κόστους. Συνεπώς η καλύτερη ποιότητα είναι το βέλτιστο αποτέλεσμα στην υγεία και η άριστη εξυπηρέτηση των ασθενών με το μικρότερο δυνατό κόστος.

1.1 Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας είναι πολλαπλάσια και μπορούν να διαχωριστούν στα οφέλη για τον ασθενή, για τους επαγγελματίες υγείας και τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και για την κοινωνία γενικότερα.

Τα οφέλη για τον ασθενή σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του και την αποφυγή των επιπλοκών από πιθανή καθυστερημένη ή λανθασμένη αγωγή. Επίσης διακρίνονται σε οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη αφού η έγκαιρη, αποτελεσματική και γρήγορη αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας μειώνει πιθανές επιπλοκές ή περιττές ιατρικές πράξεις με αποτέλεσμα να μειώνεται το κόστος.

Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί βασικό στοιχείο ποιότητας και συνδέεται τόσο με το τεχνικό όσο και με το διαπροσωπικό μέρος της φροντίδας. Ένας ικανοποιημένος ασθενής σημαίνει και καλύτερα συνεργάσιμος ασθενής⁸.

Επιπρόσθετα η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί παράγοντα υποκίνησης για τους επαγγελματίες υγείας. Τους δίνει την ικανοποίηση ότι είναι αποτελεσματική η εργασία τους ενώ ταυτόχρονα το αίσθημα ασφάλειας και νομικής κατοχύρωσης κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους είναι αυξημένο. Συνεπώς τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας συνίστανται στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους καθώς και στην απαλλαγή τους από τον καθημερινό εκνευρισμό και το άγχος.

Για την κοινωνία γενικότερα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τη συνεχή βελτίωση στους δείκτες υγείας.

Ποιότητα είναι το μέτρο της ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή. Δεν μπορεί να υπάρξει ποιότητα χωρίς ικανοποίηση του ασθενή¹³. Επιπρόσθετα η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενή αλλά όλων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στους οποίους συμπεριλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, ο κοινωνικός περίγυρος και οι επισκέπτες.

Η ετοιμότητα και η ικανότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν το χρήστη, η ευγένεια, η κατανόηση και η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό τους αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας⁶.

Βάση των πιο πάνω συμπεραίνεται ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας απασχολεί κάθε πολίτη, τόσο τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θεωρούνται ως οι «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών, όσο και τους χρήστες των υπηρεσιών καθώς και την κοινωνία γενικότερα. Παρόλα αυτά, τα κριτήρια και οι προσδοκίες του καθενός διαφέρουν και καθορίζονται από το μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο τους καθώς και από τις ηθικές αξίες της κοινωνίας μέσα στην οποία ζουν.

Για τους επαγγελματίες υγείας ποιότητα είναι η επάρκεια των ανθρώπινων πόρων και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, ώστε να επιτυγχάνεται η παροχή υπηρεσιών που να συμφωνούν με την εκάστοτε επιστημονική γνώση¹³.

Επιπρόσθετα η σχέση της ποιότητας με τη νοσηλευτική αναφέρεται σε διαδικασίες όπως η ψυχολογική υποστήριξη, η ανακούφιση, η αφοσίωση στην ολοκληρωμένη φροντίδα και η εμπλοκή των ασθενών. Σε σχετική έρευνα οι ασθενείς αναφέρουν ως στοιχεία ποιότητας από τους νοσηλευτές, το χρόνο που διαθέτουν για να τους ακούν, να τους συμβουλεύουν και να τους διδάσκουν¹⁴.

2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

2.1. Ορισμός της επικοινωνίας

Στη βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα ορισμών για τον όρο επικοινωνία, οι οποίοι θα μπορούσαν να διακριθούν σε δύο κύριες κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ορισμοί που περιορίζουν την έννοια της επικοινωνίας στη διαδικασία μεταβίβασης ή ανταλλαγής πληροφοριών ή μηνυμάτων μεταξύ των ανθρώπων. Σε αυτούς τους ορισμούς δε λαμβάνεται υπόψη η ουσία της επικοινωνίας, που είναι η επίδραση της ανταλλαγής μηνυμάτων ή πληροφοριών στη συμπεριφορά των επικοινωνούντων. Στη δεύτερη κατηγορία ορισμών τονίζεται η ‘συμπεριφορική’ διάσταση της επικοινωνίας. Η επικοινωνία δηλαδή ορίζεται ως διαδικασία η οποία μεταβιβάζει ερεθίσματα ή μηνύματα με σκοπό να αλλάξουν τη συμπεριφορά του δέκτη. Θα μπορούσαμε λοιπόν να ορίσουμε την επικοινωνία:

- «Τη διαδικασία με την οποία μεταβιβάζονται πληροφορίες και νοήματα από ένα άνθρωπο σε άλλο»
- «Τη διαδικασία με την οποία ένας πομπός (άτομο, ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα ακόμη και ενέργεια, σε ένα δέκτη (άτομο, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάσταση του και τη συμπεριφορά του»¹⁵

2.2 Διεργασία της επικοινωνίας

Το θέμα της επικοινωνίας είναι ευρύτατο. Η επικοινωνία των ανθρώπων πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους. Η ανθρώπινη προσωπικότητα διαμορφώνεται με την επικοινωνία. Το ανθρώπινο ον έχει έμφυτη την ανάγκη της επικοινωνίας η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.

Αν η επικοινωνία οριστεί σαν μια διαδικασία συναλλαγής για τη δημιουργία μηνυμάτων, ο όρος συναλλαγή δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες (άνθρωποι) που επικοινωνούν έχουν αμοιβαία ευθύνη για το τι συμβαίνει.

Στη διεργασία της επικοινωνίας συμμετέχουν ο πομπός / αποστολέας και ο δέκτης / παραλήπτης. Ο πομπός κωδικοποιεί την πληροφορία ή σκέψη που θέλει να μεταβιβάσει με τη χρήση λεκτικών ή μη λεκτικών συμβόλων, σχηματίζοντας ένα μήνυμα. Το μήνυμα μεταβιβάζεται στο δέκτη ο οποίος με τη σειρά του το αποκωδικοποιεί, το ερμηνεύει και τελικά κατανοεί αυτό που ο πομπός επιθυμούσε να του μεταβιβάσει¹⁶.

Η διεργασία της επικοινωνίας φανερώνει τις γνώσεις, τις σκέψεις, τα αισθήματα, τις ικανότητες που διαθέτουν ή διαφορετικά το ποιοι πραγματικά είναι οι συμμετέχοντες. Σε μια ιδανική επικοινωνία εδραιώνεται και διατηρείται η εμπιστοσύνη, η ικανότητα για ενεργητική ακρόαση, η διαχείριση του χρόνου, η διαμόρφωση και διατύπωση ξεκάθαρων ιδεών και η μετάδοση της ενσυναίσθησης.¹⁷

Στο χώρο της υγείας η επικοινωνία δεν πρέπει να είναι ποτέ μονόδρομη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών αλλά αμφίδρομη. Έτσι κάθε αποστολέας γίνεται παραλήπτης και αντίστροφα, έστω και αν οι ρόλοι μεταξύ των δύο είναι αυστηρά καθορισμένοι. Στην αποτυχία δημιουργίας αμφίδρομης μορφής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών προκύπτουν λανθασμένα συμπεράσματα, αρνητική διάθεση και ένταση.

Κάθε μήνυμα που στέλνεται δεν είναι ποτέ το ίδιο στη λήψη του αφού το κάθε άτομο αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα με τις δικές του εμπειρίες, συναισθήματα, ιδέες και αντιλήψεις. Συνεπώς η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων γίνεται με βάση τους ατομικούς παράγοντες, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις του κάθε ατόμου.

Επιπρόσθετα η επικοινωνία μπορεί να συμβεί με τη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας. Πολλές φορές μια έκφραση στο πρόσωπο, η στάση του σώματος, το ύφος και το χρώμα της φωνής, οι χειρονομίες κλπ μπορεί να δώσουν αρκετά μηνύματα κατά τη διεργασία της επικοινωνίας. Αρκετοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι η μη λεκτική επικοινωνία είναι τέσσερις φορές πιο ισχυρή από τη λεκτική. Για αυτό

και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει μια συμφωνία μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.

Ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς, η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι αλληλεπίδρασης κυρίως σε καταστάσεις έντονου άγχους κατάσταση στην οποία πολύ συχνά βρίσκεται ο ασθενής.^{16,18}

Η ποιότητα της επικοινωνίας μπορεί να επηρεαστεί από δυο κατηγορίες εμποδίων. Τα εμπόδια από το περιβάλλον, φυσικό και κοινωνικό και τα εμπόδια από τον ίδιο τον άνθρωπο και την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Τα εμπόδια από το περιβάλλον αναπτύσσονται είτε από το εσωτερικό είτε από το εξωτερικό περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η επικοινωνία. Τα εμπόδια από τον ίδιο τον άνθρωπο σχετίζονται κυρίως με τις αντιλήψεις που μπορεί να έχει ο ίδιος ο ασθενής (πομπός) με τους επαγγελματίες υγείας (δέκτες) ή και αντίστροφα. Επιπλέον εμπόδια δημιουργούνται μετά από συνειδητή ή ασυνείδητη νοητική επιλογή¹⁹.

2.3. Επικοινωνία και Επαγγελματίες Υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η επικοινωνία επιτυγχάνεται με διάφορες μορφές. Μια από αυτές είναι η ομιλία η οποία έχει σημαντική θέση στον ανθρώπινο κόσμο. Με αυτή διεξάγεται η συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων. Με την ομίλια ό χ μό σ περιγράφονται πράγματα αλλά διεγείρονται τα ανθρώπινα συναισθήματα και παρακινούνται σε ορισμένες πράξεις. Η ομιλία επιδρά και επηρεάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η χρήση του θετικού λόγου μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικότερα στα θεραπευτικά μέσα.

Η επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα επαγγέλματα υγείας, σε όλους τους τομείς άσκησης και σε όλες τις παρεμβάσεις φροντίδας: πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, αγωγή και προαγωγή της υγείας. Χωρίς επικοινωνία η φροντίδα υγείας θα ήταν δύσκολο να εφαρμοστεί. Όλες οι διεργασίες που εφαρμόζονται στον ασθενή επιτυγχάνονται με το διάλογο μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας.^{20,21}

Η επικοινωνία έχει κεντρική θέση στον άνθρωπο και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλα τα θέματα υγείας. Τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία και η αγωγή υγείας στηρίζονται στην επικοινωνία. Πολλές παρεμβάσεις αφορούν αποκλειστικά την επικοινωνία με τον άρρωστο όπως είναι ο υποστηρικτικός διάλογος, η πληροφόρηση, η διδασκαλία και η συμβουλευτική.^{20,21}

Η σωστή και ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας θα οδηγήσει στην εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου και ταυτόχρονα στον προγραμματισμό της φροντίδας του. Η διεκπεραίωση της φροντίδας σχεδιάζεται με τη συνεργασία και συμφωνία των επαγγελματιών υγείας και του αρρώστου προτρέποντας έτσι τη συμμετοχή του. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων ολοκληρώνεται με την επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

Η κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική επικοινωνία. Απαιτούνται δεξιότητες και ταυτόχρονα ειλικρινείς προθέσεις εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας για να κατανοήσουν όσα απασχολούν τον άρρωστο. Ταυτόχρονα πρέπει να του μεταδώσουν το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός για να μπορέσει η διεργασία της επικοινωνίας να είναι ολοκληρωμένη και αποτελεσματική.

Η επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή είναι σημαντική κατά τη διάρκεια κάθε παρέμβασης. Η δέουσα σημασία που δίνεται από τον επαγγελματία υγείας στον ασθενή παρέχει τη δυνατότητα για επικοινωνία. Όσο πιο πολλές επαφές έχει ο επαγγελματίας υγείας με τον ασθενή, τόσο πιο εύκολα μπορεί να συζητήσει μαζί του. Η ένδειξη ενδιαφέροντος για την καθημερινότητα του ασθενή, τον ενθαρρύνει να πιστεύει ότι ο επαγγελματίας υγείας επιδιώκει το καλό του.

Επιπρόσθετα όταν συνομιλούν με τους ασθενείς, υπάρχουν πολλές δυνατότητες σχετικά με το τι μπορεί να λεχθεί και ποια ψυχολογική ατμόσφαιρα θα επικρατήσει. Το απρόβλεπτο περιεχόμενο της επικοινωνίας κάνει τους επαγγελματίες υγείας υπεύθυνους για την επιλογή και απόφαση του τι ακριβώς και πότε πρέπει να ειπωθεί. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό στον ασθενή από τον επαγγελματία υγείας ότι οποιαδήποτε πληροφορία πάρει σχετικά με αυτόν είναι απολύτως εμπιστευτική. Τόσο

για τον άρρωστο όσο και για τους συγγενείς του αποτελεί μεγάλη ανακούφιση ότι σε κανένα δεν θα γίνει γνωστό τίποτα με την ασθένεια του παρά μόνο σε αυτούς που έχουν σχέση με τη θεραπεία του.

Η ακρόαση είναι πολύ σημαντική στη διεργασία της επικοινωνίας όπως και η συνειδητή χρήση της σιωπής με αληθινό ενδιαφέρον και ευαισθησία στις ιδέες, τις εμπειρίες και τις ανάγκες του ασθενή. Η ακρόαση είναι υπεύθυνη πράξη που απαιτεί ενέργεια, συγκέντρωση προσοχής και επιστράτευση όλων των αισθήσεων για την αντίληψη των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων που διαβιβάζει ο ασθενής.

Με την ακρόαση οι επαγγελματίες υγείας ενισχύουν την αυτοεκτίμηση τους, μεταβιβάζουν προσοχή, σεβασμό και ενθάρρυνση προς τον ασθενή, εκτιμούν τη ψυχική κατάσταση και τα προβλήματα του αρρώστου, επιδρούν ψυχοθεραπευτικά και ολοκληρώνουν όχι μόνο τη διάγνωση αλλά και την διεργασία της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα.

2.4. Ικανοποίηση - Διαστάσεις της ικανοποίησης

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται στη σημερινή εποχή με πάρα πολλούς τρόπους. Η δημιουργία νέων αναγκών και προσδοκιών από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε συνεχή μεταβολή και προσαρμογή της έννοιας της ποιότητας. Σημαντικό δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί η ικανοποίηση των ασθενών. Μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή και της εκτίμησης της γνώμης του διαφαίνεται κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του^{19,22}.

Από πολλές έρευνες διαφαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί τον πιο δυναμικό και λειτουργικό δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο υπάκουοι στις θεραπευτικές οδηγίες, επικοινωνούν με το γιατρό τους και επιστρέφουν για επανεκτίμηση. Επιπρόσθετα πολλές έρευνες συμφωνούν στο γεγονός ότι η ικανοποίηση οδηγεί σε αύξηση της εμπιστοσύνης που έχουν οι ασθενείς για τους επαγγελματίες υγείας, σε θετικές συστάσεις για τους παροχείς υπηρεσιών στην

οικογένεια και στους φίλους των χρηστών, των οποίων η γνώμη είναι εξίσου σημαντική για την ποιότητα της φροντίδας που δέχθηκε ο ασθενής τους^{23,24,25}.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό στοιχείο στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας για τη διασφάλιση της ποιότητας. Για να θεωρηθεί υψηλής ποιότητας η ιατρική περίθαλψη πρέπει να έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και να προστατεύει τα δικαιώματά του.²⁶ Η πραγματοποίηση ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών υποδεικνύει το νέο ρόλο του ασθενή ως καταναλωτή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως αυτός αντικατοπτρίζεται στη Βρετανική Λευκή Βίβλο. Βάσει αυτού, ο ασθενής ως πολίτης ενός κράτους έχει το αναφαίρετο δικαίωμα να σχολιάζει και να εμπλέκεται στην ανάπτυξη και την εφαρμογή της πολιτικής φροντίδας υγείας.²⁷

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα της επικοινωνίας που έχει με τους επαγγελματίες υγείας. Η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που δέχονται, πράγμα που οδηγεί σε περαιτέρω μειωμένη επικοινωνία στη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας που με τη σειρά του επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών ακόμα περισσότερο αρνητικά.²⁸

2.4.1. Επικοινωνία Ασθενών – Επαγγελματιών Υγείας

Η ασθένεια αποτελεί μια σημαντική αίσθηση απώλειας ελέγχου και απειλής της ατομικής ταυτότητας του ανθρώπου. Το φαινόμενο αυτό γίνεται πιο έντονο κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, όπου ο ασθενής που δεν ζει στον προσωπικό του χώρο, είναι επιρρεπής να δεχθεί ένα πιο παθητικό ρόλο ασθενούς. Ο ασθενής θέλει να ακούσει και να καταλάβει και επίσης θέλει να αισθανθεί ότι τον ακούν και τον καταλαβαίνουν.¹⁶

Η άγνοια και η δυσκολία κατανόησης της ασθένειας προκαλούν σύγχυση και συναισθηματική διαταραχή στον ασθενή. Η σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση των ασθενών αναγνωρίζεται ως εποικοδομητική για τη φροντίδα υγείας που δέχονται τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Η ενημέρωση και η επαφή του επαγγελματία υγείας και του ασθενή σε ένα άνετο περιβάλλον, που δημιουργεί φιλική και ανοιχτή ατμόσφαιρα, είναι βασικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.²²

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι οι καλά πληροφορημένοι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα άγχους, αντιμετωπίζουν καλύτερα τις διάφορες διαδικασίες νοσηλείας, παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα πόνου και αναρρώνουν γρηγορότερα^{29,30}. Επιπρόσθετα έχει αποδειχθεί ότι η ποιότητα επικοινωνίας βοηθά και επηρεάζει τον ασθενή να συμμορφωθεί αλλά και να δοκιμάσει και νέες θεραπείες. Η σωστή κλινική επικοινωνία με τον ασθενή δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή αλλά ιδιαίτερα μεταξύ ιατρού και ασθενή. Όσο καλύτερη είναι η ποιότητα αυτής της σχέσης τόσο αυξάνεται ο βαθμός συνεργασίας με αποτέλεσμα την καλύτερη επίτευξη διάγνωσης και την πιστότερη εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας. Δεν θεωρείται υπερβολικό να ειπωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η επικοινωνία επηρεάζει σημαντικά την έκβαση της ασθένειας.

Οι διάφοροι τρόποι επικοινωνίας φαίνεται να είναι σημαντικοί όχι μόνο σε ότι αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές αγωγές, αλλά επηρεάζουν θετικά και σημαντικά στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας και στην κατανόηση των πληροφοριών που τους παρέχονται.²² Επίσης φαίνεται να εκτιμούν την πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας και να δηλώνουν έτσι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έτυχαν.²⁹

Όσο σημαντικές είναι οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σε ένα ασθενή τόσο σημαντικός είναι και ο τρόπος μεταβίβασης τους. Οι ασθενείς που δέχονται πληροφορίες σε γλώσσα απλή και κατανοητή μπορούν να αντιληφθούν τόσο το πρόβλημα της ασθένειας όσο και τις επιλογές που έχουν, με αποτέλεσμα να ακολουθήσουν με ακρίβεια το θεραπευτικό πρόγραμμα.²²

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας έχει δύο σκέλη. Πρώτον οι επαγγελματίες θα πρέπει να δίνουν στους ασθενείς τις πληροφορίες που τους αφορούν και ταυτόχρονα θα πρέπει και οι ίδιοι να ακούν τους ασθενείς με προσοχή και να ανταποκρίνονται σε αυτά που τους λένε. Η επικοινωνία πρέπει να προσαρμόζεται στις προσωπικές εμπειρίες, στις δυνατότητες κατανόησης και στην ικανότητα επικοινωνίας του κάθε ασθενή.¹⁹

Από τη λήψη του ιστορικού, ιατρικού ή νοσηλευτικού, μέχρι την τελική απόφαση της θεραπείας που θα ακολουθήσει ο ασθενής ή οποιασδήποτε άλλης θεραπευτικής παρέμβασης, η σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας πρέπει να βασίζεται στη σωστή και αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία. Σε μεγάλο μέρος η επικοινωνία αναφέρεται σε πληροφορίες για τη διάγνωση και θεραπεία και στην πορεία συμπεριλαμβάνονται και συζητήσεις ψυχοκοινωνικού ή άλλου ενδιαφέροντος.²²

Η συμμετοχή των ασθενών σήμερα θεωρείται απαραίτητη γιατί ο ασθενής με την εμπλοκή του αισθάνεται πιο ασφαλής και συμμετέχει στις όποιες αποφάσεις λαμβάνονται. Ο ασθενής δεν μπορεί να κάνει την τελική επιλογή της θεραπείας, η συμμετοχή του όμως τον καθιστά υπεύθυνο και αναπτύσσεται μια συνεργασία που μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση.²²

Η επικοινωνία εξαρτάται πάρα πολύ από την προσωπικότητα του επαγγελματία υγείας που αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενή. Την αποκλειστικότητα της επικοινωνίας παλαιότερα την είχε ο ιατρός, σήμερα όμως τα δεδομένα έχουν αλλάξει διότι ο ασθενής έρχεται σε επαφή με μια πολυθεματική ομάδα φροντίδας υγείας μέσα στα νοσηλευτήρια, από την οποία μπορεί να πάρει πληροφόρηση. Συνεπώς οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να επιδιώξουν την εκπαίδευση του προσωπικού για καλύτερους και πιο εποικοδομητικούς τρόπους επικοινωνίας.³⁰

Το δικαίωμα του ασθενή στην πληροφόρηση για θέματα υγείας αναγνωρίζεται τόσο νομοθετικά εντός των συνόρων κάθε κράτους όσο και από διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με θέματα υγείας.^{31,32}

2.4.2. Συναίνεση του ασθενή μετά από πληροφόρηση

Κάθε ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση απαιτεί τη συναίνεση του ασθενή η οποία αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενή και κατοχυρώνεται από διεθνείς συμβάσεις και από τους νόμους του κράτους. Απαραίτητη προϋπόθεση, για να είναι έγκυρη η συναίνεση, είναι η λεπτομερής

ενημέρωση του ασθενή για τη φύση και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την εκάστοτε ιατρό-νοσηλευτική πράξη. Στην καθημερινή πράξη θα πρέπει να μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να αποδείξει ότι πριν τη συναίνεση του ασθενή υπήρξε εμπεριστατωμένη και ειδική για την ασθένεια του ενημέρωση στον κατάλληλο χρόνο και σε κατανοητή για τον ασθενή γλώσσα.

Με την αλματώδη εξέλιξη των βιοϊατρικών επιστημών είναι απαραίτητη η ενημέρωση του ασθενή για να μπορέσει να συναινέσει σε νέες ιατρικές παρεμβάσεις. Ανεξάρτητα αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης ή είναι αδαής σε θέματα υγείας, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν αντικείμενο ιατρικού τεχνοκρατισμού. Είναι ο μόνος υπεύθυνος για να αποφασίσει για οτιδήποτε αφορά την υγεία του, τη σωματική και πνευματική του ακεραιότητα, την ποιότητα ζωής του και γενικότερα την προστασία της προσωπικότητας του τόσο εν ζωή όσο και μετά το θάνατο. Ο επαγγελματίας υγείας έχει υποχρέωση να βοηθήσει τον ασθενή στη λήψη της σωστής απόφασης παρέχοντας του πλήρη ενημέρωση για τη φύση, τους κινδύνους αλλά και την ωφέλεια της κάθε ιατρό-νοσηλευτικής πράξης.³³

Η Κυπριακή Δημοκρατία το 2005 ψήφισε νόμο για τα Δικαιώματα του Ασθενή. Σύμφωνα με το νόμο αυτό ο ασθενής έχει δικαίωμα να αναζητήσει την κατάλληλη φροντίδα για το πρόβλημα της υγείας του καθώς και να συναινέσει ή να αρνηθεί μια διαγνωστική ή μια θεραπευτική παρέμβαση. Στο νόμο επίσης γίνεται σαφής αναφορά στο δικαίωμα της πλήρους και ορθής πληροφόρησης και της ελευθερίας του ασθενή προκειμένου να αποφασίσει να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων ή να συναινέσει σε μια πράξη.³²

Η συναίνεση του ασθενή είναι κάτι περισσότερο από τη συμπλήρωση ενός απλού εντύπου. Είναι μια διαδικασία αμοιβαίας ανταλλαγής πληροφοριών κατανόησης και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Το στάδιο της πληροφόρησης είναι μια περισσότερο παθητική διαδικασία ενώ το στάδιο λήψης απόφασης για την αποδοχή ή όχι της συναίνεσης είναι ένδειξη αυτονομίας και είναι μια περισσότερο ενεργητική διαδικασία. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της πληροφόρησης γίνεται μεταβίβαση των πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή και οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αποφασίσει αν θα

αρνηθεί ή θα συναινέσει σε μια συγκεκριμένη παρέμβαση ή θα αρνηθεί να συμμετάσχει σε μια συγκεκριμένη μελέτη.³⁴

Σύμφωνα με τον Dworkin, σε τέσσερις περιπτώσεις μπορούν να γίνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενή:

- Σε εξαιρετικά επείγουσες και απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή του ασθενούς,
- σε ψυχιατρικούς ασθενείς / βρέφη / άτομα που δεν μπορούν να συναινέσουν,
- σε περίπτωση που ο ίδιος ασθενής έχει ζητήσει να μη συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, και
- αν ο ιατρός αποφασίσει ότι η πληροφορημένη συναίνεση μπορεί να βλάψει τον ασθενή.³⁵

Παράγοντες που μπορεί να εμποδίσουν τη διαδικασία της συναίνεσης του ασθενή ταξινομούνται σε εκείνους που αφορούν-

- τον ίδιο τον ασθενή (ικανότητα αντίληψης),
- τους επαγγελματίες υγείας (παροχή πληροφοριών),
- τη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ασθενή (κακή επικοινωνία, διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο) και
- τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, επισημαίνεται ότι ορισμένοι άνθρωποι αν και έχουν τη δυνατότητα να κάνουν αυτόνομες επιλογές δεν προχωρούν σε κάτι τέτοιο. Μερικοί υπογράφουν το έντυπο συγκατάθεσης χωρίς καν να το διαβάσουν.³⁴

3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εργασία είναι μια δραστηριότητα που παράγει αξία για το άτομο. Ο επαγγελματικός χρόνος του κάθε ατόμου καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του και καθορίζει την πορεία της ζωής του. Η εργασία του ατόμου θα πρέπει να είναι εφελθτήριο για δημιουργία και κοινωνική προσφορά ταυτόχρονα με την πλήρωση των καθημερινών απαιτήσεων της ζωής. Είναι ένα σύνολο καθηκόντων που εκτελούνται από το άτομο μέσα στον οργανισμό που εργοδοτείται συνεισφέροντας στην ανταλλαγή αξιών μεταξύ του ατόμου και του οργανισμού.^{36,37,38,39}

Για να χαρακτηριστεί αρμονική η σχέση μεταξύ της εργασίας και του ατόμου είναι πολύ σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Στη σύγχρονη εργασία αποδίδεται μεγάλη σημασία στις συνθήκες εργασίας και στην ικανοποίηση που αντλεί ο εργαζόμενος από αυτήν. Αναγκαία προϋπόθεση είναι λοιπόν η δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος όπου τόσο τα άτομα όσο και οι ομάδες θα μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά, υλοποιώντας τους στόχους του οργανισμού αλλά συγχρόνως να αντλούν ικανοποίηση από το έργο που επιτελούν.

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης δε μπορεί να οριστεί μέσα σε στενά πλαίσια αλλά είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία αντιπροσωπεύει τη γενικότερη στάση του ατόμου και τα συναισθήματα του απέναντι σε διάφορες πτυχές της εργασίας του.^{36,37,38,39}

Επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια είναι το αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν τα άτομα από την εργασία τους και στο τι πραγματικά μπορούν να πάρουν από αυτήν. Η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του είναι μια συνολική στάση ή συμπεριφορά προς αυτήν που όμως συνδέεται και με άλλες στάσεις ή συμπεριφορές στο χώρο της εργασίας. Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής ενώ παρατηρούνται αντίθετα αποτελέσματα όταν οι εργαζόμενοι δεν είναι ευτυχισμένοι από την εργασία τους. Το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες

εμφάνισης του συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης και παράλληλα μειώνεται το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψη.^{36,37,38,39}

Ειδικότερα στην περίπτωση του λειτουργήματος των επαγγελματιών υγείας η ικανοποίηση και η καλή υγεία των εργαζομένων αποτελούν βασικούς παράγοντες για την απόδοση τους αλλά και για τη σωστή και εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού που εργάζονται.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν τη χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες των επαγγελματιών υγείας. Σε διεθνές επίπεδο οι νοσηλευτές αναδεικνύονται ως η ομάδα επαγγελματιών υγείας με τη χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται επάγγελμα υψηλής έντασης με αποτέλεσμα πολύ συχνά οι νοσηλευτές να οδηγούνται σε επαγγελματική εξουθένωση, με μειωμένη αποδοτικότητα και παραγωγικότητα και με ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων. Έτσι συχνά οι νοσηλευτές καθίστανται προβληματισμένοι, αδιάφοροι, χωρίς ενδιαφέροντα και κίνητρα, με χαμηλό βαθμό αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης^{38,39}.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η αυτοεκτίμηση παραδοσιακά θεωρείται στοιχείο αξιολόγησης του «εγώ», μέσα από το οποίο τα υποκείμενα αξιολογούν την εικόνα τους από τα μηνύματα που δέχονται ως άτομα και από πληροφορίες που λαμβάνουν από τις κοινωνικές επαφές τους. Η αυτοεκτίμηση είναι σημαντικό στοιχείο επίγνωσης και αντανάκλαται στο βαθμό προσωπικής ικανοποίησης. Πρόσφατα έχει διαπιστωθεί σχέση μεταξύ της έννοιας του εγώ και της αυτοεκτίμησης. Η αυτοαξιολόγηση προάγει τα θετικά συναισθήματα που με τη σειρά της διαδραματίζει προστατευτικό ρόλο για το άτομο.⁴⁰

Σύμφωνα με τον Brandent αυτοεκτίμηση είναι «η εμπειρία ότι είμαστε κατάλληλοι για τη ζωή και τις απαιτήσεις της. Ειδικότερα αυτοεκτίμηση είναι:

1) εμπιστοσύνη στην ικανότητα μας να σκεφτόμαστε και να επεξεργαζόμαστε τις βασικές προκλήσεις της ζωής, και

2) εμπιστοσύνη στο δικαίωμα μας να είμαστε ευτυχισμένοι, η αίσθηση ότι είμαστε αντάξιοι, ότι αξίζουμε, ότι έχουμε το δικαίωμα να διεκδικούμε την ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών μας και να απολαμβάνουμε τους κόπους των προσπαθειών μας⁴¹.

Αυτοεκτίμηση είναι μια αξία της προσωπικότητας και καθορίζεται ως ο τρόπος που κάποιος αξιολογεί τον εαυτό του και τα επιτεύγματα του. Η αυτοεκτίμηση παρόλο που είναι σε γενικές γραμμές σταθερή μπορεί να επηρεαστεί από εξωτερικούς παράγοντες.^{42,43} Το άτομο που αποδέχεται τον εαυτό του θεωρεί ότι αξίζει και ότι δεν είναι υποδεέστερο από τους άλλους και έχει την ικανότητα να τα βγάξει πέρα στη ζωή και να δέχεται εγκώμια ή κριτική από τους άλλους.

Η αυτοεκτίμηση δεν είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ούτε έμφυτο, ούτε διαρκές. Η αυτοεκτίμηση διακρίνεται στη βασική αυτοεκτίμηση που είναι σταθερή κατά τη διάρκεια του χρόνου και στη βαρομετρική αυτοεκτίμηση που είναι μεταβαλλόμενη.^{42,43}

Η αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζεται ως χαμηλή και υψηλή. Η υψηλή αυτοεκτίμηση εκφράζει το αίσθημα ότι κάποιος «είναι αρκετά καλός» και το άτομο απλά αισθάνεται ότι αξίζει. Σέβεται τον εαυτό του για αυτό που είναι αλλά δεν κατέχεται από δέος και δεν περιμένει οι άλλοι να κάνουν το ίδιο. Δε θεωρεί τον εαυτό του απαραίτητα καλύτερο από τους άλλους.⁴⁴ Άτομα που έχουν τόσο ψηλά τον εαυτό τους είναι πιθανόν να πάνε ακόμα παρά πέρα και να θεωρήσουν ότι έχουν την ικανότητα με την πιο επαγγελματική έννοια.⁴⁵ Επιπρόσθετα τα άτομα που βλέπουν τους εαυτούς τους ως πολύτιμους πόρους, έχοντας προσόντα, είναι πιθανόν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη δουλειά τους μέσα από την αυτοεκτίμηση.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση κάποιου για την προσωπική του ταυτότητα και την επαγγελματική του εικόνα σχετίζεται με την ευπάθεια στο άγχος και στην επαγγελματική εξουθένωση, που είναι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση και παραγωγικότητα^{42,43}.

Η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται σε αισθήματα φυσικής, διανοητικής και συναισθηματικής κόπωσης των επαγγελματιών υγείας και χαρακτηρίζεται από

επαγγελματική δυσαρέσκεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση και απώλεια των θετικών αισθημάτων για τους ασθενείς. Η επαγγελματική δυσαρέσκεια είναι ένα φαινόμενο που πρακτικά επηρεάζει πολλούς τομείς της φροντίδας υγείας^{42,43}.

4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Γενικό Πλαίσιο Ερευνητικού Προβλήματος

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει οριστεί και αναδειχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως ο πιο αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης στηρίζεται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα της υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού.

Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού καθώς και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν μερικές από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς με την ενημέρωση και την επικοινωνία που έχουν με τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να δώσουν πληροφορίες οι οποίες, αν αξιολογηθούν σωστά, μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να λειτουργεί σωστά ενημερώνοντας τον ασθενή για τις διάφορες πτυχές σχετικά με την υγεία του και τη θεραπεία που του παρέχεται. Πρέπει να γνωρίζει και να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών του και να λειτουργεί αναλόγως. Επιπρόσθετα μέσα στα πλαίσια διαπίστευσης αρκετών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να αποδείξει ότι πληρεί διεθνώς αναγνωρισμένα κριτήρια και δεν αρκείται με ατεκμηρίωτους ισχυρισμούς οι οποίοι δεν έχουν θέση στις απαιτήσεις και στα δικαιώματα των ασθενών.

Η πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας είναι ένας στρατηγικός στόχος αφού προϋποθέτει την ανάπτυξη του ανθρώπινου παράγοντα και την ενεργή εμπλοκή του στις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι οποίες βασίζονται σε

διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα, με τελικό σκοπό τη συνεχή βελτίωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.⁴⁶

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα και την ποιότητα φροντίδας όπως την εκλαμβάνει ο ασθενής. Ακόμη λιγότεροι είναι εκείνοι που έχουν ασχοληθεί με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της πληροφόρησης και της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

Πολλές έρευνες έδειξαν ότι οι καλά πληροφορημένοι ασθενείς είναι λιγότερο αγχωμένοι, είναι πιο ικανοποιημένοι και είναι πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους και τη θεραπεία που θα ακολουθήσει. Ο ενημερωμένος ασθενής μπορεί να λάβει μέρος στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει μέρος στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του, τότε πρέπει να ενημερώνεται αυτός και η οικογένεια του από τους επαγγελματίες υγείας με τρόπο που να μπορούν να αντιληφθούν τι συμβαίνει.^{22,23}

Στην Κύπρο, στο βαθμό που οι ερευνητές ήταν δυνατό να εξακριβώσουν, δεν έχει γίνει καμία έρευνα σχετική με την ποιότητα πληροφόρησης που δέχονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, καθιστώντας πρόδηλη την ανάγκη για την ερευνητική μελέτη του θέματος.

Ο γενικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συγκριτική μελέτη και εκτίμηση των απόψεων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα ενημέρωσης που γίνεται σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα ιδιωτικών και δημοσίων νοσοκομείων στην Κύπρο, σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα. Παράλληλα καταβάλλεται προσπάθεια να απαντηθούν τα εξής βασικά ερωτήματα:

1. *Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των Κύπριων ασθενών από την ποιότητα ενημέρωσης που τους παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας;* Η έρευνα θα προσπαθήσει να αποτυπώσει την υποκειμενική άποψη των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας του νοσοκομείου για το βαθμό πληροφόρησης που έχουν από τους επαγγελματίες υγείας. Αντικειμενικός στόχος είναι να περιγραφεί ο βαθμός της πληροφόρησης που παρέχεται σε ένα νοσοκομείο μέσα από τα μάτια του τελικού

χρήστη, όπως αυτός την εκλαμβάνει και την αντιλαμβάνεται και πώς η ποιότητα αυτής της ενημέρωσης συμβάλλει στο βαθμό ικανοποίησης του. Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί η δυνατότητα στη διοίκηση του κάθε νοσοκομείου να διαμορφώσει άποψη για τους τομείς όπου απαιτείται βελτίωση.

2. *Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων που έχουν ασθενείς και επαγγελματίες υγείας για το βαθμό ενημέρωσης και την ποιότητα φροντίδας; Ίσως είναι το κυριότερο ερώτημα στην παρούσα έρευνα, δεδομένου ότι η σύγκριση των δυο απόψεων πιθανό να μας διαφωτίσει κατά πόσο υπάρχουν ομοιότητες ή διαφορές στις απόψεις των δύο για την ποιότητα της ενημέρωσης.*

3. *Πως σχετίζονται οι απόψεις των ασθενών με τα δημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης);*

4. *Η αυτοεκτίμηση των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με την ενημέρωση που παρέχουν και ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους; Με την ερώτηση αυτή η έρευνα επιδιώκει να σκιαγραφήσει κατά πόσο οι παράγοντες «αυτοεκτίμηση» και «ικανοποίηση από την εργασία» επηρεάζουν την απόδοση του προσωπικού σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών.*

Το ερευνητικό πρόβλημα και οι επιμέρους στόχοι διαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύχθηκε η παρούσα έρευνα. Οι στόχοι της έρευνας προσδιόρισαν και την επιλογή της μεθόδου. Εφ' όσον πρόκειται για διερεύνηση και σύγκριση απόψεων, μια κατάλληλη μέθοδος ήταν η ποσοτική με προσέγγιση την συγκριτική περιγραφική έρευνα. Ο περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για να αποκτηθούν πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης χωρίς να γίνεται κανενός είδους παρέμβαση αφού σκοπός είναι η απεικόνιση των πραγμάτων όπως εκ φύσεως συμβαίνουν.⁴⁷

Ο σωστός σχεδιασμός της έρευνας στοχεύει στην αύξηση της πιθανότητας να υπάρξουν έγκυρες απαντήσεις στους αντικειμενικούς σκοπούς, τα ερωτήματα και τις υποθέσεις της έρευνας. Με βάση το σχεδιασμό της μεθοδολογίας της έρευνας, η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα πιο κάτω στάδια ανάπτυξης:

Στάδιο 1: Προσδιορισμός του ερευνητικού προβλήματος και των ερευνητικών στόχων.

Στάδιο 2: Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Στάδιο 3: Μετάφραση και σχεδιασμός των εργαλείων συλλογής δεδομένων.

Στάδιο 4: Διεξαγωγή πιλοτικής έρευνας / αξιολόγηση και προσαρμογή εργαλείων συλλογής δεδομένων.

Στάδιο 5: Εφαρμογή προβλεπόμενης δειγματοληψίας.

Στάδιο 6: Συλλογή, έλεγχος και επεξεργασία δεδομένων.

Στάδιο 7: Ανάλυση αποτελεσμάτων και συμπεράσματα.

Στάδιο 8: Διασπορά αποτελεσμάτων.

Τα παραπάνω στάδια, ένα οργανωμένο σύνολο από διαδικασίες, τεχνικές, εργαλεία και μέσα τεκμηρίωσης συνέθεσαν τη μεθοδολογία της έρευνας και καθοδήγησαν τους ερευνητές στη διατύπωση γενικών και ειδικών συμπερασμάτων καθώς επίσης και στη διαμόρφωση σχετικών προτάσεων.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού παρουσιάζονται αναλυτικά τα στάδια της έρευνας όπως αυτά υλοποιήθηκαν κατά τη χρονική διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης.

4.2 Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην ερευνητική αυτή εργασία αποτελείτο από δύο παράλληλα ερωτηματολόγια (παράρτημα I και II) με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ένα ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στους ασθενείς και το άλλο στους επαγγελματίες υγείας.

Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν από Γάλλους ερευνητές για τη σύγκριση των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα φροντίδας που δίνεται σε διάφορα νοσοκομεία της Γαλλίας. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν και αξιοποιήθηκαν χρησιμοποιούμενα στην παρούσα έρευνα.

Τα εν λόγω ερωτηματολόγια συντίθενται από τριανταμία διαφορετικές δηλώσεις γύρω από την ενημέρωση των ασθενών και δημιουργήθηκαν στη βάση εγχειριδίου

διαπίστευσης ποιότητας που εφαρμόζεται στη Γαλλία σε συνδυασμό με έγκυρη κλίμακα μέτρησης της γνώμης εσωτερικών ασθενών για την ποιότητα φροντίδας^{48,49}. Οι τριανταμία δηλώσεις οι οποίες σχετίζονταν με την πληροφόρηση των ασθενών ήταν ομαδοποιημένες σε έξι διαφορετικές κατηγορίες, σύμφωνα πάντα με τα πρότυπα ποιότητας, σε συγκεκριμένες πτυχές στη φροντίδα των ασθενών.

Η κατηγορία I περιλάμβανε έξι δηλώσεις που αφορούσαν την πληροφόρηση σχετικά με την πολιτική του νοσοκομείου ή του τμήματος. Η κατηγορία II αφορούσε την πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης του ασθενή, η κατηγορία III αφορούσε την πληροφόρηση που δίνεται στον οικογενειακό κύκλο και στον προσωπικό γιατρό του ασθενή, η κατηγορία IV αφορούσε την αξιολόγηση του πόνου και των ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή, η κατηγορία V τις σχέσεις του ασθενή με το προσωπικό φροντίδας (ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας) και η κατηγορία VI την πληροφόρηση που δίνεται σχετικά με το εξιτήριο του ασθενή.

Βάσει των πιο πάνω δηλώσεων, δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας. Τα δύο ερωτηματολόγια περιλάμβαναν τις ίδιες δηλώσεις με διαφορετικό τρόπο διατυπωμένες. Στους ασθενείς ζητείτο να αξιολογήσουν τη φροντίδα που έλαβαν κατά την παραμονή τους στο τμήμα και στους επαγγελματίες υγείας να δηλώσουν τη φροντίδα που έδιναν στο τμήμα στο οποίο εργάζονταν. Για παράδειγμα η ερώτηση στους ασθενείς *«με ενημέρωναν εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί»*, στους επαγγελματίες υγείας διατυπωνόταν ως *«οι ασθενείς ενημερώνονται εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που προγραμματίζονται για τη φροντίδα τους»*.

4.2.1 Μετάφραση ερωτηματολογίου

Η διαδικασία της μετάφρασης των ερωτηματολογίων στην Ελληνική γλώσσα, έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες.^{50,51,52,52} Αφού είχε εξασφαλιστεί εκ των προτέρων η σχετική άδεια χρήσης τους από το δημιουργό τους οι ερευνητές προχώρησαν σε:

α) διγλωσσική μετάφραση προς δύο κατευθύνσεις (forward translation, backward translation), και

β) πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) με πιλοτική εφαρμογή της κλίμακας στους ερωτώμενους με χρήση της γνωστικής προσέγγισης επαναπροσδιορισμού (cognitive debriefing process / interview) (Health Research Associates Inc.).

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η μπροστά-πίσω-μπροστά τεχνική (Forward-backward-forward technique). Το κάθε γαλλικό πρωτότυπο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από δυο ανεξάρτητες, μεταξύ τους, ομάδες που απαρτίζονταν η μεν πρώτη από δυο γλωσσομαθείς επαγγελματίες υγείας και η δεύτερη από δυο καθηγητές γαλλικής φιλολογίας μέσης εκπαίδευσης, ένας εκ των οποίων ήταν Γάλλος και κατείχε την ελληνική γλώσσα.

Κατά τη διάρκεια της μετάφρασης στα ελληνικά, δεν υπήρξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεταφραστών στην ερμηνεία των λέξεων, αλλά υπήρξαν μικρές συντακτικές διαφορές. Στη συνέχεια, οι δυο ομάδες των μεταφραστών σε κοινή συνεδρία, με τη συμμετοχή ενός τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία, κατέληξαν στην επιλογή της τελικής μορφής των ερωτήσεων που θα αποτελούσαν το Ελληνικό ερωτηματολόγιο.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο που είχε προκύψει, μεταφράστηκε στη γαλλική γλώσσα από επιθεωρήτρια γαλλικής φιλολογίας μέσης εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού και ακολούθως απεστάλη στο Γάλλο δημιουργό του ερωτηματολογίου ο οποίος και συμφώνησε με το τελικό γαλλικό κείμενο.

4.2.2 Δομή του ερωτηματολογίου

4.2.2.1 Ερωτηματολόγιο χρηστών υπηρεσιών υγείας

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους ασθενείς αποτελείται από τρία μέρη τα οποία περιγράφονται πιο κάτω:

1) Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά

Στο μέρος αυτό περιλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά δεδομένα των ασθενών και αφορούσαν κυρίως το φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση,

επίπεδο εκπαίδευσης, την κατάσταση της υγείας του γενικά και αν είχε νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομείο.

2) Γενικές πληροφορίες για την παρούσα νοσηλεία

Στο μέρος αυτό περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν το τμήμα στο οποίο νοσηλεύτηκαν, το είδος και τη χρονική διάρκεια της τελευταίας τους εισαγωγής καθώς και ερωτήσεις που ζητούν από τους χρήστες των υπηρεσιών να εκφράσουν μια συνολική άποψη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

3) Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση των ασθενών

Το μέρος αυτό περιλάμβανε τις 31 δηλώσεις που πάρθηκαν από το γαλλικό ερωτηματολόγιο. Όλες ήταν ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου ο ασθενής καλείτο να δηλώσει πόσο ικανοποιημένος ήταν με συγκεκριμένες υπηρεσίες που αφορούσαν τη νοσηλεία του. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των δηλώσεων υπήρχε διαβάθμιση της άποψης τους με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα (Likert scale), όπου 1 = απόλυτα, 2 = αρκετά, 3 = λίγο, 4 = καθόλου και 9 = δεν ισχύει στην περίπτωση μου. Μερικές από τις δηλώσεις καλούσαν τον ασθενή να απαντήσει αν πράγματι συνέβη αυτό για το οποίο ερωτάται και οι απαντήσεις περιορίζονταν στο ΝΑΙ, ΟΧΙ και ΔΕΝ ΞΕΡΩ.

4.2.2.2 Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υπηρεσιών υγείας

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους επαγγελματίες υγείας περιλάμβανε και αυτό τρία ξεχωριστά μέρη όπως περιγράφονται πιο κάτω.

1) Δημογραφικά δεδομένα

Τα δημογραφικά δεδομένα αφορούσαν στοιχεία που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ιδιότητα τους, το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται, τον τομέα εργασίας τους και τα χρόνια υπηρεσίας που έχουν. Περιλάμβανε επίσης ερωτήσεις που αφορούσαν τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία τους καθώς και πώς βαθμολογούν τόσο τον εαυτό τους όσο και τους συναδέλφους τους γενικά ως επαγγελματίες υγείας.

2) Κλίμακα Rosenberg

Η κλίμακα αξιολόγησης της Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale) είναι ίσως το πιο πολυχρησιμοποιημένο εργαλείο για την αξιολόγηση της

αυτοεκτίμησης.⁴⁴ Έχει μεταφραστεί και υιοθετηθεί από πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας και Κύπρου. Συνεπώς δεν χρειάστηκε να μεταφραστεί. Η μόνη δέσμευση που είχαν οι ερευνητές ήταν να ενημερωθεί το ίδρυμα Rosenberg για τη χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου το οποίο και έγινε με αποστολή σχετικής επιστολής.

Η κλίμακα Rosenberg αποτελείται από δέκα δηλώσεις οι οποίες αναφέρονται στον αυτοσεβασμό και την αυτό-αποδοχή. Οι δηλώσεις 1, 3, 4, 7 και 10 είναι θετικά διατυπωμένες και οι δηλώσεις 2, 5, 6, 8 και 9 αρνητικά.

Οι δηλώσεις αυτές βαθμολογούνται στη βάση μιας τετράβαθμιας κλίμακας τύπου Likert όπου το 1 δηλώνει το «συμφωνώ απόλυτα» και το 4 το «διαφωνώ απόλυτα». Κατά συνέπεια η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από το δέκα μέχρι το σαράντα. Ψηλές τιμές σημαίνουν υψηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλές τιμές το αντίθετο.

3) Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση

Το μέρος αυτό περιλάμβανε τις 31 δηλώσεις που πάρθηκαν από το γαλλικό ερωτηματολόγιο. Όλες ήταν ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου ο επαγγελματίας υγείας καλείτο να δηλώσει τη συχνότητα με την οποία γίνονταν συγκεκριμένες ενέργειες που αφορούσαν την παρεχόμενη φροντίδα με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου 1 = πάντα ή πολύ συχνά, 2 = συχνά, 3 = μερικές φορές, 4 = σπάνια ή ποτέ και 9 = δεν ξέρω.

4.3 Πιλοτική Μελέτη

Για την πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation), τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν σε ένα τυχαίο δείγμα 20 επαγγελματιών υγείας και 18 ασθενών, σύμφωνα με ότι προτείνεται στη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process).⁵⁰

Αφού πρώτα ερωτήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια ρωτήθηκαν για κάθε ερώτηση χωριστά αν ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους

λόγια ή αν προτιμούσαν να αλλαχτεί κάποια συγκεκριμένη λέξη σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (cognitive debriefing interview).

Το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της πολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation), ήταν γενικά κατανοητό και εύκολο σύμφωνα με τα σχόλια των συμμετεχόντων.

4.4 Δειγματοληψία - Πληθυσμός της έρευνας

Τον προσβάσιμο πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευθέντες ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας καθώς επίσης και όλοι οι επαγγελματίες υγείας των τμημάτων στα οποία νοσηλεύονταν οι ασθενείς.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος που καθορίστηκαν για την παρούσα έρευνα ήταν:

Επαγγελματίες Υγείας

- α) η συναίνεση του εργαζόμενου για συμμετοχή μετά από σχετική ενημέρωση
- β) να εργάζεται σε ένα από τα τμήματα των υπό μελέτη νοσηλευτηρίων

Ασθενείς

- α) η συναίνεση του ασθενή για συμμετοχή μετά από σχετική ενημέρωση
- β) να έχει εισαχθεί και νοσηλευτεί σε ένα από τα τμήματα των υπό μελέτη νοσηλευτηρίων για τουλάχιστον 48 ώρες
- γ) να μπορεί να διαβάζει, να κατανοεί και να μιλά την ελληνική γλώσσα
- δ) να έχει πλήρη διαύγεια πνεύματος
- ε) στην περίπτωση των παιδιατρικών ασθενών το σχετικό ερωτηματολόγιο συμπλήρωνε ο συνοδός τους

Μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό δυστυχώς δεν υπάρχει. Η επιλογή του δείγματος έγινε με μη τυχαία δειγματοληψία και συγκεκριμένα με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, μέθοδος αρκετά συχνή σε νοσηλευτικές έρευνες, ποιοτικές και ποσοτικές. Η μέθοδος αυτή παρά τους κινδύνους που εμπεριέχει, είναι αρκετά χρήσιμη ειδικά για τη διερεύνηση φαινομένων ιδιαίτερα

όταν είναι αδύνατο να επιλεγεί ένα τυχαίο δείγμα.⁴⁷ Επίσης η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει στον ερευνητή να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε διαθέσιμη ομάδα μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας.⁵⁴

Οι περισσότερες νοσηλευτικές έρευνες χρησιμοποιούν τύπους μη τυχαίας δειγματοληψίας γιατί ο πληθυσμός είναι πολύ άγνωστος για να είναι δυνατή η επιλογή τυχαίου δείγματος.⁵⁴ Επιπρόσθετα τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι το χαμηλό κόστος, η αυξημένη πρόσβαση και ο μικρός χρόνος συλλογής των στοιχείων.⁴⁷

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα ήταν και η επιλογή του μεγέθους του δείγματος, του αριθμού δηλαδή των υποκειμένων που θεωρούνται επαρκή για μια έρευνα. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο πιθανότερο είναι αυτό να αντιπροσωπεύει περισσότερο πληθυσμό.⁵⁴ Γι' αυτό και για την διεκπεραίωση της μεθόδου δόθηκαν ερωτηματολόγια σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια του δείγματος κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Ο επιθυμητός αριθμός του δείγματος που έπρεπε να συμπληρωθεί σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα ήταν 30 ή και περισσότεροι ασθενείς.

Τελικά το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 391 ασθενείς και 241 επαγγελματίες υγείας.

4.5 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2009. Πραγματοποιήθηκαν δυο παράλληλες έρευνες όπου η πρώτη είχε ως ερευνητικό αντικείμενο τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στα πέντε νοσηλευτικά ιδρύματα που έλαβαν μέρος στην έρευνα (δύο δημόσια νοσηλευτήρια και τρία ιδιωτικά στις επαρχίες Λευκωσίας και ελεύθερης περιοχής Αμμοχώστου). Στη δεύτερη έρευνα συμμετείχαν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) που εργάζονταν στα διάφορα τμήματα νοσηλείας των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων.

Για τους σκοπούς της έρευνας και τη διατήρηση της ανωνυμίας των νοσοκομείων, τα νοσηλευτικά ιδρύματα ορίστηκαν ως εξής:

- Νοσοκομείο 1
- Νοσοκομείο 2
- Νοσοκομείο 3
- Νοσοκομείο 4
- Νοσοκομείο 5

Τα τμήματα που επιλέχθηκαν για την έρευνα ήταν παιδιατρικό, μαιευτικό, γυναικολογικό, παθολογικό, χειρουργικό, ορθοπαιδικό και ογκολογικό. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς του τμήματος επειγόντων περιστατικών και ατυχημάτων καθώς επίσης και της βραχείας νοσηλείας δεδομένου ότι η παραμονή τους στο τμήμα ήταν μόνο για κάποιες ώρες.

Οι ερευνητές με τη συνεργασία των υπεύθυνων στο κάθε τμήμα, ενημερώνονταν για τους ασθενείς που βρίσκονταν σε φάση εξιτηρίου. Πλησίαζαν τους ασθενείς αυτούς, τους εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας και τους έδιναν το ερωτηματολόγιο, με την παράκληση να το συμπληρώσουν πριν την έξοδό τους από το τμήμα και να το τοποθετήσουν στην κάλη ή να το συμπληρώσουν αργότερα στο σπίτι τους και να το αποστείλουν ταχυδρομικά μέσα σε φάκελο με προπληρωμένο ταχυδρομικό τέλος.

Η μέθοδος αυτή προτιμήθηκε γιατί οι ασθενείς νιώθουν πιο ελεύθεροι να εκφραστούν αφού δεν αισθάνονται εξαρτώμενοι από τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν και έτσι ανταποκρίνονται με περισσότερη ειλικρίνεια.⁵⁵ Επίσης η αποστολή μέσω ταχυδρομείου παρακάμπτει τον κίνδυνο βεβιασμένων και λανθασμένων απαντήσεων ή άρνηση συμμετοχής στην έρευνα από τους ασθενείς, αφού οι περισσότεροι με το εξιτήριο βιάζονται να φύγουν και μπορεί να το θεωρήσουν χάσιμο χρόνου.⁵⁶

Ερωτηματολόγια δόθηκαν επίσης, από τους ερευνητές, σε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές του κάθε τμήματος με την παράκληση να το συμπληρώσουν και να το τοποθετήσουν μέσα στην κάλη ή να το αποστείλουν ταχυδρομικώς μέσα στο φάκελο με προπληρωμένο ταχυδρομικό τέλος. Σε κάθε τμήμα υπήρχε κάλη στην οποία μπορούσαν να τοποθετήσουν τα απαντημένα ερωτηματολόγια τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας.

4.6 Δεοντολογικά Θέματα και Ηθικά Ζητήματα

Μια ερευνητική μελέτη απαιτεί, εκτός των άλλων, ήθος, ακεραιότητα και τιμιότητα. Η τήρηση των ηθικών αρχών κατά τη διεξαγωγή μιας έρευνας είναι επιτακτική και επιβάλλεται τόσο δεοντολογικά όσο και από πλευράς νομοθεσίας. Όλες οι έρευνες πρέπει να αξιολογούνται σε σχέση με ηθικά ζητήματα όταν αυτές ασχολούνται με ανθρώπους.⁵⁷ Γι' αυτό και τα δικαιώματα των όσων συμμετέχουν σε διάφορες ερευνητικές προσπάθειες πρέπει να διαφυλάσσονται και ο κάθε ερευνητής να είναι δεσμευμένος στην εκτέλεση ηθικών ερευνών. Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων που πρέπει να διασφαλίζονται σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς είναι:

- Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης
- Το δικαίωμα της προσωπικής ζωής και αξιοπρέπειας
- Το δικαίωμα της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας
- Το δικαίωμα της δίκαιης μεταχείρισης
- Το δικαίωμα της προστασίας από πιθανή βλάβη
- Το δικαίωμα της εθελοντικής συμμετοχής^{47,54,58}

Οι ερευνητές έχοντας την ηθική υποχρέωση προσπάθησαν να προστατεύσουν τα πιο πάνω δικαιώματα των υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα βασικά δικαιώματα για τα οποία έγινε προσπάθεια να διασφαλιστούν ήταν το δικαίωμα της αυτονομίας και της συναίνεσης του ασθενή μετά από πληροφόρηση καθώς και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας. Για το λόγο αυτό είχε ληφθεί υπόψη και είχε διασφαλισθεί απόλυτη ανωνυμία και εχεμύθεια απέναντι στους συμμετέχοντες και στα νοσηλευτήρια που διεξάχθηκε η παρούσα έρευνα. Επίσης τα δεδομένα που προέκυψαν κωδικοποιήθηκαν έτσι ώστε να μην μπορούν να συσχετισθούν με τα άτομα που τα παρείχαν.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για όλες τις λεπτομέρειες που αφορούσαν την έρευνα με ενημερωτική επιστολή που επισυναπτόταν μαζί με το ερωτηματολόγιο.

Επιπρόσθετα για σκοπούς δεοντολογίας πάρθηκαν όλες οι απαραίτητες άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας τόσο από το Υπουργείο Υγείας όσο και από τους εκάστοτε υπευθύνους των νοσοκομείων στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

4.7 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο κοινωνικών επιστημών SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences). Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική με βάση την οποία παρουσιάζονται οι συχνότητες, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των μεταβλητών.⁵⁹

Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας ήταν οι ακόλουθες:

- Αξιολογήσεις αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) με βάση το συντελεστή άλφα (Cronbach's alpha)
- Περιγραφή μεταβλητών αριθμητικά (συχνότητα, ποσοστό, μέσοι όροι, τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα)
- Η στατιστική ανάλυση Spearman correlation coefficient (r^2) χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ των δηλώσεων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Η σειρά κατάταξης των δηλώσεων στο δείγμα των ασθενών συγκρίθηκε με τη σειρά κατάταξης στο δείγμα των επαγγελματιών υγείας και σε κάθε κατηγορία (ιατρούς και νοσηλευτές) ξεχωριστά.
- Δοκιμασία συνάφειας χ^2 (chi square test)
- Δοκιμασία t-test
- Δοκιμασία Anova

Για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη σύγκριση των απόψεων μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των απαντήσεων σε κάθε μια από τις κοινές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Όσο μικρότερη είναι η μέση τιμή τόσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα με την οποία γίνονται οι συγκεκριμένες δηλώσεις από τους επαγγελματίες υγείας. Παρόμοια στους ασθενείς όσο μικρότερη είναι η μέση τιμή τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι είναι ή συμφωνούν από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που αφορούσαν τη νοσηλεία τους.

5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 Ερωτηματολόγιο Επαγγελματιών Υγείας

5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Δόθηκαν συνολικά 274 ερωτηματολόγια σε γιατρούς και νοσηλευτές στα υπό έρευνα νοσηλευτήρια. Οι επαγγελματίες υγείας που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, επιστρέφοντας τα απαντημένα ερωτηματολόγια ήταν συνολικά 241 δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 77,9%. Το 73,4% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 26,6% άντρες.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας ήταν νεαρής ηλικίας αφού ένα ποσοστό 40,7% είχαν ηλικίες μεταξύ 26 με 35 χρόνων. Ακολουθεί ένα ποσοστό 19,9% με ηλικίες από 36 μέχρι 45 χρόνων ενώ ένα σχεδόν ίσο ποσοστό 17,8% και 17,4% αφορά ηλικίες μικρότερες των 26 και ηλικίες από 46 μέχρι 55 χρόνων αντίστοιχα. Σε πολύ μικρότερο αριθμό κυμάνθηκαν οι ηλικίες άνω των 56 όπου το ποσοστό σε αυτές τις ηλικίες ήταν μόλις 4,1%.

Πίνακας 1

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
< 25 χρονών	43	17,8%
26 – 35	98	40,7%
36 – 45	48	19,9%
46 – 55	42	17,4%
> 56 χρονών	10	4,1%
Σύνολο	241	100,0 %

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν (πίνακας 2), ήταν έγγαμοι σε ποσοστό 64,2%, ακολουθούν οι ανύπαντροι με ποσοστό 31,7%, οι διαζευγμένοι με

ποσοστό 3,3% ενώ αυτοί που βρίσκονταν σε χηρεία αποτέλεσαν το 0,8% του δείγματος.

Πίνακας 2

Οικογενειακή κατάσταση επαγγελματιών υγείας

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγγαμος	154	64,2%
Άγαμος	76	31,7%
Διαζευγμένος	8	3,3%
Χήρος	2	0,8%
Σύνολο	240	100, 0%

Από τον πίνακα 3 ο οποίος αναφέρεται στο επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, προκύπτει ότι ένα 47% αποφοίτησαν από ανώτατη σχολή και ένα 42,2% από ανώτερη σχολή. Το υπόλοιπο 10,8% είχε μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Πίνακας 3

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο μόρφωσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Ανώτερη Σχολή	98	42,2%
Ανώτατη Σχολή	109	47,0%
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	25	10,8%
Σύνολο	232	100%

Από τους 241 επαγγελματίες υγείας όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 4, το 14,9% ήταν γιατροί και το 85,1% νοσηλευτές.

Πίνακας 4

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά επάγγελμα

Ιδιότητα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιατροί	36	14,9%
Νοσηλευτές	205	85,1%
Σύνολο	241	100%

Ο μέσος όρος των χρόνων υπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας ήταν $6,56 \pm 6,96$ χρόνια με ελάχιστη τιμή κάτω από ένα έτος και μέγιστη τα 35 έτη υπηρεσίας. Το t-test έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,025$) στη μέση προϋπηρεσία ανδρών ($4,84 \pm 5,17$) και γυναικών ($7,15 \pm 7,39$). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μέση προϋπηρεσία γιατρών και νοσηλευτών ($p=0,465$).

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εργαζόταν στο Νοσοκομείο 1 (32%) και στο Νοσοκομείο 3 (27,8%). Σε μικρότερη ποσοστιαία κατανομή βρισκόταν το Νοσοκομείο 4 και το Νοσοκομείο 2 με 17% και 14,9% αντίστοιχα. Από την Νοσοκομείο 5 προέρχεται το 8,3% του δείγματος. Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά νοσοκομείο.

Πίνακας 5

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος ανά νοσοκομείο

Νοσοκομείο	Συχνότητα	Ποσοστό
Νοσοκομείο 1	77	32%
Νοσοκομείο 2	36	14,9%
Νοσοκομείο 3	67	27,8%
Νοσοκομείο 4	41	17%
Νοσοκομείο 5	20	8,3%
Σύνολο	241	100%

Ικανοποίηση από την εργασία

Στην ερώτηση «Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη δουλειά σας», ένα μεγάλο ποσοστό 71,9% δήλωσε πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο. Ένα ποσοστό 25,2% δήλωσε μέτρια ικανοποίηση ενώ το ποσοστό που δήλωνε λίγο ή καθόλου ικανοποιημένο από την εργασία του ήταν της τάξης του 3%.

Στον πίνακα 6 εμφανίζονται τα ποσοστά ικανοποίησης γιατρών και νοσηλευτών από την εργασία τους. Το 60% των γιατρών δήλωσαν από πάρα πολύ έως πολύ ικανοποιημένοι, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους νοσηλευτές ήταν 74%.

Πίνακας 6

Διαφορά στα ποσοστά ικανοποίησης γιατρών και νοσηλευτών

Ικανοποίηση	Γιατρός	Νοσηλευτής
Πάρα πολύ	9 (25,7%)	53(26,1%)
Πολύ	12 (34,3%)	97(47,8%)
Μέτρια	9(25,7%)	51(25,1%)
Λίγο	2(5,7%)	2(1,0%)
Καθόλου	3(8,6%)	0(0%)
Σύνολο	35(100,0%)	203(100,0%)

(p=0.627, p=0.676)

Η δοκιμασία συνάφειας (χ^2 test) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας και του τμήματος (p=0.627) ή του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται (p=0.676).

Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ικανοποίηση από την εργασία τους, των γιατρών και των νοσηλευτών. Επίσης, η ίδια δοκιμασία δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση προϋπηρεσία και στην ικανοποίηση από την εργασία.

Το paired t-test έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0.001) στη μέση αυτοαξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας και στη μέση αξιολόγηση των

συναδέλφων τους. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7 οι επαγγελματίες υγείας είχαν καλύτερη γνώμη για τον εαυτό τους από ότι για τους συναδέλφους τους. Στις ερωτήσεις πως βαθμολογούν τον εαυτό τους αλλά και τους συναδέλφους τους γενικά ως επαγγελματίες υγείας φάνηκε ότι αξιολογούν τους εαυτούς τους περισσότερο από τους συναδέλφους τους.

Πίνακας 7

Αυτοαξιολόγηση και αξιολόγηση επαγγελματιών υγείας

	Συχνότητα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Πώς βαθμολογείτε τον εαυτό σας, γενικά ως επαγγελματία υγείας	235	8,25	1.220
Πως βαθμολογείτε τον Κύπριο συνάδελφο σας γενικά ως επαγγελματία υγείας	224	7,54	1.284

5.1.2 Κλίμακα Rosenberg

Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας (Cronbach's alpha) ήταν 0,801 γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η κλίμακα αξιολόγησης της αυτοεκτίμησης (Κλίμακα Rosenberg) που χρησιμοποιήθηκε παρουσιάζει αξιοπιστία στις διάφορες παραμέτρους της.

Η στατιστική ανάλυση σχετικά με την αυτοεκτίμηση των επαγγελματιών υγείας έδειξε ότι ένα συνολικό ποσοστό 59% παρουσιάζει μέτρια αυτοεκτίμηση. Πολύ μικρό βρέθηκε να είναι το ποσοστό των ατόμων με χαμηλή αυτοεκτίμηση στο 0,8% ενώ ένα ποσοστό 40,2% βρέθηκε να έχει υψηλή αυτοεκτίμηση (πίνακας 8).

Πίνακας 8

Αξιολόγηση αυτοεκτίμησης επαγγελματιών υγείας

Κατηγορίες	Συχνότητα	Ποσοστό
Rosenberg		
Χαμηλή	2	0,8%
Αυτοεκτίμηση		
Μέτρια	141	59%
Αυτοεκτίμηση		
Υψηλή	96	40,2%
Αυτοεκτίμηση		
Σύνολο	241	100%

Η ανάλυση ANOVA δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία στην κλίμακα Rosenberg ως προς το φύλο ($p=0,612$), την κατηγορική ηλικία ($p=0,638$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($p=0,672$), το νοσοκομείο ($p=0,770$), την ιδιότητα ($p=0,634$), το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία ($p=0,281$).

Η αυτοεκτίμηση βρέθηκε να μην επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία των επαγγελματιών υγείας ($p=0,281$). Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση δηλώνουν πολύ έως μέτρια ικανοποιημένα από την εργασία τους ενώ αντίθετα 8,4% των ατόμων με μέτρια αυτοεκτίμηση αλλά και 4,1% των ατόμων με υψηλή αυτοεκτίμηση δηλώνουν λίγο έως καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Η σύγκριση που έγινε για τις κατηγορίες αυτοεκτίμησης κατά Rosenberg και πως ο κάθε επαγγελματίας βαθμολογεί τον εαυτό του βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών αυτών ($p<0,001$). Αντίθετα, η σύγκριση των κατηγοριών της κλίμακας Rosenberg με τη βαθμολογία που ο κάθε επαγγελματίας βαθμολογεί το συναδέλφο του δεν έδειξε καμία σημαντική διαφορά στατιστικά. Επιπρόσθετα βρέθηκε ότι τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση αξιολογούν πιο ψηλά τον εαυτό τους έναντι των συναδέλφων τους.

5.1.3 Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση

Η εγκυρότητα και αξιοπιστία των 30 δηλώσεων στο μέρος Γ του ερωτηματολογίου στη παρούσα έρευνα ήταν αρκετά ικανοποιητική. Ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's alpha) ήταν 0,891.

α) Πολιτική τμήματος

Η ποσοστιαία ανάλυση στην κατηγορία I, που αναφέρεται στην πολιτική του τμήματος ή του νοσοκομείου γενικότερα παρουσιάζεται στον πίνακα 9.

Αναλυτικότερα, στην ερώτηση αν δίνεται στους ασθενείς βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, το 48.8% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι ποτέ ή σπάνια δίνεται τέτοιο βιβλιάριο ενώ ένα ποσοστό 40.6% δήλωσε ότι δίνεται συχνά ή μερικές φορές και μόνο το 8.6% των επαγγελματιών υγείας δήλωσε ότι δίνεται πάντα ή πολύ συχνά.

Επίσης, στην ερώτηση αν κάθε ασθενής πληροφορείται ότι καταχωρούνται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή οι πληροφορίες που τον αφορούν, το μεγαλύτερο ποσοστό 45.1% απάντησαν σπάνια ή ποτέ, σε ποσοστό 42, 6% απάντησαν συχνά ή μερικές φορές και σε ποσοστό 19.7% πάντα ή πολύ συχνά.

Αξιοσημείωτο είναι ότι βρέθηκε σημαντική διαφορά στην έμφαση που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας στην εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια αναφορικά με τον ασθενή και την ασθένεια του. Στη συγκεκριμένη ερώτηση η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας σε ποσοστό 89.1% απάντησε ότι γνωρίζουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να αποκαλύψουν προς τα έξω την παρουσία του ασθενή και σε ποσοστό 66.8% οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν ότι οι πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή δεν βρίσκονται εκτεθειμένες στο δωμάτιο του.

Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας πληροφορούν τους ασθενείς για την δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους αναγκών σε υψηλό ποσοστό (86%). Μικρό ποσοστό επαγγελματιών υγείας απάντησε σπάνια ή ποτέ. Περισσότεροι από τους

μισούς (59.9%) ερωτώμενους απάντησαν καταφατικά στην ερώτηση αν πληροφορούσαν για την ύπαρξη λειτουργού παραπόνων στο νοσοκομείο.

Πίνακας 9

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας I – πολιτική τμήματος

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Στον κάθε ασθενή και ή στους συνοδούς του δίνεται ένα βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.	8,6%	20,1%	22,5%	48,8%	209
Ο κάθε ασθενής πληροφορείται ότι καταχωρούνται στον Η/Υ οι πληροφορίες που τον αφορούν και ότι έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές.	19,7%	13,1%	22,1%	45,1%	213
Το προσωπικό γνωρίζει ότι δεν έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία του ασθενή	70%	19,1%	6,5%	4,3%	230
Οι ασθενείς πληροφορούνται για τις δυνατότητες άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων τους	30,8%	31,2%	24%	14%	221
Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) δεν είναι εκτεθειμένες στο δωμάτιο του ασθενή	49,1%	17,7%	13,8%	19,4%	232
Ο κάθε ασθενής πληροφορείται για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορεί να απευθυνθεί σε περίπτωση υποβολής παραπόνου	24,2%	35,7%	24,2%	15,9%	227

β) Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης

Στις ερωτήσεις της κατηγορίας II, που αναφέρονται στην ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης των ασθενών, βρέθηκαν πολύ υψηλά ποσοστά στην συχνότητα εκτέλεσης των συγκεκριμένων διαδικασιών, σύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας (πίνακας 10).

Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «πάντα» ή «πολύ συχνά» ήταν οι ερωτήσεις σχετικά με τη συναίνεση μετά από πληροφόρηση. Το 97.9% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι απαιτείται η συναίνεση του ασθενή πριν τη χειρουργική επέμβαση και το 97.5% ότι απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για τη χορήγηση τοπικής ή ολικής αναισθησίας.

Πίνακας 10

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας II- Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Οι ασθενείς ενημερώνονται εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που προγραμματίζονται για τη φροντίδα τους.	46,8%	38,7%	13,2%	1,3%	235
Οι ασθενείς έχουν σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνται οι κυριότερες εξετάσεις.	44%	36,8%	17,1%	2,1%	234
Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	36,9%	38,2%	20,6%	4,3%	233
Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	48,5%	37,9%	11,9%	1,7%	235

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Οι ασθενείς ενημερώνονται για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία θα υποβληθούν	52,5%	40,7%	5,9%	.8%	236
Οι ασθενείς ενημερώνονται για κινδύνους /πλεονεκτήματα θεραπείας	48,3%	35,9%	14,1%	1,7%	234
Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση	94,5%	3,4%	1,7%	,4%	236
Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε τοπική ή ολική αναισθησία	88,4%	9,1%	2,6%	0%	232
Οι ασθενείς ενημερώνονται σε θέματα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους (αθλητικές δραστηριότητες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ)	41,1%	44,6%	12,1%	2,2%	231

γ) Ενημέρωση προσωπικού γιατρού

Στην ερώτηση αν λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία του προσωπικού του γιατρού για να ενημερωθεί σχετικά με την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο βρέθηκε ότι από το σύνολο των 241 επαγγελματιών υγείας του δείγματος απάντησαν μόνο οι 109 και καταγράφηκαν τα εξής ποσοστά: «πάντα», «πολύ συχνά» ή «συχνά» 59.6%, «μερικές φορές» 22.9% και «σπάνια» ή «ποτέ» 17.4% (πίνακας 11).

Πίνακας 11

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας III- Ενημέρωση προσωπικού γιατρού

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία, του ή των προσωπικών του γιατρών, τους οποίους θα ήθελε να ενημερωθούν για την εισαγωγή του και την παραμονή του στο νοσοκομείο	26,6%	33%	22,9%	17,4%	109

δ) Αξιολόγηση πόνου και αναγκών

Στην κατηγορία IV που αναφέρεται στην αξιολόγηση τόσο των ψυχοκοινωνικών αναγκών όσο και του πόνου των ασθενών, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν περισσότερο τον πόνο συγκριτικά με τις κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών τους. Ένα μεγάλο ποσοστό 91.7% , όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 12, βρέθηκε να αξιολογεί «πάντα» έως «συχνά» τον πόνο, σε αντίθεση με τις ψυχολογικές ή τις κοινωνικές ανάγκες των οποίων τα ποσοστά που καταγράφηκαν ήταν χαμηλότερα.

Πίνακας 12

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας IV - Αξιολόγηση πόνου και αναγκών

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Διερευνούνται οι τυχόν ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών	20,9%	43,6%	28,2%	7,3%	234
Διερευνούνται οι τυχόν ανάγκες των ασθενών για κοινωνική βοήθεια	26,6%	36,2%	28,4%	8,7%	229
Αξιολογείται συστηματικά ο πόνος του ασθενή κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.	58,4%	33,3%	6,5%	1,7%	231

ε) Ο ρόλος επαγγελματιών υγείας

Στα ερωτήματα της κατηγορίας V, τα οποία σχετίζονται με την παρουσία και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας ακολουθούν τους κανονισμούς του τμήματος (πίνακας 13). Συγκεκριμένα, ποσοστό 75.2% των επαγγελματιών υγείας φέρει την κονκάρδα με το όνομα του και το επάγγελμα του.

Παράλληλα, η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (91.1%) δήλωσε ότι κατά την εξέταση του ασθενή οι επισκέπτες καλούνται να εγκαταλείψουν το δωμάτιο του.

Οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι ζητείται από τους ασθενείς άδεια για την παρουσία φοιτητών ή εκπαιδευόμενων, με ποσοστό 53.5% «πάντα», «πολύ συχνά» και «συχνά» ενώ ποσοστό 47.5% απάντησε «σπάνια» ή «μερικές φορές».

Αξιοσημείωτη διαφορά παρατηρήθηκε στο ερώτημα αν γιατροί και νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα πριν εισέλθουν στο δωμάτιο του ασθενή. Συγκεκριμένα, πέρα από τους μισούς (50.3%) νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα των ασθενών πριν να μπουν στο δωμάτιο ενώ αντίθετα οι γιατροί βρέθηκε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό 69.6% σπάνια ή μερικές φορές κτυπούν την πόρτα πριν εισέλθουν στο δωμάτιο.

Πίνακας 13

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας V- Ο ρόλος επαγγελματιών υγείας

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Κάθε μέλος του προσωπικού έχει ένα σήμα/κονκάρδα με το όνομα και το επάγγελμά του	53,4%	21,8%	17,5%	7,3%	234
Οι νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών.	24,7%	25,6%	28,3%	21,5%	223
Οι γιατροί κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών	11,2%	19,3%	28,3%	41,3%	223
Οι συγγενείς και οι επισκέπτες καλούνται να εγκαταλείψουν το δωμάτιο του ασθενή κατά την εξέταση	61,9%	29,2%	8,5%	,4%	236
Ζητείται συστηματικά, η συγκατάθεση των ασθενών για την παρουσία εκπαιδευόμενων φοιτητών	21,7%	30,9%	23,5%	24%	217

στ) Ενημέρωση κατά το εξιτήριο

Η κατηγορία VI αναφέρεται στην ενημέρωση και πληροφόρηση που γίνεται κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Στην ερώτηση αν η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται μαζί με τον ασθενή και το περιβάλλον του, το 83.3% των επαγγελματιών υγείας απάντησε καταφατικά ενώ το 13.7% απάντησε μερικές φορές. Ελάχιστο ήταν το ποσοστό (3%) που απάντησε αρνητικά.

Στις ερωτήσεις που αναφέρονται στην πληροφόρηση για πιθανά συμπτώματα στο μέλλον και για τις δραστηριότητες που μπορεί ο ασθενείς να παίρνει μέρος, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που δήλωσε ότι γίνεται «πάντα» ή «πολύ συχνά» ήταν 54.7% και 48.7%, αντίστοιχα.

Στην ερώτηση αν δίνεται ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο, η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (85.3%) δήλωσε ότι αυτό δεν γίνεται ποτέ. [Πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο 99 άτομα από το συνολικό αριθμό του δείγματος απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση]. Στην ερώτηση αν σε κάθε ασθενή δίνεται ενημερωτική επιστολή που απευθύνεται στον προσωπικό του γιατρό τα ποσοστά που καταγράφηκαν ήταν «πάντα» ή «πολύ συχνά» 6.5%, «συχνά» 14%, «μερικές φορές» 38.3%, «σπάνια» ή «ποτέ» 41.1% (πίνακας14).

Πίνακας 14

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας VI - Ενημέρωση κατά το εξιτήριο

	ΠΑΝΤΑ ή ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ή ΠΟΤΕ	n
Η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται μαζί με τον ασθενή και το περιβάλλον του.	49,4%	33,9%	13,7%	3%	233
Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να αναφέρει κατά πόσο είναι ικανοποιημένος	21,4%	28,4%	32,6%	17,7%	215
Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο του εξηγούνται τα συμπτώματα τα οποία στο μέλλον	54,7%	33,3%	10,7%	1,3%	234
Σε κάθε ασθενή εξηγούνται με σαφήνεια οι δραστηριότητες που μπορεί να παίρνει μέρος μετά το εξιτήριο του	48,7%	39,7%	7,7%	3,8%	234
Σε κάθε ασθενή δίνεται ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο	0%	4%	10,1%	85,3%	99
Σε κάθε ασθενή δίδεται ενημερωτική επιστολή που απευθύνεται στον προσωπικό του γιατρό.	6,5%	14%	38,3%	41,1%	107

ζ) Σύγκριση απαντήσεων ανά κατηγορία ερωτήσεων

Για τις συγκρίσεις μέσω τιμών, αθροίστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε κατηγορία και έγινε ανάλυση t-test. Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 15, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών ως προς τη μέση συνολική βαθμολογία στις διάφορες κατηγορίες.

Πίνακας 15

Σύγκριση των απόψεων ανά κατηγορία ερωτήσεων σε κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας

Κατηγορίες ερωτήσεων	Μέση τιμή ανά κατηγορία επαγγελματιών /Τυπική Απόκλιση (SD)		p-value
	Ιατροί	Νοσηλευτές	
I. Πολιτική τμήματος	16,06 (4.575)	16,23 (5,795)	0,857
II. Ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση υγείας και τη φροντίδα του ασθενή	14,10 (4,261)	15,20 (5,963)	0,214
III. Ενημέρωση συγγενών	2,46 (0.915)	2,30 (1.076)	0,471
IV. Κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες ασθενών	6,53 (2,286)	6,13 (2,718)	0,378
V. Σχέσεις με το προσωπικό	13,74 (4,973)	12,35 (4,931)	0,154
VI. Ενημέρωση σχετικά με το εξιτήριο	15,80 (3,913)	16,15 (3,900)	0,753

Η ανάλυση ANOVA έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας και της πληροφόρησης που παρέχουν.

Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία I οι επαγγελματίες του νοσοκομείου 3 είχαν τη μικρότερη μέση συνολική βαθμολογία σε σχέση με τα νοσοκομεία 1,2,4 και 5. Βρέθηκε επίσης ότι η ενημέρωση που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την κατάσταση υγείας και τη φροντίδα του ασθενή (κατηγορία II) είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερο ικανοποιητική στο νοσηλευτήριο 5 σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Στην κατηγορία III (ενημέρωση προσωπικού γιατρού) μεταξύ των 3 νοσοκομείων που απάντησαν, αφού οι επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων 3 και 4 δεν απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση, το νοσοκομείο 5 είχε τη μεγαλύτερη μέση συνολική βαθμολογία σε σχέση με το 1 και 2 ($p < 0,001$).

Στην κατηγορία IV (αξιολόγηση πόνου και αναγκών) βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,045$) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας του κάθε νοσοκομείου. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου 4 βρέθηκε να δίνουν περισσότερη βαρύτητα στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών τους καθώς και της εκτίμησης του πόνου σε σχέση με τα υπόλοιπα. Παρόμοια βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων και των κατηγοριών V (ο ρόλος επαγγελματιών υγείας), VI (ενημέρωση κατά το εξιτήριο) όπου βρέθηκε ότι το νοσοκομείο 4 παρουσιάζει τη χειρότερη στάση στις συγκεκριμένες κατηγορίες πληροφόρησης (πίνακας 16).

Πίνακας 16

Μέσος όρος απαντήσεων ανά κατηγορία του ερωτηματολογίου και νοσοκομείο

ΝΟΣ	I. Πολιτική τμήματος	II. Ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση υγείας και τη φροντίδα του ασθενή	III. Ενημέρωση συγγενών	IV. Κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες ασθενών	V. Σχέσεις με το προσωπικό	VI. Ενημέρωση σχετικά με το εξιτήριο
1	17,38	15,83	2,60	6,30	13,44	16,08
2	16,97	15,39	2,44	5,89	12,92	16,69
3	14,23	15,50	.	5,57	14,71	14,80
4	17,15	14,08	.	7,70	8,75	11,40
5	15,13	11,12	9,00	6,18	9,24	13,60

5.2 Ερωτηματολόγιο χρηστών υπηρεσιών υγείας

5.2.1 Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά

Από τους 1211 ασθενείς που νοσηλευτήκαν τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας στα υπό μελέτη νοσηλευτικά κέντρα, 944 άτομα πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα. Από αυτούς 160 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και δόθηκαν ερωτηματολόγια στους υπόλοιπους 784 ασθενείς. Ο συνολικός αριθμός των χρηστών υπηρεσιών υγείας που τελικά συμμετείχαν στην έρευνα επιστρέφοντας απαντημένα τα ερωτηματολόγια ήταν 391 με ποσοστό ανταπόκρισης 49,87%.

Το 27,6% του δείγματος ήταν άνδρες και το 72,4% γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων (n= 370) ήταν τα 41 περίπου χρόνια με τυπική απόκλιση τα 16 περίπου χρόνια. Τα 13 χρόνια περιγράφεται ως η μικρότερη ηλικία του δείγματος και τα 87 ως η μεγαλύτερη.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό 81,8% ήταν παντρεμένοι. Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 11,5%

δήλωσαν άγαμοι και ακόμη ένα μικρότερο ποσοστό 4,3% διαζευγμένοι. Σε κατάσταση χηρείας βρισκόταν ένα ποσοστό 2,3% (πίνακας 17).

Πίνακας 17

<i>Οικογενειακή κατάσταση ασθενών</i>		
Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγγαμος	320	81,8%
Άγαμος	45	11,5%
Διαζευγμένος	17	4,3%
Χήρος	9	2,3%
Σύνολο	391	100%

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό 45,3% είχε πανεπιστημιακού επιπέδου μόρφωση, 25,6% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 10,7% απόφοιτοι γυμνασίου και 18,4% απόφοιτοι δημοτικού (πίνακας 18).

Πίνακας 18

<i>Επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών</i>		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημοτικό	72	18,4%
Γυμνάσιο	42	10,7%
Λύκειο/Τεχνική	100	25,6%
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο	177	45,3%
Σύνολο	391	100%

Το 44,2% των ερωτηθέντων ασθενών κατοικούσε σε αστικά κέντρα και το 55,8% ήταν κάτοικοι υπαίθρου.

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων (πίνακας 19), οι περισσότεροι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (32,5%). Ακολουθούν οι συνταξιούχοι με

ποσοστό 15,8%. Οι νοικοκυρές και οι δημόσιοι υπάλληλοι ακολουθούν με ποσοστό 13,2% και 11,6%, αντίστοιχα. Οι υπόλοιποι ανήκουν σε διάφορα άλλα επαγγέλματα.

Πίνακας 19

Ποσοστιαία κατανομή ασθενών κατά είδος επαγγέλματος

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	123	32,5%
Συνταξιούχοι	60	15,8%
Οικοκυρές	50	13,2%
Δημόσιοι υπάλληλοι	44	11,6%
Ελεύθεροι επαγγελματίες	28	7,4%
Τραπεζικοί υπάλληλοι	24	6,3%
Καθηγητές	16	4,2%
Φοιτητές/ Μαθητές/	16	4,2%
Στρατιώτες		
Λογιστές	13	3,4%
Δικηγόροι	4	1,1%
Οδοντίατροι	1	0,3%
Σύνολο	379	100%

Στο ερώτημα πόσες φορές νοσηλεύτηκαν αρκετοί (26,1 %) απάντησαν ότι είναι η πρώτη φορά που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο, ποσοστό 36,6% νοσηλεύτηκε από μία μέχρι δύο φορές, ποσοστό 18% νοσηλεύτηκε από 3 μέχρι πέντε φορές και το 11,9% νοσηλεύτηκε πάνω από πέντε φορές. Ένα ποσοστό 7,5% απάντησε ότι δεν θυμάται πόσες φορές νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο (πίνακας 20).

Πίνακας 20

Συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομείο

Απαντήσεις ερωτηθέντων	Συχνότητα	Ποσοστό
Είναι η πρώτη φορά	77	26,1%
1-2 φορές	108	36,6%
3-5 φορές	53	18,0%
5 φορές ή περισσότερες	35	11,9%
Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι	22	7,5%
Σύνολο	295	100.0%

Στην δήλωση που ζητήθηκε από τους ασθενείς να εκφράσουν τη γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους ένα ποσοστό γύρω στο 42% θεωρεί ότι βρίσκονται σε πολύ καλή κατάσταση, το 44% δηλώνει ότι έχουν μέτρια έως καλή υγεία και ποσοστό 11,4% χαρακτηρίζουν την υγεία τους από κακή έως πολύ κακή. Στον πίνακα 21 παρουσιάζεται αναλυτικότερα η ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων με βάση την κατάσταση υγείας.

Πίνακας 21

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	162	41,9%
Καλή	107	27,6%
Μέτρια	63	16,3%
Κακή	14	3,6%
Πολύ κακή	30	7,8%
Δεν ξέρω	11	2,8%
Σύνολο	387	100%

5.2.2 Γενικές πληροφορίες για την παρούσα νοσηλεία

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα νοσηλεύτηκαν σε διάφορα τμήματα των νοσηλευτηρίων (πίνακας 22). Συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό (39,9%) των ασθενών

νοσηλεύτηκε στα μαιευτικά τμήματα των υπό μελέτη νοσηλευτηρίων. Το 20,5% προερχόταν από ογκολογικό τμήμα ενώ ένα 20,6% προερχόταν από παθολογικά, χειρουργικά και παιδιατρικά τμήματα των διαφόρων νοσηλευτηρίων. Μια μικρότερη μερίδα του δείγματος σε ποσοστό 18,9% δήλωσε ότι νοσηλεύτηκε σε γενικό τμήμα νοσηλείας.

Πίνακας 22

Ποσοστιαία κατανομή δείγματος ανά τμήμα νοσηλείας

Νοσηλευτικό τμήμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Μαιευτικό	156	39,9%
Χειρουργικό	31	7,9%
Παθολογικό	33	8,4%
Παιδιατρικό	17	4,3%
Γενικό	74	18,9%
Ογκολογικό	80	20,5%
Σύνολο	391	100%

Οι περισσότεροι από τους νοσηλευθέντες (61,7%) εισήχθηκαν προγραμματισμένα στο νοσοκομείο, αρκετοί άλλοι (31,5%) εισήχθηκαν ως επείγοντα περιστατικά και ποσοστό 6,8% αφορούσε ασθενείς που μεταφέρθηκαν από άλλα τμήματα ή άλλα νοσοκομεία (πίνακας 23). Ο μέσος όρος των ημερών νοσηλείας όπως παρουσιάζεται από τον πίνακα 32 ήταν γύρω στις επτά ημέρες με τυπική απόκλιση τις 11 μέρες (πίνακας 24).

Πίνακας 23

Τρόπος εισαγωγής στο τμήμα

Τρόπος εισαγωγής	Συχνότητα	Ποσοστό
Προγραμματισμένη	235	61,7%
Επείγουσα	120	31,5%
Μεταφορά από άλλο τμήμα / νοσοκομείο	26	6,8%
Σύνολο	381	100%

Πίνακας 24

	<i>Μέσος όρος ημερών νοσηλείας</i>				
	Συχνότητα	Ελάχιστος χρόνος	Μέγιστος χρόνος	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Πόσες μέρες νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο	366	2	90	6,73	10.852

Στην ερώτηση η «κατάσταση/ αρρώστια αυτή με ταλαιπωρεί» ποσοστό 36,3% απάντησε ότι ταλαιπωρείται για λιγότερο από ένα μήνα. Αρκετοί άλλοι (18,9%) δήλωσαν ότι ταλαιπωρούνται με την παρούσα ασθένεια για περισσότερο από έξι μήνες αλλά λιγότερο από ένα χρόνο ενώ 16,3% των ερωτηθέντων ταλαιπωρούνται για διάστημα από ένα μέχρι έξι μήνες. Για περισσότερο από 18 μήνες ταλαιπωρείται ποσοστό 14,3% και ποσοστό 10,6% δήλωσε ότι δεν θυμόταν (πίνακας 25).

Πίνακας 25

<i>Η κατάσταση/ αρρώστια αυτή με ταλαιπωρεί</i>		
Χρονικό διάστημα	Συχνότητα	Ποσοστό
> 1μήνα	127	36,3%
1 – 6 μήνες	57	16,3%
6 – 12 μήνες	66	18,9%
12 – 18 μήνες	13	3,7%
<18 μήνες	50	14,3%
Δεν θυμάμαι	37	10,6%
Σύνολο	350	100%

Το 96,5% των ασθενών συμφωνεί ότι η συνολική εκληφθείσα ποιότητα φροντίδας που του προσφέρθηκε ήταν ικανοποιητική. Πολύ μικρό ποσοστό των νοσηλευθέντων όπως αυτό φαίνεται στον πίνακα, διαφωνεί ή δεν εκφέρει άποψη για την ποιότητα της φροντίδας που δέχθηκε (πίνακας 26).

Πίνακας 26

Εκτίμηση της εν γένει ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας

	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	212	55,6%
Συμφωνώ	156	40,9%
Διαφωνώ	7	1,8%
Διαφωνώ απόλυτα	2	0,5%
Δεν έχω άποψη	4	1%
Σύνολο	381	100%

Όπως φαίνεται από τους πίνακες 27 και 28 , το 97,7% των ασθενών συμφωνούν ότι η ιατρική φροντίδα που δέχτηκαν ήταν ποιοτική και το 96.7% συμφωνούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν ήταν ποιοτική.

Πίνακας 27

Εκτίμηση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας

	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	235	61,2%
Συμφωνώ	140	36,5%
Διαφωνώ	2	0,5%
Διαφωνώ απόλυτα	0	0%
Δεν έχω άποψη	7	1,8%
Σύνολο	384	100%

Πίνακας 28

Εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

	Συχνότητα	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	251	65,4%
Συμφωνώ	120	31,3%
Διαφωνώ	7	1,8%
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,3%
Δεν έχω άποψη	5	1,3%
Σύνολο	384	100%

Η σύγκριση μεταξύ της ποιότητας στη φροντίδα γενικά όπως και της ποιότητας της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επάγγελμα των ασθενών βρέθηκε να μην παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά. Η χρήση στατιστικής ανάλυσης διασποράς δεν έδειξε καμία στατιστική διαφορά μεταξύ της ποιότητας στη φροντίδας και του επιπέδου υγείας των ασθενών.

Με τη χρήση στατιστικής ανάλυσης διασποράς διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις στην μέση τιμή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας γενικά ($p= 0,014$) και στην ποιότητα φροντίδας που είχαν από τους ιατρούς ($p= 0,047$) σε σχέση με το είδος της εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς οι οποίοι μεταφέρθηκαν από άλλο νοσοκομείο ή άλλο τμήμα ή κλινική βαθμολόγησαν χαμηλότερα την ποιότητα συγκριτικά με τους ασθενείς που είχαν μια προγραμματισμένη εισαγωγή ή εισήχθησαν μέσω πρώτων βοηθειών.

Συγκριτικά με τη μέση εκληφθείσα ποιότητα από τη φροντίδα των νοσηλευτών και του είδους εισαγωγής, δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ($p= 0,109$).

Επιπρόσθετα με τη χρήση της ίδιας στατιστικής ανάλυσης στατιστικά σημαντικές διαφορές φάνηκαν στην σύγκριση της ποιότητας της φροντίδας γενικά ($p= 0,023$) και

της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας ($p= 0,035$) με το τμήμα νοσηλείας. Μικρότερη βαθμολογία τόσο γενικά όσο και με την νοσηλευτική φροντίδα παρουσιάζονται οι ασθενείς στο νοσοκομείο 3. Αντίθετα οι ασθενείς ιδιωτικού νοσηλευτηρίου 4 παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση εκληφθείσα ποιότητα.

Η ANOVA έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της εκληφθείσας ποιότητας της φροντίδας τόσο γενικά ($p<0.001$) ό σ και της νοσηλευτικής φροντίδας ($p = 0.001$). Συγκεκριμένα οι ασθενείς στα νοσοκομεία 1 και 2 παρουσιάζουν χαμηλότερους μέσους όρους συγκριτικά με τους ασθενείς των υπόλοιπων νοσοκομείων. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε να υπάρχει στην εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας από το ιατρικό προσωπικό ($p = 0.166$)

5.2.3 Κλίμακα ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση

Η αξιοπιστία της κλίμακας των 31 ερωτήσεων σχετικά με την επικοινωνία και πληροφόρηση ήταν ικανοποιητική. Στις ερωτήσεις της κλίμακας αυτής ο συντελεστής εσωτερικής συνέχειας (Cronbach's alpha) ήταν 0.870.

α) Πολιτική τμήματος

Η ποσοστιαία ανάλυση στην κατηγορία I, που αναφέρεται στην πολιτική του τμήματος ή του νοσοκομείου καταγράφεται στον πίνακα 29. Στην ερώτηση αν δόθηκε βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο μόνο το ποσοστό 21.3% των ασθενών απάντησε καταφατικά, ενώ ποσοστό 66.8% απάντησε αρνητικά και το 11.2% απάντησε ότι δεν θυμάται.

Στην προσπάθεια να εκτιμηθεί από τους ασθενείς αν τηρείται η εμπιστευτικότητα τους ζητήθηκε να απαντήσουν αν γνωρίζουν ότι το προσωπικό του νοσοκομείου δεν έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία τους. Στο ερώτημα αυτό το 61.4% απάντησε θετικά, το 32.7% απάντησε αρνητικά και το ελάχιστο ποσοστό του 5.9% απάντησε ότι δεν θυμάται.

Στις ερωτήσεις αν οι ασθενείς ενημερώνονται ότι τα δεδομένα που τους αφορούν καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτά καθώς και αν ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους απάντησαν αρνητικά, το ένα τέταρτο καταφατικά και σε ένα μικρό ποσοστό ότι δεν θυμούνται.

Στην ερώτηση αν ενημερώθηκαν για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορούσαν να απευθυνθούν σε κάθε περίπτωση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων απάντησε αρνητικά (50.4%)

Στη δήλωση «οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) που με αφορούν δεν ήταν εκτεθειμένες στο δωμάτιο μου» το 44.8% των ασθενών απάντησε καταφατικά και το 45.9% αρνητικά ενώ ποσοστό 9.3% απάντησε ότι δε θυμόταν.

Πίνακας 29

Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας I - Πολιτική τμήματος

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	n
Μου δόθηκε βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	21.3%	66.8%	11.9%	371
Ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα που με αφορούν καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και ότι έχω τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές	24.9%	63.9%	11.2%	374

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	n
Γνωρίζω ότι το προσωπικό του νοσοκομείου δεν έχει δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία μου	61.4%	32.7%	5.9%	373
Ενημερώθηκα για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών μου καθηκόντων καθώς επίσης και για τη δυνατότητα	24.9%	63.7%	11.4%	361
Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) που με αφορούν δεν ήταν εκτεθειμένες στο δωμάτιο μου.	44.8%	45.9%	9.3%	364
Ενημερώθηκα για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση	43.4%	50.4%	6.2%	371

β) Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης

Η κατηγορία II των ερωτήσεων αναφέρεται στην ενημέρωση της κατάστασης της υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης των ασθενών και η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται με τη χρήση ερωτήσεων τεσσάρων σημείων.

Τα στοιχεία του πίνακα 31 καταγράφουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με την έγκαιρη ενημέρωση. Πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση αν οι ασθενείς ήταν ενήμεροι εκ των προτέρων για τις προγραμματισμένες εξετάσεις η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε καταφατικά.

Στη δήλωση αν είχαν σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνταν οι εξετάσεις το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών απάντησε καταφατικά (89.8%)

Οκτώ στους δέκα ασθενείς συμφωνούν απόλυτα ότι τους ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους πριν από χειρουργική επέμβαση και πριν οι γιατροί προχωρήσουν σε αναισθησία (τοπική ή ολική). Ελάχιστοι ασθενείς δήλωσαν ότι δεν έτυχαν σχετικής ενημέρωσης (1.2% και 3.3%, αντίστοιχα).

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται οι τοποθετήσεις των ασθενών σε σχέση με την ενημέρωση που τυγχάνουν καθώς και για τα πλεονεκτήματα και για τους κινδύνους από τις διαγνωστικές εξετάσεις αλλά και τις θεραπείες που εφαρμόζονται. Η συναφής ενημέρωση που γίνεται από τους επαγγελματίες υγείας αφήνει ικανοποιημένους, σε μεγάλο βαθμό, τους ασθενείς.

Πίνακας 30

Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας II- Ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης

	ΑΠΟΛΥΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	n
Με ενημέρωναν εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί.	53.8%	37.5%	5.8%	2.9%	277
Είχα σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνταν οι εξετάσεις.	55.8%	34%	7.2%	3%	362
Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων που μου έκαναν	49.7%	26.9%	15.1%	8.3%	350
Με ενημέρωναν για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.	54.5%	32.2%	9.3%	4%	354
Με ενημέρωναν για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκα	58.6%	29.6%	9%	2.9%	345
Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας	57.7%	25%	13.4%	3.9%	336

	ΑΠΟΛΥΤΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ	n
Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν με εγχειρήσουν	80.7%	14.8%	3.3%	1.2%	243
Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν την αναισθησία (τοπική ή ολική).	81.2%	12.7%	2.8%	3.3%	213
Μου δόθηκαν συμβουλές υγιεινής προσαρμοσμένες στην περίπτωσή μου για να είμαι καλύτερα στην υγεία μου	59.6%	28.2%	6.1%	6.1%	312

γ) Ενημέρωση προσωπικού γιατρού

Στην κατηγορία III, που περιλαμβάνει τις δηλώσεις «μου ζήτησαν τα στοιχεία επικοινωνίας του προσωπικού μου γιατρού, και αν θέλω, να τον πληροφορήσουν ότι βρίσκομαι στο νοσοκομείο» (πίνακας 31) το 38.8% των ασθενών απάντησε καταφατικά, το 48.6% αρνητικά και ποσοστό 12.6% δε θυμόταν.

Στη δήλωση «Μου ζήτησαν να υποδείξω ποιοι θέλω να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας μου και για τη φροντίδα που μου προσφέρουν» το 39.2% δήλωσε καταφατικά, το 29.6% αρνητικά και το 31.3% δε θυμόταν.

Πίνακας 31

Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας III –Ενημέρωση προσωπικού γιατρού

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ	n
Μου ζήτησαν τα στοιχεία επικοινωνίας του προσωπικού μου γιατρού, και αν θέλω, να τον πληροφορήσουν ότι βρίσκομαι στο νοσοκομείο.	38.8%	48.6%	12.6%	294
Μου ζήτησαν να υποδείξω ποιον θέλω να ενημερώσουν για την κατάσταση της υγείας μου και για τη φροντίδα που μου προσφέρουν.	39.2%	29.6%	31.3%	355

γ)Αξιολόγηση πόνου και προσωπικών αναγκών

Στην κατηγορία IV των ερωτήσεων που καταγράφονται τόσο οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών όσο και ο πόνος, βρέθηκε ότι οι ασθενείς δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι από την κάλυψη αυτών των αναγκών. Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται αναλυτικότερα οι σχετικές τοποθετήσεις των ασθενών. Λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο (35%) στην ερώτηση «ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν ψυχολογική βοήθεια», συμφώνησε απόλυτα, το 12.9% απλώς συμφώνησε, το 21.1% απάντησε όχι ακριβώς και οι υπόλοιποι (31.1%) καθόλου δε συμφώνησαν με την εν λόγω ερώτηση.

Οι ερωτώμενοι στην ερώτηση «ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν βοήθεια για κοινωνικά προβλήματα» τοποθετήθηκαν ως ακολούθως: Το 23% δήλωσε απόλυτα, το 8.2% δήλωσε σχεδόν, το 11.7% των ασθενών απάντησε όχι ακριβώς και το 17.5% δε ρωτήθηκε αν χρειαζόταν τέτοιου είδους βοήθεια.

Στη δήλωση «κατά την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο ρωτήθηκα αν πονούσα» το 62.2% απάντησε καταφατικά, και το 17.5% των ασθενών απάντησε ότι δε ρωτήθηκε αν πονούσε.

Πίνακας 32

Ποσοστιαία ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας IV-Αξιολόγηση πόνου και προσωπικών αναγκών

	ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΧΕΔΟΝ	ΟΧΙ	ΚΑΘΟΛΟΥ	n
	ΑΚΡΙΒΩΣ				
Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν ψυχολογική βοήθεια.	35%	12.9%	21.1%	31.1%	280
Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν βοήθεια σχετικά με κοινωνικά προβλήματα.	23%	8.2%	19.5%	49.2%	256
Κατά την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο ρωτήθηκα αν πονούσα.	62.2%	8.6%	11.7%	17.5%	325

ε) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Στα ερωτήματα της κατηγορίας V τα οποία σχετίζονται με την παρουσία και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας οι απόψεις των ασθενών καταγράφονται στον πίνακα 33. Στη δήλωση αν το προσωπικό του νοσοκομείου είχε

διακριτικό σήμα που επέτρεπε να φαίνεται το όνομά του και η ιδιότητά του, το 65.9% των ασθενών δήλωσε ότι αυτό συνέβαινε πάντα ή πολύ συχνά, το 19.3% δήλωσε ότι αυτό ίσχυε συχνά, το 6.1% σπάνια και το 8.75% πολύ σπάνια ή καθόλου. Στις δηλώσεις αν οι νοσηλευτές και οι γιατροί κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια οι ασθενείς δήλωσαν ότι αυτό συνέβαινε α) «πάντα» ή «πολύ συχνά» (50.8% και 45.3%, αντίστοιχα), β) συνέβαινε συχνά (15.7% με 21.1 %, αντίστοιχα), γ) συνέβαινε σπάνια (13.2% και 13.5% αντίστοιχα) και δ) κάτι τέτοιο συνέβαινε «πολύ σπάνια» ή «καθόλου» (20.3% και 20.2%, αντίστοιχα) δήλωσε ότι αυτό συνέβαινε πολύ σπάνια ή καθόλου.

Στην ερώτηση εάν ο γιατρός όταν έμπαινε στο δωμάτιο του ασθενή για να τον εξετάσει ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (83.3%) δήλωσαν ότι «πάντα» ή «πολύ συχνά» ο γιατρός όταν έμπαινε στο δωμάτιο του ασθενή για να τον εξετάσει ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω ενώ ένας στους δέκα απάντησε «συχνά» και πολλοί λίγοι (3.7%) απάντησαν «σπάνια» και ακόμα πιο λίγοι (2.5%) απάντησαν «πολύ σπάνια» ή «καθόλου».

Στην ερώτηση εάν ζητούσαν τη συγκατάθεσή του ασθενή για να παρακολουθούν εκπαιδευόμενοι φοιτητές κατά την ώρα της επίσκεψης του γιατρού στο δωμάτιό του καταγράφηκαν τα ακόλουθα ευρήματα: ποσοστό 26.3% δήλωσε «πάντα» ή «πολύ συχνά», ποσοστό 9.6% απάντησε ότι αυτό συνέβαινε «συχνά», ποσοστό 15.8% των ασθενών δήλωσε «σπάνια» και 48.2% δήλωσε πολύ «σπάνια» ή «καθόλου».

Πίνακας 33

Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας V – Ρόλος επαγγελματιών υγείας

	ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ή ΚΑΘΟΛΟΥ	n
Το προσωπικό του νοσοκομείου είχε διακριτικό σήμα που επέτρεπε να φαίνεται το όνομά του και η ιδιότητά του	65.9%	19.3%	6.1%	8.7%	358
Οι νοσηλεύτές κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στο δωμάτιό μου.	50.8%	15.7%	13.2%	20.3%	325
Οι γιατροί κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτιό μου.	45.3%	21.1%	13.5%	20.2%	327
Όταν ο γιατρός έμπαινε στο δωμάτιο μου για να με εξετάσει, ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω.	83.3%	10.5%	3.7%	2.5%	354
Ζητούσαν την συγκατάθεσή μου για να παρακολουθούν εκπαιδευόμενοι φοιτητές κατά την ώρα της επίσκεψης του γιατρού στο δωμάτιό μου	26.3%	9.6%	15.8%	48.2%	114

στ) Ενημέρωση κατά το εξιτήριο

Οι ερωτήσεις τη κατηγορίας VI σχετίζονται με τις διαδικασίες του εξιτηρίου και τις απόψεις των ασθενών αναφορικά με αυτό. Κάπως περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς δήλωσαν ότι «έλαβαν υπόψη τη γνώμη μου καθώς και τη γνώμη των συγγενών μου για να οργανωθεί η έξοδος μου από το νοσοκομείο», ενώ οι υπόλοιποι με την ίδια αναλογία απάντησαν αρνητικά ή δεν ξέρω (πίνακας 34).

Στην ερώτηση «κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο, μου δόθηκε η ευκαιρία να πω αν ήμουν ευχαριστημένος με την παραμονή μου στο νοσοκομείο» το 58.4% δήλωσε ναι, το ποσοστό του 20.7% όχι και το 20.0% δεν ξέρω.

Παράλληλα, το 73.2% των ασθενών απάντησε καταφατικά στην ερώτηση «κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο ενημερώθηκα για τα τυχόν συμπτώματα τα οποία θα με προειδοποιούν για χειροτέρευση της υγείας μου» ενώ το 15.3% απάντησε αρνητικά και το 11.5% δεν τοποθετήθηκε.

Στην ερώτηση αν δίδονταν ξεκάθαρες εξηγήσεις (διευκρινήσεις) σχετικά με τι μπορούσαν να κάνουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (δουλειά, σπορ κτλ)» σχεδόν οκτώ στους δέκα ερωτώμενους (78.5%) δήλωσαν ότι όντως ρωτήθηκαν, ενώ το 9,7% απάντησε αρνητικά και το 11.9% απάντησε ότι δεν ήξερε. Στην ερώτηση αν κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, ο ασθενής συμπλήρωνε ερωτηματολόγιο κατά πόσο ήταν ικανοποιημένος με την παρεχόμενη φροντίδα, οι πολλοί ερωτώμενοι (43.8%) απάντησαν καταφατικά, ποσοστό 17.1% απάντησε αρνητικά και οι υπόλοιποι (39.1%) δεν ήξεραν.

Τέλος, ελάχιστοι ασθενείς (15.9%) δήλωσαν ότι κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο τους δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον προσωπικό τους γιατρό. Πάρα πολλοί (42.7% και 41.4%) απάντησαν αρνητικά ή δεν γνώριζαν, αντίστοιχα.

Πίνακας 34

Ανάλυση ερωτήσεων κατηγορίας VI- Ενημέρωση κατά το εξιτήριο

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	n
Έλαβαν υπόψη τη γνώμη μου καθώς και τη γνώμη των συγγενών μου για να οργανωθεί η έξοδος μου από το νοσοκομείο	55.7%	21.3%	23%	361
Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο, μου δόθηκε η ευκαιρία να πω αν ήμουν ευχαριστημένος με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	58.4%	20.7%	20.9%	358
Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο ενημερώθηκα για τυχόν τα συμπτώματα τα οποία θα με προειδοποιούν για χειροτέρευση της υγείας μου.	73.2%	15.3%	11.5%	365
Μου δόθηκαν ξεκάθαρες εξηγήσεις (διευκρινήσεις) σχετικά με τι μπορούσα να κάνω μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο (δουλειά, σπορ κτλ).	78.5%	9.7%	11.9%	362

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	n
Κατά την έξοδο μου από νοσοκομείο συμπλήρωσα ερωτηματολόγιο κατά πόσο ήμουν ικανοποιημένος με την φροντίδα που έτυχα.	43.8%	17.1%	39.1%	299
Κατά την έξοδό μου από το νοσοκομείο μου δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον προσωπικό μου γιατρό.	15.9%	42.7%	41.4%	295

5.3 Σύγκριση απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας

Η σύγκριση των απόψεων όπως διατυπώθηκαν από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας καταγράφεται στον πίνακα 35.

Η δήλωση «απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση» τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς ήρθε πρώτη σε κατάταξη, δείχνοντας ότι υπάρχει ομοφωνία στο ότι απαιτείται η συναίνεση του ασθενή μετά από πληροφόρηση πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση. Επίσης στην ίδια κατάταξη τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς βρέθηκε να βρίσκονται οι δηλώσεις με αριθμό 7 και 23 στον πίνακα 36, που αφορούν την εκ των προτέρων ενημέρωση για τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί και κατά πόσο οι γιατροί και νοσηλευτές χτυπούσαν την πόρτα πριν εισέλθουν στο δωμάτιο αντίστοιχα.

Μεγάλη διαφορά κατάταξης μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκε να παρουσιάζει η δήλωση σχετικά με την αξιολόγηση του πόνου. Οι επαγγελματίες υγείας την κατατάσσουν στην πέμπτη θέση σε αντίθεση με τους ασθενείς οι οποίοι τοποθετούν

τη συγκεκριμένη δήλωση στην εικοστή θέση. Ο μέσος όρος της συγκεκριμένης δήλωσης στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας έδειξε ότι ο πόνος αξιολογείται ικανοποιητικά από αυτούς ενώ αντίθετα οι ασθενείς δηλώνουν ότι ο πόνος δεν αξιολογείται από τους επαγγελματίες υγείας κατά την εισαγωγή τους στο τμήμα.

Μεγάλη διαφορά στην κατάταξη και στο μέσο όρο παρατηρείται να υπάρχει και στη δήλωση διερεύνησης για παροχή κοινωνικής βοήθειας. Ενώ οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι διερευνούνται τυχούσες ανάγκες των ασθενών για κοινωνική βοήθεια συχνά, οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι δεν ερωτήθηκαν ποτέ αν χρειάζονταν βοήθεια σχετικά με κοινωνικά προβλήματα. Παρόμοια κατάσταση παρατηρείται και για την αξιολόγηση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών.

Η συγκατάθεση των ασθενών για την παρουσία εκπαιδευόμενων φοιτητών κατά την παροχή φροντίδας φαίνεται να μην εφαρμόζεται και αυτό επιβεβαιώνεται από τις απαντήσεις τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και από τις απαντήσεις των ασθενών.

Επίσης κανένα νοσοκομείο δεν φαίνεται να αξιολογεί την ικανοποίηση του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τη χρήση ερωτηματολογίου όπως επίσης δεν δίνεται ενημερωτική επιστολή στον ασθενή κατά το εξιτήριο.

Οι υπόλοιπες δηλώσεις παρουσιάζουν μικρές αποκλίσεις και κατατάσσονται στην ίδια περίπου σειρά τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς.

Πίνακας 35

Σύγκριση απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας

Αρ. Δηλώσεων	Ασθενείς	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	(Rank) Σειρά	Επαγγελματίες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Σειρά
1.	* Μου δόθηκε βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	371	1.91	.569	23	Στον κάθε ασθενή και ή στους συνοδούς του δίνεται ένα βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.	209	3.11	1.013	28
2.	* Ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα που με αφορούν καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και ότι έχω τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές	374	1.86	.586	21	Ο κάθε ασθενής πληροφορείται ότι καταχωρούνται στον ΗΥ οι πληροφορίες που τον αφορούν και ότι έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές.	213	2.92	1.171	26
3.	* Γνωρίζω ότι το προσωπικό του νοσοκομείου δεν έχει δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία μου	373	1.45	.605	6	Το προσωπικό γνωρίζει ότι δεν έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία του ασθενή	230	1.45	0.801	3
4.	* Ενημερώθηκα για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών μου καθηκόντων καθώς επίσης και για τη δυνατότητα	361	1.86	.588	22	Οι ασθενείς πληροφορούνται για τις δυνατότητες άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων τους	221	2.21	1.034	19
5.	* Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) που με αφορούν δεν ήταν εκτεθειμένες στο δωμάτιο μου.	364	1.65	.646	16	Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) δεν είναι εκτεθειμένες στο δωμάτιο του ασθενή	232	2.03	1.187	17
6.	* Ενημερώθηκα για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση	371	1.63	.599	14	Ο κάθε ασθενής πληροφορείται για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορεί να απευθυνθεί σε περίπτωση υποβολής παραπόνου	227	2.32	1.011	22
7.	Με ενημέρωναν εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί.	277	1.58	.731	10	Οι ασθενείς ενημερώνονται εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που προγραμματίζονται για τη φροντίδα τους	235	1.69	0.746	10

Αρ. Δηλώσεων	Ασθενείς	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	(Rank) Σειρά	Επαγγελματίες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Σειρά
8.	Είχα σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνταν οι εξετάσεις.	362	1.57	.756	8	Οι ασθενείς έχουν σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνται οι κυριότερες εξετάσεις.	234	1.77	.805	14
9.	Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων που μου έκαναν	350	1.82	.975	19	Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	233	1.92	.863	16
10.	Με ενημέρωναν για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.	354	1.63	.812	13	Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	235	1.67	.751	9
11.	Με ενημέρωναν για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκα	345	1.56	.776	7	Οι ασθενείς ενημερώνονται για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία θα υποβληθούν	236	1.55	.647	6
12.	Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας	336	1.63	.857	15	Οι ασθενείς ενημερώνονται για κινδύνους /πλεονεκτήματα θεραπείας	234	1.69	.775	11
13.	Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν με εγχειρήσουν	243	1.25	.574	1	Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση	236	1.08	.366	1
14.	Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν την αναισθησία (τοπική ή ολική).	213	1.28	.677	3	Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε τοπική ή ολική αναισθησία	232	1.14	.418	2
15.	Μου δόθηκαν συμβουλές υγιεινής προσαρμοσμένες στην περίπτωσή μου για να είμαι καλύτερα στην υγεία μου	312	1.59	.856	11	Οι ασθενείς ενημερώνονται σε θέματα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους (αθλητικές δραστηριότητες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ)	231	1.75	.749	13
16.	* Μου ζήτησαν τα στοιχεία επικοινωνίας του προσωπικού μου γιατρού, και αν θέλω, να τον πληροφορήσουν ότι βρίσκομαι στο νοσοκομείο.	294	1.74	.668	18	Λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία, του ή των προσωπικών του γιατρών,	109	2.31	1.051	21
17.	* Μου ζήτησαν να υποδείξω ποιον θέλω να ενημερώσουν για την κατάσταση της υγείας μου και για τη φροντίδα που μου προσφέρουν.	355	1.92	.837	24					
18.	Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν ψυχολογική βοήθεια.	280	2.48	1.256	29	Διερευνούνται οι τυχόν ψυχολογικές ανάγκες ασθενών	234	2.22	.859	20

Αρ. Δηλώσεων	Ασθενείς	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	(Rank) Σειρά	Επαγγελματίες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Σειρά
19.	Ρωτήθηκα αν χρειάζομαι βοήθεια σχετικά με κοινωνικά προβλήματα.	256	2.95	1.224	31	Διερευνούνται οι τυχόν ανάγκες των ασθενών για κοινωνική βοήθεια	229	2.19	.931	18
20.	Κατά την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο ρωτήθηκα αν πονούσα.	325	1.85	1.192	20	Αξιολογείται συστηματικά ο πόνος του ασθενή κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.	231	1.52	.697	5
21.	Το προσωπικό του νοσοκομείου είχε διακριτικό σήμα που επέτρεπε να φαίνεται το όνομά του και η ιδιότητά του	358	1.58	.943	9	Κάθε μέλος του προσωπικού έχει ένα σήμα/κονκάρδα με το όνομα και το επάγγελμά του	234	1.79	.979	15
22.	Οι νοσηλευτές κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στο δωμάτιό μου.	325	2.03	1.207	26	Οι νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών.	223	2.47	1.085	24
23.	Οι γιατροί κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτιό μου.	327	2.09	1.180	27	Οι γιατροί κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών	223	3.00	1.029	27
24.	Όταν ο γιατρός έμπαινε στο δωμάτιό μου για να με εξετάσει, ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω.	354	1.25	.646	2	Οι συγγενείς και οι επισκέπτες καλούνται να εγκαταλείψουν το δωμάτιο του ασθενή κατά την εξέταση	236	1.47	.668	4
25.	Ζητούσαν την συγκατάθεσή μου για να παρακολουθούν εκπαιδευόμενοι φοιτητές κατά την ώρα της επίσκεψης του γιατρού στο δωμάτιό μου	114	2.86	1.275	30	Ζητείται συστηματικά, η συγκατάθεση των ασθενών για την παρουσία εκπαιδευόμενων φοιτητών	217	2.50	1.081	25
26.	* Έλαβαν υπόψη τη γνώμη μου καθώς και τη γνώμη των συγγενών μου για να οργανωθεί η έξοδος μου από το νοσοκομείο	361	1.67	.826	17	Η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται μαζί με τον ασθενή και το περιβάλλον του.	233	1.70	.816	12
27.	* Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο, μου δόθηκε η ευκαιρία να πω αν ήμουν ευχαριστημένος με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	358	1.63	.809	12	Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να αναφέρει κατά πόσο είναι ικανοποιημένος	215	2.47	1.017	23
28.	* Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο ενημερώθηκα για τυχόν τα συμπτώματα τα οποία θα με προειδοποιούν για χειροτέρευση της υγείας μου.	365	1.38	.684	5	Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο του εξηγούνται τα συμπτώματα τα οποία στο μέλλον	234	1.59	.732	7
29.	* Μου δόθηκαν ξεκάθαρες εξηγήσεις (διευκρινήσεις) σχετικά με τι μπορούσα να κάνω μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο	362	1.33	.679	4	Σε κάθε ασθενή εξηγούνται με σαφήνεια οι δραστηριότητες που μπορεί να παίρνει μέρος μετά το εξιτήριο του	234	1.67	.781	8

Αρ. Δηλώσεων	Ασθενείς	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	(Rank) Σειρά	Επαγγελματίες	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Σειρά
30.	* Κατά την έξοδο μου από νοσοκομείο συμπλήρωσα ερωτηματολόγιο κατά πόσο ήμουν ικανοποιημένος με την φροντίδα που έτυχα.	299	1.95	.911	25	Σε κάθε ασθενή δίνεται ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο	99	3.82	.482	30
31.	* Κατά την έξοδό μου από το νοσοκομείο μου δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον προσωπικό μου γιατρό.	295	2.25	.714	28	Σε κάθε ασθενή δίδεται ενημερωτική επιστολή που απευθύνεται στον προσωπικό του γιατρό.	107	3.14	.895	29

Από το δείγμα εξαιρέθηκαν όσοι απάντησαν «δεν ισχύει στην περίπτωση μου»
* στις συγκεκριμένες δηλώσεις οι απαντήσεις ήταν ΝΑΙ ή ΟΧΙ

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα έρευνα έδειξε τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές στις απόψεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας για την ενημέρωση που παρέχεται κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών. Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της έρευνας αναδείχθηκε μια σειρά σχετικών ευρημάτων.

Τα ευρήματα αυτά στηρίζονται αφενός στην αξιολόγηση των δηλώσεων των ασθενών για την πληροφόρηση που τυγχάνουν, σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά και αφετέρου στη σύγκριση των εν λόγω δηλώσεων με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την πληροφόρηση που παρέχουν.

Επιπρόσθετα ερευνήθηκε η επίδραση του βαθμού ικανοποίησης από την εργασία και του βαθμού αυτοεκτίμησης των επαγγελματιών υγείας στην πληροφόρηση που παρέχουν. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν βρέθηκε να επηρεάζονται η ενημέρωση και η πληροφόρηση που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη νοσηλεία των ασθενών με το βαθμό ικανοποίησης ή και τη αυτοεκτίμηση των επαγγελματιών υγείας.

Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς στη παρούσα έρευνα, σε γενικό βαθμό σύμφωνα με τις τοποθετήσεις τους, συμφωνούν ότι η ποιότητα πληροφόρησης που παρέχεται είναι ικανοποιητική. Παρόλα αυτά η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, στο τι πιστεύουν οι ασθενείς και στο τι πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας, ότι είναι σημαντικό στοιχείο στη πληροφόρηση των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους και που μπορεί να οδηγήσει στην ικανοποίηση των αναγκών τους και κατά συνέπεια στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η έλλειψη πληροφόρησης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα δυσαρέσκειας των ασθενών και οι ασθενείς εκτιμούν την αποτελεσματική επικοινωνία και πληροφόρηση σε θέματα υγείας πολύ περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας.^{60,61,62} Αποκλίσεις επίσης βρέθηκε να υπάρχουν μεταξύ της πληροφόρησης που αναφέρουν οι επαγγελματίες υγείας ότι παρέχουν στους ασθενείς τους και τι θυμούνται από τη συγκεκριμένη πληροφόρηση οι

ασθενείς.⁶³ Οι Κύπριοι ασθενείς επιθυμούν περισσότερο χρόνο για επικοινωνία και πληροφόρηση όπως επίσης και σεβασμό από του επαγγελματίες υγείας.⁶⁴

Με εξαίρεση την κατηγορία II (ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας και των διαδικασιών περίθαλψης) όπου ασθενείς και επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν τις ίδιες απόψεις, στις κατηγορίες I (πολιτική του τμήματος), III (ενημέρωση προσωπικού γιατρού), V (ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας) και VI (ενημέρωση κατά το εξιτήριο) οι ασθενείς είναι σχετικά πιο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που έχουν στις συγκεκριμένες κατηγορίες συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα στην κατηγορία IV (αξιολόγηση πόνου και προσωπικών αναγκών) οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που παρέχουν σε σύγκριση με τους ασθενείς.

Συνεπώς από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας από μόνοι τους αδυνατούν να εντοπίσουν τα προβλήματα που υπάρχουν στη ποιότητα ενημέρωσης που παρέχουν. Αυτό μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη μεγάλη έμφαση που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας και υποτιμούν τη μη τεχνική πλευρά στη φροντίδα που παρέχουν.

Το πιο πάνω εύρημα υποστηρίζεται και από σχετικές έρευνες που ανέδειξαν ότι η εφαρμογή του μηχανιστικού μοντέλου εργασίας δεν αφήνει περιθώρια στους νοσηλευτές να αναπτύξουν τη διαπροσωπική (μη τεχνική) πλευρά της φροντίδας, αλλά και να αναδείξουν την προσφορά τους.^{34,60,65}

Δεν αποτελεί έκπληξη το εύρημα ότι οι ασθενείς παρουσιάστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι σχετικά με την ενημέρωση. Οι επαγγελματίες υγείας βρέθηκε ότι δεν συμφωνούν και είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με την ενημέρωση που παρέχουν.

Η διαφορά αυτή στις απόψεις των δύο ομάδων μπορεί να οφείλεται αφενός στο ότι οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν καλύτερα τι θα μπορούσε να περιλαμβάνει η πληροφόρηση για τις παρεμβάσεις που παρέχουν και σε πιο βαθμό και αφετέρου στο λειτουργικό σύστημα που εφαρμόζεται στα περισσότερα νοσηλευτήρια. Λόγω έλλειψης προσωπικού το όλο σύστημα παροχής φροντίδας χαρακτηρίζεται από προσανατολισμό στις πράξεις και όχι στον ασθενή και επικεντρώνεται κυρίως στην εκτέλεση των θεραπευτικών οδηγιών.^{34,60,65,66}

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ενημέρωση που παρέχεται, όσον αφορά την τεχνική πλευρά της φροντίδας (κατηγορία II), επιβεβαίωσαν μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των δηλώσεων των δύο ομάδων του δείγματος.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που λαμβάνουν για την κατάσταση της υγείας τους και τη φροντίδα που δέχονται. Ταυτόχρονα οι δηλώσεις των επαγγελματιών υγείας συνάδουν με τις δηλώσεις των ασθενών επιβεβαιώνοντας την έμφαση που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας στη τεχνική πλευρά της φροντίδας. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι ο μέσος ασθενής δεν διαθέτει την ανάλογη γνώση ούτε έχει την εμπειρία για να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν από σχετικές έρευνες που έγιναν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.^{60,67}

Αντίθετα στην κατηγορία IV που αφορά την ενημέρωση για πιθανές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και την αξιολόγηση του πόνου, ο οποίος επηρεάζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό τη ψυχοσύνθεση του ασθενή, βρέθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών δεν αξιολογούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και δεν αποτελούν προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας. Συνεπώς θα πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή από μέρους των επαγγελματιών υγείας στη πληροφόρηση που παρέχεται στον τομέα αυτό.

Σε συγκριτική έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, μεταξύ ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα και επαγγελματιών υγείας, βρέθηκε σημαντική διαφορά των απόψεων μεταξύ των δύο ομάδων για το είδος της πληροφόρησης που πρέπει να παρέχεται σε μια μονάδα. Οι απαντήσεις των ασθενών σχετικά με τη βελτίωση στη πληροφόρηση και στην παρεχόμενη φροντίδα, επικεντρώθηκαν στη μεγαλύτερη κατανόηση, στην ανθρωπιά, στην υπομονή, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, στο σεβασμό των δικαιωμάτων τους και στην ευγένεια από τους επαγγελματίες υγείας.⁶⁸

Αντίθετα οι επαγγελματίες υγείας στις σχετικές απαντήσεις τους έδειξαν να επικεντρώνονται στην τεχνική πλευρά της φροντίδας και σε ζητήματα που έχουν να κάνουν με την ποιότητα εργασίας του προσωπικού, όπως επίσης και με την οργάνωση

και τη στελέχωση του τμήματος και όχι τόσο με την επισήμανση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.⁶⁸

Στη παρούσα έρευνα είναι άξια παρατήρησης η μεγάλη διαφορά που βρέθηκε στη σειρά κατάταξης, η δήλωση αναφορικά με την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου. Οι επαγγελματίες υγείας κατατάσσουν τη δήλωση στη πέμπτη θέση, δείχνοντας την έμφαση που δίνουν στην αξιολόγηση του πόνου αντίθετα με τους ασθενείς οι οποίοι κατατάσσουν τη συγκεκριμένη δήλωση στην εικοστή θέση.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία βρέθηκαν εντελώς αντίθετα αποτελέσματα. Οι ασθενείς βρέθηκαν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη διαχείριση του πόνου συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας.⁶⁰

Παρόμοιο αποτέλεσμα βρέθηκε και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών.⁶⁹ Αντίθετα, τα αποτελέσματα άλλων ερευνών έδειξαν τη δυσαρέσκεια των ασθενών στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου^{68,70} στοιχεία που συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Η ανεπάρκεια αξιολόγησης του πόνου των ασθενών συνδέεται με την ελλιπή γνώση του προσωπικού στο συγκεκριμένο θέμα, τη μειωμένη στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό και την απουσία ύπαρξης πολυθεματικής ομάδας αντιμετώπισης του πόνου.⁷¹

Μελέτες έχουν δείξει ότι η προσωπική εμπειρία στον πόνο έχει επίδραση στη συμπεριφορά και στάση των επαγγελματιών υγείας και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του πόνου στους ασθενείς τους. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν βιώσει τον πόνο αποκτούν εμπειρική γνώση η οποία τροποποιεί την συμπεριφορά τους και τη βελτιώνει. Αντίθετα, η απουσία προσωπικής εμπειρίας στον πόνο και η προσέγγιση του μόνο μέσα από τη θεωρητική γνώση οδηγεί στη μη σωστή αντίληψη και αντιμετώπιση του πόνου.⁷²

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι ασθενείς και επαγγελματίες υγείας απέδωσαν εξίσου μεγάλη σημαντικότητα στην συναίνεση του ασθενή πριν από οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία καθώς και στην αποχώρηση των επισκεπτών από το δωμάτιο

του ασθενή κατά την ώρα της εξέτασης. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε παρόμοια έρευνα που διεξάχθηκε στη Γαλλία.⁶⁰

Η συναίνεση του ασθενή μετά από πληροφόρηση αποτελεί ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον οι ασθενείς ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν το θεμελιώδες δικαίωμα να καθορίζουν τι θα γίνει με το σώμα τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι στην καθημερινή πρακτική το δικαίωμα αυτό διασφαλίζεται. Ωστόσο παρά τα θετικά αποτελέσματα της συναίνεσης του ασθενή μετά από πληροφόρηση έρευνες έχουν δείξει ότι το δικαίωμα της συναίνεσης του ασθενή συχνά παραβιάζεται ιδιαίτερα στη φροντίδα των ηλικιωμένων.^{34,73}

Σημαντικά επίσης ήταν τα ευρήματα αναφορικά με την ποιότητα φροντίδας και ενημέρωσης που βρέθηκαν μεταξύ των νοσοκομείων. Οι ασθενείς των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων βαθμολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα φροντίδας που έλαβαν. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται ιδιωτικά νοσηλευτήρια ως απόρροια της αντίληψης των χρηστών ότι στον ιδιωτικό τομέα απολαμβάνουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας. Οι υπηρεσίες των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης παρόλο που όπως προκύπτει από διάφορες μελέτες τα βαριά περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία.⁷⁴

Σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα⁷² βρέθηκε ότι οι ασθενείς των μαιευτικών τμημάτων ήταν πιο ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση σε σχέση με ασθενείς άλλων τμημάτων. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μαιευτικά τμήματα παρέχουν στις μητέρες διδασκαλία θηλασμού και φροντίδας βρέφους.

Στην παρούσα έρευνα το γεγονός ότι το 40% του δείγματος προερχόταν από μαιευτικά τμήματα μπορεί να συνέβαλε στη θετική ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα πληροφόρησης.

Παράλληλα, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκαν, μεταξύ των δύο ομάδων των επαγγελματιών υγείας (γιατροί - νοσηλευτές), όμοιες απόψεις αναφορικά με την ποιότητα της πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς που νοσηλεύονται στα

τμήματα τους. Συγκεκριμένα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών (μέση συνολική βαθμολογία στις διάφορες κατηγορίες δηλώσεων) σχετικά με την πληροφόρηση.

Αντίθετα άλλες έρευνες^{75,76,77,78} έδειξαν να παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των απόψεων γιατρών και νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα πληροφόρησης που παρέχεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι κυριότερες διαφορές εντοπίζονται στην διαφορετικότητα της αποστολής του κάθε επαγγέλματος.

Οι γιατροί παρουσιάζονται πιο θετικοί στην παροχή πληροφόρησης σε θέματα που ανήκουν στην αρμοδιότητα και υπευθυνότητα τους δηλαδή ενημέρωση για την κατάσταση υγείας και το πλάνο φροντίδας του ασθενή.⁴⁸ Αντίθετα πιο δύσκολα δίνουν πληροφορίες σχετικές με το εξιτήριο του ασθενή, οι οποίες δίνονται συχνότερα από τους νοσηλευτές. Σε σχετικές έρευνες οι νοσηλευτές βρέθηκε να δυσκολεύονται να ενημερώσουν για το θεραπευτικό πλάνο αλλά πολύ περισσότερο να ανακοινώσουν άσχημα ή κακά νέα⁷⁵, ενώ ευκολότερα ενημερώνουν τους ασθενείς για την φροντίδα στο σπίτι καθώς και τη μετέπειτα θεραπευτική παρακολούθηση.^{77,78}

Στη παρούσα έρευνα δε βρέθηκε καμιά συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, του φύλου, της προϋπηρεσίας και της πληροφόρησης που παρέχουν στις διάφορες κατηγορίες που ερευνήθηκαν. Παρόμοια έρευνα έδειξε ότι η ηλικία ήταν το μόνο προσωπικό χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας που σχετιζόταν με την άποψη τους για την ποιότητα πληροφόρησης που παρέχεται. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας βρέθηκε να πιστεύουν ότι η πληροφόρηση που παρέχουν είναι πιο ποιοτική από ότι οι νεότεροι.⁴⁸

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Για να επιτυγχάνουν το έργο τους οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν και να αναπτύξουν επικοινωνιακές δεξιότητες ώστε να παρέχεται ικανοποιητική ενημέρωση στον ασθενή ιδιαίτερα όταν πρόκειται για αρνητικές για την υγεία του πληροφορίες με ότι δυνητικά περικλείεται σε αυτό.

Το θέμα της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων κατά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να γίνεται στα πλαίσια ειδικής θεωρητικής κατάρτισης και πρακτικής εξάσκησης. Απαιτείται να μαθαίνουν γνωσιολογικά και προοδευτικά τις διαστάσεις και τις εφαρμογές της επικοινωνίας στους διάφορους τομείς φροντίδας υγείας. Απαιτείται δηλαδή ειδική κατάρτιση στην τέχνη και στις τεχνικές επικοινωνίας.

Οι μέθοδοι πληροφόρησης πρέπει να βελτιωθούν και οι επαγγελματίες υγείας να υιοθετήσουν μια πιο θετική στάση και να δείξουν μεγαλύτερη προσοχή και σοβαρότητα για τη διαδικασία αυτή. Η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή στη χώρα μας αν και έχει κατοχυρωθεί νομικά και επιβάλλεται πριν από μια χειρουργική επέμβαση, υπάρχει μεγάλο έλλειμμα ερευνητικών δεδομένων για το πώς ασθενείς και επαγγελματίες υγείας αξιολογούν τη διαδικασία αυτή και ποια η επίδραση της στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η δημιουργία πολυθεματικής ομάδας στο κάθε νοσοκομείο για την αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Μια στρατηγική που συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας σε όλους τους τομείς της φροντίδας συμπεριλαμβανομένης και της πληροφόρησης αποτελεί η διαπίστευση των νοσηλευτικών κέντρων. Η διαπίστευση ενός νοσοκομείου είναι αντικειμενική μέθοδος η οποία βεβαιώνει ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο λειτουργεί σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτά πρότυπα λειτουργίας και ποιότητας.

Συνεπώς, η χρήση προγραμμάτων διαπίστευσης θα βοηθήσει τα νοσοκομεία να δημιουργήσουν μηχανισμούς που να δίνουν ώθηση και να δημιουργούν τη δυναμική για συνεχιζόμενη βελτίωση. Με τη δημιουργία και χρήση διαδικασιών και πρωτοκόλλων μπορεί το κάθε μέλος του προσωπικού να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει, πώς πρέπει να το κάνει και πώς μπορούν να πετύχουν πιο επαρκή και αποδοτικά αποτελέσματα στη παρεχόμενη φροντίδα. Ένα διαπιστευμένο νοσοκομείο λειτουργεί με μεγαλύτερη ασφάλεια για τους ασθενείς και το προσωπικό.

Μελλοντικά θα βοηθούσε να γίνει μια ξεχωριστή έρευνα για κάθε κατηγορία επαγγελματιών υγείας ώστε να φανούν τόσο οι αδυναμίες όσο και τα δυνατά σημεία αναφορικά με την πληροφόρηση που παρέχουν νοσηλευτές και γιατροί. Χρησιμοποιώντας σε όλες τις ομάδες των επαγγελματιών υγείας το ίδιο ερευνητικό εργαλείο βασισμένο σε συγκεκριμένα πρότυπα φροντίδας θα οδηγούσε ίσως σε πιο αξιόπιστη μέθοδο εκτίμησης της ποιότητας πληροφόρησης.

8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας σημαντικό περιορισμός στη παρούσα έρευνα αποτέλεσε το μεικτό δείγμα των επαγγελματιών υγείας. Ιατροί και νοσηλευτές έχουν διαφορετικό τρόπο προσέγγισης στους ασθενείς και η πληροφόρηση που παρέχουν διαφέρει. Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές ήταν αριθμητικά πολύ περισσότεροι από τους ιατρούς και αυτό αποτέλεσε ένα σημαντικό περιορισμό στην έρευνα αυτή.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δε μελετήθηκε ο παράγοντας διαφορά στη γλώσσα γιατί αποκλείστηκαν από το δείγμα όλοι οι ξενόγλωσσοι ασθενείς. Επίσης από το δείγμα αποκλείστηκαν οι βαριά πάσχοντες ασθενείς οι οποίοι αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Περιορισμό αποτελεί επίσης η ερώτηση 30 (λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία του ή των προσωπικών του γιατρών, τους οποίους θα ήθελε να ενημερωθούν για την εισαγωγή και την παραμονή του στο νοσοκομείο) στο ερωτηματολόγιο των επαγγελματιών υγείας γιατί δεν απαντήθηκε-από τους επαγγελματίες υγείας όλων των νοσοκομείων.

Επειδή το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε και εφαρμόστηκε σε μια άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, ορισμένες ερωτήσεις πολύ πιθανόν να μην μπορούσαν να εφαρμοστούν στις κυπριακές συνθήκες. Το ερωτηματολόγιο ίσως να πρέπει να τροποποιηθεί για μελλοντική εφαρμογή.

Περιορισμό αποτελεί ότι το ερωτηματολόγιο ήταν το ίδιο ανεξάρτητα από τη διαφορετική φύση του εκάστοτε νοσηλευτικού κέντρου ή τμήματος που χρησιμοποιήθηκε και αδυνατούσε να ερευνήσει συγκεκριμένες και εξειδικευμένες αρνητικές πτυχές νοσηλείας.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρσενοπούλου Ι.: *Ηθικές και Νομικές παράμετροι της Υγείας: Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών*. Στο: *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. επιστημονική επιμέλεια Σουλιώτης Κ., Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2006
2. Ακινοςόγλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ.: Τα δικαιώματα των Ασθενών και ποίος τα προστατεύει. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2007, 24(6), 605-611
3. Χρυσοσπάθη Σ., Παπαθανάσογλου Ε.: Η διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών. *Νοσηλευτική* 2009, 48(3): 284-291
4. Όρκος του Ιπποκράτη
5. Αλεξιάδη Α.: Η προστασία του Νοσοκομειακού Ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2000, 17(1): 101-108
6. Παπανικολάου Β.: (2007), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
7. Donabedian A.: Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. *Quality Review*, 1986, 12(28):99-108
8. Οικονομοπούλου Β. Χ.: *Η οργανωτική προσέγγιση στην αξιολόγηση της ποιότητας χειρουργικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο του πνεύμονος*. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Αθήνα, 1998, Διδακτορική Διατριβή
9. Τούντας Γ.: Η Έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2003, 20(5): 532-546

10. Donabedian A.: *The definition of quality and approaches to its assessment.* Health Administration Press, 1980, Ann Arbor.
11. World Health Organization.: *Continuous quality development: A proposal national policy,* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993
12. Lohr K.: *A strategy for quality assurance,* Washington DC: National Academy Press, Medicare, 1992
Στου: Ραφτόπουλος Β.: *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας,* Λευκωσία, 2009, Αυτοέκδοση
13. Ζηλίδης Χ.: *Διδακτικές σημειώσεις ΑΠΚΥ*
14. Parish K., Glaetzer K., Grbich C., Hammond L., Hegatry M., Annie M.: *Dying for Attention: Palliative Care in the Acute Setting,* *Australia journal of Advance Nursing.* 2006, 24:157-178
15. Μπουραντάς Δ.: *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο/ Σύγχρονες πρακτικές.* Αθήνα, Μπένου, 2002
16. Παναγοπούλου Ε. & Μπένος Α.: *Η Επικοινωνία στην Ιατρική Εκπαίδευση: Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 21(4):385-390, Ιούλιος-Αύγουστος 2004
17. Jason H. *Communication skills are vital in all we do as Educators and Clinicians,* *Education for Health,* 2000, 13: 157-160
18. Banyard P. *Ψυχολογία της Υγείας. Επιμέλεια-Μετάφραση: Αντωνίου Α.Σ,* Αθήνα: Παπαζήση, 2008
19. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Γκιόκα Β., Σούλης Σ.: *Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25: 201-208

20. Ραγιά Α. *Βασική Νοσηλευτική – Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*. 5^η Έκδοση. Αθήνα. 2002
21. Ραγιά Α. Διαπροσωπική διάσταση της ολικής νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική* 43(2): 153-160, 2004
22. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Γ. Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας http://ejst.teiath.gr/issue_7_2008/charalambous_7.pdf [Accessed 15/11/2009]
23. Ραφτόπουλος Β.: (2009), *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*, Λευκωσία, 2009, Αυτοέκδοση
24. Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιάρης Σ., Γούλα Α.: Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης Μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών. *Νοσηλευτική* 2010, 49(1): 40-52
25. Friesner D., Neufelder D., Raisor J. & Bozman S. C.: How to Improve Patient Satisfaction When Patients Are Already Satisfied: A Continuous Process-Improvement Approach. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*. 87(1): 24-39, Winter 2009
26. Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζύγας Σ.: Ποιότητα Παροχής Φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, *Το βήμα του Ασκληπιού*, Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, 8(1): 25-40
27. Ραφτόπουλος Β.: *Εκτίμηση της Ικανοποίησης των Ηλικιωμένων ασθενών από την Ποιότητα της παρεχόμενης Φροντίδας*. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα. Διδακτορική Διατριβή, 2002

28. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ., Γεωργιάδου Μ.: Επικοινωνία και διαχείριση πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας: από τον ιατρικό φάκελο στον φάκελο φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική* 2002, 2: 174-184,
29. Lithner M. & Zilling T.: Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 2000, 40: 29-37
30. Cortis D. J. & Lacey E. A.: Measuring the quality and quantity of information-giving to in-patients. *Journal of Advance Nursing*, 1996, 24 : 674-681
31. International Council of Nurses, *Position statement: Informed Patients*. ICN Publications, 2008
32. Ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Ασθενών Νόμος 1(1)/2005, Κυπριακή Δημοκρατία, *Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας*, Κύπρος
33. Βάρκα-Αδάμη Α. & Αδάμη Σ.: Ενημέρωση και Συναίνεση του Ασθενούς, Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(5): 577-583
34. Λεμονίδου Χ., Μερκούρης Α., Παναγιώτου Α., Leino-Kilpi H., Valimaki M., Dassen T., Gasull M., Scott A., Arndt M.: Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την πληροφορημένη συναίνεση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. *Νοσηλευτική*, 2003, 42 (3) : 344-346
35. Dworkin G. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge University Press, 1998
36. Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ., Κατεϊλίδου Δ.: Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* , 2007. 46(4)537-544

37. Μωυσάκη Μ: Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοικτού τύπου, στους Δήμους του Νόμου Λασιθίου. *Μεταπτυχιακή εργασία*, Μάρτιος 2006.
38. Κάπελλα Μ., Μινέτου Ε., Ζυγά Σ.: Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική* 2002. 2 191-196
39. Μπόρου Α., και συνεργάτες: Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας* 2010. τόμος 6. τεύχος 1
40. Martin-Albo J., Nunez L. J., Navarro G. J., Grijalva F.: The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 2007, 10(2):458-467
41. Brandent N.: *Η Δύναμη της Αυτοεκτίμησης*. Εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα:2000
42. Mahmout AL-Hussami: A study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship to Organizational Commitment, Perceived Organizational Support , Transactional Leadership. Transformational Leadership, and level of Education. *European Journal of scientific research* 2008. vol.22. No 2 286-295
43. Karanikola N.M., Papathanassoglou E., Giannakopoulou M., Koutroubas A.: Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 2007, **15**, 78-90
44. Rosenberg, M.: The Rosenberg Self-Esteem Scale. Sociology at University of Maryland, http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.html, access 14/06/2010
45. Bandura, A. (1997), Self –efficacy: Toward a unifying of behavioral change. Psychological review. In: Weiten W. Lloyd M.(eds), *Psychology Applied to modern life. Adjustment at the turn of the century*, Wardsworth Thomson

- Learning, 6th edition, DC: American Psychological Association, Washington, pp. 191-215, 2000
46. Κατωδρύτης Ν.: Η διαπίστευση (Accreditation) ενός νοσοκομείου και η σημασία της. Δημοσίευμα στην εφημερίδα *Πολίτης*, σελ.:78, 25/04/2010, Κωδικός Άρθρου: 942179
47. Μερκούρης, Α. *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην, 2008
48. Duclos A., Gillaizeau F., Colombet I., Coste J. & Durieux P.: Health Staff Perception Regarding Quality of Delivered Information to Inpatients. *International Journal for Quality in Health Care* 2008: **20(1)**, pp:13-21
49. Salomon L., Gasquet I., Mesbah M. et. al. Construction of a scale measuring inpatients opinion on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999: *11*, pp:507-516
50. Medical Outcomes Trust (1997), Trust introduces new translation criteria. *Trust Bulletin*, 5, 1-4.
51. Gander, B., & Ware, J.E. (1998), Methods for validating and norming translation of Health status questionnaire: the IQOLA project approach for IQOLA project group health assessment. *J Clin Epidemiol* 51:953-959.
52. Beaton, D, Bombardier, C, Guillemin, F, Bosi, F. (2002), Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. Institute for Work and Health, Illinois.
53. Mapi Research Institute , Linguistic validation of the CRQ Questionnaire. CRQ Translation Guidelines from MAPI <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology> , 2002

54. Σαχίνη – Καρδάση, Α. *Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*. Τρίτη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 1997
55. Niakas, D., Gnardellis, C., Theodorou, M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research* 2004; 17(1): 62-69.
56. Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007: 24(1): 89-96
57. Cormack, D.F. *The Research Process in Nursing*. 2nd edition, Cambridge: Blackwell Scientific Publications, 1991.
58. LoBiondo W., Haber J. *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization*. St Louis: Mosby, 1994.
59. Howitt, D., & Cramer, D.: Στατιστική με SPSS 13. Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
60. Duriex P., Bissery A., Dubois S., Gasquet I., Coste J. Comparison of health care professionals' self – assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 000:1-5
61. Salomon L., Gasquet I., Duriex P. et. Al. Taking into account patients expectations in the improvment of quality of Health Care :results of survey of 500 hospitalized patients. *Rev Epidemiol Sante Publique* `1998, 46:427-429
62. Laine C., Davidoff F., Lewis CE. et. al. Important elements of outpatient care:a comparison of patients' and physicisns' opinions. *Annual International Medical*. 1996, 125 :640-645

63. Bull SA, Hu XH., Hunkeler EM. et. al. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA* 2002, 288:1403-1409
64. Τσίτση Θ.: *Η Ικανοποίηση Εσωτερικών ασθενών από τις Παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία της Κύπρου*. Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Λευκωσία, Μάρτιος 2010, Διατριβή Επιπέδου Μάστερ.
65. Μερκούρης Α. & Λεμονίδου Χ. Μέτρηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική* 1999, 1: 6-15.
66. Λεμονίδου Χ., Μερκούρης Α. και άλλ. Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. *Νοσηλευτική* 2004, 43(1): 84-99
67. Oberst MT. Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer* 1984, 53: 2366-2373
68. Παπαγεωργίου Δ. Σύγκριση απόψεων ασθενών με αναπνευστικό πρόβλημα και επαγγελματιών υγείας σχετικά με το επίπεδο φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2006, 45:527-535
69. Idvall E., Hamrin E., et.al. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*. 2002, 11 (4):327-334
70. Πεδιαδιτάκη Ο., Τσίκουλας Ι., Κουτσαφτίκη Ν. Διερεύνηση της επίδρασης των προσωπικών εμπειριών πόνου των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών. *Νοσηλευτική* 2007, 46(3):399-405
71. Bookbinder M, Coyle N, Kiss M. Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation. *Journal Pain Symptom Management* 1996, 12:334-347

72. Donovan J, Blake D. Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: “just a touch of arthritis doctor?” *British Medical Journal* 2000, 320:541–544
73. Λεμονίδου Χ., Μερκούρης Α., Κάπελλα Μ., Παναγιώτου Α., Arndt M., Dassen T., et. al. Οι έννοιες της αυτονομίας, ατομικότητας και πληροφορημένης συναίνεσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 1999, 3: 209-215
74. Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ. Η ικανοποίηση των ασθενών για την νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 2002, 14(3): 114-118
75. Moret L., Rochedreux A., Ballereau F. et. al. Information for the patient in hospitals : the implicit shared role among professionals. *Presse Medical* 2004, 33:143-146
76. Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *International journal of health care Quality Assurance* 1988, 1(2)
77. Davis S., Kristjanson LJ., Blight J. Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nursing* 2003, 26:337-345
78. Tzeng HM., Katefian S. The relationship between nurses’ job satisfaction and inpatient satisfaction: an explanatory study in a Taiwan teaching hospital. *Journal Of Nursing Care Quality* 2002, **16**:39-49

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ
ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ - 2009

Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Η έρευνα πραγματοποιείται ανάμεσα στους Κύπριους πολίτες που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το ερωτηματολόγιο αυτό που έχετε στα χέρια σας είναι ανώνυμο και σας παρακαλούμε να το συμπληρώσετε. Αφορά τις απόψεις σας για την ποιότητα της φροντίδας που είχατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εισαγωγής σας στο νοσοκομείο Λευκωσίας, Αμμοχώστου, κλπ. Οι απόψεις σας είναι σημαντικές και απαραίτητες για τις μεταρρυθμίσεις που προγραμματίζονται να πραγματοποιηθούν

Δεν χρειάζεται να αναφέρετε το όνομά σας ή οποιαδήποτε άλλα στοιχεία, απλώς σημειώστε τις απαντήσεις που σας αντιπροσωπεύουν και ακολούθως βάλτε το ερωτηματολόγιο στο φάκελο. Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο θα συλλέξει ο συνάδελφος που σας το έφερε.

Παρακαλούμε στους διαβάσετε προσεχτικά και να απαντήστε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής και δομημένες σε ενότητες και για κάθε μία από τις ερωτήσεις μπορείτε να επιλέξετε **ΜΙΑ** μόνο απάντηση

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα σας πάρει λίγα λεπτά από το χρόνο σας, αλλά βοηθάτε πάρα πολύ στη βελτίωση της φροντίδας που προσφέρεται στα νοσοκομεία. Υπεύθυνος φορέας για την έρευνα είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας**.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία παρακαλώ επικοινωνήστε στα τηλ.:
22 411 953, 99 314 033

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο ή γράψετε ότι σας αντιπροσωπεύει

1. **ΦΥΛΟ:** Άνδρας..... 1
 Γυναίκα..... 2
2. **ΗΛΙΚΙΑ:** (γράψετε την ημερομηνία γέννησης ή την ηλικία σας):.....

3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- α) Έγγαμος/η1
β) Άγαμος/η2
γ) Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση..... 3
δ) Χήρος/α.....4

4. Ανώτερο επίπεδο μόρφωσης

- Δημοτικό.....1
Γυμνάσιο.....2
Λύκειο/Τεχνική.....
3
Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο.....4

5. Τόπος Διαμονής:

- Πόλη1
Χωριό2

6. Επάγγελμα (αν είστε συνταξιούχος δηλώστε το):

.....

7. Μηνιαίο ακαθάριστο εισόδημα / σύνταξη κλπ σε ευρώ:

8. Πριν από αυτή την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο πόσες άλλες φορές νοσηλεύτηκατε σε οποιοδήποτε νοσοκομείο;

(α) Είναι η	(β) 1-2	(γ) 3-5 φορές	(δ) 5 φορές ή	(ε) Δεν ξέρω,
-------------	---------	---------------	---------------	---------------

πρώτη φορά	φορές		περισσότερες	δεν θυμάμαι
------------	-------	--	--------------	-------------

9. Γενικά η υγεία μου είναι:

1. Πολύ κακή	2. Κακή	3. Μέτρια	4. Καλή	5. Πολύ καλή	6. Δεν ξέρω
--------------	---------	-----------	---------	--------------	-------------

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

10. Τμήμα στο οποίο νοσηλεύεστε (π.χ. καρδιολογικό):

.....

11. Πόσες μέρες νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο:

.....

12. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο/κλινική ήταν:

Προγραμματισμένη..... 1

Μέσω των Πρώτων Βοηθειών..... 2

Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο/τμήμα/κλινική.....3

13. Η αρρώστια / κατάσταση αυτή με ταλαιπωρεί:

- Λιγότερο από 1 μήνα.....1

- Ένα - 6 μήνες.....2

- Περισσότερο από 6 μήνες αλλά λιγότερο από 1 χρόνο.....3

- 12-18 μήνες..... 4

- Περισσότερο από 18 μήνες..... 5

Δεν θυμάμαι, δεν ξέρω.....

9

14.Γενικά η φροντίδα που είχα στο νοσοκομείο ήταν ποιοτική (πολύ καλή):

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
--------------------------	---------------	-----------------------	------------	---------------------

**15. Η φροντίδα που είχα από τους γιατρούς στο νοσοκομείο
ήταν ποιοτική (πολύ καλή):**

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
--------------------------	---------------	-----------------------	------------	---------------------

**16. Η φροντίδα που είχα από τους νοσηλευτές στο νοσοκομείο
ήταν ποιοτική(πολύ καλή):**

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
--------------------------	---------------	-----------------------	------------	---------------------

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει.

Δηλώσεις σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν θυμούμαι
Γ.1. Μου δόθηκε βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	1	2	3
Γ.2. Ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα που με αφορούν καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και ότι έχω τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές	1	2	3

Γ.3. Γνωρίζω ότι το προσωπικό του νοσοκομείου δεν έχει δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία μου στο νοσοκομείο χωρίς την συγκατάθεση μου.	1	2	3
Γ.4. Ενημερώθηκα για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών μου καθηκόντων καθώς επίσης και για τη δυνατότητα συνάντησης με εκπρόσωπο της θρησκείας μου (ιερέας, ιμάμης, ραβίνος).	1	2	3
Γ.5. Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) που με αφορούν δεν ήταν εκτεθειμένες στο δωμάτιο μου.	1	2	3
Γ.6. Ενημερώθηκα για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση που θέλω να παραπονεθώ για κάτι ή να ζητήσω μια πληροφορία.	1	2	3

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.

Δηλώσεις	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
Γ.7. Με ενημέρωναν εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που έχουν	1	2	3	4	9

προγραμματιστεί.					
Γ.8. Είχα σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνταν οι εξετάσεις.	1	2	3	4	9
Γ.9. Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων που μου έκαναν (π.χ. ακτινογραφία, λήψη αίματος).	1	2	3	4	9
Γ10. Με ενημέρωναν για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.	1	2	3	4	9
Γ11. Με ενημέρωναν για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκα.	1	2	3	4	9
Γ12. Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας (φαρμακευτική αγωγή, εγχείρηση).	1	2	3	4	9
Γ13. Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν με εγχειρήσουν.	1	2	3	4	9

Γ14. Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν την αναισθησία (τοπική ή ολική).	1	2	3	4	9
--	---	---	---	---	---

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας

Δηλώσεις	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
Γ15. Μου δόθηκαν συμβουλές υγιεινής προσαρμοσμένες στην περίπτωση μου για να είμαι καλύτερα στην υγεία μου (άθληση, διατροφή κάπνισμα, αλκοόλ).	1	2	3	4	9

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει.

Δηλώσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν θυμούμαι
Γ16. Μου ζήτησαν τα στοιχεία επικοινωνίας του προσωπικού μου γιατρού, και αν θέλω, να τον πληροφορήσουν ότι βρίσκομαι στο νοσοκομείο.	1	2	3
Γ17. Μου ζήτησαν να υποδείξω ποιον θέλω να ενημερώσουν για την κατάσταση της υγείας μου και για τη φροντίδα που μου προσφέρουν.	1	2	3

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο συμφωνείτε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.

Δηλώσεις	Απόλυτα	Σχεδόν	Όχι ακριβώς	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
----------	---------	--------	-------------	---------	-------------------------------

Γ18. Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν ψυχολογική βοήθεια.	1	2	3	4	9
Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε <u>πόσο συμφωνείτε</u> με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.					
Δηλώσεις	Απόλυτα	Σχεδόν	Όχι ακριβώς	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
Γ19. Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν βοήθεια σχετικά με κοινωνικά προβλήματα.	1	2	3	4	9
Γ20. Κατά την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο ρωτήθηκα αν πονούσα.	1	2	3	4	9
Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε <u>πόσο συχνά εφαρμόζονταν</u> οι πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.					
Δηλώσεις	Πάντα ή πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια ή καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωσή μου
Γ21. Το προσωπικό του νοσοκομείου είχε διακριτικό σήμα που επέτρεπε να φαίνεται το όνομά του και η ιδιότητά του (γιατρός,	1	2	3	4	9

νοσηλευτής)					
Γ22 (α). Οι νοσηλευτές κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στο δωμάτιό μου.	1	2	3	4	9
Γ22 (β). Οι γιατροί κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτιό μου.	1	2	3	4	9
Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε <u>πόσο συχνά εφαρμόζονταν οι πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.</u>					
Δηλώσεις	Πάντα ή πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια ή καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωσή μου
Γ23. Όταν ο γιατρός έμπαινε στο δωμάτιο μου για να με εξετάσει, ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω.	1	2	3	4	9
Γ24. Ζητούσαν την συγκατάθεσή μου για να παρακολουθούν εκπαιδευόμενοι	1	2	3	4	9

φοιτητές κατά την ώρα της επίσκεψης του γιατρού στο δωμάτιό μου					
Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει					
Δηλώσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν ξέρω		
Γ25. Έλαβαν υπόψη τη γνώμη μου καθώς και τη γνώμη των συγγενών μου για να οργανωθεί η έξοδος μου από το νοσοκομείο	1	2	3		
Γ26. Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο, μου δόθηκε η ευκαιρία να πω αν ήμουν ευχαριστημένος με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	1	2	3		
Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει					
Δηλώσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν ξέρω		
Γ27. Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο ενημερώθηκα για τυχόν τα συμπτώματα τα οποία θα με προειδοποιούν για χειροτέρευση της υγείας μου.	1	2	3		
Γ28. Μου δόθηκαν ξεκάθαρες εξηγήσεις (διευκρινήσεις) σχετικά με τι μπορούσα να κάνω μετά την έξοδό μου από το	1	2	3		

νοσοκομείο (δουλειά, σπορ κτλ).			
Γ29. Κατά την έξοδο μου από νοσοκομείο συμπλήρωσα ερωτηματολόγιο κατά πόσο ήμουνα ικανοποιημένος με την φροντίδα που έτυχα.	1	2	3
Γ30. Κατά την έξοδό μου από το νοσοκομείο μου δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον προσωπικό μου γιατρό.	1	2	3

**Ευχαριστούμε Θερμά για τη Συνεργασία.
Παρακαλώ πολύ να βάλετε το ερωτηματολόγιο αυτό στο φάκελο.**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ
ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ - 2009

Μερικές πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται ανάμεσα στους Κύπριους επαγγελματίες υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και υπεύθυνος φορέας είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας**.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί είναι ανώνυμο και επιδιώκει να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας τόσο στο πεδίο της ενημέρωσης των ασθενών όσο και σε άλλες πτυχές της φροντίδας.

Παρακαλούμε όπως διαβάσετε προσεχτικά τις ερωτήσεις και συμπληρώσετε όλες τις απαντήσεις.

Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο θα συλλέξει ο συνάδελφος που σας το έφερε.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας εκ των προτέρων.

Ανδρέας Παυλάκης

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία παρακαλώ επικοινωνήστε στα τηλ.:

22 411 953

99 314 033

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας, είτε βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας, είτε γράφοντας την απάντησή σας στο κενό χώρο, είτε βάζοντας Χ ή √ στον κατάλληλο χώρο.

1. ΦΥΛΟ: Άνδρας..... 1

Γυναίκα..... 2

2. ΗΛΙΚΙΑ (στα τελευταία γενέθλια):

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Έγγαμος/η	2. Άγαμος/η	3. Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση	4. Χήρος/α
--------------	-------------	-----------------------------------	------------

4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

0. τίποτε	1. ένα παιδί	2. δυο παιδιά	3. τρία παιδιά	4. τέσσερα ή περισσότερα
-----------	--------------	---------------	-------------------	-----------------------------

5. ΑΝΩΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

α) Ανώτερη Σχολή 1

β) Ανώτατη Σχολή (Πανεπιστήμιο / Κολλέγιο)..... 2

γ) Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μαστερ/Διδακτορικό)..... 3

6. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΚΛΙΝΙΚΗ όπου εργάζεστε τώρα (π.χ. Γενικό Λευκωσίας):

.....

7. ΤΜΗΜΑ στο οποίο εργάζεστε (π.χ. καρδιολογικό):

.....

8. ΙΔΙΟΤΗΤΑ: Ιατρός1

Νοσηλεύτης/τρια.....2

Ειδικευόμενος ιατρός.....3

9 . ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΚΑΤΕΧΕΤΕ (παρακαλώ σημειώστε ότι σας αντιπροσωπεύει):

ΙΑΤΡΟΙ

Διευθυντής κλινικής/τμήματος

Βοηθός Διευθυντής

κλινικής/τμήματος

Επιμελητής/Ιατρικός Λειτουργός

Ειδικευόμενος ιατρός

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Προϊστάμενος /Βοηθός

Προϊστάμενος Νοσηλευτικός

Λειτουργός

Πρώτος Νοσηλευτικός

Λειτουργός

Ανώτερος Νοσηλευτικός

Λειτουργός

Νοσηλευτικός Λειτουργός

10 . Χρόνια υπηρεσίας (συμπεριλαμβανομένης της ειδικότητας):

.....

**11. Χρόνια υπηρεσίας στην κλινική, θάλαμο ή τμήμα που εργάζεστε
τώρα:.....**

12. ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ;

Πάρα πολύ.....	1
Πολύ.....	2
Μέτρια.....	3
Λίγο.....	4
Καθόλου.....	5

13. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 0 – 10 (άριστα), πώς βαθμολογείτε τον εαυτό σας, γενικά, ως επαγγελματία υγείας; Βαθμός:

.....

14. Με κλίμακα βαθμολογίας από το 0 - 10, πώς βαθμολογείτε, τον/την Κύπριο/α συνάδελφό σας, γενικά; Βαθμός:

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

15. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε σε κάθε μια από τις πιο κάτω δηλώσεις:

		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
(α)	Αισθάνομαι ότι είμαι άτομο με αξία, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους	1	2	3	4
(β)	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετά καλά προτερήματα	1	2	3	4
(γ)	Γενικά τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος	1	2	3	4
(δ)	Είμαι ικανός να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο ο περισσότερος κόσμος	1	2	3	4
(ε)	Νιώθω ότι δεν έχω πολλά πράγματα για να υπερηφανεύομαι	1	2	3	4
(στ)	Έχω θετική εικόνα για τον εαυτό μου	1	2	3	4
(ζ)	Γενικά είμαι ευχαριστημένος με τον εαυτό μου	1	2	3	4
(η)	Εύχομαι να μπορούσα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό	1	2	3	4
(θ)	Κατά καιρούς αισθάνομαι με βεβαιότητα ότι είμαι άχρηστος	1	2	3	4
(ι)	Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός	1	2	3	4

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ κυκλώστε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται για να δείξετε τη συχνότητα με την οποία γίνονται οι πιο κάτω ενέργειες.

Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
16. Στον κάθε ασθενή και ή στους συνοδούς του δίνεται ένα βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
17. Ο κάθε ασθενής πληροφορείται ότι καταχωρούνται στον ΗΥ οι πληροφορίες που τον αφορούν και ότι έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές.	1	2	3	4	9
18. Το προσωπικό γνωρίζει ότι δεν έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία του ασθενή στο νοσοκομείο, χωρίς την έγκριση του ιδίου.	1	2	3	4	9
19. Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) δεν είναι εκτεθειμένες στο δωμάτιο του ασθενή	1	2	3	4	9
20. Οι ασθενείς πληροφορούνται για τις δυνατότητες άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων τους, καθώς και ότι μπορούν να τους επισκεφθεί θρησκευτικός εκπρόσωπός τους (ιερέας, ιμάμης, ραβίνος)	1	2	3	4	9
21. Ο κάθε ασθενής πληροφορείται για την παρουσία στο νοσοκομείο ενός ατόμου στο οποίο μπορεί να απευθυνθεί σε περίπτωση υποβολής παραπόνου	1	2	3	4	9
22. Οι ασθενείς ενημερώνονται εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που προγραμματίζονται για τη φροντίδα τους.	1	2	3	4	9
23. Οι ασθενείς έχουν σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνται οι κυριότερες εξετάσεις.	1	2	3	4	9
24. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα					

πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	1	2	3	4	9
25. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	1	2	3	4	9
Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
26. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία θα υποβληθούν.	1	2	3	4	9
27. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και τους συνεπαγόμενους κινδύνους της θεραπείας (φαρμακευτικής ή επεμβατικής).	1	2	3	4	9
28. Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση	1	2	3	4	9
29. Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε τοπική ή ολική αναισθησία	1	2	3	4	9
30. Οι ασθενείς ενημερώνονται σε θέματα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους (αθλητικές δραστηριότητες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ)	1	2	3	4	9
31. Λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία, του ή των προσωπικών του γιατρών, τους οποίους θα ήθελε να ενημερωθούν για την εισαγωγή και την παραμονή του στο νοσοκομείο	1	2	3	4	9
32. Διερευνούνται οι τυχόν ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών	1	2	3	4	9
33. Διερευνούνται οι τυχόν ανάγκες των ασθενών για κοινωνική βοήθεια.	1	2	3	4	9
34. Αξιολογείται συστηματικά ο πόνος του ασθενή κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
35. Κάθε μέλος του προσωπικού έχει ένα					9

σήμα/κονκάρδα με το όνομα και το επάγγελμά του	1	2	3	4	
36. Οι νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών.	1	2	3	4	9
37. Οι γιατροί κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών	1	2	3	4	9
Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
38. Οι συγγενείς και οι επισκέπτες καλούνται να εγκαταλείψουν το δωμάτιο του ασθενή κατά την εξέταση ή όταν δίνονται πληροφορίες στον ασθενή.	1	2	3	4	9
39. Ζητείται συστηματικά, η συγκατάθεση των ασθενών για την παρουσία εκπαιδευόμενων φοιτητών κατά τη διάρκεια της εξέτασης.	1	2	3	4	9
40. Η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται μαζί με τον ασθενή και το περιβάλλον του.	1	2	3	4	9
41. Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να αναφέρει κατά πόσο είναι ικανοποιημένος με την παρεχόμενη φροντίδα.	1	2	3	4	9
42. Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο του εξηγούνται τα συμπτώματα τα οποία στο μέλλον θα πρέπει να τον προειδοποιούν για υποτροπή της υγείας του.	1	2	3	4	9
43. Σε κάθε ασθενή εξηγούνται με σαφήνεια οι δραστηριότητες που μπορεί να παίρνει μέρος μετά το εξιτήριο του από το νοσοκομείο (εργασία, άθληση κλπ).	1	2	3	4	9
44. Σε κάθε ασθενή δίδεται ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9

45. Σε κάθε ασθενή δίδεται ενημερωτική επιστολή που απευθύνεται στον προσωπικό του γιατρό.	1	2	3	4	9