



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

« ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

### **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή του προγράμματος  
κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές  
Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.**

ΝΙΚΟΣ ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2012

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.**

ΝΙΚΟΣ ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ, 2012

<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	<b>Σελίδες</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	15
1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	15
1.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.....	15
1.1.1. Εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών.....	16
1.1.2. Εννοιολογικός ορισμός της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας.....	18
1.1.3. Ορισμός της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.....	18
1.1.4. Ορισμός του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	18
1.2. Θεωρητικά μοντέλα που αναπτυχθήκαν σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών και την παρεχόμενη φροντίδα.....	18
1.2.1. Το θεωρητικό μοντέλο προσδοκιών αξιών του Donabedian και η εναρμόνιση του με τους σκοπούς της εργασίας.....	19
1.3. Οι ερευνητικές συσχετίσεις παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.....	20
1.3.1. Οι έρευνες που διεξαχθήκαν και σχετίζονται με την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στη Κύπρο.....	29
1.4. Η νομοθεσία, το πλαίσιο και ο ορισμός του χρήστη της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	34
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	34
2.1. Σκοπός και κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.....	34
2.2. Η χρησιμότητα της μελέτης.....	34
2.3. Σχεδιασμός μελέτης.....	35
2.4. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.....	35
2.5. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.....	37

2.6. Πληθυσμός της μελέτης.....	38
2.7. Δειγματοληψία της μελέτης.....	38
2.8. Επιλογή δείγματος.....	38
2.9. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	39
2.10. Τρόπος ανάλυσης δεδομένων.....	39
2.11. Ηθικές προεκτάσεις.....	40
2.12. Αδυναμίες και περιορισμοί της έρευνας.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	42
3.1. Αποτελέσματα.....	42
3.1.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	42
3.1.2. Παρεχόμενες υπηρεσίες.....	43
3.1.3. Ικανοποίηση των χρηστών/συμμετεχόντων σχετικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης από το πρόγραμμα παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.....	45
3.1.4. Συνολική ικανοποίηση χρηστών/συμμετεχόντων από την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	53
4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	53
4.1.2. Τα δημογραφικά αποτελέσματα.....	54
4.1.2. Τα αποτελέσματα των διαστάσεων της ικανοποίησης.....	57
Συμπεράσματα.....	63
Παράρτημα 1.....	

## **Λίστα Πινάκων**

Πίνακας 1 .....	42
Πίνακας 2 .....	43
Πίνακας 3.....	44
Πίνακας 4 .....	45
Πίνακας 5 .....	46
Πίνακας 6 .....	47
Πίνακας 7.....	48
Πίνακας 8 .....	49
Πίνακας 9 .....	50
Πίνακας 10 .....	51

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν στην προσπάθεια εκπόνησης και συγγραφής της.

Ιδιαίτερη αναφορά για ευχαριστίες απευθύνω σε όλους τους κοινοτικούς νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας όσον αφορά την παράδοση και παραλαβή των ερωτηματολογίων όπως και για το ενδιαφέρον που έδειξαν να γνωρίζουν τα αποτελέσματα με το πέρας της έρευνας.

Ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην Κα Περγάμαλη για την άδεια χρήσης της μετάφρασης του ψυχομετρικού εργαλείου (H.C.S.M, Geron) που η ίδια εκπόνησε και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την συνεχή στήριξη και υπομονή που μου έδειξαν κάθε στιγμή που την χρειάστηκα.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η εφαρμογή της στρατηγικής που αφορά την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσία που απουσίαζε παντελώς από τις δημοσιές κρατικές υπηρεσίες Υγείας, εφαρμόζεται στην Κύπρο από το 2005, με αποτέλεσμα να διαγράφει μία μικρής χρονικής διάρκειας βάση εμπειρικών δεδομένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευθεί ή πραγματοποιηθεί ερευνητικό έργο ως προς την αξιολόγηση της παρεχόμενης κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με τα στοιχεία που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, που παρέχεται κυρίως σε ηλικιωμένους, σε ένα σύνολο 477 ατόμων παγκύπρια από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Κατ' επέκταση, τα η διερεύνηση των στοιχείων αυτών δημιουργούν μια «πολύτιμη» βάση εμπειρικών δεδομένων για ποιοτική και αποδοτική αξιολόγηση μιας υφιστάμενης κατάστασης, που υποστηρίζει καλύτερα τον προγραμματισμό για την επίτευξη στόχων που θέτει η στρατηγική ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδας.

**Σκοπός :** Ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, στις τέσσερις πόλεις όπου παρέχεται σήμερα, Λευκωσία, Λάρνακα και Λεμεσό και Πάφο.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 155 χρήστες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τις 21/10/2011 έως τις 10/1/2012 από τους συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και εθελοντικής συναίνεσης. Το ερωτηματολόγιο (H.C.S.M Geron) είχε σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στις Η.Π.Α. σε περισσότερα από 6 000 άτομα, που ερευνούσαν την μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών που λάμβαναν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, από την παρεχόμενη φροντίδα των νοσηλευτών/ τριών, των κοινωνικών λειτουργών και των οικογενειακών φροντιστών. Οι έρευνες που πραγματοποιηθήκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου (H.C.S.M Geron) συμπεριέλαβαν, Αφροαμερικανούς, Ισπανούς, και Λευκοαμερικανούς ηλικιωμένους, όπως και Ελλαδίτες (Κρήτη) που λάμβαναν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι (Περγάμαλη, 2006), μεταξύ των οποίων και κατ' οίκον νοσηλευτική.

**Αποτελέσματα:** Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό (79,31%) δηλώσαν ικανοποιημένοι από την συνολική ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, η επιμέρους διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση από τον παράγοντα ηλικία με ( $p=0,044$ ). Παρατηρήθηκε ότι, η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών με ποσοστό 57,5% και με μέση τιμή (1,78) εκφράζει καλύτερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις. Ο παράγοντας που αφορά τον μέσο όρο επισκέψεων ανά μήνα με ( $p=0,007$ ) παρατηρείται να διαφοροποιεί σημαντικά το στατιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με την διάσταση των αρνητικών διαπροσωπικών αντιλήψεων, με τους συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται τρεις φορές το μήνα να εκφράζουν καλύτερη άποψη ως προς την ικανοποίηση. Ο χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη σχετικά με την διάσταση της ικανότητας των νοσηλευτών/ τριών παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση ( $p=0,001$ ), με τους συμμετέχοντες με μέση τιμή (2,99) να εκφράζουν καλύτερη άποψη σχετικά με την ικανοποίηση, όταν χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια ανά επίσκεψη είναι δεκαπέντε λεπτά. Όσον αφορά στη διάσταση επιλογής υπηρεσιών, παρατηρείται μία τάση διαφοροποίησης, όπου τα άτομα που τους φροντίζουν τα παιδιά τους τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ( $p=0,07$ ). Τέλος, τα αποτελέσματα δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντική διαφορά, που να διαφοροποιεί σημαντικά τους παράγοντες σε σχέση με τη διάσταση της επάρκειας του συστήματος.

**Συμπεράσματα:** Η διερεύνηση της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία στηρίζεται σε αξιολογικούς παράγοντες του τρόπου που σκέφτεται, παρατηρεί και διαντιδράται με τα όλα εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος που συνθέτουν τη φροντίδα υγείας, αναπτύσσοντας στάσεις και συμπεριφορές που τάσσονται υπέρ ή κατά στις επιμέρους διαστάσεις της έννοιας ικανοποίησης. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι, η πλειονότητα των ερευνητών που έχει ενδιατρίψει στις απόψεις των χρηστών που αφορούν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αναγνωρίζουν την καθοριστική σημασία της που αφορά τα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και τον προγραμματισμό και την οργάνωση ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** The implementation strategy of house visiting nursing care was completely absent from the public sector of health services until 2005 and as a result, few empirical data were collected to promote the assessment and planning of management skills of health services. It is significant the fact that until now, there is no published research evident findings concerning the assessment of house visiting nursing care of ministry health services in relation to customer's satisfaction, in which mostly is delivered to old age people. As a result, research investigation of the relationship characteristics concerning customer's satisfaction, is of high significant to create an empirical base evident findings that support the assessment and planning strategy of house visiting nursing care.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate the views and the measurement of customers satisfaction with the offer of program house visiting nursing care, from the nursing division health services of the Cyprus ministry of Health, to the four districts of Cyprus, Nicosia, Limassol, Larnaca and Paphos, that the care is delivering today. The general aims of his study concerns: 1) The satisfaction of customers from the delivery of house visiting nursing care in relation to their demographic characteristics. 2) The degree of interpersonal relationship between community nurses and customers, impacts the satisfaction of customers. 3) The degree of the customer's satisfaction from the capability of community nurses in relation to the adequate technical nursing practice. 4) The satisfaction of customers in relation to the content of the house visiting nursing services. 5) The satisfaction customer's needs in relation to the planning and organizing the house visiting nursing services.

**Methods:** The subjects of this study were 155 customers of the house visiting nursing care program. The collection of data was completed from 21/ 10/2011 until 10/1/2012. The questioner that has been used, was weighed and used in U.S.A. in more than 6, 000 customers, including African- Americans, white- Americans and Spanish, that they were given house visiting nursing care. In addition, it has been used in Grease (Crete island) in a similar house visiting nursing program to measure the customer's satisfaction.

**Results:** It is evident that the vast majority of the subjects (79,3%) express satisfaction from the overall customer's satisfaction, concerning the house visiting nursing care program. The

partial dimensions of the overall customer's satisfaction that has been used for the purpose of this study were : The positive interpersonal perceptions, the negative interpersonal perceptions, the house visiting nurse capability, the services choices and the adequacy of the system services. The results revealed different factors impacts positive or negative these dimensions.

More specific, concerning the dimension of positive interpersonal perception, the factor age ( $p=0,044$ ) has shown a significant statistical relationship, in which the customers more than 75 years old (57, 5%) expressed better view about the positive interpersonal perceptions ( mean= 1,78). The factor average number of visiting of nurses per month was found to impact the dimension of the negative interpersonal perceptions ( $p= 0,007$ ), in which the customers that have been visited three times per month, expressed better view (mean=4,96).The factor average time that the nurse spending for the nursing care in each visiting has shown significant statistical difference with the dimension of the capability of the nurse ( $p= 0,001$ ), with customers expressed better opinion when this time is within fifteen minutes (mean= 2,99). Although, there is no evident of statistical deference concerning the dimension of services choices, there is a tension ( $p= 0,07$ ) of customers that have care from their children to express better opinion. Finally, the results concerning the dimension of adequacy of system services has not shown significant statistical deferens results.

**Conclusions:** It seems that investigating customer's satisfaction of health services it indicates a complicated procedure, which is supported in an assessment factors that the individual is thinking, observing and interacting with external environmental stimulants the nursing care phenomenon consists. As a result, the individual customer develops attitude and behavior which acts in a positive or negative way, concerning the partial dimensions of satisfaction. It is an encouraging fact that most research identify the significance of nursing care customer's satisfaction, in order to take measures to improve the quality of nursing care, but also to improve the planning and the organizational context of the nursing services.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που έχει ξεσπάσει σε συνδυασμό με το κόστος των δαπανών των υπηρεσιών υγείας έχει φέρει σε αμηχανία, σε παγκόσμιο επίπεδο, τις κυβερνήσεις. Πολύ περισσότερο, η αμηχανία αυτή επιτείνεται με το φαινόμενο της παγκόσμιας γήρανσης που έχει φτάσει σε ανησυχητικά επίπεδα, αν σκεφτεί κανείς τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το γήρας και κατ' επέκταση το κόστος που προϋποθέτουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1991, Μανιαδάκης, 2010). Η υψηλή νοσηρότητα των ηλικιωμένων ατόμων, η πολλαπλότητα των νοσημάτων, η σοβαρότητα και ο χρόνιος χαρακτήρας των παθολογιών που συνδέονται με την ηλικία, και συχνά η εξάρτηση των ατόμων αυτών από άλλα άτομα ή υπηρεσίες, εκπροσωπούν στοιχεία που δικαιολογούν αυτή την κατανομή των δαπανών ανά ηλικιακή ομάδα (ΕΕΚ, 2001). Ενδεικτικά, στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ η δαπάνη για την υγεία ατόμων άνω των 65 ετών, σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, είναι 4,3 φορές μεγαλύτερη, ενώ για τα άτομα των 75 ετών είναι 5,9 φορές μεγαλύτερη (OECD, 1988, a,b,1990). Οι περισσότερες παθήσεις των ηλικιωμένων είναι από φύση τους χρόνιες, ενώ, η ανάγκη για παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας αναφέρεται συνήθως στους ηλικιωμένους και στους χρονίως πάσχοντες, όπου το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερο από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών (Birchfield, 1996, Eliopoulos, 1997).

Με σημείο αναφοράς το 2010, προβλέπεται αύξηση κατά 50% σε υπερηλικές άνω των 80 ετών στην επόμενη δεκαπενταετία στις χώρες της Ε.Ε.. Ειδικότερα, στοιχεία της Eurostat που αφορούν την Κύπρο προβλέπει το ποσοστό των ηλικιωμένων να υπερτριπλασιαστεί σε πενήντα χρόνια (Giannakuri, 2008). Ταυτόχρονα, ο πληθυσμός της Κύπρου αναμένεται να αυξηθεί από τις 803.000 τον Ιανουάριο του 2010 στο 1 εκατομμύριο το 2035 (+25,4%) και σε 1,1 εκατομμύρια το 2050, θέτοντας την αύξηση αυτή στην τρίτη υψηλότερη θέση που προβλέπεται στην ΕΕ μετά την Ιρλανδία (+46%) και το Λουξεμβούργο (+45%) (Giannakuri, 2008). Η σχέση ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) προς ενεργούς πολίτες (16-64) αναμένεται να φθάσει στο 1:2 το 2050, από το 1:4 που είναι σήμερα σε συνδυασμό με τη μείωση της γεννητικότητας (ΚΟΕ, 2006) και το δείκτη ανεργίας στην Κύπρο το Μάιο του 2011 να ανέρχεται στο 7,6% (Economia, 2011).

Εκ των άνωθεν προβλεπόμενων δημογραφικών και οικονομικών εξελίξεων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και καθιστούν σήμερα αναγκαία τη διαμόρφωση στρατηγικής που να επιτυγχάνει από τη μία την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και από την άλλη την ποιοτική έκβαση της φροντίδας. Άλλωστε, η πρόκληση αναφέρεται στην αρμονία που πρέπει να διατηρείται στην ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται στο σύστημα της υγείας (Κωσταγιόλας και αλ., 2006, Κωσταγιόλας και αλ., 2008, Johansson et all., 2002, Mahon,1996). Η συγκεκριμενοποίηση της πρακτικής των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους διατυπώνεται ξεκάθαρα στα πλαίσια της Εθνικής Στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, για την Αειφόρο Ανάπτυξη Δημόσια Υγεία και υγιής Γήρανση. Στη Στρατηγική αυτή αναφέρονται τα σημαντικότερα βήματα του εθνικού σχεδίου δράσης για τους ηλικιωμένους (2005-2015). Ειδικότερα τα βήματα περιλαμβάνουν στοχοκατευθύνσεις που αφορούν, την ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και Κοινοτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας, Μελέτη για τη Δημιουργία Γηριατρικών Κλινικών, Προγράμματα εκπαίδευσης Επαγγελματιών Υγείας σε θέματα γηριατρικής, όπως και ανάπτυξη Κατ' οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Αξιοσημείωτο μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός ότι μέχρι τη στιγμή που σημειώνονται αυτές οι στοχοκατευθύνσεις, τα προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματιών σε θέματα γηριατρικής, όπως και η δημιουργία ιδιωτικών τουλάχιστο γηριατρικών κλινικών, εφαρμόζονταν σε κάποιο βαθμό για αρκετά χρόνια. Κατ' επέκταση, τα στοιχεία αυτά ενισχύουν την άποψη ότι, το γεγονός αυτό δημιουργεί μια «πολύτιμη» βάση εμπειρικών δεδομένων για ποιοτική και αποδοτική αξιολόγηση μιας υφιστάμενης κατάστασης, που υποστηρίζει καλύτερα τον προγραμματισμό για την επίτευξη στόχων που θέτει η Εθνική Στρατηγική (Κωσταγιόλας και αλ., 2008, Κωσταγιόλας και αλ., 2006).

Αντίθετα, η εφαρμογή της στρατηγικής που αφορά την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσία που απουσίαζε παντελώς από τις δημοσιές κρατικές υπηρεσίες Υγείας, εφαρμόζεται στην Κύπρο από το 2005, με αποτέλεσμα να διαγράφει μία μικρής χρονικής διάρκειας βάση εμπειρικών δεδομένων. Από την άλλη, μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευθεί ή πραγματοποιηθεί ερευνητικό έργο ως προς την αξιολόγηση της παρερχόμενης κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με την

ικανοποίηση των χρηστών, που παρέχεται κυρίως σε ηλικιωμένους από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.

Εκ των προαναφερόμενων διαπιστώσεων, κρίνεται αναγκαία η αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στη Κύπρο προκειμένου να εκτιμηθούν οι βασικότερες παράμετροι της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρέχονται. Σημείο αναφοράς αποτελεί η αρχική κυρίαρχη αντίληψη ότι, οι επαγγελματίες υγείας ως «ειδικοί» (Ραφτόπουλος, 2002), έχουν την αποκλειστική αρμοδιότητα να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, (Ζαπρής, 2006, Κωσταγιόλας και αλ., 2006,). Αυτό σημαίνει ότι ο χρήστης βρίσκεται σε παθητική κατάσταση κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων, χωρίς άποψη και (κυρίως) χωρίς συμμετοχή, με αποτέλεσμα να αγνοούνται παράγοντες που είναι καθοριστικοί για την ποιότητα της φροντίδας, όπως η ικανοποίηση των ασθενών/χρηστών και η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πολύ περισσότερο, διερωτάται κανείς για το βαθμό ικανοποίησης των Κυπρίων καταναλωτών, αφού το υψηλό μορφωτικό επίπεδο που συνδέεται με αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ενδεικτικά, στοιχεία της Euro stat του 2007 φέρουν την Κύπρο στην πρώτη θέση από τις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης σε αποφοίτους πτυχιούχους ηλικίας (25 – 34 ετών ) με ποσοστό 47% στο γενικό πληθυσμό, έναντι του μέσου κοινοτικού που βρίσκεται στο 19 % ( Πολίτης, 2009).

Τα στοιχεία αυτά, καθιστούν επιτακτική την ανάγκη να διερευνηθεί και να μετρηθεί η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Άλλωστε, η ικανοποίηση των ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί ισχυρό στοιχείο που συνδέεται ποικιλοτρόπως με την προβληματική που αφορά την αποτελεσματική δόμηση ενός εθνικού συστήματος υγείας. Ενδεικτικό παράδειγμα που στηρίζει την άποψη αυτή, εκπροσωπούν τα θεμελιώδη τρία κριτήρια που θα πρέπει να πληροί η αξιολόγηση της ποιότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) που είναι η έκβαση της φροντίδας (ικανοποίηση), η οικονομική αποδοτικότητα και η κοινωνική αποδοχή (Ραφτόπουλος, 2002). Επιπλέον, η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας αναφέρεται ως ο ισχυρότερος σε αξιοπιστία δείκτης που εκπροσωπούν την λειτουργικότητα και την ποιοτική έκβαση της νοσηλευτικής φροντίδας ( Donabedian, 1987).

Ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, στις τέσσερις πόλεις όπου παρέχεται σήμερα, Λευκωσία, Λάρνακα και Λεμεσό και Πάφο.

Στόχοι της έρευνας είναι :

1. Η ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας και η συσχέτιση της με τα δημογραφικά τους δεδομένα.
2. Ο βαθμός στον οποίο οι διαπροσωπικές σχέσεις των προμηθευτών ( κοινοτικοί νοσηλευτικοί λειτουργοί) επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών.
3. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την επάρκεια διεκπεραίωσης νοσηλευτικών πράξεων που εφαρμόζουν οι προμηθευτές της κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας.
4. Η ικανοποίηση των χρηστών από το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
5. Η ικανοποίηση αναγκών των χρηστών από τον τρόπο οργάνωσης και προγραμματισμού της παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

#### **1.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.**

##### **1.1.1. Εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών.**

Ενώ η ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως έννοια δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία να την αντιληφθεί κάποιος με την κοινή λογική, εντούτοις δεν υπάρχει σύγκλιση στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ( Bond & Thomas, 1992). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, τόσο η έννοια της ικανοποίησης, όσο και η έννοια της ποιότητας χρησιμοποιούνται πολλές φορές εναλλακτικά σύμφωνα με την αντίληψη των ασθενών, παρόλο που διαφοροποιούνται εννοιολογικά μεταξύ τους (Oberst,1984).

Σημείο αναφοράς αποτελούν οι πρώτες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, στις οποίες ο ορισμός της βασίστηκε από στις αντιλαμβανόμενες εκ μέρους των ασθενών παραλείψεις, που προέκυψαν από τη φροντίδα τους (Abdellah & Levine, 1957a,b,c,d,e, 1964). Ενώ οι σχετικές έρευνες πληθαίνουν, εμφανίζεται όλο και περισσότερη δυσκολία στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ικανοποίησης ασθενών. Η άποψη αυτή ενισχύεται από την αναφορά των Wriglesworth & Williams (1975), οι οποίοι διατυπώνουν ότι ο όρος ικανοποίηση νοηματοδοτείται διαφορετικά στους ανθρώπους, π.χ. εμπιστοσύνη, ευχαρίστηση, ευτυχία, με αποτέλεσμα κάθε αξιολόγηση της να είναι υποκειμενική.

Η ετοιμολογία του όρου ικανοποίηση παράγεται από την λέξη «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα « ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός». Το ρήμα «ποιώ» ερμηνεύεται ως αποδίδω ανάλογα με τις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες (Τεγόπουλος και Φυτράκης, 1993 στο Ραφτόπουλου, 2002).

Μια εννοιολογική άποψη της ικανοποίησης του ασθενή συνδέει την ερμηνεία των λέξεων καθήκον (duty) και ενοχή (culpability) (Williams, Coyle, Healy, 1998). Το καθήκον αναφέρεται στα υποχρεωτικά από τις υπηρεσίες υγείας στοιχεία της φροντίδας που παρέχονται στον ασθενή, ενώ η ενοχή αναφέρεται στο πόσο βαρομετρικά καταλογίζεται ευθύνη στον επαγγελματία υγείας ή στην υπηρεσία του για την υποτροπιάζουσα

εξέλιξη ενός γεγονότος. Μέσα από αυτή τη θεώρηση της έννοιας ικανοποίηση αναφέρεται ο ισχυρισμός ότι παρόλο που στην περίπτωση η αίσθηση του ασθενή είναι ο καταλογισμός ευθύνης στον επαγγελματία υγείας σ' ένα γεγονός, εντούτοις δύναται να αξιολογεί θετικά την παροχή υπηρεσιών δεδομένου ότι αντιλαμβάνεται κάποια ελαφρυντικά στοιχεία των ιδιαίτερων συνθηκών που συνέβαλαν στο γεγονός.

Μία άλλη έννοια που απορρέει από την ικανοποίηση ως την αξιολόγηση της φροντίδας που βασίζεται στις προσδοκίες του ασθενή (Pascos, 1983). Αυτός ο ορισμός διαφοροποιείται εκ της άνωθεν θεώρησης στο γεγονός ότι ο ασθενής συνεχίζει να αξιολογεί θετικά την «ποιότητα» της φροντίδας, παρόλα τα εμπόδια που συναντούνται, δεδομένου ότι οι προσδοκίες του δεν συγκρούονται με τα καθήκοντα που εκτελούνται από τον επαγγελματία υγείας.

### **1.1.2. Εννοιολογικός ορισμός της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας.**

Παρόλη την πληθώρα των μελετών που έχουν επιχειρήσει τον ορισμό της έννοιας «ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας» δεν παρουσιάζεται ομοφωνία απόψεων και σε αρκετές περιπτώσεις ταυτίζεται ή συνδέεται άμεσα με την έννοια της ικανοποίησης. Ένα παράδειγμα αποτελεί η αναφορά των (Shannon et al., 2002), που υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της ποιότητας της παρεχομένης φροντίδας. Άλλα παραδείγματα που ορίζουν την ποιότητα συνδέοντας την με την ικανοποίηση του χρήστη είναι «ικανότητα –όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές» (Monroe & Krishnan, 1985). Γενικά αρκετοί ερευνητές συγκλίνουν στην άποψη ότι η υπάρχει κάποιου είδους σύνδεση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και της ικανοποίησης του χρήστη (Cronin & Taylor, 1992, Bitner & Hubbert, 1994, Cronin & Taylor, 1994, Oliver, 1993, Patterson & Lester, 1993). Πάντως, ο συνηθέστερος ορισμός της ποιότητας είναι- «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία» (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Για πρώτη φορά ο ορισμός της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας διατυπώθηκε ως, «η σύγκριση της πραγματικής φροντίδας που δέχονται οι ασθενείς και των προκαθορισμένων κριτηρίων» (Donabedian, 1966). Αργότερα ο ίδιος ερευνητής αμφισβητεί την ορθότητα του ορισμού της έννοιας της ποιότητας δεδομένου του γεγονότος ότι δε διασαφηνίζεται



κατά πόσο πρόκειται για «..μία ιδιότητα, ή ομάδα συνδεδεμένων λειτουργικών ιδιοτήτων, μία διοικητική απόφαση ή μια προσωπική άποψη» (Mercouris et al., 1999a). Ωστόσο, οι νεότερες απόψεις του δικαιολογούν την ύπαρξη διαφορετικών ορισμών συμφωνά με τους οποίους, αυτοί που τους ορίζουν διατυπώνουν ανάλογα με τη σχέση, το είδος ή την έκταση των ευθυνών του που έχει με το σύστημα υγείας (Donabedian, 1998).

Συνεπακόλουθο της ασυμφωνίας του ορισμού της ποιότητας τη δεκαετία του 1960, δυσκολεύει και τη νοσηλευτική επιστήμη (Taylor & Haussman, 1988), όπου στη βιβλιογραφία η ποιότητα δεν παρουσιάζεται μονολεκτικά ως έννοια, αλλά εκφράζεται εναλλακτικά με όρους όπως: διασφάλιση της ποιότητας, έλεγχος της ποιότητας και πρότυπα φροντίδας (Van Maanen, 1981, Redfern & Norman, 1990). Η Lang, όρισε την ποιότητα στη νοσηλευτική, ως μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Ραφτόπουλος, 2002). Ωστόσο, αν και άλλοι μελετητές συμφωνούν με τον ορισμό της Lang, προσθέτουν ότι η ποιότητα ως κοινωνικός προσδιορισμός, επηρεάζει την ερμηνεία των ασθενών αφού στους ανθρώπους οι στάσεις, τα πιστεύω και οι αξίες ποικίλουν (Koch, 1992). Κατ' επέκταση θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι διαφορετική πιθανόν είναι η προσέγγιση των νοσηλευτών να ερμηνεύσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και διαφορετική αυτή των ασθενών.

Προς την κατεύθυνση του κοινωνικού προσδιορισμού της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν δύο έρευνες σε Ελλαδίτες ασθενείς που μελετούν «τί σημαίνει» γι' αυτούς η ποιότητα της παρεχομένης νοσηλευτικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει ο νοσηλευτής/τρια να προστατεύει την αξιοπρέπεια του, να σέβεται την προσωπικότητα του, να λαμβάνουν την αίσθηση ότι ο νοσηλευτής/τρια ξέρει καλά τη δουλειά του, όπως και να αισθάνονται ότι ο νοσηλευτής/τρια δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει (Θεοδοσοπούλου και αλ., 2001 στον Ραφτόπουλου, 2002). Το ενδιαφέρον προκύπτει από το γεγονός ότι η κουλτούρα, η ιστορική αναφορά, οι αξίες και πιστεύω της Κύπρου, που είναι ο υπό μελέτη πληθυσμός της παρούσης μελέτης, προσομοιάζουν με τον Ελλαδικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου πιθανόν να υιοθετείται σε κάποιο βαθμό η ίδια σημασία της ποιότητας.

### **1.1.3. Ορισμός της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «κατ' οίκον φροντίδα ορίζεται η συστοιχία των υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται σε πελάτες στο δικό τους χώρο διαμονής. Ο συντονισμός των υπηρεσιών αυτών μπορεί να αποτρέψει, ή να επιβραδύνει ή να υποκαταστήσει βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα την ιδρυματοποιημένη φροντίδα» ( Thome, Dyke, Hallberg, 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατ' οίκον φροντίδα και η κατ' οίκον νοσηλευτική παρουσιάζονται αρκετές φορές ως ενοποιημένες έννοιες ( Ministry of Social Affairs and Health, 2006).

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ως κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται η ειδικότητα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, όπου οι κοινοτικοί νοσηλευτές βοηθούν τους πελάτες και μέλη της οικογένειας τους με σκοπό να παραμείνουν στο οικείο περιβάλλον τους (Erb, 2006). Οι συχνές επισκέψεις από τους κοινοτικούς νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών καθώς η φροντίδα λαμβάνει χώρα στο σπίτι τους.

#### **1.1.4. Ορισμός του Κοινοτικού Νοσηλευτή**

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής είναι εγγεγραμμένος Νοσηλευτής 1<sup>ου</sup> επιπέδου με εξειδίκευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική Επιστήμη, ο οποίος εκπαιδεύεται σε μια περιεκτική εργασιακή προσέγγιση η οποία περιλαμβάνει όλους τους τομείς της φροντίδας υγείας, καθώς και όλο το φάσμα ηλικιών (Ministry of Education, 2001 στους Jakoney και συν., 2002).

#### **1.2. Θεωρητικά μοντέλα που αναπτυχθήκαν σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών και την παρεχόμενη φροντίδα**

Ποιές είναι τελικά οι επιθυμίες των ασθενών; Κατορθώνουν τελικά οι επαγγελματίες υγείας να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των ασθενών τους που σχετίζονται με την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα; Οι απαντήσεις στα πιο πάνω ερωτήματα επιχειρούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 και φτάνουν μέχρι τις απαντήσεις που διαμορφώνει τη δεκαετία του 1990 που αναφέρεται στη φιλοσοφία του μάνατζμεντ ολικής ποιότητας (Hendriks et al., 2002, Ζαπρής, 2006,).

Το ενδιαφέρον και η βαρύτητα που έχει η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με την ευρύτερη αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, έχει οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό αναζητήσεις και κατάρτιση πολλαπλών θεωριών, που εξετάζουν τόσο την ικανοποίηση ασθενών ή τις εμπειρίες τους (Carr- Hill, 1992, Fitzpatric, 1993, Williams, 1994, Eduard & Staniszewska, 2000, Aspinal et al., 2002). Ωστόσο, δεν παρατηρείται ιδιαίτερη σύγκλιση μίας θεωρητικής αντίληψης, όσον αφορά την εννοιολογική και θεωρητική ανάπτυξη μοντέλου της ικανοποίησης ασθενών. Κατ' επέκταση, αν και σε λιγότερο βαθμό, η δυσκολία παρουσιάζεται στις διαφορετικές απόψεις που αφορούν τί μετρά η ικανοποίηση (Bond & Thomas, 1992, Oberst, 1984, Linder- Peltz, 1982a,b, Pascoe, 1983, Wriglesworth & Williams, 1975). Από την άλλη, υποστηρίζεται ότι η μετεξέλιξη των ερευνών της ικανοποίησης, που ουσιαστικά αντιπροσωπεύει όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών, μεθοδεύουν τον τρόπο μέτρησης της ποιότητας τους (Donabedian, 1980, Κυριόπουλος και συν., 1991, Ζαπρής, 2006).

Εκ των άνωθεν, κρίνεται σημαντική η αναζήτηση εκείνου του θεωρητικού μοντέλου της ικανοποίησης που μπορεί να συνδεθεί με την εξεύρεση τρόπων μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τους εννοιολογικούς προσδιορισμούς που έχουν αναφερθεί νωρίτερα και που συνδέονται με τους στόχους που έχει θέσει η παρούσα μελέτη.

### **1.2.1. Το θεωρητικό μοντέλο προσδοκιών αξιών του Donabedian και η εναρμόνιση του με τους σκοπούς της εργασίας**

Ο Donabedian (1980) επιχειρεί τη σύνδεση του όρου της ικανοποίησης με τον όρο ποιότητας της φροντίδας. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών εκφράζει τις απόψεις τους για την ποιότητα της φροντίδας που σχετίζονται με τις προσδοκίες και αξίες τους, ενώ ουσιαστικά αντιπροσωπεύει ένα υποσύνολο των στοιχείων που δομούν την έννοια της ποιότητας. Παράλληλα, αναφέρει ότι η ικανοποίηση διατυπώνει τον εξατομικευμένο ορισμό της ποιότητας, έναντι του κοινωνικού ορισμού της ποιότητας που διατυπώνεται βαρομετρικός σε απόλυτα (τεχνικά) πλαίσια. Δύο παραδείγματα που αντιπροσωπεύουν τον κοινωνικό / τεχνικό χαρακτήρα στον ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών διατυπώνουν, ο Pascoe (1983) και ο Petersen (1988). Ο Pascoe (1983) ορίζει την ικανοποίηση ασθενών ως μια μοναδική εσωτερική αντίδραση των ασθενών που αποδέχονται τη φροντίδα και σχετίζεται με θέματα που αφορούν τις δομές, τις διαδικασίες, τα αποτελέσματα και τις εμπειρίες από τις υπηρεσίες υγείας.

Επιπρόσθετα, αναφέρει ότι η αντίδραση αυτή παρουσιάζει παρατηρήσιμες συμπεριφορικές εκδηλώσεις σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Ο Petersen (1988) ορίζει την ικανοποίηση ως την αντίληψη που εκλαμβάνει ο ασθενής για τον τρόπο που του παρέχονται οι υπηρεσίες, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή να γνωρίζει την καταλληλότητα της φροντίδας.

Δεδομένου των κύριων ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν τεθεί και επιδιώκουν όχι μόνο τις βιοψυχοκοινωνικές πτυχές επιρροής της ικανοποίησης των χρηστών, αλλά και η αναζήτηση της επιρροής του τεχνοκρατικού χαρακτήρα των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλευτικής. Σε συνδυασμό με τα στοιχεία του μοντέλου (προσδοκίες – αξίες-τεχνοκρατικού χαρακτήρα δομές, οργάνωση και διαδικασίες) που έχουν αναφερθεί πιο πάνω και σε σχέση με τις απόψεις των χρηστών σε αυτά τα στοιχεία, η χρήση του μοντέλου Donabedian ικανοποιεί τις επιδιώξεις αυτές που έχει θέσει η παρούσα μελέτη. Ταυτόχρονα όμως, οι επιδιώξεις αυτές θα πρέπει να εναρμονιστούν ανάλογα με το πλαίσιο, το περιεχόμενο και τις ιδιαίτερες συνθήκες που η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στην Κύπρο.

### **1.3. Οι ερευνητικές συσχετίσεις παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.**

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, διεθνώς παρουσιάζεται περιορισμένος αριθμός μελετών που διερευνούν την ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, συγκριτικά με την ικανοποίηση ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στα νοσοκομεία. Η σύγκλιση ωστόσο όλων των ερευνών εστιάζεται στη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και διάψευσης προσδοκιών της ζωής, μέσα από τις ερευνητικές συσχετίσεις παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα.

Η έρευνα δημοσκόπησης των Rosati et al. (2009) σκοπό είχε τη διερεύνηση της συσχέτισης που υπήρχε ανάμεσα στην ικανοποίηση των νοσηλευτών και την ικανοποίηση των ασθενών σε ένα μη κερδοφόρο πρακτορείο παροχής κατοίκων φροντίδας στην Νέα Υόρκη των Η.Π.Α. Το συγκεκριμένο πρακτορείο, παρείχε φροντίδα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με μέσο όρο ηλικίας των ασθενών την ηλικία των 75 ετών, με ποικίλα είδη παθήσεων και διαφορετικές ανάγκες.

Ο αριθμός του δείγματος ήταν  $N=19\ 067$  και η μέθοδος συλλογής των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου με τα πρότυπα του «Press Ganey home healthcare survey», το οποίο είχε σταλεί στο δειγματολογικό πληθυσμό μέσω ταχυδρομείου. Το προσωπικό στο οποίο είχε γίνει ξεχωριστή δημοσκόπηση με τη βοήθεια και πάλι του ερωτηματολογίου «Morehead staff survey instrument» αριθμούσε  $N=3\ 000$ , με ένα ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 56%. Το τελικό δείγμα όμως έφθανε μόνο τα 1 364 άτομα, εκ των οποίων οι 738 (58,4%) ήταν νοσηλευτές. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Structural Equation Modeling (SEM). Φυλετικά, το σύνολο του δείγματος αποτελείται από λευκούς ( $N=438 - 39,5\%$ ), έγχρωμους ( $N=310 - 28,0\%$ ), ισπανόφωνοι ( $N=125 - 11,3\%$ ), ασιατές ( $N=186 - 16,7\%$ ) και αμερικανο-ινδιάνοι/αυτόχθονες Αλάσκας ( $N=50 - 4,5\%$ ). Το δείγμα προερχόταν τόσο από άντρες ( $N=210 - 17,5\%$ ), όσο και από γυναίκες ( $N=989 - 82,5\%$ ).

Τα αποτελέσματα έχουν αναδείξει ότι η συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση όλου του προσωπικού και των ασθενών, επηρέαζε στο σύνολο ικανοποίησης των ασθενών σε μεγάλο βαθμό πρώτιστα, μόνο όταν υπήρχε εστίαση στην ποιότητα/εξυπηρέτηση προς τους ασθενείς ( $p=0,15$ ). Ως δευτερεύοντες παράγοντες συσχέτισης, αναφέρονται η αύξηση και ανάπτυξη του ίδιου του προσωπικού έχοντας μία συσχέτιση με την ποιότητα/εξυπηρέτηση ασθενών ( $p=0,52$ ), ακολουθούμενη η ισορροπία εργασίας και προσωπικού χρόνου ( $p =0,27$ ) και η δέσμευση ( $p=0,25$ ).

Η συσχέτιση των εργαζομένων/υπαλλήλων οι οποίοι είχαν επαφή με την οικογένεια των ασθενών με τη γενική ικανοποίηση των ασθενών επηρεαζόταν και αυτή μέσα από την εστίαση στην ποιότητα/εξυπηρέτηση των πελατών ( $p =0,14$ ). Το ίδιο ίσχυε με την αύξηση και ανάπτυξη ( $p=0,56$ ), ενώ η ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής ( $p=0,21$ ) και η δέσμευση ( $p =0,24$ ).

Το νοσηλευτικό προσωπικό όμως, είχε παρουσιάσει διαφορετικά αποτελέσματα σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό. Για τους νοσηλευτές το βασικό στοιχείο που επηρέαζε την ικανοποίηση των ασθενών ήταν η ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής ( $p=0,18$ ). Η ικανοποιητική μισθοδοσία ήταν αρκετά σημαντικός παράγοντας επιρροής της ισορροπίας δουλειάς και προσωπικής ζωής ( $p=0,63$ ) και η εμπλοκή των εργοδοτών τους ( $p=0,33$ ).

Τέλος, παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση των νοσηλευτών και των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα ( $p=0,15$ ). Παρατηρήθηκε επίσης, η συσχέτιση της ισορροπίας εργασίας και προσωπικής ζωής με την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ( $p=0,59$ ).

Τα συμπεράσματα των ερευνητών ήταν ότι η ισοζυγισμένη στάθμη της εργασίας τους με την υπόλοιπη ζωή τους, η δίκαιη αμοιβή τους και η εκτίμηση που είχαν από τους εργοδότες τους, επηρέαζαν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Τέλος, συμπέραναν ότι ο μοναδικός ρόλος που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές, επηρεάζει τη γενική ικανοποίηση των ασθενών.

Διαφαίνεται όμως ότι η συγκεκριμένη έρευνα είχε και κάποιους περιορισμούς. Καταρχήν, το δείγμα της έρευνας προέρχεται από μόνο ένα πρακτορείο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση το δείγμα είναι αριθμητικά τέτοιο, που δεν μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευθούν σε μεγαλύτερες ομάδες. Επιπρόσθετα, κάτι το οποίο ισχύει σε πολλές έρευνες, είναι το γεγονός ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες, δεν μπορεί να γίνει λόγω διαφορετικότητας του συστήματος υγείας της κάθε χώρας, όπως και την διαφορετικότητα στην κουλτούρα. Ένας άλλος περιορισμός είναι το γεγονός ότι οι ερευνητές, παρέλειψαν να αναφερθούν ιδιαίτερα πάνω στα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ασθενών, εστιάζοντας την προσοχή τους κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, σε σχέση με το θέμα ηθικής, , δεν γίνεται αναφορά στο περιεχόμενο της έρευνας ως προς την όποια άδεια διεξαγωγής της από αρμόδιο σώμα.

Η έρευνα της Porter (2008) η οποία ήταν ποιοτική (φαινομενολογική), στόχο είχε την περιγραφή της επίπτωσης που είχε η προσωπική επαφή στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και σύγκριση των ευρημάτων με τα εργαλεία ικανοποίησης της κατ' οίκον φροντίδας (home-care satisfaction - HCS). Το αρχικό δείγμα στην έρευνα αυτή αποτελούσαν 25 γυναίκες με τελικό δείγμα 11 γυναίκες ηλικίας 82-96 ετών, οι οποίες είχαν κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα για 3 χρόνια. Το δείγμα αποτελούσαν 4 αφροαμερικάνες και 7 Ευρωπαϊές Αμερικάνες. Η μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή του ιδρυτή της φαινομενολογικής φιλοσοφίας του Husserl (1913/1962). Πριν την έναρξη της, η έρευνα έλαβε άδεια από την αρμόδια επιτροπή ηθικής του πανεπιστημίου του Μιζούρι και διεξήχθη στις Η.Π.Α. Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων

ήταν μέσα από τηλεφωνικές συνεντεύξεις στο αρχικό στάδιο, 7 στο σύνολο τους, με τελικό όμως μέσο όρο 9 συνεντεύξεις διάρκειας γύρω στα 70 λεπτά η κάθε μία.

Τα αποτελέσματα είχαν αναδείξει ότι καμία γυναίκα του δείγματος δεν είχε αναφέρει ότι ήταν ικανοποιημένη από την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα που είχε. Κατ' επέκταση η ερευνήτρια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο υφιστάμενος τρόπος αξιολόγησης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας με την μέθοδο «home-care satisfaction - HCS δεν ήταν αποτελεσματικός, αφού διαφάνηκε μέσα από τις συνεντεύξεις το γεγονός ότι, η αναφορά για ικανοποίηση σε σχέση με την νοσηλευτική φροντίδα δεν αναφέρθηκε καθόλου από πλευράς του δείγματος. Για τον λόγο αυτό, συστήνει στους ερευνητές οι οποίοι αναζητούν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών να χρησιμοποιούν φαινομενολογικές μεθόδους και όχι τα εργαλεία του HCS.

Ως περιορισμοί της έρευνας, εντοπίζεται να είναι το ίδιο το δείγμα, αφού αριθμητικά ήταν πολύ μικρό για να διευρυνθούν τα αποτελέσματα σε μεγαλύτερες ομάδες ασθενών, είτε εθνικά, είτε σε άλλες χώρες. Παράλληλα, η ηλικία του δείγματος ήταν πολύ προχωρημένη και ως εκ τούτου, τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να μην έχουν εφαρμογή σε άλλες ηλικιακές ομάδες. Τέλος, η ίδια η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι πολύ υποκειμενική, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μεγάλη αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων από άλλους ερευνητές, αφού δεν έγινε σύγκριση προηγούμενων ερευνών που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερευνητικό εργαλείο.

Οι Stefanec-Nadarevic et al. (2011) στη δική τους έρευνα δημοσκόπησης διάρκειας 10 μηνών, στόχο είχαν την διαπίστωση της ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας. Τα δεδομένα είχαν συλλεγεί μέσα από τις κατ' οίκον επισκέψεις ανά ασθενή, οι οποίες ήταν μεταξύ μίας και πέντε εβδομαδιαίως. Η έρευνα αυτή έλαβε χώρα σε 3 από τα νησιά της Κροατίας. Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν το (Statistica 7.1.). Το δείγμα αποτελούσαν κυρίως γυναίκες (N=45 – 69,2%) και το σύνολο του αριθμούσε 72 ασθενείς. Βρέθηκε ότι, το 97,3% δήλωναν ικανοποίηση από το δείγμα των γυναικών ηλικίας άνω των 18ετών μέχρι την ηλικία των 65 ετών, ενώ οι άντρες δήλωναν ικανοποίηση στο 90%. Το δείγμα άνω των 65 ετών και για τα δύο φύλα, κατά 3,1% είχαν δηλώσει έλλειψη ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι περιορισμοί σε αυτή την έρευνα εντοπίζονται κυρίως ως προς το μικρό αριθμό δείγματος και την έλλειψη ποσοστιαίας καταγραφής των ηλικιακών ομάδων από 18 μέχρι 65ετών, αποκλείοντας έτσι τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερες ομάδες ασθενών. Παράλειψη επίσης ως προς το είδος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στις συνεντεύξεις δημιουργεί την πιθανότητα στατιστικού λάθους και αμφισβήτησης των αποτελεσμάτων. Τέλος, δεν υπήρχε καμία αναφορά στο κατά πόσο είχε ληφθεί έγκριση από αρμόδια επιτροπή για θέματα ηθικής.

Η έρευνα των Tornkvist et al. (2000) που είχε γίνει στη Σουηδία, στόχο είχε τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα τόσο κατ' οίκον, όσο και σε κέντρα υγείας. Ως εργαλείο καταγραφής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Quality of Care from the Patient's perspective - QPP». Το δείγμα αποτελούσαν 168 ενήλικες που λάμβαναν κατ' οίκον φροντίδα και 264 ασθενείς των κέντρων υγείας, με ποσοστό ανταπόκρισης 62% και 72% αντίστοιχα. Από τους 168 ενήλικες του δείγματος (οι υπόλοιποι 264 αφορούν για ασθενείς των κέντρων υγείας γι' αυτό και δεν θα γίνει αναφορά σε αυτούς), οι 61 ήταν γυναίκες και οι 33 άντρες. Η ηλικία τους ήταν μεταξύ 21 και 81+ ετών. Το ερωτηματολόγιο είχε εστιαστεί σε 4 ενότητες ερωτημάτων, την ιατροτεχνική ικανότητα των νοσηλευτών, τις φυσικές και τεχνικές συνθήκες του οργανισμού υγείας, τον προσανατολισμό ταυτότητας στις συμπεριφορές και ενέργειες των νοσηλευτών, την κοινωνικο-κοινωνιολογική ατμόσφαιρα του οργανισμού υγείας και την αντιλαμβανόμενη προσβασιμότητα στην νοσηλευτική φροντίδα. Η βαθμολογία άρχιζε από το 8 ως η χαμηλότερη και έφθανε στο 16 ως η ψηλότερη, σύμφωνα με το δείκτη ποιότητας φροντίδας (Quality of care index). Πριν την έναρξη της έρευνας λήφθηκε έγκριση από την τοπική επιτροπή ηθικής.

Τα αποτελέσματα είχαν δείξει ότι σε θέματα ικανοποίησης με τη νοσηλευτική φροντίδα, οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με βαθμολογία (16) η οποία ήταν η ψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης. Όσον αφορά τις φυσικό-τεχνικές συνθήκες (physical-technical conditions), η βαθμολογία είχε μέσο όρο (9). Αναφορικά με την προσέγγιση κατεύθυνσης ταυτότητας (Identity-oriented approach), (πνευματικές ανάγκες, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων), η βαθμολογία ήταν μεταξύ (9-15). Η βαθμολογία για την κοινωνικό-κοινωνιολογική ατμόσφαιρα (socio-cultural atmosphere) η μέση βαθμολογία ήταν (15). Για την αντιλαμβανόμενη πρόσβαση στην νοσηλευτική φροντίδα, η μέση τιμή



βαθμολογίας ήταν (9). Σε σχέση με τη σωματική υγεία και την ψυχολογική υγεία, οι ασθενείς κατά το 37% ανέφεραν ότι ήταν σε χαμηλά επίπεδα έως πολύ χαμηλά.

Παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα αυτά κατά φύλο, η μελέτη αυτή έχει αναδείξει ότι οι άντρες του δείγματος είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από ότι οι γυναίκες σε σχέση με το πόσο σοβαρά λαμβάνονται υπόψη και κατά πόσο τους χειρίζονται με σεβασμό. Από τους δυσαρεστημένους 41 (24%) ασθενείς, οι 10 (24%) από αυτούς δυσκολεύονταν να επικοινωνήσουν με τους νοσηλευτές μέσω τηλεφώνου, οι 9 (22%) από αυτούς λόγω μη ικανοποίησης στο θέμα άμβλυσης του πόνου και οι 8 (20%) ήταν δυσαρεστημένοι λόγω αδυναμίας να έχουν τον ίδιο νοσηλευτή κάθε φορά που τους επισκεπτόταν. Όσο για την γενική τους υγεία, αυτοί οι 41 δυσαρεστημένοι ασθενείς είχαν δηλώσει χαμηλότερα επίπεδα καλής γενικής υγείας από ότι οι υπόλοιποι.

Συμπερασματικά οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που βρίσκονταν στο σπίτι τους και λάμβαναν νοσηλευτική φροντίδα ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία από ότι ασθενείς στα κέντρα υγείας. Επιπρόσθετα, συμπέραναν ότι αυτοί οι ασθενείς δήλωναν να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό χαμηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Σε γενικές γραμμές όμως αυτοί οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα που λάμβαναν.

Σε αυτή την έρευνα, το δείγμα ήταν αρκετά μικρό για γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, πέραν από το ερωτηματολόγιο, δεν γίνεται καμία αναφορά για χρήση οποιουδήποτε ψυχομετρικού εργαλείου δημιουργώντας έτσι πιθανή αμφισβήτηση των αποτελεσμάτων. Το ίδιο δημιουργεί και η παράλειψη αναφοράς του είδους στατιστικής ανάλυσης που είχε γίνει. Αδυναμία γενίκευσης δημιουργεί και η απουσία συμπερίληψης οποιονδήποτε παραγόντων συσχέτισης πέραν από το φύλο.

Η έρευνα των Leff et al. (2006) που διεξήχθη στον Καναδά, ήταν προοπτική έρευνα δημοσκοπήσης κλινικής δοκιμής και ως όργανο συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό κάλυψε 8-9 τομείς της φροντίδας. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την ικανοποίησης ήταν η “Picker Commonwealth Scale”. Άλλα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα κατάθλιψης για ηλικιωμένους και η εξέταση για διαπίστωση της πνευματικής κατάστασης του ασθενή (Mini-Mental State Examination). Στην συλλογή των δεδομένων

συμπεριλήφθηκαν διάφοροι παράγοντες συσχέτισης όπως: το φύλο, η ηλικία, η ασθένεια και άλλα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα. Σκοπό είχε, τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στην ικανοποίηση της φροντίδας σοβαρής ασθένειας των συμμετεχόντων, ανάμεσα σε αυτούς που λάμβαναν νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι και σε αυτούς που λάμβαναν νοσοκομειακή φροντίδα εντός του νοσοκομείου. Το δείγμα ηλικίας άνω των 65 ετών, αποτελούσαν 84 ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα νοσοκομειακής φροντίδας στο σπίτι με ιατρική επίβλεψη και 130 ασθενείς που βρίσκονταν στο νοσοκομείο. Το ποσοστό ανταπόκρισης έφθανε το 75% και 81% αντίστοιχα. Το ποσοστά όμως αυτά, στη δεύτερη περίοδο της έρευνας που ήταν 2 εβδομάδες μετά την αρχική συμμετοχή του δείγματος, μόνο 63 (75%) ασθενείς συμμετείχαν από το πρόγραμμα κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα και 46 (35%) από τους ασθενείς νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Πριν την έναρξη της έρευνας είχε ληφθεί γραπτή συγκατάθεση του δείγματος για συμμετοχή από 3 διαφορετικές επιτροπές ηθικής.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα αυτής της σύγκρισης, παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που λάμβαναν φροντίδα στο σπίτι, ήταν ικανοποιημένοι παρά εκείνους που νοσηλεύονταν σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στο σπίτι ήταν πιο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονταν από τον/ την ιατρό τους, σχετικά με τις πτυχές που αφορούν, την άνεση της φροντίδας, την διαδικασία εισδοχής και την όλη εμπειρία της φροντίδας. Το 47% των συμμετεχόντων από τα νοσοκομεία προερχόταν από τις διαδικασίες εξιτηρίου, σε σχέση με το 43% των συμμετεχόντων που βρίσκονταν στο σπίτι. Οι συγγενείς των ασθενών στο σπίτι ήταν σε όλες τις πτυχές πιο ικανοποιημένοι από ότι οι συγγενείς των ασθενών των νοσοκομείων. Τέλος, οι ασθενείς που λάμβαναν νοσοκομειακή φροντίδα στο σπίτι, θα σύστηναν κατά 97% την ίδια ιατρική φροντίδα στους συγγενείς και φίλους τους, έναντι του 96% εκείνων που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο. Το 98% των συγγενών που νοσηλεύονταν στο σπίτι, έναντι του 91% εκείνων που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο, θα σύστηναν την ίδια νοσηλευτική φροντίδα στους συγγενείς και φίλους τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε σχέση με την αυτούσια νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών στο σπίτι, οι συγγενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι εκείνοι που είχαν ασθενή στο νοσοκομείο. Όχι όμως και οι ίδιοι οι ασθενείς. Οι ασθενείς και στις δύο περιπτώσεις ήταν το ίδιο ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα.

Ένας μεγάλος περιορισμός της έρευνας αυτής ήταν το γεγονός ότι το δείγμα δεν ήταν τυχαίας επιλογής, αλλά κατ' επιλογή πράγμα που δημιουργεί σφάλμα μεροληψίας. Δεύτερος περιορισμός ήταν το γεγονός ότι το ποσοστό ανταπόκρισης των δύο ομάδων ασθενών ήταν διαφορετικό, δημιουργώντας επιπρόσθετο σφάλμα μεροληψίας. Τέλος, ο μικρός αριθμός του δείγματος δημιουργεί αμφιβολία ως προς τα αποτελέσματα και στην πιθανότητα γενίκευσης τους σε μεγαλύτερες ομάδες. Η έλλειψη γεωγραφικής έκτασης στην οποία είχε καλύψει η έρευνα με την σειρά της δημιουργεί και αυτή αμφισβήτηση ως προς την στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

Η έρευνα των Samuelsson & Wister (2000) στόχο είχε τη διερεύνηση των προσδοκιών των ασθενών, την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι και την αντιλαμβανόμενη εκ μέρους τους ικανοποίησης. Το δείγμα ήταν τυχαίας επιλογής και αριθμούσε 76 άτομα. Από αυτούς το 14% ήταν άντρες και το 86% ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 79,8 ετών. Η έρευνα διεξήχθη στον Καναδά. Ως όργανο συλλογής των δεδομένων είχε χρησιμοποιηθεί η συνέντευξη σε συνδυασμό με τη χρήση της κλίμακας MAUT που ήταν κλιμακωτή διαδικασία. Η όλη έρευνα επικεντρώθηκε στις ακόλουθες πτυχές: Επηρεασμός ως προς την φροντίδα στο σπίτι, προσωπικές σχέσεις, συνεχής φροντίδα, διαθεσιμότητα και χρόνος, καταλληλότητα του φροντιστή φροντίδας.

Εκ των αποτελεσμάτων έχει παρατηρηθεί ότι το 12% του δείγματος δήλωσε ότι η αντιλαμβανόμενη του υγεία ήταν σε πολύ μειωμένο επίπεδο, ενώ το 32% δήλωσε ότι ήταν σε μερικώς μειωμένο επίπεδο και το 21% ανέφεραν ότι ούτε καλή, αλλά ούτε κακή ήταν. Μόνο το 14% είχαν δηλώσει ότι αντιλαμβάνονταν την υγεία τους καλή, με μόνο το 2% να δηλώνουν πολύ καλή. Όσον αφορά την ικανοποίηση τους στις παρεχόμενες υπηρεσίες, οι ασθενείς σε κλίμακα από το 1 έως το 7, είχαν αξιολόγηση από το 6,3 μέχρι το 6,8 την ειλικρίνεια και αξιοπιστία ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες. Το θέμα με την χαμηλότερη βαθμολογία ήταν η απουσία επαρκούς χρόνου διεκπεραίωσης της εργασίας από πλευράς του φροντιστή.

Βρέθηκε ότι το δείγμα ήταν πάρα πολύ μικρό και μικρής γεωγραφικής έκτασης, που πιθανόν να στερεί τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων αυτών σε άλλους μεγαλύτερους πληθυσμούς. Ένας άλλος περιορισμός που αφορά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων είναι το γεγονός ότι δεν αποσαφηνίζεται κατά πόσο το δείγμα ήταν ασθενείς οι οποίοι ήταν χρήστες νοσηλευτικής φροντίδας, ή απλά ήταν ηλικιωμένοι που

επιτηρούνταν από φροντιστή που άσκουσε γενικής φύσεως καθήκοντα φροντίδας παρά νοσηλευτική φροντίδα.

Η πιλοτική έρευνα της Περγάμαλη (2006) είχε μεταξύ άλλων, στόχο να διερευνήσει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Το δείγμα το οποίο είχε επιλεγεί με την τυχαία επιλογή, όπου αρχικά αποτελούσαν 85 ηλικιωμένοι του προγράμματος αυτού άνω των 60 ετών, ενώ στο τελικό δείγμα συμμετείχαν 73 ασθενείς. Από αυτούς, το 38,4% ήταν ηλικίας μεταξύ 60-75 ετών ενώ το 61,6% ήταν ηλικίας 75 ετών και άνω. Το 72,6% (N=53) ήταν γυναίκες. Ως ψυχομετρικό όργανο συλλογής των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Home Care Satisfaction Measure - (HCSM)». Πριν από την έναρξη της έρευνας είχε ληφθεί έγκριση από τα αρμόδια όργανα και από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων του ερωτηματολογίου είχε γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής αναφέρουν ότι το 90% του δείγματος ήταν ευχαριστημένοι τόσο από τις υπηρεσίες που προσφέρονταν όσο και από το ίδιο το προσωπικό. Επιπρόσθετα, έχουν αναδείξει ότι οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνική υπηρεσία παρεχόταν στο 80% του δείγματος. Πιο αναλυτικά, τα 65 άτομα που λάμβαναν κοινωνικές υπηρεσίες, το 87,6% αυτών δηλώνει ικανοποίηση. Τα 64 άτομα που λάμβαναν υπηρεσίες υγείας, το 91,5% δηλώνει ικανοποίηση ενώ για τις υπηρεσίες οικογενειακής βοήθειας, το 93,3% δηλώνει και αυτό ικανοποίηση.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα, ότι πέραν από την ικανοποίηση που αισθάνονταν οι ασθενείς, ζητούσαν περισσότερες υπηρεσίες.

Ως βασικός περιορισμός της έρευνας αυτής είναι ο μικρός αριθμητικά αριθμός του δείγματος και η μεγάλη του ηλικία περιορίζοντας την γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερες ομάδες ασθενών. Επίσης ένας μεγάλος περιορισμός της γενίκευσης των αποτελεσμάτων ήταν η μικρή γεωγραφική έκταση που λάμβανε το όλο δείγμα

αμφισβητώντας έτσι την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Τέλος, λόγω έλλειψης οποιουδήποτε άλλου ψυχομετρικού εργαλείου πέραν από το ερωτηματολόγιο, δημιουργείται η πιθανότητα στατιστικού λάθους.

### **1.3.1. Οι έρευνες που διεξαχθήκαν και σχετίζονται με την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στη Κύπρο.**

Περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα στην Κύπρο (Κούτα & Καϊτέ, 2008) αναφέρονται στην αξιολόγηση της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο σε σχέση με την Τρίτη ηλικία αλλά εστιάζονται περισσότερο στην αξιολόγηση της φροντίδας της παρεχόμενης υπηρεσίας παρά στην αξιολόγηση των νοσηλευτών/τριών που παρέχουν την φροντίδα. Η μελέτη των Κούτα και Καϊτέ, 2008 είχε ως στόχο: α) τον εντοπισμό και αναγνώριση των αναγκών σε σχέση με τις υπηρεσίες πρόληψης και φροντίδας στην Κοινότητα στην Κύπρο, β) ανάπτυξη πρακτικών για την φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο σπίτι και γενικά στην κοινότητα και γ) τη δημιουργία πρωτοκόλλων για εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τόσο ποσοτική ως και ποιοτική μεθοδολογία με 100 εις βάθος συνεντεύξεις με ηλικιωμένους, 6 εις βάθος συνεντεύξεις με άτομα-κλειδιά, και 2 ομάδες εστίασης με τις νοσηλεύτριες της κατ' οίκον νοσηλείας. Τα εργαλεία που χρησιμοποίησαν βασίστηκαν σε βιβλιογραφία (Bauman, 2007, Ellenbecker, 2004, Hickey & Hardyman, 2000, Haason & Arnetz, 2007). Το ερωτηματολόγιο το οποίο και απευθυνόταν στους ηλικιωμένους, στηρίχθηκε στη θεωρία της Henderson (1966) και το μοντέλο Νοσηλευτικής φροντίδας της Orem (2001). Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε στα εξής τμήματα: α) Δημογραφικά στοιχεία, β) Πληροφόρηση για την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, γ) αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών (φυσικών αναγκών, ψυχολογικών αναγκών, κοινωνικών αναγκών, πνευματικών και ηθικών αναγκών). Η κατηγορία η οποία αναφερόταν στην αξιολόγηση της σχέσης των ασθενών με την κατ' οίκον νοσηλεύτρια αφορούσε θέματα επικοινωνίας, τρόπου αντιμετώπισης, συνέπειας στις προγραμματισμένες συναντήσεις και σχόλια για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τέλος, αναφέρονταν εισηγήσεις για την βελτίωση του προγράμματος και οι συνήθειες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ενδιαφέρον είναι το αποτέλεσμα ότι 99% των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι μπορούσαν να μιλήσουν άνετα με την κοινοτική τους

νοσηλεύτρια για ότι τους απασχολούσε και ότι τους φερόταν με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η κοινοτική τους νοσηλεύτρια ήταν πάντοτε συνεπής στις προγραμματισμένες τους συναντήσεις. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλεύτριες είχαν αφιερώσει χρόνο στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

Η έρευνα του Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (RUBSI, 2009) του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, η οποία αφορούσε τα Κοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας στην Κύπρο σε δείγμα 100 ηλικιωμένων, με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των Ηλικιωμένων ατόμων στην Κύπρο μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, κατέδειξε ανάμεσα σε άλλα, ότι οι 17 συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, 12 ήταν ικανοποιημένοι, 3 ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι και 2 ήταν δυσαρεστημένοι (RUBSI, 2009).

Η έρευνα της Τζούλιου (2011) σκοπό είχε τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινοτικών νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Η έρευνα βασίστηκε σε ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση και η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση ομάδας εστιασμένης συζήτησης (focus group), όπου συμμετείχαν 5 κοινοτικές νοσηλεύτριες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Αξιολογώντας τις απόψεις και αντιλήψεις των κοινοτικών νοσηλευτών/ τριων (KN) για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, παρατηρήθηκε ότι οι KN εστίασαν κυρίως στην επίτευξη των στόχων, στην ικανοποίηση των πελατών και τέλος στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, τονίστηκε η σημασία της ολιστικής, αλλά και τυποποιημένης φροντίδας, της εποικοδομητικής επικοινωνίας, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

#### **1.4. Η νομοθεσία, το πλαίσιο και ο ορισμός του χρήστη της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο.**

Το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο άρχισε το 2004 με στόχο να ελαχιστοποιήσει τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης και να παρέχει ποιότητα φροντίδας στο σπίτι. Σύμφωνα με την παράγραφο (β) του άρθρου 6 του περί

Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και περί Συναφών Θεμάτων Νόμος [Ν. 1 (I) του 2005]: «Όταν ο ασθενής απολύεται και, σε περίπτωση που η κατάσταση του το απαιτεί, του προσφέρονται κοινοτικές ή κατ' οίκον υπηρεσίες, νοουμένου ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας».

Ως χρήστες μπορούν να οριστούν και να αποκτήσουν δικαίωμα συμμετοχής στο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο οι κάτωθι πληθυσμιακές ομάδες :

1. Ηλικιωμένοι που μένουν στο σπίτι τους και έχουν ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας.
2. Άτομα με ιατρικές ή άλλες ειδικές ανάγκες υγείας που διαμένουν στο σπίτι τους.
3. Άτομα με οξεία προβλήματα υγείας.
4. Άτομα που πήραν εξιτήριο από το νοσηλευτήριο και έχουν την ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.
5. Άτομα που έχουν την ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας Υπουργείο Υγείας, 2006)..

Το πρόγραμμα, άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά στην Κύπρο το 2004 στο Αγροτικό Νοσοκομείο της Κυπερούντας. Στην παρούσα φάση, εφαρμόζεται στην Κυπερούντα, στο Στρόβολο, στη Λακατάμεια, στα Λατσία ενώ το 2009 έγινε επέκταση του προγράμματος στον Αγρό, την Ευρύχο υ στην Λινό πετρα επαρχίας Λεμεσο υ και στην Πό λη Χρυσοχούς της επαρχίας Πάφου.

Τα προγράμματα παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο χωρίζονται σε Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα. Η κατηγοριοποίηση βασίστηκε στο Πρόγραμμα Κοινοτικής Υγείας και Φροντίδας του Τμήματος Veteran's Affairs (1997) της Αυστραλίας, στη βάση των εξατομικευμένων αναγκών των πελατών για κατ' οίκον νοσηλεία, τη σοβαρότητα και πολυπλοκότητα των προβλημάτων υγείας και τη χρονική διάρκεια της φροντίδας που χρειάζεται προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία, η ανεξαρτησία, αλλά και ο τρόπος ζωής του χρήστη.

Στο Βραχυπρόθεσμο πρόγραμμα, εντάσσονται άτομα που σύμφωνα με την διεξαγωγή αξιολόγησης από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή και η νοσηλεία που θα τους παρέχεται να

ολοκληρώνεται μέσα σε διάστημα δύο μηνών, περίπου. Αντίθετα, στο Μακροπρόθεσμο πρόγραμμα, εντάσσονται άτομα τα οποία, σύμφωνα με αξιολόγηση από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή η φροντίδα που θα τους παρέχεται, απαιτεί χρονικό διάστημα περισσότερο από δύο μήνες.

Τα κριτήρια εισαγωγής των ατόμων και για τα δύο προγράμματα είναι: α) κάτοχοι κάρτας Νοσηλείας με δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, β) άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, γ) κάτοικοι κοινοτήτων που καλύπτει το κάθε πρόγραμμα.

Σε περίπτωση θανάτου, ή όταν ο πελάτης εγκαταλείψει τη χώρα, ή μετακομίσει σε περιοχή που δεν είναι δυνατό να παρακολουθείται από άλλο τομέα της Κοινοτικής Υπηρεσίας, το πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας διακόπτεται. Το ίδιο ισχύει όταν ο πελάτης εισαχθεί σε στέγη μόνιμα, ή σε περίπτωση που ο ίδιος επιθυμεί να διακόψει το πρόγραμμα. Επιπλέον, το πρόγραμμα διακόπτεται, όταν κρίνεται βάσει αξιολόγησης ότι τόσο ο χρήστης όσο και η οικογένεια του δε χρειάζονται περαιτέρω υποστήριξη και φροντίδα.

Οι παραπομπές και για τα δύο προγράμματα μπορούν να γίνουν από: 1) ιατρό ιδιώτη ή κυβερνητικό, 2) από νοσηλευτές γενικής, ψυχικής ή σχολικής υγείας, 3) από κοινωνικό λειτουργό, 4) από το ίδιο το άτομο και 5) από κάποιο συγγενή ή φίλο (Υπουργείο Υγείας, 2006).

Για την ένταξη στο πρόγραμμα προηγείται τηλεφωνική επικοινωνία του κοινοτικού νοσηλευτή με τον πελάτη, στη διάρκεια της οποίας ο κοινοτικός νοσηλευτής τον ενημερώνει για την παραπομπή του στο πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Ακολούθως, διευθετείται συνάντηση για την αξιολόγηση του πελάτη. Ο υπεύθυνος κοινοτικός νοσηλευτής για κάθε τομέα μετά τη συλλογή των προφορικών ή των γραπτών δεδομένων του πελάτη τον εντάσσει σε ένα από τα δύο προγράμματα τα οποία αναφέρονται πιο πάνω (Υπουργείο Υγείας, 2006).

Το πλαίσιο εργασίας των Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Κύπρο αφορά ανάμεσα σε άλλα: α) Συμβουλευτική διδασκαλία και εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών σε θέματα υγείας, β) ατομική υγιεινή, γ) σωστή διατροφή σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή και δ) προαγωγή της ανεξαρτησίας του πελάτη για αυτοφροντίδα στο μέγιστο δυνατό βαθμό.



Αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα φάση δεν υπάρχει επίσημο νομοθετικό πλαίσιο για την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Εντούτοις, μέσα από τη μελέτη εντύπων άλλων χωρών (Αμερικής, Αυστραλίας και Ελλάδας) αλλά και μέσα από τις Υπηρεσίες Κατ' οίκον Νοσηλείας στην Κύπρο (Ψυχικής Υγείας και Παγκύπριου Συνδέσμου Καρκινοπαθών και φίλων-ΠΑΣΥΚΑΦ), έχουν δημιουργηθεί διάφορα έντυπα για την εύρυθμη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο τα οποία έχουν ήδη εγκριθεί και επικυρωθεί από το Υπουργείο Υγείας και χρησιμοποιούνται από τους Κοινοτικούς νοσηλευτές.

Τα έντυπα αφορούν:

- Εισαγωγή Μακροπρόθεσμης Παρακολούθησης
- Εισαγωγή Βραχυπρόθεσμης Παρακολούθησης
- Ιατρική Παραπομπή
- Παραπομπή προς Κοινοτικό Νοσηλευτή
- Αξιολόγηση Τραύματος
- Ονομαστικός Κατάλογος Βραχυπρόθεσμης Παρακολούθησης
- Ονομαστικός Κατάλογος Μακροπρόθεσμης Παρακολούθησης
- Πρόγραμμα Ημέρας (Δελτίο Εξόδου)
- Στατιστικά Στοιχεία.

Οι συνήθειες νοσηλευτικές πράξεις των κοινοτικών νοσηλευτών/τριων στην Κύπρο σύμφωνα με έρευνα των Κούτα και Καϊτέ (2008) είναι: α) Έλεγχος: πίεση, θερμοκρασία, αναπνοές (85,7%), επικοινωνία/συμβουλευτική (76,5%), αιμοληψία (70,4%), έλεγχος σακχάρου (54,0%), ατομική υγιεινή (47,9%), σωστή διατροφή-δίαιτα (39,7%), λήψη προληπτικών μέτρων (38,7%), διδασκαλία φαρμακευτικής αγωγής (31,6%), χορήγηση ένεσης (27,5%) και περιποίηση πληγής, αφαίρεση ραφών (17,3%), έλεγχος ή αλλαγή καθετήρα (3,0%) και τροποποίηση περιβάλλοντος (4,0%).

Λαμβάνοντας υπόψη την πιο πάνω συχνότητα των νοσηλευτικών πράξεων θα μπορούσαν να αποτελέσουν κατευθύνσεις προσανατολισμού για το σκοπό της παρούσας μελέτης, που απαντούν στο ποιές είναι οι νοσηλευτικές πράξεις της κατ' οίκον φροντίδας που παρέχεται στη Κύπρο και κατ' επέκταση να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την έκβαση των νοσηλευτικών πράξεων.

## **Κεφάλαιο 2**

### **2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **2.1. Σκοπός και κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.**

Ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, στις τέσσερις πόλεις όπου παρέχεται σήμερα, Λευκωσία, Λάρνακα και Λεμεσό και Πάφο. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι:

- (1) Η ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας και η συσχέτιση της με τα δημογραφικά τους δεδομένα.
- (2) Ο βαθμός στον οποίο οι διαπροσωπικές σχέσεις των προμηθευτών ( κοινοτικοί νοσηλευτικοί λειτουργοί) επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών.
- (3) Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την επάρκεια διεκπεραίωσης νοσηλευτικών πράξεων που εφαρμόζουν οι προμηθευτές της κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας.
- (4) Η ικανοποίηση των χρηστών από το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- (5) Η ικανοποίηση αναγκών των χρηστών από τον τρόπο οργάνωσης και προγραμματισμού της παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής υπηρεσίας.

#### **2.2. Η χρησιμότητα της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη, έρχεται να καλύψει τα κενά αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών, με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Στις προαναφερόμενες έρευνες που αναφέρονται στην κατ' οίκον φροντίδα στην Κύπρο, εστιάζονται στον εντοπισμό και την αναγνώριση των αναγκών των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις υπηρεσίες πρόληψης και φροντίδας στην Κοινότητα στην Κύπρο, παρά στο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών. Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο της προαναφερόμενης έρευνας των Κούτα & Καϊτέ, (2008), βασίστηκε στα μοντέλα της Henderson (1966) και το μοντέλο Νοσηλευτικής φροντίδας της Orem (2001), εμφαντικά θα πρέπει να τονιστεί ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία των μοντέλων εντοπίζουν και αξιολογούν στην συντριπτική πλειοψηφία τους τις φυσικές ανάγκες των χρηστών παρεχόμενης φροντίδας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις νοσηλευτή/ τριας υπό την έννοια ψυχοκοινωνικών αναγκών του χρήστη, όπως και ο τρόπος προγραμματισμού και οργάνωσης της κατ' οίκον

νοσηλευτικής φροντίδας και πώς επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, πολύ λίγο έως καθόλου μπορούν να αξιολογηθούν με τα συγκεκριμένα μοντέλα, ενώ για την παρούσα μελέτη αντιπροσωπεύουν κύρια ερευνητικά ερωτήματα.

### **2.3. Σχεδιασμός μελέτης**

Το είδος του ερευνητικού σχεδιασμού στην παρούσα μελέτη είναι περιγραφικός σχεδιασμός συσχέτισης, ο οποίος χρησιμοποιείται κατά κόρον σε ποσοτικές μελέτες (Μερκούρης, 2008). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο εμπίπτει στους σκοπούς και στους στόχους της έρευνας και το οποίο περιγράφεται αναλυτικά στο μέρος όπου αναλύεται το ερευνητικό εργαλείο.

### **2.4. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου**

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η χρήση του ερευνητικού εργαλείου Home Care Satisfaction Measurement (HCSM) του καθηγητή Geron. Ο έλεγχος για την αξιοπιστία του εργαλείου, πραγματοποιήθηκε μέσω της διαδικασίας «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας» σε 246 Αφροαμερικανούς, Ισπανούς, και Λευκοαμερικανούς ηλικιωμένους που λάμβαναν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, μεταξύ των οποίων και κατ' οίκον νοσηλευτική από τον (Geron et al., 1999). Για την επιβεβαίωση της σταθερότητας του, χρησιμοποιήθηκε η συσχέτιση του με το συντελεστή (  $r$  ) του Pearson, με τις ενδείξεις να κυμαίνονται από  $r = 0,68$  μέχρι  $r = 0,88$  ( Geron et al., 2000) . Στο σημείο αυτό, σύμφωνα με το Μερκούρη (2008), οι μετρήσεις του συντελεστή συσχέτισης (Pearson,  $r$ ) υπολογίζουν την αξιοπιστία δύο επαναληπτικών μετρήσεων και όταν οι τιμές κυμαίνονται από 0,7 έως 1 αποτελεί ένδειξη σταθερότητας στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Ως εκ τούτου, η διακύμανση των τιμών του ( $r$ ) του ερευνητικού εργαλείου HCSM, κρίνονται αρκετά ικανοποιητικές, αναδεικνύοντας έτσι την αξιοπιστία που διέπεται το συγκεκριμένο εργαλείο.

Το ερωτηματολόγιο αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της ικανοποίησης από το National Association of States Units on Aging, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες σε περισσότερα από 6 000 άτομα των Η.Π.Α., που ερευνούσαν

Αφροαμερικανούς, Ισπανούς, και Λευκοαμερικανούς ηλικιωμένους που λάμβαναν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, μεταξύ των οποίων και κατ' οίκον νοσηλευτική (Περγάμαλη, 2006). Επιπρόσθετα, έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα της Περγάμαλη (2006), που αφορούσε στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου, που επίσης περιλάμβανε τις Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής.

Στην παρούσα μελέτη επιλέγηκε το εν λόγω ερωτηματολόγιο, γιατί :

- Πρώτο, εξυπηρετεί το σκοπό και τους στόχους της μελέτης, αφού το εργαλείο χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση ικανοποίησης ηλικιωμένων από την κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.
- Δεύτερο, εφαρμόστηκε με επιτυχή διατήρηση της αξιοπιστίας σε διάφορες κουλτούρες πληθυσμών, μεταξύ των οποίων και του ελληνικού πληθυσμού, διατηρώντας την αξιοπιστία του.

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο πρώτο παράρτημα, δομείται σε 2 θεματικές ενότητες.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, ερωτήσεις επιλογής, και συμπλήρωσης δημογραφικών στοιχείων. Οι ερωτήσεις αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, άλλα είδη υπηρεσιών που λαμβάνονται στο σπίτι, την χρονική ένταξη στο πρόγραμμα, τις νοσηλευτικές πράξεις που πραγματοποιούνται, το μέσο όρο χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής /τρια σε κάθε επίσκεψη, το μέσο όρο επισκέψεων ανά μήνα και την επιπλέον επί πληρωμή κατ' οίκον φροντίδας αν υπάρχει .

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις πενταβάθμιας επιλογής (Ναι σίγουρα, Ναι έτσι νομίζω, Ίσως ναι / ίσως όχι, Όχι δεν νομίζω, Σίγουρα όχι) και μία κλειστής επιλογής 2 διαβαθμίσεων (Ναι, Όχι ) και δύο ερωτήσεις φίλτρου. Οι 16 αυτές ερωτήσεις αντιστοιχούν ανάλογα σε 5 διαστάσεις που παρουσιάζουν το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, που είναι οι εξής:

- Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις που περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις: B1) Ο / Η νοσηλευτής / τρια κάνει επιπλέον πράγματα για μένα, B3) Ο / Η νοσηλευτής /

τρια έχει γίνει φίλος / η και B11) Γενικά, ο / η νοσηλευτής / τρια, δείχνει ενδιαφέρον σε μένα ως άτομο.

- Οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις που περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις: B2) Ο / Η νοσηλευτής / τρια είναι αγενής απέναντι μου και B6) Ο / Η νοσηλευτής / τρια αγνοεί ότι της λέω για το πώς θέλω να γίνονται τα πράγματα.
- Η επιλογή υπηρεσιών που περιλαμβάνει την ερώτηση: B4) Μακάρι ο / η νοσηλευτής / τρια να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα απ' αυτά που χρειάζομαι να γίνουν.
- Την ικανότητα νοσηλευτή που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις: B5) Γενικά, ο / η νοσηλευτής / τρια, ξέρει τι να κάνει, B7) Ο / Η νοσηλευτής / τρια είναι πολύ επιμελής, B8) Ο / Η νοσηλευτής / τρια φτάνει αργοπορημένος / η, B10) Ο / Η νοσηλευτής / τρια φεύγει πολύ νωρίς και B13) Ο / Η νοσηλευτής / τρια έχει αποτύχει στο να μου προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζομαι.
- Την επάρκεια του συστήματος που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις: B9) Ο / Η νοσηλευτής / τρια έχει αρκετό χρόνο για να κάνει όσες δουλειές χρειάζομαι, B12) Έχω ανάγκη να βλέπω τον / την νοσηλευτή / τρια περισσότερες φορές κάθε εβδομάδα απ' ότι έρχεται τώρα, B14) Ο / Η νοσηλευτής / τρια έρχεται τις ημέρες και ώρες που έχουν προγραμματιστεί, B15) Εάν δεν είχα τις υπηρεσίες του/ της νοσηλευτή/τριας, ίσως θα έπρεπε να ζήσω σε οίκο ευγηρίας και B16) Ο / Η νοσηλευτής / τρια ειδοποιεί σε περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας του / της.

## 2.5. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη αναφέρεται στην ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο, στις περιοχές που εφαρμόζεται το πρόγραμμα. Ως χρήστες ορίζονται άτομα άνω των 18 ετών (άντρες και γυναίκες) που παρακολουθούνται στα δύο προγράμματα παγκύπρια. Εξαιρέθηκαν άτομα με άνοια ή με άλλη ψυχική διαταραχή. Σημειώνεται επίσης ότι δεν συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη άτομα τα οποία παρακολουθούνταν αποκλειστικά και μόνο από τον Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑΣΥΚΑΦ) ή από την Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Συμπεριλήφθηκαν άτομα τα οποία είχαν μειωμένη όραση ή αδυναμία να σημειώσουν λόγω αναπηρίας στα χέρια, δεδομένου ότι η πνευματική τους διαύγεια ήταν ικανοποιητική και εφόσον το

ερωτηματολόγιο για τους πιο πάνω λόγους διαβαζόταν ή σημειωνόταν από πρόσωπο πρώτου βαθμού συγγένειας.

## **2.6. Πληθυσμός της μελέτης**

Το πληθυσμό αποτελούν όλοι η χρήστες των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, από 18 ετών και άνω, άντρες και γυναίκες, οι οποίοι παρακολουθούνται στα δύο προγράμματα σε όλες τις περιοχές που εφαρμόζεται το πρόγραμμα και οι οποίοι παρακολουθούνται από την έναρξη του προγράμματος μέχρι την ημερομηνία περάτωσης της μελέτης. Για να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων δόθηκε η ευκαιρία σε όλους τους χρήστες να συμμετάσχουν, οι οποίοι είχαν συναινέσει και δεν πληρούσαν κριτήρια αποκλεισμού που έθεσε η παρούσα μελέτη. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι δεν ήταν δυνατόν να οριστεί επακριβώς ο πληθυσμός της μελέτης και δεδομένου ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική, θα μπορούσε να λεχθεί ότι ήταν ένας υποθετικός πληθυσμός.

## **2.7. Δειγματοληψία της μελέτης**

Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας δεδομένου ότι η συμμετοχή των υποκειμένων ήταν εθελοντική. Η δειγματοληψία ευκολίας έδωσε στον ερευνητή την ευχέρεια διεκπεραίωσης της συλλογής των δεδομένων σε μικρό χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, από τους 477 χρήστες που λάμβαναν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας Παγκύπρια την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2011, οι 155 χρήστες αποτέλεσαν τον πληθυσμό των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη.

## **2.8. Επιλογή δείγματος**

Όπως αναφέρεται πιο πάνω, ο πληθυσμός της μελέτης θεωρείται υποθετικός δεδομένου ότι δεν χρησιμοποιήθηκε μία λίστα των ατόμων που χρησιμοποιούν την υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο. Η επιλογή έγινε σε συνεργασία με τους νοσηλευτές/τριες που επισκέπτονταν τα σπίτια των συμμετεχόντων οι οποίοι και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Εξασφαλίστηκε άδεια σε επίπεδο υπουργείου υγείας από την υπεύθυνη νοσηλεύτρια του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας για διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης, εφόσον δεν παρακωλύοταν με κανένα τρόπο η εύρυθμη λειτουργία των νοσηλευτικών πράξεων στα σπίτια των ατόμων.

## **2.9. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις 21/10/2011 έως τις 10/1/2012 από τους συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και εθελοντικής συναίνεσης. Κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης του νοσηλευτή/τριας οι συμμετέχοντες παρέλαβαν σε φάκελο το ερωτηματολόγιο. Ο ερευνητής ήταν στη διάθεση των συμμετεχόντων για τυχόν απορίες ή διευκρινήσεις μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Κατά την επόμενη επίσκεψη του νοσηλευτή/τριας στο σπίτι τους, οι συμμετέχοντες παρέδιδαν κλειστό και σφραγισμένο το ερωτηματολόγιο στο νοσηλευτή/τρια που τους επισκεπτόταν. Ακολούθως, ο νοσηλευτής/τρια παρέδιδε τα ερωτηματολόγια στους κλειστούς φακέλους στον ερευνητή. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε η δυνατότητα εάν οι συμμετέχοντες το επιθυμούσαν να τηλεφωνήσουν στον ερευνητή για να παραλάβει ο ίδιος τα ερωτηματολόγια

## **2.10. Τρόπος ανάλυσης δεδομένων**

Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.20. Από την επεξεργασία προέκυψαν οι βασικές στατιστικές μετρήσεις, οι κατανομές, οι μέσες τιμές και ο έλεγχος του βαθμού σημαντικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων των δημογραφικών. Η συχνότητα κατανομής αναφέρεται σε ποσοστό επί τις εκατό και σε αριθμό συμμετεχόντων. Για την ανάλυση των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την μέση τιμή των επιμέρους ερωτήσεων της κάθε υποκατηγορίας. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η ανάλυση Διασποράς. Όσον αφορά τη χρήση των παραμετρικών δοκιμασιών Κριτήριο t και Ανάλυση Διασποράς, οι οποίες προϋποθέτουν συνεχές μεταβλητές, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για το θέμα αυτό, οι Jaccard και Wan αποφάνθηκαν ότι ακόμη και σοβαρή παραβίαση της προϋπόθεσης

αυτής δεν φαίνεται να επηρεάζει δραματικά το p value. "Jaccard, James και Choi K. Wan (1996).

Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha=0.05$ , το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών.

### **2.11. Ηθικές προεκτάσεις**

Για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες εμπιστευτικότητας και δεοντολογίας, με σκοπό τη διαφύλαξη της ανωνυμίας και την τήρηση του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη νομοθεσία για την προστασία δικαιωμάτων των ασθενών (Αρ. νόμου Ν.138 (Ι) 2001) η μελέτη διεξήχθη με τρόπο που διασφαλιζόταν η τήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων καθώς σύμφωνα με το άρθρο 6 του προαναφερθέντος νόμου, η συλλογή και επεξεργασία των ευαίσθητων δεδομένων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά για στατιστικούς και ερευνητικούς σκοπούς και σύμφωνα με το άρθρο 11(1) τα υποκείμενα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας πριν την συμμετοχή τους.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο εφόσον είχαν ενημερωθεί με γραπτή συνοδευτική επιστολή για τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας. Κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον επίσκεψης ο νοσηλευτής/τρια παρέδιδε το ερωτηματολόγιο και ένα άδειο φάκελο. Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ο συμμετέχων το έβαζε στο φάκελο σφραγισμένο και το παραλάμβανε ο νοσηλευτής/τρια την επόμενη φορά που τον/την επισκεπτόταν. Ακολούθως, οι σφραγισμένοι φάκελοι επιστρέφονταν στον ερευνητή. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι, η συνοδευτική επιστολή περιλάμβανε υπόδειξη όπου αναφερόταν ότι σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες έκριναν απαραίτητο για οποιοδήποτε λόγο την μη παράδοση του ερωτηματολογίου στον νοσηλευτή/τρια, τότε να παραδοθεί στον ερευνητή προσωπικά με τηλεφωνική επικοινωνία προς τον ερευνητή και διευθέτηση συνάντησης για την παραλαβή.

Σε καμία περίπτωση δεν παρακωλύθηκε η εύρυθμη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ή υπήρξε επιρροή με οποιοδήποτε τρόπο στα καθήκοντα των



νοσηλευτών/τριών δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια απλά δίδονταν και συμπληρώνονταν από τους συμμετέχοντες με σκοπό να επιστραφούν στον ερευνητή εφόσον παραδίδονταν στην επόμενη επίσκεψη των νοσηλευτών/τριών.

## **2.12. Αδυναμίες και περιορισμοί της έρευνας**

Όσον αφορά μεθοδολογικές αδυναμίες της έρευνας, αυτές εντοπίζονται στο γεγονός ότι τόσο ο διαχωρισμός των ερωτηματολογίων ανά επαρχία, όσο και ο διαχωρισμός των ερωτηματολογίων ανά φύλο νοσηλευτή/ τριας δεν μπορούσε να αναδειχθεί στην μελέτη, καθώς υπήρχαν επαρχίες που εκπροσωπούσαν με ένα μόνο νοσηλευτή/ τρια και από το σύνολο των 20 νοσηλευτών που εκπροσωπούσαν την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στους συμμετέχοντες μόνο ένας ήταν άνδρας νοσηλευτής που θα παραβίαζε ηθικές προεκτάσεις της έρευνας και προσωπικά δεδομένα των νοσηλευτών/ τριών.

Επιπρόσθετα, η έρευνα περιορίστηκε στην ποσοτικού τύπου διερεύνηση με την επίδοση και παραλαβή ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, καθότι στην περίπτωση διεξαγωγής συνέντευξης του συμμετέχοντα θα υπήρχε επιρρέπεια στα σφάλματα απάντησης «Bias responses», αφού πιθανόν να έδιναν απαντήσεις που οι άλλοι θα ήθελαν να ακουστούν. Δεδομένου ότι η παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στο συμμετέχοντα του δείγματος δίνεται πάντα από τον ίδιο νοσηλευτή/ τρια, σύμφωνα με τον Geron et all., (1999) επισημαίνεται ότι, οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι στις πιθανές επιβλαβείς συνέπειες αν μάθουν οι προμηθευτές αρνητικές απόψεις της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, δίνοντας έτσι απόψεις μιας θετικής εικόνας που θα διαστρέβλωνε τα αποτελέσματα.

## Κεφάλαιο 3

### 3. Αποτελέσματα

#### 3.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος της μελέτης είναι 155 άτομα, εκ των οποίων οι 92 (59,7%) ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες. Το δείγμα χαρακτηρίζεται «ηλικιωμένο», καθώς οι 88 (57,5%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.

	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	62	40,3
Γυναίκα	92	59,7
<b>Ηλικία</b>		
=<75	65	42,5
>75	88	57,5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος	83	53,5
Άγαμος	10	6,5
Σε χηρεία	53	34,2
Διαζευγμένος/νη	9	5,8
<b>Το εισόδημά μου προέρχεται από: (πολλαπλής επιλογής)</b>		
Το μισθό μου	8	5,2
Τη σύνταξη μου	136	87,7
Φιλανθρωπικό ίδρυμα	1	,6
Ασφαλιστικό φορέα	36	23,2
Δημόσιο βοήθημα	12	7,7
Άλλο	8	5,2
<b>Ποιές από τις παρακάτω υπηρεσίες, σας προσφέρονται σπίτι(πολλαπλής επιλογής)</b>		
Κοινωνικού λειτουργού	30	29,4
Οικογενειακής/ οικιακής βοηθού	79	77,5
Ιατρού	13	12,7

Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, στη πλειοψηφία των συμμετεχόντων οι 88 (53,5%) δηλώνουν έγγαμοι, ενώ, οι 53 (34,2%) δηλώνουν χηρεία και οι 9 (5,8%) δηλώνουν διαζευγμένοι (Πίνακας 1).

Το εισόδημα του δείγματος στην πλειοψηφία του προέρχεται, κυρίως, από τη σύνταξη του με ποσοστό 70,5% και μετά ακολουθεί το εισόδημα του δείγματος που προέρχεται από ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα με ποσοστό 18,7 % (Πίνακας 1).

### 3.1.2.Παρεχόμενες υπηρεσίες.

Όσον αφορά άλλα είδη των υπηρεσιών που προσφέρονται στο σπίτι των συμμετεχόντων, οι 79 ( 64,8%) δηλώνουν ότι λαμβάνουν υπηρεσίες οικογενειακής/ οικιακής βοηθού, ενώ, οι 13 (10,7% ) δηλώνουν ότι λαμβάνουν υπηρεσίες ιατρού (Πίνακας 1).

**Πίνακας 2.** Συχνότητα νοσηλευτικών πράξεων που λαμβάνουν οι χρήστες κατά την διάρκεια των κατ' οίκον νοσηλευτικών επισκέψεων

Ο νοσηλευτής /τρια με επισκέπτεται για τις παρακάτω νοσηλευτικές πράξεις που χρειάζομαι (πολλαπλής επιλογής)	Συχνότητα	Ποσοστό
Ένεση	95	61,7
Περιποίηση πληγής	55	35,7
Αλλαγή καθετήρα	28	18,2
Έλεγχο σακχάρου	68	44,2
Λήψη αίματος	124	80,5
Περιποίηση κολοστομίας	3	1,9
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	130	84,4
Συμβουλές, και εκπαίδευση που αφορούν το πρόβλημα υγείας μου	95	61,7
Περιποίηση τραχειοστομίας	2	1,3
Άλλο	20	13,0

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες κατά την κατ' οίκον νοσηλευτική επίσκεψη. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλευτικής επίσκεψης, οι συμμετέχοντες ενδεχομένως δέχονται περισσότερες από μία νοσηλευτικές πράξεις. Ως εκ τούτου, παρατηρείται στον Πίνακα 2 υπέρβαση του συνολικού αριθμού συχνότητας (υπερβαίνει τα 155 άτομα, που είναι το δείγμα) και του συνολικού ποσοστού (υπερβαίνει το 100 % του δείγματος). Οι κύριες νοσηλευτικές πράξεις που παρέχονται στους συμμετέχοντες, είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης η λήψη αίματος η χορήγηση ενέσιμου φαρμάκου ενώ η περιποίηση τραχειοστομίας παρέχεται σε ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων (πίνακας 2)

**Πίνακας 3.** Η συχνότητα του μέσου όρου της διάρκειας χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια στους χρήστες κατά την κατ' οίκον νοσηλευτική επίσκεψη, η συχνότητα του μέσου όρου των κατ' οίκον νοσηλευτικών επισκέψεων/ ανά μήνα και η συχνότητα λήψης επιπλέον κατ' οίκον φροντίδας επί πληρωμή.

	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Μέσος όρος του χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής / τρια κάθε φορά που με επισκέπτεται</b>		
Δεκαπέντε λεπτά	33	21,4
Μισή ώρα	90	58,4
Μία ώρα	29	18,8
Ενάμιση ώρα	1	,7
Περισσότερο από ενάμιση ώρα	1	,7
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>		
Μια φορά	30	19,6
Δύο φορές	34	22,2
Τρεις φορές	27	17,6
Τρεις έως τέσσερις φορές	30	19,7
Περισσότερο από πέντε φορές	32	20,9
<b>Εκτός από τις υπηρεσίες του προγράμματος έχετε επιπλέον φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>		
Ναι	61	42,4
Όχι	83	57,6

Από το συνολικό αριθμό του δείγματος που παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, στην πλειοψηφία τους οι 90 (58,1%) απαντούν ότι ο μέσος όρος της διάρκειας χρόνου της κατ' οίκον επίσκεψης του νοσηλευτή/ τριας είναι μισή ώρα. Όσον αφορά το μέσο όρο των κατ' οίκον επισκέψεων/ ανά μήνα, παρατηρείται μία σχετική ομοιομορφία στην κατανομή του δείγματος που παρουσιάζεται ως εξής: Το ποσοστό 21,9% απαντά δύο φορές το μήνα, το ποσοστό 20,6% απαντά περισσότερες από πέντε φορές το μήνα, το ποσοστό 19,4% απαντά μία φορά το μήνα, το ποσοστό 19,4% απαντά τρεις έως τέσσερις φορές το μήνα και το ποσοστό 17,4% απαντά τρεις φορές το μήνα (Πίνακας 3). Στην ύπαρξη επιπλέον φροντίδας κατ' οίκον επί πληρωμή, οι περισσότεροι απαντούν καταφατικά με ποσοστό 53,5% (Πίνακας 3).

**3.1.3. Ικανοποίηση των χρηστών σχετικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης από το πρόγραμμα παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.**

**Πίνακας 4.** Αριθμητικά περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών: Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, επιλογή υπηρεσιών, ικανότητα φροντιστών και επάρκεια συστήματος.

Κατηγορίες	Συχνότητα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις	152	1,88	0,77	2,00
Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις	147	4,79	0,45	5,00
Επιλογή υπηρεσιών	130	2,48	1,49	2,00
Ικανότητα φροντιστών	152	3,14	0,30	3,20
Επάρκεια συστήματος	153	1,87	0,51	2,00

Μία γενική διαπίστωση που παρατηρείται (Πίνακας 4) και αξίζει να σημειωθεί, αφορά στο γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος παρουσιάζεται αρκετά ικανοποιημένη σε σχέση με τις υπό διερεύνηση διαστάσεις της ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή είναι πενταβάθμιας κλίμακας και καλύτερο σκορ ικανοποίησης θεωρείται όσο η μέση τιμή της μεταβλητής πλησιάζει προς το (1), με εξαίρεση τις αρνητικές αντιλήψεις που όσο η μέση τιμή πλησιάζει το (5), τότε θεωρείται καλύτερο σκορ ικανοποίησης. Ως εκ τούτου, η καλύτερη μέση τιμή σε σχέση με την ικανοποίηση από την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, αφορά τη μεταβλητή «επάρκεια του συστήματος» που η μέση τιμή είναι (1,87), όπως και την μεταβλητή που αφορά τις «αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις» που η μέση τιμή της είναι (4,79) ( Πίνακας 4).

**Πίνακας 5.** Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις				
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Στατιστικός Έλεγχος	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	2,01	0,89	1,733	,086
Γυναίκα	1,78	0,65		
<b>Ηλικία</b>				
=<75	2,04	0,88	2,034	,044
>75	1,78	0,65		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος	1,92	0,81	,424	,736
Άγαμος	1,87	0,89		
Σε χηρεία	1,81	0,67		
Διαζευγμένος/νη	2,07	0,80		
<b>Χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη</b>				
Δεκαπέντε λεπτά	2,02	0,76	2,765	,066
Μισή ώρα	1,93	0,79		
Μία ώρα	1,60	0,67		
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>				
Μια φορά	2,07	0,88	1,492	,208
Δύο φορές	1,99	0,77		
Τρεις φορές	1,77	0,74		
Τρεις έως τέσσερις φορές	1,89	0,71		
Περισσότερο από πέντε φορές	1,64	0,68		
<b>Φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>				
Ναι	1,79	0,71	-1,42	,156
Όχι	1,97	0,80		
<b>Παιδιά που φροντίζουν</b>				
Ναι	1,81	0,81	-1,03	,304
Όχι	1,94	0,73		

Γενικότερα, όσον αφορά τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση από κάποιο παράγοντα επιρροής, με εξαίρεση τις διαπροσωπικές αντιλήψεις σε σχέση με την ηλικία με ( $p=0,044$ ) που θεωρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (Πίνακας 5). Στο σημείο αυτό, αξιωματικά σημειωθεί ότι, στατιστικό σημαντικό αποτέλεσμα υπάρχει όταν ο δείκτης παρουσιάζει το αποτέλεσμα ( $p\text{-value} < 0,05$ ), που εξηγεί ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά με την υπό εξέταση κατηγορία της σταθερής μεταβλητής. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών με μέση τιμή (1,78) εκφράζει καλύτερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, έναντι της ηλικιακής ομάδας κάτω των 75 ετών με μέση τιμή

(2,01) που εκφράζουν χειρότερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις (Πίνακας 5).

**Πίνακας 6.** Ικανοποίηση των χρηστών στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις.

Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις				
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Στατιστικός Έλεγχος	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	4,75	0,44	-,707	,480
Γυναίκα	4,81	0,46		
<b>Ηλικία</b>				
=<75	4,75	0,42	-,931	,354
>75	4,82	0,48		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος	4,78	0,46	,137	,938
Άγαμος	4,88	0,23		
Σε χηρεία	4,78	0,49		
Διαζευγμένος/νη	4,83	0,35		
<b>Χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη</b>				
Δεκαπέντε λεπτά	4,65	0,66	W = 3,081	,055
Μισή ώρα	4,87	0,34		
Μία ώρα	4,70	0,42		
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>				
Μια φορά*	4,65	0,71	W = 3,853	,007
Δύο φορές	4,80	0,46		
Τρεις φορές*	4,96	0,14		
Τρεις έως τέσσερις φορές	4,79	0,37		
Περισσότερο από πέντε φορές	4,79	0,31		
<b>Φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>				
Ναι	4,87	0,37	1,761	,081
Όχι	4,74	0,50		
<b>Παιδιά που φροντίζουν</b>				
Ναι	4,78	0,55	-,317	,751
Όχι	4,80	0,36		

Ο παράγοντας που αφορά το μέσο όρο επισκέψεων ανά μήνα με (p=0.007) παρατηρείται να διαφοροποιεί σημαντικά το στατιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, με τους συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται τρεις φορές το μήνα να εκφράζουν καλύτερη άποψη ως προς την ικανοποίηση με μέση τιμή (4,96) (Πίνακας 6). Αντίθετα, με μέση τιμή (4,65) οι συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται μία φορά τον μήνα εκφράζουν χειρότερη άποψη ως προς την ικανοποίηση. Παρόλες τις επιμέρους διαφοροποιήσεις από τους υπόλοιπους παράγοντες σχετικά με τις αρνητικές

διαπροσωπικές αντιλήψεις, δεν παρατηρείται σημαντικό στατιστικό αποτέλεσμα (Πίνακας 6).

**Πίνακας 7. Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με την επιλογή υπηρεσιών.**

	Επιλογή υπηρεσιών			
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Στατιστικός Έλεγχος	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	2,38	1,55	-,485	,628
Γυναίκα	2,51	1,44		
<b>Ηλικία</b>				
=<75	2,43	1,59	-,276	,783
>75	2,50	1,44		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος	2,30	1,52	1,195	,315
Άγαμος	3,29	1,25		
Σε χηρεία	2,62	1,45		
Διαζευγμένος/νη	2,57	1,51		
<b>Χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη</b>				
Δεκαπέντε λεπτά	2,17	1,49	,685	,506
Μισή ώρα	2,56	1,49		
Μία ώρα	2,58	1,50		
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>				
Μια φορά	2,58	1,61	,487	,745
Δύο φορές	2,56	1,58		
Τρεις φορές	2,25	1,42		
Τρεις έως τέσσερεις φορές	2,28	1,31		
Περισσότερο από πέντε φορές	2,72	1,56		
<b>Φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>				
Ναι	2,45	1,45	-,020	,984
Όχι	2,46	1,51		
<b>Παιδιά που φροντίζουν</b>				
Ναι	2,22	1,43	-1,80	,073
Όχι	2,69	1,52		

Οι παράγοντες σχετικά με τη διάσταση επιλογής υπηρεσιών δεν παρατηρούνται να επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση από τα στοιχεία που συνάγονται (Πίνακας 7). Εντούτοις, παρατηρείται μία τάση διαφοροποίησης, όπου τα άτομα που τους φροντίζουν παιδιά τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ( $p=0,07$ ) (Πίνακας 7). Όσον αφορά στην κατ' οίκον φροντίδα επί πληρωμή σχετικά με την επιλογή υπηρεσιών δεν παρουσιάζει στατιστική σημαντική διαφορά με ( $p=0,9$ ) (Πίνακας 7).



**Πίνακας 8.** Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με την ικανότητα των νοσηλευτών/ τριών.

Ικανότητα νοσηλευτών/ τριών				
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Στατιστικός Έλεγχος	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	3,14	0,36	-,047	,963
Γυναίκα	3,14	0,26		
<b>Ηλικία</b>				
=<75	3,10	0,33	-1,12	,264
>75	3,16	0,28		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος	3,15	0,31	,174	,914
Άγαμος	3,08	0,23		
Σε χηρεία	3,15	0,30		
Διαζευγμένος/νη	3,11	0,30		
<b>Χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη</b>				
Δεκαπέντε λεπτά*	2,99	0,30	9,871	,000
Μισή ώρα*	3,23	0,26		
Μία ώρα	3,09	0,26		
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>				
Μια φορά	3,11	0,30	,286	,886
Δύο φορές	3,17	0,36		
Τρεις φορές	3,18	0,27		
Τρεις έως τέσσερις φορές	3,17	0,20		
Περισσότερο από πέντε φορές	3,13	0,28		
<b>Φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>				
Ναι	3,18	0,24	,652	,515
Όχι	3,15	0,31		
<b>Παιδιά που φροντίζουν</b>				
Ναι	3,17	0,32	1,121	,264
Όχι	3,12	0,29		

Ο χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη σχετικά με τη διάσταση της ικανότητας των νοσηλευτών/ τριών παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση ( $P=0,001$ ), με τους συμμετέχοντες με μέση τιμή (2,99) να εκφράζουν καλύτερη άποψη σχετικά με την ικανοποίηση, όταν χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια ανά επίσκεψη είναι δεκαπέντε λεπτά (Πίνακας 8). Χειρότερη άποψη εκφράζουν οι συμμετέχοντες όταν χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια ανά επίσκεψη είναι μισή ώρα, με μέση τιμή (3,23) (Πίνακας 8). Στους υπόλοιπους παράγοντες σχετικά με την

διάσταση της ικανότητας των νοσηλευτών/τριών δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας 8).

**Πίνακας 9.** Ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με την επάρκεια του συστήματος.

Επάρκεια συστήματος				
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Στατιστικός Έλεγχος	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρας	1,87	0,53	,084	,933
Γυναίκα	1,87	0,50		
<b>Ηλικία</b>				
=<75	1,81	0,48	-1,12	,262
>75	1,90	0,52		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμος	3,14	0,30	,362	,780
Άγαμος	1,88	0,49		
Σε χηρεία	1,73	0,58		
Διαζευγμένος/νη	1,90	0,54		
<b>Χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη</b>				
Δεκαπέντε λεπτά	2,02	0,55	1,889	,155
Μισή ώρα	1,82	0,50		
Μία ώρα	1,91	0,45		
<b>Μέσος όρος επισκέψεων ανά μήνα</b>				
Μια φορά	1,91	0,58	,559	,693
Δύο φορές	1,78	0,47		
Τρεις φορές	1,97	0,53		
Τρεις έως τέσσερεις φορές	1,89	0,40		
Περισσότερο από πέντε φορές	1,87	0,55		
<b>Φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή</b>				
Ναι	1,80	0,51	-1,27	,204
Όχι	1,91	0,48		
<b>Παιδιά που φροντίζουν</b>				
Ναι	1,86	0,54	-,156	,876
Όχι	1,87	0,49		

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον πίνακα 9, δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντική διαφορά, που να διαφοροποιεί σημαντικά τους παράγοντες σε σχέση με την διάσταση της επάρκειας του συστήματος.

**3.1.4. Συνολική ικανοποίηση χρηστών/ συμμετεχόντων στην παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.**

**Πίνακας 10.** Συνολική ικανοποίηση χρηστών από την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

	Ικανοποιημένοι		Μη ικανοποιημένοι	
	N	%	N	%
<b>B1.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια κάνει επιπλέον πράγματα για μένα	71	49,7	72	50,3
<b>B2.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια είναι αγενής απέναντι μου	140	97,9	3	2,1
<b>B3.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια έχει γίνει φίλος / η	124	85,5	21	14,5
<b>B4.</b> Μακάρι ο / η νοσηλευτής / τρια να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα απ' αυτά που χρειάζομαι να γίνουν	70	53,8	60	46,2
<b>B5.</b> Γενικά, ο / η νοσηλευτής / τρια, ξέρει τι να κάνει	147	98,0	3	2,0
<b>B6.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια αγνοεί ότι της λέω για το πώς θέλω να γίνονται τα πράγματα	144	99,3	1	0,7
<b>B7.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια είναι πολύ επιμελής	146	96,7	5	3,3
<b>B8.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια φτάνει αργοπορημένος / η	149	100,0	0	0,0
<b>B9.</b> Ο/ Η νοσηλευτής / τρια έχει αρκετό χρόνο για να κάνει όσες δουλειές χρειάζομαι	92	63,4	53	36,6
<b>B10.</b> Ο / Η νοσηλευτής /τρια φεύγει πολύ νωρίς	130	90,3	14	9,7
<b>B11.</b> Γενικά, ο / η νοσηλευτής / τρια, δείχνει ενδιαφέρον σε μένα ως άτομο	144	95,4	7	4,6
<b>B12.</b> Έχω ανάγκη να βλέπω τον / την νοσηλευτή / τρια περισσότερες φορές κάθε εβδομάδα απ' ότι έρχεται τώρα	56	38,6	89	61,4
<b>B13.</b> Ο/ Η νοσηλευτής / τρια έχει αποτύχει στο να μου προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζομαι	141	98,6	2	1,4
<b>B14.</b> Ο / Η νοσηλευτής / τρια έρχεται τις ημέρες ώρες που έχουν προγραμματιστεί	143	97,3	4	2,7
<b>B15.</b> Εάν δεν είχα τις υπηρεσίες του/ νοσηλευτή/τριας, ίσως θα έπρεπε να ζήσω σε οίκο ευγηρίας	47	34,1	91	65,9
<b>B16.</b> Ο/ Η νοσηλευτής / τρια ειδοποιεί περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας του /της	150	100,0	0	0,0
Μέση Τιμή		79,31		20,69

Από τις 16 ερωτήσεις του πίνακα 10, που αφορούν στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, οι 6 έχουν αρνητική κλίμακα. Οι απαντήσεις που συνάγονται και δηλώνονται

στις επιλογές της κλίμακας 1 και 2 (Ναι σίγουρα, Ναι έτσι νομίζω) θεωρούνται ικανοποίηση. Συνολική ικανοποίηση από την παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρείται να εκφράζει στην πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 79,31% (Πίνακας 10).

Ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης παρατηρείται στις ερωτήσεις B16) Ο/ Η νοσηλευτής / τρια ειδοποιεί σε περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας του /της και B8) Ο / Η νοσηλευτής / τρια φτάνει αργοπορημένος / η, με N= 150 (100%) και N= 149 (100%) αντίστοιχα. Ο μικρότερος βαθμός ικανοποίησης έως μη ικανοποιημένοι, παρατηρείται στους συμμετέχοντες που απαντούν στις ερωτήσεις B15) Εάν δεν είχα τις υπηρεσίες του/ της νοσηλευτή/τριας, ίσως θα έπρεπε να ζήσω σε οίκο ευγηρίας και B12) Έχω ανάγκη να βλέπω τον / την νοσηλευτή / τρια περισσότερες φορές κάθε εβδομάδα απ' ότι έρχεται τώρα, με N= 91(65,9%) και N= 89 (61,4), αντίστοιχα (Πίνακας 10).

Στις ερωτήσεις B1) Ο / Η νοσηλευτής / τρια κάνει επιπλέον πράγματα για μένα και B4) Μακάρι ο / η νοσηλευτής / τρια να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα απ' αυτά που χρειάζομαι να γίνουν, παρατηρείται σχεδόν το μισό δείγμα να δηλώνει ικανοποιημένο, με N=71 (49,7%) και N=70 (53%) αντίστοιχα, ενώ ταυτόχρονα το υπόλοιπο σχεδόν μισό δείγμα δηλώνει μη ικανοποιημένο, με N=72 (50,3%) και N=60 (46,2%) αντίστοιχα (Πίνακας 10).

## Κεφάλαιο 4

### 4.1.Συζήτηση

Είναι γεγονός ότι μέχρι σήμερα δεν έχει μελετηθεί σε παγκύπρια κλίμακα η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου. Ως εκ τούτου, ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την παροχή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 155 χρήστες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, στις τέσσερις πόλεις όπου παρέχεται σήμερα, Λευκωσία, Λάρνακα και Λεμεσό και Πάφο. Στην παρούσα φάση, εφαρμόζεται στην Κυπερούντα, στο Στρόβολο, στη Λακατάμεια, στα Λατσιά ενώ το 2009 έγινε επέκταση του προγράμματος στον Αγρό, την Ευρύχου, στην Λινόπετρα επαρχίας Λεμεσού και στην Πόλη Χρυσοχούς της επαρχίας Πάφου. Η γεωγραφική κατανομή του δείγματος σε όλα αυτά τα κέντρα, απέδωσε αρκετή δυσκολία στον ερευνητή, όσον αφορά τις μετακινήσεις για παράδοση και παραλαβή των ερωτηματολογίων και τυχών διευκρινήσεις που ζητήθηκαν από νοσηλευτές και συμμετέχοντες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τις 21/10/2011 έως τις 10/1/2012 από τους συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και εθελοντικής συναίνεσης.

Τα συνολικά αποτελέσματα της ικανοποίησης που αφορούν τις 16 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης εμφανίζονται ενθαρρυντικά, αφού η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος, με ποσοστό (79,31%) δηλώσαν ικανοποιημένοι. Τα αντίστοιχα συγκριτικά ερευνητικά αποτελέσματα της Περγάμαλη (2006), όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό εργαλείο με αυτό της παρούσας μελέτης (HCSM Geron), ανέδειξε την πλειοψηφία του συνολικού δείγματος με ποσοστό (91,5%) να δηλώνουν ικανοποιημένοι. Στο σημείο αυτό, γίνεται εύκολα αντιληπτή η διαφορά του συνολικού βαθμού ικανοποίησης, αλλά από την άλλη, υποκινείται το ενδιαφέρον της συζήτησης των αποτελεσμάτων να αναζητήσει σε ποιες επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης παρατηρούνται οι διαφορές αυτές και ποιοι είναι οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο έρευνες έχουν κατηγοριοποιήσει τις ερωτήσεις του

ερωτηματολογίου στις ίδιες πέντε διαστάσεις της ικανοποίησης που αναφερθήκαν στο μεθοδολογικό μέρος της παρούσας μελέτης. Με αυτό τον τρόπο, προφανώς οι διαφορές αυτές θα αναδειχθούν πιο συγκεκριμένα στον τρόπο που επηρεάζουν την συνολική τους ικανοποίηση.

Η ποιοτικού τύπου έρευνα του Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (RUBSI, 2009) του Πανεπιστημίου Λευκωσίας που διεξήχθη στην Κύπρο, η οποία αφορούσε τα Κοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας, στόχο είχε την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των Ηλικιωμένων ατόμων στην Κύπρο μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και αυτή η έρευνα όσον αφορά την συνολική ικανοποίηση, καθότι κατέδειξε ανάμεσα σε άλλα ότι, από τους 17 συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν το πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του Υπουργείου υγείας της Κύπρου, οι 12 ήταν ικανοποιημένοι, οι 3 ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι και οι 2 ήταν δυσαρεστημένοι.

#### **4.1.2. Τα δημογραφικά αποτελέσματα**

Αρχική αναφορά προς συζήτηση αυτής της μελέτης αποτελεί η διαπίστωση ότι, το δείγμα στην πλειοψηφία του χαρακτηρίζεται «υπερηλικιωμένο», καθώς οι 88 (57,5%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών. Με σημείο αναφοράς το 2010, προβλέπεται αύξηση κατά 50% σε υπερήλικες άνω των 80 ετών στην επόμενη δεκαετία στις χώρες της Ε.Ε.. Ειδικότερα, στοιχεία της Eurostat που αφορούν την Κύπρο προβλέπει το ποσοστό των ηλικιωμένων να υπερτριπλασιαστεί σε πενήντα χρόνια (Giannakuri, 2008). Συνεπώς, το ποσοστό του δείγματος που παρουσιάζεται άνω των 75 ετών δεν μας εκπλήσσει, αφού η Κύπρος δεν απαλλάσσεται από το φαινόμενο γήρανσης του πληθυσμού της. Επιπλέον όμως, ενδέχεται στο προσεχές μέλλον να προτάσσεται η ανάγκη προγραμματισμού για επέκταση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Κύπρο, αφού σε αρκετές μελέτες το γήρας συνδέεται με πολλαπλά προβλήματα υγείας (van Haastregt, et al., 2000, van Rossum, 1993, van Tulder, 1997). Υπό τις μελλοντικές αυτές συνθήκες, επιβάλλεται προσοχή εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να επενδύσουν ποσοτικά και ποιοτικά την επέκταση τους σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επιπλέον, ανευρίσκονται και άλλες έρευνες που παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα αναδεικνύοντας την πλειοψηφία του συνολικού δείγματος να εκπροσωπείται από την

ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών. Πιο συγκεκριμένα, τα συγκριτικά αποτελέσματα της μελέτης (Περγάμαλη, 2006), όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερευνητικό εργαλείο με αυτό της παρούσας μελέτης (HCSM Geron), ανέδειξε την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό (61,6%), να προέρχεται από την ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών, στην υπό διερεύνηση ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στον Δήμο Ηρακλείου. Άλλωστε, παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και η έρευνα των Samuelsson & Wister (2000) που διεξήχθη στον Καναδά, με συνολικό δείγμα 76 ατόμων και μέσο όρο ηλικίας 79,8 ετών, που στόχο είχε τη διερεύνηση των προσδοκιών των ασθενών, την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι και την αντιλαμβανόμενη εκ μέρους τους ικανοποίησης.

Όσον αφορά στο φύλο, οι 92 (59,7%) από το συνολικό δείγμα, ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες, στοιχείο που παρατηρείται τόσο στην έρευνα της Περγάμαλη (2006) και στην έρευνα των Samuelsson & Wister (2000), με ποσοστό 72,6% και 86%, αντίστοιχα. Το δημογραφικό αυτό στοιχείο θα μπορούσε να θεωρηθεί αναμενόμενο στην παρούσα μελέτη, συνεπεία δύο πιθανών λόγων. Πρώτον, ο πληθυσμός στην Κύπρο κατά την απογραφή τον Οκτώβριο του 2011 ανήλθε σε 838 897 άτομα και η κατανομή κατά φύλο άνω των 65 ετών 60 078 γυναίκες και 51 689 ήταν άνδρες (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2011). Δεύτερο, διαιστώνεται ότι στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το προσδόκιμο επιβίωσης στις γυναίκες είναι ναί μεν μεγαλύτερο, αλλά εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα από τους άντρες τα τελευταία χρόνια της ζωής τους (Τούντας και συν., 2007). Κατ' επέκταση η διαπίστωση αυτή ενισχύει την πιθανότητα ακόμα περισσότερο, οι γυναίκες να χρησιμοποιούν την υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας περισσότερο από τους άντρες.

Στην οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, οι περισσότεροι με ποσοστό (53,5%) δηλώνουν έγγαμοι, ενώ, (34,2%) δηλώνουν χηρεία και (5,8%) δηλώνουν διαζευγμένοι. Όσον αφορά στο σχετικά υψηλό ποσοστό που δηλώνει χηρεία, αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι 88 (57,5%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών, ενώ ταυτόχρονα το προσδόκιμο ζωής στην Κύπρο το 2012, για τους άντρες είναι 75,6 έτη ζωής ενώ για τις γυναίκες ανέρχεται στο 80,49 έτη ζωής (Βικιπαίδεια, 2012). Το εισόδημα των συμμετεχόντων του δείγματος, στην πλειοψηφία του προέρχεται από την σύνταξη του με ποσοστό 70,5 %, αφού και πάλι για τον ίδιο λόγο, η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος είναι άνω των 75 ετών.

Όσον αφορά άλλα είδη των υπηρεσιών που προσφέρονται στο σπίτι των συμμετεχόντων, οι 79 ( 64,8%) δηλώνουν ότι τους παρέχονται υπηρεσίες οικογενειακής/ οικιακής βοηθού, ενώ, οι 13 (10,7% ) δηλώνουν ότι λαμβάνουν υπηρεσίες ιατρού. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι, οι 83 (42%) δηλώνουν ότι εκτός από τις υπηρεσίες του προγράμματος έχουν επιπλέον φροντίδα κατ' οίκον επί πληρωμή, διερωτάται κανείς αν η ευθύνη σε ένα κράτος πρόνοιας θα πρέπει να αναληφθεί από το κράτος ή τους υπερήλικες στην περίπτωση του δείγματος της παρούσας μελέτης. Για παράδειγμα, στη Βρετανία επιδιώκοντας λύσεις μέσα σε ένα πλαίσιο «μεικτής οικονομίας παροχής φροντίδας στην κοινότητα», έχουν προχωρήσει σε νομοθετική ρύθμιση που αφορά το σκοπό αυτό (white paper: Caring for people. Community care the next decade and beyond, 1989). Δηλαδή, το κράτος έχει συνάψει συμβόλαια με μη κερδοσκοπικούς εθελοντικούς οργανισμούς, ιδιωτικούς οργανισμούς, όπως και αξιοποίηση τοπικών οργανώσεων σε υπηρεσίες άτυπης φροντίδας, αναγνωρίζοντας από τη μία την ευθύνη του κράτους και από την άλλη έχουν κινηθεί στην εξεύρεση περισσότερων οικονομικών εναλλακτικών λύσεων. Παρόμοια μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση έχουν λάβει η Γαλλία και η Ιταλία ( Alcock and Christensen, 1995, Alcock, 1996 ). Συνεπώς, οι αντίξοες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που διανύει η Κύπρος σήμερα, επιβάλλουν δευτερες σκέψεις όσον αφορά την ευθύνη της πολιτείας και την υφιστάμενη ανάληψη κόστους εκ μέρους των ηλικιωμένων όσον αφορά την φροντίδα τους στο σπίτι σε συνδυασμό την αξιοποίηση της κοινότητας.

Οι κύριες νοσηλευτικές πράξεις που παρέχονται στους συμμετέχοντες, είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης η λήψη αίματος η χορήγηση ενέσιμου φαρμάκου ενώ η περιποίηση τραχειοτομίας παρέχεται σε ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλευτικής επίσκεψης, οι συμμετέχοντες ενδεχομένως δέχονται περισσότερες από μία νοσηλευτικές πράξεις. Ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα είναι φυσικό να παρουσιάζουν περισσότερη συχνότητα εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης, όπως και να έχουν συχνότερη χρήση αιματολογικών εξετάσεων, έναντι νεότερων πληθυσμιακών ομάδων. Κατ' επέκταση, η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα αποσυμφορεί τις επισκέψεις των ηλικιωμένων στα νοσοκομεία με την ανάλογη ταλαιπωρία μετακίνησης που συνεπάγεται, ενώ από την άλλη ενισχύει την πιθανότητα έγκαιρης διάγνωσης στα πρώιμα στάδια εμφάνισης μίας ασθένειας, ή επιπλοκών σε ήδη προϋπάρχουσα ασθένεια. Αυτό συμβαίνει σε άτομα τα οποία η πρόσβαση τους στα νοσοκομεία για αιματολογικές εξετάσεις είναι δύσκολη για ποικίλους λόγους, με



αποτέλεσμα πολλές φορές να μην επισκέπτονται τα ιατρεία, μέχρι που η ασθένεια θα εκδηλωθεί με εμφανή συμπτώματα, που συνεπάγει πλέον περισσότερες αρνητικές συνέπειες για το άτομο και για τις υπηρεσίες υγείας.

Αναφορικά με το μέσο όρο της διάρκειας χρόνου της κατ' οίκον επίσκεψης του νοσηλευτή/ τριας, οι 90 (58,1%) απαντούν ότι είναι μισή ώρα. Όσον αφορά στο μέσο όρο των κατ' οίκον επισκέψεων/ ανά μήνα, παρατηρείται μία σχετική ομοιομορφία στην κατανομή του δείγματος που παρουσιάζεται ως εξής: Το ποσοστό 21,9% απαντά δύο φορές το μήνα και αμέσως μετά, ακολουθεί το ποσοστό 20,6% που απαντά περισσότερες από πέντε φορές το μήνα. Τόσο η διάρκεια του χρόνου της κατ' οίκον νοσηλευτικής επίσκεψης, όσο και η συχνότητα της κατ' οίκον νοσηλευτικής επίσκεψης ανά μήνα, αποτελούν σημαντικούς δείκτες σχετικά με τους στόχους που θέτει προγραμματισμό ενός οργανισμού υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007, Μπουραντάς, 2002 ).

Το πρόγραμμα παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου διανύει την πρώτη δεκαετία εφαρμογής του. Μέχρι σήμερα δεν έχουν διερευνηθεί οι διαστάσεις της ικανοποίησης των χρηστών και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που τις επηρεάζουν, προσπάθεια που επιχειρείται στο επόμενο στάδιο της συζήτησης αποτελεσμάτων.

#### **4.1.2. Τα αποτελέσματα των διαστάσεων της ικανοποίησης.**

Γενικότερα, όσον αφορά τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση από κάποιο παράγοντα επιρροής, με εξαίρεση τις διαπροσωπικές αντιλήψεις σε σχέση με την ηλικία με ( $p=0,044$ ) που θεωρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών με ποσοστό 57,5% και με μέση τιμή (1,78) εκφράζει καλύτερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, έναντι της ηλικιακής ομάδας κάτω των 75 ετών με ποσοστό 42,5% και μέση τιμή (2,01) που εκφράζουν χειρότερη άποψη σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις. Αντιθέτως, τα αντίστοιχα συγκριτικά αποτελέσματα της έρευνας Περγάμαλη (2006), με ( $p=0,66$ ), δεν παρουσιάζουν σημαντική στατιστική διαφοροποίηση του παράγοντα ηλικίας σχετικά με την διάσταση των θετικών διαπροσωπικών αντιλήψεων, ενώ, με ( $p= 0,016$ ) παρουσίασε σημαντική διαφοροποίηση σχετικά με την διάσταση της ικανοποίησης που αφορά την επιλογή των υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι και στις υπόλοιπες προαναφερόμενες έρευνες που παρουσιάστηκαν στο

γενικό μέρος της μελέτης (Rosati et al., 2009, Porter, 2008, Stefanec-Nadarevic et al., 2011, Tornkvist et al., 2000, Leff et al., 2006, Samuelsson & Wister, 2000, RUBSI, 2009, Κούτα και Καϊτέ, 2008 ), οι οποίες αναφέρονταν στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντική διαφορά το παράγοντα ηλικία σχετικά με θέματα προσδοκιών των ασθενών και ικανοποίηση ασθενών.

Αναζητώντας τα αίτια επιρροής του παράγοντα ηλικία σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, μια άποψη αναφέρει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένοι (Holland and Dorman, 1990). Επεκτείνοντας την άποψη τους, οι μελετητές αυτοί αναφέρουν ότι ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι, οι μεγαλύτερες ηλικίες στην πορεία του χρόνου διαμορφώνουν μία πιο ανεκτική στάση και γίνονται πιο μελίχιοι, με αποτέλεσμα να αισθάνονται πιο διστακτικοί από νεότερες ηλικίες να εκφράσουν αρνητική άποψη. Οι Fox and Storm (1981) διευκρινίζουν ότι η αιτιολόγηση αυτή, πιθανόν να υπονοεί ότι η ικανοποίηση αυτή απαλλάσσει σε μεγάλο βαθμό την σχέση της με την πραγματική φροντίδα που παρέχεται. Συνεκτιμώντας τις προηγούμενες απόψεις, η σχέση ικανοποίησης με μεγαλύτερες ηλικίες που παρατηρείται στην παρούσα μελέτη, πιθανόν να προκύπτει από τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις που διακατέχονται στη βάση ατομικών τους χαρακτηριστικών, χωρίς να αποκλείεται η θετική επιρροή από την φροντίδα που έλαβαν οι συμμετέχοντες.

Όσον αφορά τον παράγοντα φύλο, δεν παρουσίασε καμία σημαντική διαφοροποίηση σχετικά με τις πέντε διαστάσεις της ικανοποίησης που μελετά η παρούσα μελέτη, με την καλύτερη τιμή του p value να αφορά την διάσταση των θετικών διαπροσωπικών αντιλήψεων με ( $p= 0,08$ ). Ωστόσο, η έρευνα της Porter (2008) που στόχο είχε την περιγραφή της επίπτωσης που είχε η προσωπική επαφή στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, η οποία ήταν ποιοτική (φαινομενολογική) με συνολικό δείγμα 12 γυναίκες, με την χρήση του εργαλείου (home-care satisfaction - HCS), που στόχο είχε την περιγραφή της επίπτωσης που είχε η προσωπική επαφή στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, είχε αναδείξει ότι καμία γυναίκα του δείγματος δεν είχε αναφέρει ότι ήταν ικανοποιημένη από την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Προφανώς δεν τεκμηριώνεται η άποψη αυτή, αφενός γιατί το δείγμα, αριθμητικά, ήταν πολύ μικρό και αφετέρου, το δείγμα,

αποτελούσαν μόνο γυναίκες χωρίς να υπάρχει συγκρισιμότητα απόψεων με το αντρικό φύλο.

Από την άλλη, η έρευνα των Tornkvist et al. (2000) που είχε γίνει στη Σουηδία, στόχο είχε τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα τόσο κατ' οίκον, όσο και σε κέντρα υγείας. Με συνολικό δείγμα 168 ενηλίκων που λάμβαναν κατ' οίκον φροντίδα, η έρευνα αυτή έχει αναδείξει ότι οι άντρες του δείγματος είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από ότι οι γυναίκες σε σχέση με το πόσο σοβαρά λαμβάνονται υπόψη και κατά πόσο τους χειρίζονται με σεβασμό οι νοσηλευτές/ τριες.

Την άποψη των Tornkvist et al. (2000), υιοθέτησαν και οι ερευνητές Stefanec-Nadarevic et al. (2011) στη δική τους έρευνα δημοσκόπησης που έγινε στην Κροατία. Την θέση αυτή, στήριξαν με τα αποτελέσματα τους όπου το 97.3% των γυναικών του δείγματος, δήλωναν ικανοποίηση, έναντι του 90% των αντρών. Στα αποτελέσματα τους βέβαια παρατηρήθηκε και 3,1% έλλειψης ικανοποίησης από το σύνολο του δείγματος ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες που όμως στην περίπτωση αυτή, αυτό το ποσοστό δεν διασπάται με βάση το φύλο, ή άλλους παράγοντες συσχέτισης.

Η έρευνα δημοσκόπησης των Rosati et al. (2009) που διερεύνησε τόσο την ικανοποίηση των νοσηλευτών όσο και την ικανοποίηση των ασθενών σε ένα δείγμα 626 (μόνο οι ασθενείς) με συμπερίληψη και τα δύο φύλα, δεν ανέφερε καμία συσχέτιση ανάμεσα στα δύο φύλα. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των αντρών συνολικά μαζί με το δείγμα των νοσηλευτών που αριθμούσαν 738 άτομα, μόνο το 17,5% ήταν άντρες ενώ το υπόλοιπο δείγμα ήταν γυναίκες. Υπό την ανομοιογένεια των προαναφερόμενων ευρημάτων επιρροής σχέσης «φύλου – ικανοποίησης», είναι σημαντικό οι μελλοντικές έρευνες να συνεχίσουν και να εστιάσουν στη σχέση αυτή με μεγαλύτερη προσοχή.

Ο παράγοντας που αφορά το μέσο όρο επισκέψεων ανά μήνα με ( $p=0.007$ ) παρατηρείται να διαφοροποιεί σημαντικά το στατιστικό αποτέλεσμα σε σχέση με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, με τους συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται τρεις φορές το μήνα να εκφράζουν καλύτερη άποψη ως προς την ικανοποίηση με μέση τιμή (4,96). Αντίθετα, με μέση τιμή (4,65) οι συμμετέχοντες που τους επισκέπτονται μία φορά τον μήνα εκφράζουν χειρότερη άποψη ως προς την ικανοποίηση. Αντιθέτως, τα αντίστοιχα

συγκριτικά αποτελέσματα της έρευνας Περγάμαλη (2006), με  $(p=0,36)$ , δεν παρουσιάζουν σημαντική στατιστική διαφοροποίηση του παράγοντα της συχνότητας των κατ' οίκον επισκέψεων ανά μήνα σχετικά με την διάσταση των αρνητικών διαπροσωπικών αντιλήψεων. Ωστόσο, η έρευνα των Struyk, Alexandrova, Belyakov, Charin (2004) στις Περγάμαλη (2006), αν και αναφέρεται σε φροντιστές χωρίς να διευκρινίζει αν πρόκειται για νοσηλευτές/ τριες, υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα επισκευσιμότητας και όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος που αφιερώνει ο φροντιστής κατά την κατ' οίκον επίσκεψη, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών.

Στην παρούσα μελέτη με  $(P= 0,8)$  ο παράγοντας του μέσου όρου του χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια δεν διαφοροποιεί τη διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις. Εντούτοις, ο χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής ανά επίσκεψη σχετικά με τη διάσταση της ικανότητας των νοσηλευτών/ τριών παρουσιάζει σημαντική στατιστική διαφοροποίηση  $(p=0,001)$ , με τους συμμετέχοντες με μέση τιμή (2,99) να εκφράζουν καλύτερη άποψη σχετικά με την ικανοποίηση, όταν χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια ανά επίσκεψη είναι δεκαπέντε λεπτά. Χειρότερη άποψη εκφράζουν οι συμμετέχοντες αν ο χρόνος που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια ανά επίσκεψη είναι μισή ώρα, με μέση τιμή (3,23).

Παρόμοια αποτελέσματα, αναδεικνύονται στην έρευνα τους οι Samuelsson & Wister (2000) οι οποίοι διαπίστωσαν ότι, η βαθμολογία που έδωσαν οι ασθενείς του δείγματος ( $N=76$ ) όσον αφορά την επάρκεια χρόνου διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν η χαμηλή, παρατηρώντας ως εκ τούτου σημαντική συσχέτιση με μειωμένο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Η έρευνα των Samuelsson & Wister (2000) που διεξήχθη στον Καναδά, με συνολικό δείγμα 76 ατόμων και μέσο όρο ηλικίας 79,8 ετών, στόχο είχε τη διερεύνηση των προσδοκιών των ασθενών, την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι και την προσλαμβανόμενη εκ μέρους τους ικανοποίησης. Αρκετές σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές υιοθετούν την άποψη ότι ο χρόνος που διαθέτει ο νοσηλευτής/ τρια για τον ασθενή είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης του ασθενή (Κουμανδράκη και αλ., 2004), αν και οι εν λόγω αναφορές εστιάζονται σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

Μία εξήγηση προς τη σχέση επάρκειας χρόνου διεκπεραίωσης νοσηλευτικής φροντίδας και της ικανοποίησης των χρηστών της κατ' οίκον φροντίδας στην Κύπρο, πιθανόν να οφείλεται στο επιμέρους συμπέρασμα σχετικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η Τζούλιου (2011) διαπιστώνει ότι οι κοινοτικές νοσηλευτές παρ' όλες τις προσπάθειες τους, αισθάνονται ότι δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, αφού ο αυξημένος φόρτος εργασίας σε συνάρτηση με τον περιορισμένο αριθμό των ΚΝ οδηγεί κάποιες φορές στην αναζήτηση της ποσότητας εις βάρος της ποιότητας. Επιπρόσθετα στη εν λόγω έρευνα, οι συμμετέχοντες ταύτισαν σημασιολογικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών.

Ενδιαφέρον είναι το αποτέλεσμα της ποιότητας του χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής/τρια και σχετίζεται με στοιχεία της ικανοποίησης των ηλικιωμένων που παρουσιάζεται στην έρευνα των Κούτα και Καϊτέ, (2008). Η εν λόγω έρευνα ανέδειξε το αξιοσημείωτο γεγονός ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές ήταν πάντοτε συνεπής στις προγραμματισμένες τους συναντήσεις. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες είχαν αφιερώσει χρόνο στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Άλλωστε, παρόμοια αποτελέσματα έχει καταδείξει και η έρευνα της Τζούλιου (2011) που διαπιστώνει ότι οι κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες επισημαίνουν τη σημασία του ποιοτικού χρόνου που πρέπει να αφιερώνουν με τον ασθενή, σε σχέση με την ολιστική αλλά και τυποποιημένη φροντίδα, την επικοινωνιακή επικοινωνία με τους ασθενείς και την ικανότητα ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή.

Είναι φανερή η διαπίστωση και στην παρούσα μελέτη, ότι η παράμετρος της συνέπειας του χρόνου επίσκεψης των κοινοτικών νοσηλευτών/τριών αποτελεί ίσως το πιο ισχυρό στοιχείο που αποτελεί παράμετρο που συνδέεται με τη διάσταση της ικανοποίησης σε σχέση με την ικανότητα του νοσηλευτή. Αυτό γίνεται αντιληπτό αφού ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης από τις 16 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου παρατηρείται στην ερώτηση (B8): Ο / Η νοσηλευτής / τρια φτάνει αργοπορημένος / η, αφού σχεδόν όλοι δηλώνουν ικανοποιημένοι.

Οι παράγοντες σχετικά με τη διάσταση επιλογής υπηρεσιών δεν παρατηρούνται να επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση από τα στοιχεία που συνάγονται. Εντούτοις, παρατηρείται μία τάση διαφοροποίησης, όπου τα άτομα που τους φροντίζουν παιδιά τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ( $p=0,07$ ). Σχεδόν η ίδια τάση παρατηρείται στα αντίστοιχα συγκριτικά αποτελέσματα της έρευνας Περγάμαλη (2006), με ( $p=0,08$ ) παρουσιάζουν τα άτομα που τους φροντίζουν παιδιά να δηλώνουν καλύτερη άποψη

σχετικά με τη διάσταση επιλογής υπηρεσιών. Αυτό εξηγείται αν ληφθεί υπόψη ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη είναι υπερήλικες. Το γεγονός αυτό πολλές φορές καθιστά τα άτομα σε αυτή την ηλικία κοινωνικά απομονωμένα, επιβαρύνοντας το ψυχοκοινωνικό τους προφίλ με ανασφάλεια, φόβο, ανησυχία και μοναξιά, αλλά και προβλήματα υγείας που δυσκολεύουν την αυτοφροντίδα τους. Τόσο η παρουσία των παιδιών τους στο σπίτι, όσο και η προσφορά της φροντίδας που τους παρέχουν, αναχαιτούν σε μεγάλο βαθμό τα προαναφερόμενα προβλήματα. Άλλωστε, αρκετοί μελετητές αναφέρουν ότι τα άτομα τα οποία βιώνουν, στο εξωτερικό τους περιβάλλον, ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλουν στην ασφάλεια και την αποκατάσταση του ασθενή, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό την εμπιστοσύνη στο προσωπικό και την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Burney et al., 2002, Raper, 1996, Jakodsson et al., 1977 ).

Όσον αφορά στην επάρκεια του συστήματος, τα ευρήματα δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντική διαφορά, σε σχέση με τους παράγοντες που μελετούνται, όπως άλλωστε δεν παρουσιάζουν ούτε τα αντίστοιχα συγκριτικά αποτελέσματα της Περγάμαλη (2006).

## **Συμπεράσματα.**

Η παρούσα μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών από την παρεχόμενη κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, ουσιαστικά είχε προσδιοριστικό χαρακτήρα των στάσεων και των παραγόντων επιρροής που εκδήλωσαν την δεδομένη χρονική στιγμή. Ωστόσο, είναι έκδηλο ότι η διερεύνηση της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία στηρίζεται σε αξιολογικούς παράγοντες του τρόπου που σκέφτεται, παρατηρεί και διαντιδράται με τα όλα εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος που συνθέτουν την φροντίδα υγείας, αναπτύσσοντας στάσεις και συμπεριφορές που τάσσονται υπέρ ή κατά στις επιμέρους διαστάσεις της έννοιας ικανοποίησης.

Εκ της πρότερης συμπερασματικής παραδοχής, οι εκβάσεις των ερευνών που έχουν ενδιατρέψει στο πιο πάνω θέμα, όπως και η παρούσα, πολύ λίγο έχουν εστιάσει στην προσωπικότητα του χρήστη ή του κοινοτικού νοσηλευτή, σε σχέση με την μέτρηση της ικανοποίησης. Δηλαδή, πρόσθετα του προσδιοριστικού χαρακτήρα, ίσως οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επεκταθούν και να εστιάσουν με περισσότερη προσοχή στην ανάλυση του τρόπου που οι χρήστες αντιλαμβάνονται τα φαινόμενα της φροντίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη τη συζήτηση των αποτελεσμάτων που έχει προηγηθεί, τα ζητήματα που εγείρονται φέρουν στο προσκήνιο την πρωταρχική ευθύνη των υπηρεσιών υγείας του κράτους, που θα πρέπει να εστιάσει στην εξεύρεση τρόπων διεύρυνσης του πρόγραμμα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας για να καλύψει τις ανάγκες που προκύπτουν. Ταυτόχρονα, να παρθούν μέτρα που θα βελτιώσουν την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Εναλλακτικές προτάσεις που προτείνονται είναι:

- Διεξαγωγή έρευνας κόστους – οφέλους όσον αφορά την συγκρισιμότητα ιδρυματοποιημένης φροντίδας (γηροκομείων) και κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταδείξει ότι η ιδρυματοποιημένη φροντίδα έχει πολύ περισσότερο κόστος (Bernabei et al., 1998, Stuck et al., 1995, Stuck et al., 2000), έναντι της κατ' οίκον φροντίδας, δεδομένου ότι στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε ιδρύματα της Κύπρου χρηματοδοτούνται από το κράτος.
- Η διεύρυνση του προγράμματος να τεθεί πάνω σε επιτήρηση και καταγραφή αξιολογικών παραγόντων που συνδέονται με την ικανοποίηση όπως είναι η

ηλικία, ο μέσος όρος του χρόνου που αφιερώνει ο νοσηλευτής/ τρια, τη συχνότητα επισκεψιμότητας και την ανάλογη γεωγραφική αναδιαμονή των σταθμών που εδράζονται σήμερα.

- Δύναται να χρησιμοποιηθούν στις ημιορεινές και ορεινές περιοχές η χρήση σταθμών Αγροτικών Υγειονομικών Κέντρων που υπάρχουν ήδη εξοπλισμένοι και χρησιμοποιούνται μόνο μία φορά την εβδομάδα από τους περιοδεύοντες ιατρούς. Αυτό θα διευκολύνει τη μείωση του χρόνου πρόσβασης του κοινοτικού νοσηλευτή, σπατάλη καυσίμων διακίνησης των που επωμίζεται το κράτος, αξιοποιώντας τον χρόνο αυτό σε επισκεψιμότητα και ανοίγοντας νέες θέσεις εργασίας σε προσοντούχους άνεργους κοινοτικούς νοσηλευτές/τριες.
- Προς την κατεύθυνση αυτή, προτείνεται η διεύρυνση του προγράμματος σε απογευματινό ωράριο εργασίας των κοινοτικών νοσηλευτών, εάν η επιπλέον ζήτηση των χρηστών που προκύπτει στην βάση αξιολογικών παραγόντων εντοπίζεται σε αξιόλογο βαθμό το απόγευμα παρά το πρωί.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών είναι αρκετά μεγάλος όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ως εκ τούτου, θα ήταν χρήσιμη η διεξαγωγή μίας μελλοντικής έρευνας που θα αφορούσε την ικανοποίηση των νοσηλευτών της κατ' οίκον φροντίδας, που με την σειρά της θα απέδιδε συμπληρωματικά το συνολικό αποτέλεσμα ικανοποίησης του προγράμματος. Είναι σημαντικό να διερευνηθούν ζητήματα που πιθανόν να συνδέονται με δυσκολίες των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, πιθανές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποστήριξης και ανάγκες συνεχούς επιμόρφωσης ή εξειδίκευσης, έτσι ώστε να παρθούν μέτρα που θα ενισχύσουν την ποιότητα της παρεχόμενης κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόφωνη

Βικιπαίδεια (2012) Προσδόκιμο ζωής σύμφωνα με το CIA World Factbook.

[http://el.wikipedia.org/wiki/CIA\\_World\\_Factbook](http://el.wikipedia.org/wiki/CIA_World_Factbook) [ 6/6/2011 16:30 ]

Economia (2011) Κύπρος: Στο 7,6% η ανεργία τον Απρίλιο από 7,3% το Μάρτιο του 2011.

<http://www.economiav.gr/74,1,0,28,4514,1-default.aspx> [ 6/6/2011 16:30 ]

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2001), «Το μέλλον της υγειονομικής περιθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας.» Βρυξέλλες. Στο: Συμεωνίδου, Χ., (2005) «Καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων, σε αναφορά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.»

Ζαπρής, Π. (2006) *Ποιότητα στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και παραγωγικότητα. Πρακτικά εργαλεία διοίκησης που πρέπει να γνωρίζουν οι ηγέτες της υγείας για τη μετάβαση στη φιλοσοφία και τις διαδικασίες της ποιότητας.* Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Κουμανδάρη Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ. (2004) Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου».

Κούτα, Χ., Καϊτέ Χ., Παπαδοπούλου Ι. και Φελλάς, Κ. (2010). *Αξιολόγηση της Κοινωνικής Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Κύπρο σε σχέση με την Τρίτη Ηλικία.* Λευκωσία: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών RUBSI (2008). *Τα Κοινωνικά προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας στην Κύπρο.* Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Λευκωσίας

Κέντρο Οικονομικών Ερευνών (ΚΟΕ), (2006) Γιατί χρειάζεται μεταρρύθμιση το σύστημα υπηρεσιών υγείας στη Κύπρο, *σχόλιο οικονομικής πολιτικής*, τεύχος 6, Ιούλιος 2006

Κυριόπουλος και συν. (1991) *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας.* Τόμος Α. Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου Εκδόσεις.

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ., Ζήμερας, Στ.(2006) Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6): 603-614.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών & συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα medical arts

Τεγόπουλος-Φυτράκης (1993) Ελληνικό Λεξικό. Αρμονία. In Ραφτόπουλος Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή.

Τζούλιου, Μ.(2011) Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας Γενικής Νοσηλευτικής μέσα από την εμπειρία των Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Κύπρο. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Μανιαδάκης. Ν (2010) Οικονομική Κρίση, Συστήματα Υγείας & Δικαιώματα Παιδιού <http://www.euroipn.org/socped/conferences/22o%20sinedrio/presentations/13/maniadakis.pdf> [ 8/7/2010 14:30]

Μερκούρης, Α.Β. (2008). *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Περιστερί: Έλλην.

Μπουραντάς, Δ.,(2002), *Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα : Γ.Μπένου.

Ν.(1(Ι)/2005). Ο περί Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και περί Συναφών Θεμάτων Νόμος [http://www.mof.gov.cy/mof/gpo/gpo.nsf/All/44A7D031C8E3AE01C2256F8500341660/\\$file/Parartima%201o%20Meros%20I.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/gpo/gpo.nsf/All/44A7D031C8E3AE01C2256F8500341660/$file/Parartima%201o%20Meros%20I.pdf?OpenElement) [ 24/5/2012 14:30]

Ν. 138 (Ι) 2001. Ο περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμος

[http://www.dataprotection.gov.cy/dataprotection/dataprotection.nsf/All/B708D98FB15F8D09C2256D9B0032AE61/\\$file/138\(I\)-2001&37\(I\)-2003.pdf?OpenElement](http://www.dataprotection.gov.cy/dataprotection/dataprotection.nsf/All/B708D98FB15F8D09C2256D9B0032AE61/$file/138(I)-2001&37(I)-2003.pdf?OpenElement) [ 24/5/2012 14:30]

Περγάμαλη Μ. (2006) Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου.. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Κρήτη : Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Ραφτόπουλος Β. Θεοδοσοπούλου Ε. (2001) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική. **40**(1): 8-23

Ραφτόπουλος Β. (2002) Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διδακτορική Διατριβή.

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, (2011) Απογράφη του πληθυσμού της Κύπρου το 2011. [http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition\\_22main\\_gr/populationcondition\\_22main\\_gr?OpenForm&sub=1&sel=2](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_22main_gr/populationcondition_22main_gr?OpenForm&sub=1&sel=2) [ 22/9/2012 : 16]

Τούντας και συν.,( 2007) “Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού” [http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia\\_tou\\_ellinikou\\_plithusmou.pdf](http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_ellinikou_plithusmou.pdf) [ 22/9/2012 : 16]

Υπηρεσίες Κατ’οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Κύπρο (2006). Πρόγραμμα Κατοίκων Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Λευκωσία: Υπουργείο Υγείας.

## Αγγλόφωνη

Abdellah F.G. & Levine E. (1965) Better patient care through nursing research. Macmillan, New York. In Ραφτόπουλος Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή.

Alcock, P. and L. Christensen (1995) 'In and Against the State: Community-based Organisations in Britain and Denmark in the 1990s', *Community Development Journal* 30(2): 110–20.

Aspinal, F., Addington-Hall, J., Huges, R., Higginson, I.J. (2002) Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 42 (4), 324-339.

Balogh, R. (1996) 'Exploring the Role of Localities in Health Commissioning: A Review of the Literature', *Social Policy and Administration* 30(2): 99–113.

Bauman, A. (2007). *Positive Practice Environments: Quality Workplaces=Quality Patient Care*, Information & Action Kit, International, Council of Nurses. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf> [ 24/5/2012 16:30]

Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L.Z., & Carbonin, P. (1998). Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316, 1348-1351.

Birchfield, P.C. (1996), Elder Health, in Stanhope, M., Lancaster, J. (eds), *Community Health Nursing. Promoting Health of aggregates, families and individuals*, 4<sup>th</sup> ed, St Louis, Mosby Year Book.

Bitner M.J. & Hubbert A.R. (1994) Encounter satisfaction versus service quality: the consumer's voice. In: Rust R.T. & Oliver R.L. (1994) *Service Quality: new directions in theory and practice*. Sage Publications, Newbury Park, CA.

Bond, S., & Thomas, L.H. (1992) in Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C., (1999a) Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19-28.

Burney M, Pyrden M, McVery L. (2002) Patient satisfaction and nurses' perceptions of quality in an inpatient cardiology population, *J.Nurs.Care Qual*; 16(4):56-57

Carr-Hill RA (1992) The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 14(3): 236-249.

Cronin Jr, J.J. and Taylor S.A. (1992) Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*. 56(July): 55-68.

Cronin Jr, J.J. and Taylor S.A. (1994) SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*. 58(January): 125-131.

Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. In: Ραφτόπουλος Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή.

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

Donabedian A.K. (1987) Guideposts to a conference on quality assessment and assurance. In: Ραφτόπουλος, Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή.

Edwards, C; Staniszewska, S (2000) Accessing the users' perspective. *Health and Social Care in the Community* 8 (6) 417-424.

Ellenbecker,CH., Byleckie, JJ. And Samia, L.W. (2008). Further psychometric testing of the home healthcare nurse job satisfaction scale. *Research in Nursing and Health* 31(2), 152-164.

Eliopoulos, C. (1997), *Gerontological Nursing*, 4<sup>th</sup> Ed, Philadelphia, Lippincott.

Erb, J. (2006). Assisted living: The specialty of Home Care Nursing. *The Pennsylvania nurse* 61(1) pp. 18

Fitzpatric R. (1993) Scope and measurement of patient satisfaction. In: Ραφτόπουλος Β. (2002) *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή.

Fox, J.G., & Storms, D.M. (1981) A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine*, 15A, 557-564.

Geron S.M; et all (1991) *The Home Care Satisfaction Measure. A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services* <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/55/5/S259.abstract> [18/5/ 2012 19:30]

Giannakuris. K (2008) Ageing characterises the demographic perspectives Of the Europeansocieties <http://www.apapr.ro/images/BIBLIOTECA/demografie/eurostat%20focus%202008.pdf> [9/10/2011 13: 30]

Gonzales – Valentin, A., Padin – Lopez, S., Ramon – Garrido, E., (2005) Patient satisfaction with nursing care in a region university hospital in southern Spain. *Journal off nursing care quality*, 20 (1), 63-72.

Haason, H. & Arnetz, J.E, (2008). The impact of an educational intervention for elderly care nurses on care recipients and family relatives ratings of quality of care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies*,45 (2),166-179

Hall JA, Dornan MC. (1990) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.*;27(6):637–644.

Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64(8), 62-63

Hendriks, F.J. Oort, M.R. Vrieling and E.M.A. Smets, (2002), “*Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire*”, Demartment of Medical Psychology.

Hickey, G. and Hardyman, R. (2000). Using questionnaires to ask nurses about working in the community: problems of definition. *Health and Social Care in the Community* 8(1), 70-74.

Jaccard, James and Choi K. Wan (1996). *LISREL approaches to interaction effects in multiple regression*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Jakodsson L., Hallderg IR., Lonen L. (1997) Met and unmet nursing care needs in men with prostate cancer. An explorative study. PartII. *Eur. J. Cancer Care (Engl)*; 6(2): 117-23

Johansson P., Oleni M. & Fridlund B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in the contest of health care: a literature study. *Scand. J. Caring Sci.* 16(4), 337-344.

Koch T. (1992) A review of nursing quality assurance. *Journal of Advanced Nursing*. 17: 785-794.

Leff B., Burton L., Mader S., Naughton B., Burl J., Clark R., et al. (2006) Satisfaction with Hospital at Home Care. *Journal of the American Geriatrics Society*; 54: 1355-1363.

Linder –Pelz S. (1982a) Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*. 16, 583-589.

Linder –Pelz S. (1982b) Towards a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 16, 577-604.

Mahon P.Y. (1996) An analysis of the concept “patient satisfaction” as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 24: 1241-1248.

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C., (1999a) Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7: 19-28.

Ministry of Social Affairs and Health 2006. Kotipalvelu ja Sairaanhoito.  
WWW-document.<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/kotipalvelu.htx>>.  
[14/3/2012 18:30]

Monroe K. & Krishnan R. (1985) The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacob Jacoby and Jerry C. Olson (eds) *Perceived Quality*. Lexington Books. pp: 209-232.

OECD (1988a) *Ageing Populations – The Social Policy Implication*, Paris  
OECD(1988b) *The Future of Social Protection*, Paris.

Oliver R.L. (1993) A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. In: Swartz T.A., Bowen P.E. & Brown S.W. (eds) *Advances in Services Marketing and Management*. Vol 2. JAI Press, Greenwich, CT. pp. 65-85.

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

Pascoe G. & Attkisson C. (1983) The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*. 6: 335-347.

Patterson P.G. & Lester W.J. (1993) Disconfirmation of expectations and the gap model of service quality: an integrated paradigm. *Journal of Consumer Satisfaction, Satisfaction and Complaining Behavior*. 6: 90-99.

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

Porter J.E. (2008) The Personal Impact of Home-Care Nursing. An Alternative Perspective to Home-Care Satisfaction. *Research in Gerontological Nursing*; 1(2): 105-115.

Raper JL. (1996) A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care *J.Nurs. Care Qual*; 10(4):48-58

Redfern S.J. & Norman I.J. (1990) Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 1260-1271.

Rosati J.R., Marren M.J., Davin M.D., Morgan J.C. (2009) The Linkage between Employee and Patient Satisfaction in Home Healthcare. *Journal for Healthcare quality*; 31(2): 44-53.

Samia W.L., Ellenbecker H.C., Fredman H.D., Dick K. (2012) Home Care Nurses' Experience of Job Stress and Considerations for the Work Environment. *Home Health Care Services Quarterly*; 31(3): 243-265.

Samuelsson G. & Wister A. (2000) Client Expectations and Satisfaction of Quality in Home Care Services. A Consumer Perspective. *Home Care Provider*; 223-230.



SPSS 20.0 Command Syntax Reference 2006, SPSS Inc., Chicago Ill.

Stefanec-Nadarevic V., Malatestinic D., Rezovic-Mataija A., Nadarevic T. (2011) Patient Satisfaction and Quality in Home Health Care of Elderly Islanders. *Collegium Anthropologicum*; 35(2): 213-216.

Stuck, A. E., Aronow, H. U., Steiner, A., Alessi, C. A., Bula, C. J., Gold, M. N., Yuhas, K. E., Nisenbaum, R., Rubenstein, L. Z., & Beck, J. C. (1995). A trial of annual inhome comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 333(18), 1184-1189.

Stuck, A. E., Minder, C. E., Peter-Wuest, I., Gillman, G., Egli, C., Kesselring, A., Leu, R.E., & Beck, J. C. (2000). A randomized trial of in-home visits for disability prevention of community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of Internal Medicine*, 160, 977-986.

Taylor A.G. & Haussman G.M. (1988) Meaning and measurement of quality nursing care. *Applied Nursing Research*. 1(2): 84-88.

Thomé, Bibbi – Dykes, Anna-Karin – Hallberg, Ingalill (2003) Home Care with Regard to Definition, Care-recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. *Journal of Clinical Nursing* 12. 860–872.

Van Haastregt, I. C. M., Diederiks, M., van Rossum, E., de Witte, L. P., Voorhoeve, P.M., & Crebolder, F. I. M. (2000). Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 994-998.

Van Maanen H.M. (1981) Improvement in quality of nursing care: a multinational perspective. In: *Measuring the Quality of Care (Recent Advances in Nursing 10)* (Willis L. D. & Linwood M. E. eds), Churchill Livingstone, New York, pp. 3-42.

Van Rossum, E., Frederiks, C. M. A., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, I., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*, 307, 27-32.

Van Tulder, M. W., Assendelft, W. J., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1997). Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane collaboration back review group for spinal disorders. *Spine*, **22**, 2323-2330.

Williams B. (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* **38**(4): 509-516.

Williams B., Coyle J., Healy D. (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine*. **47**(9): 1351-1359.

Wriglesworth, J.M. and Williams, J.T (1975) The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, **12**, 123-132.