



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

«Διερεύνηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο: Η περίπτωση του βου Θεραπευτηρίου ΙΚΑ 'Γεώργιος Γεννηματάς'»



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

***«Διερεύνηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών σε
ασθενείς με νεοπλασματική νόσο: Η περίπτωση του 6ου
Θεραπευτηρίου ΙΚΑ ‘Γεώργιος Γεννηματάς’»***

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σ. Χατζηδήμα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παν. Πειραιώς

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



UNIVERSITY
OF PIRAEUS

POSTGRADUATE PROGRAM
IN HEALTH MANAGEMENT



TEI
OF PIRAEUS

KYRIAKIDOU MARIA

***«Research of quality of health services to cancer patients. The
case of 6th Foundation's of Social Security Hospital
'Georgios Gennimatas'»***

Supervisor: Dr. Hatzidima Stamatina

Graduate Thesis Submitted for the
Degree 'Master in Health Management'
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Piraeus, 2011

Ευχαριστίες

Ελπίζοντας ότι η γνώση που προέκυψε από την παρούσα εργασία θα φανεί χρήσιμη πρωτίστως σε εκείνους που χρειάζονται την επαγγελματική φροντίδα και δευτερευόντως σε αυτούς που είναι ταγμένοι να τους υπηρετήσουν, εκφράζω τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη μου στους ασθενείς που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή, βοηθώντας ο καθένας με το δικό του τρόπο ώστε η παρούσα εργασία να πάρει σάρκα και οστά. Τους ευχαριστώ, επίσης, για τον πολύτιμο χρόνο τους και για την εμπιστοσύνη και αγάπη που μου πρόσφεραν, παρά τις δύσκολες στιγμές που περνούσαν. Ευχαριστώ, ακόμη και τους ασθενείς που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, γιατί έτσι μου έδειξαν την ειλικρινή τους στάση και βοήθησαν στην εγκυρότητα και αξιοπιστία του δείγματος.

Παράλληλα, ευχαριστώ θερμά τον Διευθυντή της Χειρουργικής Κλινικής του βου Θεραπευτηρίου Ογκολογικού Νοσοκομείου ΙΚΑ “ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ”, κ. Πολυχρόνη Αθανάσιο, ο οποίος δέχθηκε με καλοσύνη την παρουσία μου στο νοσοκομείο και μου έδωσε χρήσιμες συμβουλές για τη διεξαγωγή της μελέτης. Είμαι πολύ ευγνώμων στην κ. Βραχνού Ευνομία, Διευθύντρια του Τμήματος του Ιατρείου Πόνου και του Αναισθησιολογικού Τμήματος, για την καθημερινή της επαφή μαζί μου και για την προθυμία της να με βοηθήσει σε κάθε βήμα της έρευνάς μου.

Επίσης, ευχαριστώ τις κ.κ. Φάκκα Ελένη και Κωστογιάννη Ελένη, Προϊστάμενες της Παθολογικής - Ογκολογικής και Χειρουργικής - Ογκολογικής αντίστοιχα, για την υπομονή και την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μου, κα Χατζηδήμα Σταματίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς, η οποία μου έδωσε την ευκαιρία να υλοποιήσω τις δυνατότητές μου πάνω σε μία πρωτόγνωρη για μένα έρευνα και που δέχθηκε όλους αυτούς τους μήνες με καλοσύνη και υπομονή τις απορίες μου και το άγχος. Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου, και συγκεκριμένα τον άντρα μου και το παιδί μου, που ο καθένας με το δικό του τρόπο με στήριξαν καθ’ όλη τη διάρκεια της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια, κυρίως σε προηγμένες χώρες, να αξιολογηθούν οι απόψεις των νοσηλευόμενων πάνω σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο συνεχώς αυξανόμενος ρυθμός των δαπανών υγείας στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών ανάγκασε τα προηγμένα κυρίως κράτη να εξετάσουν το θέμα της παροχής υγείας υπό το πρίσμα κόστους και αποδοτικότητας. Αυτό είχε σαν συνέπεια αφ' ενός τη μείωση δαπανών και αφ' ετέρου την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών σε σωστή βάση αποδοτικότητας.

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια της μέτρησης της ικανοποίησης 100 καρκινοπαθών ασθενών (59 άντρες και 41 γυναίκες) που νοσηλεύθηκαν στο 6ο Θεραπευτήριο ΙΚΑ 'Γεώργιος Γεννηματάς' κατά το έτος 2010. Η έρευνα διεξήχθη με ανώνυμο ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων (5 ανοικτού και 37 κλειστού τύπου), βασισμένο στην κλίμακα Likert (πεντάβαθμη κλίμακα) και η στατιστική του ανάλυση έγινε με το γνωστό στατιστικό πακέτο SPSS. Τα ευρήματα από τη μελέτη έδειξαν ότι η ικανοποίηση για την ξενοδοχειακή υποδομή ήταν μέτρια έως καλή (30% - 49%), ενώ για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα πολύ καλή (50% - 82%).

Το συμπέρασμα, όμως, που διεξάγεται είναι ότι παρόλο που στο μελετώμενο νοσοκομείο οι χρήστες – ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι (77%), τα δημόσια νοσοκομεία, γενικότερα, προσφέρουν κακές υπηρεσίες υγείας (70%), γεγονός που δημιουργεί ανησυχία και απογοήτευση.

Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον του γενικού συνόλου θα πρέπει να στρέφεται όχι μόνο στην ικανοποίηση των ατόμων που πάσχουν, αλλά και στη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τους. Αναμφίβολα, ο συνδυασμός των προσπαθειών σε τοπικό, μεσαίο και κεντρικό επίπεδο κρίνεται αναγκαίος.

Λέξεις – κλειδιά: Καρκίνος, ικανοποίηση ασθενή, ποιότητα, υγεία

Abstract

Recent years there is a constant effort mainly in developed countries, in order the patients' opinions concerning matters of providing medical services to be assessed. The continuously increasing rate of medical expenses, mostly during the last decades, forced the developed countries to consider the matter of the provision of medical services under the cost and efficiency view. The result of the above was on the one hand the cost reduction and on the other hand the assessment of the providing services on the correct efficiency base.

To the present project there has been an effort of counting the satisfaction of 100 cancer patients (59 men and 41 women) who had been hospitalized in the 6th Foundation's of Social Security Hospital "Georgios Gennimatas" during the year 2010. The research has been conducted with an anonymous questionnaire of 42 questions (5 open type questions and 37 closed type questions) and the statistical analysis conducted based on the well known statistical package of Social Sciences (SPSS). The research finding had proved that the satisfaction for the hotel background was mild to good (30% - 49%) while for the medical and nursing care very good (50% - 82%).

The conclusion, however, which goes out, is that despite the fact to the hospital in question the users – patients are quite satisfied (77%), the public hospitals, in general, provide bad medical services (70%), fact that creates concern and disappointment.

For this reason, the interest of national total should be directed not only to patients' satisfaction, but also in improving the quality of life. Undoubtedly, the combining efforts at local, medium and main level deemed necessary.

Key words: cancer, patient's satisfaction, quality, health.

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	V
ABSTRACT.....	VI
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	VII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	IX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	XI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	4
1.1. Γενική Βιβλιογραφία.....	4
1.2. Ειδική Βιβλιογραφία.....	17
1.3. Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους καρκινοπαθείς.....	21
1.3.1.Η πρόληψη του καρκίνου στους ηλικιωμένους.....	21
1.3.2.Δυνατότητες παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	24
1.3.3.Πρόγραμμα αποκατάστασης ασθενών στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο 'Μεταξά'.....	25
1.3.4.Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς.....	27
1.3.5.Οργάνωση προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε Κέντρο Υγείας.....	30
1.3.6.Θέσεις και συμβολή της πλαστικής χειρουργικής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση καρκινοπαθών ασθενών.....	32
1.3.7.Δια-επαγγελματική Ομαδική Εργασία. Πρόγραμμα 'Φροντίδα στο Σπίτι' σε ασθενείς με καρκίνο.....	33
1.4. Ερευνητική Υπόθεση.....	35
1.5. Περιγραφή Μεταβλητών.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	40
2.1. Οριοθέτηση πληθυσμού έρευνας – Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	40

2.2. Δειγματοληψία – Μέγεθος Δείγματος	41
2.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	41
2.4. Συλλογή δεδομένων	43
2.5. Έλεγχος ορθότητας δεδομένων.....	44
2.6. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
6ο Θεραπευτήριο ΙΚΑ 'Γεώργιος Γεννηματάς'.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

Κατάλογος Πινάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή ασθενών ανά φύλο.....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα.....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή ασθενών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή ασθενών ανά επάγγελμα	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή ασθενών ανά τμήμα νοσηλείας.....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή ασθενών ανά διάρκεια νοσηλείας	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή ασθενών ανά τρόπο εισαγωγής στο Νοσοκομείο.....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή ασθενών ανά πρώτη φορά νοσηλείας.....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Άποψη ασθενών για το σύγχρονο εξοπλισμό και την τεχνολογία του Νοσοκομείου.....	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Διακόσμηση των δωματίων και του Νοσοκομείου.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Περιβάλλον και κανόνες υγιεινής στα δωμάτια.....	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Καθαριότητα στις τουαλέτες.....	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Φαγητό	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Εμφάνιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Διαθεσιμότητα χώρου στάθμευσης.....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Ετοιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.....	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Ετοιμότητα του ιατρικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Ανταπόκριση στις ανάγκες της οικογένειας.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς.....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Πειραμαμένο ιατρικό προσωπικό	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Πειραμαμένο νοσηλευτικό προσωπικό.....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Σεβασμός προς το απόρρητο του ασθενούς.....	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Συμπεριφορά προς τους επισκέπτες των ασθενών	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Απόδοση εξετάσεων.....	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Ασφάλεια/ εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Ασφάλεια/ εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Διαθεσιμότητα των ιατρών.....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Διαθεσιμότητα των πληροφοριών (υλικού) για τις διαδικασίες	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Έγκριση του ασθενή πριν από την εξέταση	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Διαθεσιμότητα πληροφοριών για την περίπτωση του ασθενή	78

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Ευκολία στην επικοινωνία με τον ιατρό	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Προσωπική προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού.....	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Ενδιαφέρον για το πρόβλημα του ασθενή	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Κόστος περίθαλψης.....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Το περιβάλλον του Νοσοκομείου ως παράγοντας επιλογής του μεταξύ εναλλακτικών λύσεων	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Η αξιοπιστία των υπηρεσιών ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Η υπευθυνότητα του προσωπικού ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Η ασφάλεια ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου.....	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 40: Η προσωπική φροντίδα και αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου.....	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 41: Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του 6^{ου} Θεραπευτηρίου ΙΚΑ ‘Γεώργιος Γεννηματάς’	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία.....	89

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Όνομασία	Σελίδα
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Φύλο	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ηλικία	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο	50
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Επάγγελμα	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Τμήμα νοσηλείας	52
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Διάρκεια νοσηλείας	53
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Τρόπος εισαγωγής στο Νοσοκομείο	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Νοσηλεία για πρώτη φορά	55
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Σύγχρονος εξοπλισμός και τεχνολογία του Νοσοκομείου	56
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Διακόσμηση των δωματίων και του Νοσοκομείου	57
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Περιβάλλον και κανόνες υγιεινής στα δωμάτια	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Καθαριότητα στις τουαλέτες	59
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: Φαγητό	60
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: Εμφάνιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	61
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: Διαθεσιμότητα χώρου στάθμευσης	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: Ετοιμότητα νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: Ετοιμότητα ιατρικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας	64
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Ανταπόκριση στις ανάγκες της οικογένειας	65
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19: Συγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς	66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20: Πειραμαμένο ιατρικό προσωπικό	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Πειραμαμένο νοσηλευτικό προσωπικό	68

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Σεβασμός προς το απόρρητο του ασθενούς	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού	70
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Συμπεριφορά προς τους επισκέπτες των ασθενών	71
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25: Απόδοση εξετάσεων	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: Ασφάλεια/ εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27: Αίσθηση ασφάλειας/ εμπιστοσύνης στο ιατρικό προσωπικό	74
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28: Διαθεσιμότητα των ιατρών	75
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: Διαθεσιμότητα των πληροφοριών (υλικού) για τις διαδικασίες	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30: Έγκριση του ασθενή πριν από την εξέταση	77
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31: Διαθεσιμότητα πληροφοριών για την περίπτωση του ασθενή	78
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32: Ευκολία στην επικοινωνία με τον ιατρό	79
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: Προσωπική προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού	80
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34: Ενδιαφέρον για το πρόβλημα του ασθενή	81
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35: Κόστος περίθαλψης	82
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36: Το περιβάλλον του Νοσοκομείου ως παράγοντας επιλογής του	83
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37: Η αξιοπιστία των υπηρεσιών ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου	84
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38: Η υπευθυνότητα του προσωπικού ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου	85
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39: Η ασφάλεια ως παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου	86
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40: Η προσωπική φροντίδα και	87

*αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή ως
παράγοντας επιλογής του Νοσοκομείου*

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 41: *Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες 88
υπηρεσίες υγείας του 6^{ου} Θεραπευτηρίου ΙΚΑ
‘Γεώργιος Γεννηματάς’*

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42: *Ικανοποίηση από τα δημόσια 89
νοσοκομεία*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κύριος λόγος που θα ωθήσει ένα άτομο να ζητήσει την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ακριβώς η ανάγκη που έχει το άτομο να αισθάνεται υγιές.

Πότε όμως το άτομο θεωρείται υγιές;

Ο επίσημος ορισμός της υγείας όπως διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας είναι ο εξής:

“Ως υγεία δε σημαίνει μόνο η απουσία της νόσου αλλά και η ύπαρξη της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου” (Who 1958).

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956 στην Αμερική από το χώρο της νοσηλευτικής (Garey RG 1981). Πολλοί συγγραφείς δίνουν καθαρές εξηγήσεις για τον όρο ικανοποίηση ασθενών, που είναι η αντίδραση του δέκτη (ασθενή) σε σημαντικές απόψεις γύρω από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται. Πολλοί μελετητές αντιλαμβάνονται ότι η ικανοποίηση των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας είναι ένα ακατέργαστο εργαλείο που παρέχει λίγες πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια από τις βασικές παραμέτρους που διασφαλίζουν τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Δεν είναι όμως η μόνη και θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η ιατρική περίθαλψη δε μπορεί σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσει τη φροντίδα για την υγεία. Οι υπηρεσίες περίθαλψης δεν είναι παρά ένα υποκατάστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας. Έτσι, αν και παραδοσιακά έχει επικρατήσει η ταύτιση των εννοιών, το σύνολο των μονάδων που συγκροτούν το “Σύστημα Ιατρικής Περίθαλψης” κάθε χώρας δε θα πρέπει να ταυτίζεται με το “Σύστημα Υγείας” (Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης 1997). Οι υπηρεσίες υγείας μέσα από μια μακρά διαδρομή στο χρόνο αναπτύχθηκαν, διευρύνθηκαν και οργανώθηκαν έτσι που σήμερα αποτελούν ένα τεράστιο και πολύπλοκο σύστημα.

Η σύγχρονη επιστημονική ιατρική έχει μια ιστορία όχι μεγαλύτερη των δύο αιώνων, ενώ αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι μόλις τον εικοστό αιώνα υπήρχαν

θετικά αποτελέσματα από την επίσκεψη του “μέσου” ασθενή σε ένα “μέσο” γιατρό (Abel-Smith 1994). Παρ’ όλα αυτά δε μπορεί κανείς να αρνηθεί ότι δεν είχαν εφαρμοστεί αποτελεσματικές θεραπείες για κάποιες ασθένειες, λόγω ακριβώς της κατανόησης του τρόπου που η ασθένεια εκδηλώνεται και εξαπλώνεται.

Πολύ πριν, αποτελεσματική ιατρική ασκούσαν ελάχιστοι προικισμένοι “ιατροί” και βέβαια μόνο για εκείνους τους λίγους που μπορούσαν να πληρώσουν. Η ιστορική εξέλιξη της Ιατρικής επιστήμης, αλλά και της διαδικασίας και του τρόπου παροχής της φροντίδας προς το άτομο και την κοινότητα ακολουθεί και επηρεάζεται από τις κυρίαρχες σε κάθε εποχή και τόπο κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες. Ιδιαίτερα για την ιατρική επιστήμη και την αποτελεσματικότητά της ενάντια στην αρρώστια, στον πόνο και στο θάνατο, μπόρεσε να αποκτήσει αξιοπιστία μόλις στα τέλη του περασμένου αιώνα, όταν άρχισαν να εφευρίσκονται διάφορα φάρμακα όπως η ατροπίνη, η μορφίνη, η κινίνη κτλ, αλλά και οι ακτίνες X, το μικροσκόπιο και το στηθοσκόπιο (Μωραΐτης 1985). Εάν δούμε τα πράγματα από τα πολύ παλιά χρόνια, θα διαπιστώσουμε ότι ο άνθρωπος αντιμετώπιζε πάντα με δέος και πανικό την αρρώστια αφού συνήθως οδηγούσε στο θάνατο. Ανατρέχοντας στα ομηρικά έπη συναντούμε την πρώτη παροχή φροντίδας υγείας από τους δύο γιους του Ασκληπιού, το Μαχάων και τον Ποδαλείριο, οι οποίοι ακολουθούν τα στρατεύματα και περιποιούνται τους τραυματίες (Λιαρόπουλος 1993). Γύρω στην 9η χιλιετία εμφανίζεται η καθιέρωση του θεσμού της αμοιβής των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών (πρώιμη μορφή του αμειβομένου ιατρικού επαγγέλματος) σε κοινωνίες που στήριζαν την παραγωγική τους δραστηριότητα στην εργασία των δούλων.

Από τον 6ο αιώνα π.Χ. και μετά αναφέρεται η δημιουργία νοσοκομείων για την περίθαλψη απόρων και αναπήρων στην Ινδία, ενώ στην Αίγυπτο παρέχεται νοσηλεία σε ναούς ή στο σπίτι. Την ίδια περίπου περίοδο σε πολλές ελληνικές πόλεις λειτουργούν Ασκληπιεία (Δήλος, Κυλλήνη, Κως, Σάμος, Επίδαυρος, Πέργαμος κ.α.), που αποτελούν μια πρώιμη μορφή νοσοκομείου, αφού σε αυτά παρέχεται νοσηλεία (μέχρι δυο μέρες) με καταβολή ειδικής αμοιβής (“ίατρα” ή “ιατρικό τέλος”) από τον ασθενή (Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης 1997).

Με την πάροδο του χρόνου η οργάνωση των νοσοκομείων βελτιώνεται. Κατά τον 13ο μ.Χ. αιώνα υπάρχουν και λειτουργούν στην ευρωπαϊκή ήπειρο περίπου 19.000 νοσοκομειακές μονάδες, οι περισσότερες σε μοναστήρια (*commision on*

hospital care 1947), ενώ την ίδια περίοδο στην Αγγλία ιδρύονται τα πρώτα δημοτικά νοσοκομεία. Το 16ο αιώνα ιδρύεται στο Λονδίνο για πρώτη φορά συμβούλιο υγείας. Στα μέσα του 18ου αιώνα δημιουργούνται στην Ευρώπη αρκετά νοσοκομεία από πλούσιους της εποχής, στα πλαίσια της επίδειξης κοινωνικού κύρους και φιλανθρωπίας, φαινόμενο που εμφανίζεται λίγο αργότερα και στην Ελλάδα.

Την ίδια περίοδο αρχίζουν να δημιουργούνται και ειδικά νοσοκομεία για αρρώστους που υπέφεραν από μολυσματικές ασθένειες, όπως η ευλογιά, η χολέρα και ο τύφος. Το 1802 στο πανεπιστήμιο του Βερολίνου καθιερώνεται το μάθημα της κοινωνικής ιατρικής, ενώ αρχίζουν δειλά-δειλά να εμφανίζονται και οι πρώτες ιδιωτικές κλινικές.

Την ίδια εποχή (18ος και 19ος αιώνας), αρχικά στο Παρίσι και στη συνέχεια στο Λονδίνο αρχίζει η λειτουργία εξωτερικών ιατρείων ως αυτόνομων λειτουργικών μονάδων των νοσοκομείων, για παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης 1997). Τελειώνοντας μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση των υπηρεσιών υγείας επισημαίνεται ότι το πρώτο νοσοκομείο που ιδρύθηκε στην Αθήνα ήταν το 1836 με το όνομα Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών “Η Ελπίς”.

Το νοσοκομείο, λοιπόν, είναι ένας όρος συνυφασμένος με την έννοια ενός ιατροκοινωνικού ιδρύματος, το οποίο έχει ως σκοπό την αποκατάσταση της υγείας μέσα από την παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους, που προέρχονται ή εισάγονται σε αυτό, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας μέσα από την άσκηση προληπτικής ιατρικής, καθώς και την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης μέσα από την ιατρική έρευνα και την εκπαίδευση στελεχών υγείας (Παλαιολόγου Β. 1998). Επομένως, οι υπηρεσίες υγείας, είτε μιλάμε για υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, είτε νοσηλευτικής, είναι αυτές που παρέχονται στα άτομα που εισέρχονται στο νοσοκομείο, δηλαδή στους ασθενείς οι οποίοι έχουν ανάγκη την παροχή των υπηρεσιών αυτών, με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας τους.

Η λήψη πληροφοριών από μέρους των νοσηλευομένων ασθενών στα κρατικά νοσοκομεία της χώρας μας με σκοπό την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας δεν έχει προς το παρόν επαρκώς μελετηθεί.

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με νεοπλασματική νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο 6ο θεραπευτήριο ΙΚΑ ‘Γεώργιος Γεννηματάς’. Η έρευνα απαρτίζεται από τέσσερα (4) στάδια τα οποία

είναι: α) Θεωρητική Προσέγγιση, β) Σχεδιασμός έρευνας - Συλλογή δεδομένων, γ) Ανάλυση δεδομένων και δ) Συμπεράσματα-Συζήτηση- Προτάσεις.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. Γενική βιβλιογραφία

Η επικρατούσα άποψη είναι πως, η υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης, όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα, μεταξύ άλλων, να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας (Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης 1997).

Οι υπηρεσίες υγείας στο νοσοκομείο παρέχονται από ιατρικό-νοσηλευτικό και διοικητικό-τεχνικό προσωπικό, όπου η κάθε κατηγορία προσφέρει τις δικές της πολύτιμες υπηρεσίες. Έτσι, λοιπόν, τίθεται μία σειρά από ερωτήματα, όπως *κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας είναι συνυφασμένες με την ποιότητα που προσφέρουν και πόσο σημαντική είναι η διασφάλιση της ποιότητας υγείας.*

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί στις μέρες μας ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα τόσο στον τομέα της παραγωγής όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί πως η εκτίμηση της ποιότητας αγαθών ή υπηρεσιών υγείας δεν είναι κάποια καινούργια δραστηριότητα.

Οι πρώτοι που μελέτησαν τον όρο “ποιότητα” ήταν πιθανώς οι Ρωμαίοι στα πλαίσια της προσπάθειάς τους να εκτιμήσουν την αποδοτικότητα των στρατιωτικών τους νοσοκομείων (Βασίλειος Ραφτόπουλος, Ελένη Θεοδοσοπούλου 2001).

Επίσης το 1850 η Florence Nightingale που ξεκίνησε την εκπαίδευσή της ως νοσοκόμα στο Ινστιτούτο St Vincent de Paul στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου, το οποίο ήταν ένα νοσοκομείο που διαχειριζόταν η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία, επισκέφθηκε το Pastor Theodor Fliedner, νοσοκομείο κοντά στο Ντίσελντοφ της Γερμανίας και κατέγραψε τη φροντίδα που παρεχόταν στους ασθενείς που νοσήλευε.

Κράτησε σημειώσεις και χρησιμοποίησε τις πληροφορίες που αποκόμισε, για να εντοπιστούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία της φροντίδας, με στόχο την καθιέρωση ενός αποδεκτού επιπέδου φροντίδας σύμφωνα με κάποια πρότυπα καλής πρακτικής (Nighnigale 1980).

Στο ξεκίνημα του προηγούμενου αιώνα, μεταξύ 1920 και 1940, η Isabel Stewart έστρεψε την προσοχή της στη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και την αποτελεσματική χρήση των πόρων. Αυτό το πρώτο ξεκίνημα ήταν επιτυχημένο, καθώς η θεωρία που υποστηρίζει τη σχέση αιτίου-αιτιατού ανάμεσα στην ποιοτική φροντίδα και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας (βελτιστοποίηση της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας) ισχύει ακόμη και σήμερα (Stewart 1919).

Το ενδιαφέρον για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας αναζωπυρώνεται την περίοδο 1940-1950 στην Αμερική, οπότε και δίνεται έμφαση περισσότερο στους δείκτες δομής παρά στους δείκτες έκβασης της φροντίδας, ίσως εξαιτίας της εύκολης πρόσβασης στις πληροφορίες σχετικά με τη δομή και τις διαδικασίες φροντίδας.

Το 1952 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ιδρύεται η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας, ένας εθελοντικός μη κυβερνητικός οργανισμός, υπεύθυνος για τη διαρκή εξέλιξη των προτύπων ποιότητας, για τις επιθεωρήσεις, την παροχή επίσημων πληροφοριών σε τρίτους (ασφαλιστικοί φορείς, κρατικές υπηρεσίες κ.α.) που σχετίζονται με την ποιότητα και τους δείκτες αποτελεσματικότητας νοσοκομείων και εργαστηρίων.

Το 1985 εκδίδεται το Εγχειρίδιο Διαπίστευσης για νοσοκομεία που περιλαμβάνει πρότυπα για όλους τους τομείς της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Βασίλειος Ραφτόπουλος, Ελένη Θεοδοσοπούλου 2001). Το Νοέμβριο του 1988, το πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας οργάνωσε μια συνάντηση για την ανάπτυξη εθνικών προτύπων στους Οργανισμούς Παροχής Φροντίδας Υγείας (Βασίλειος Ραφτόπουλος, Ελένη Θεοδοσοπούλου 2001). Αργότερα το 1991, η Εθνική Επιτροπή – των Η.Π.Α. – για την Διασφάλιση της ποιότητας (National Committee for Quality Assurance), ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός αφιερωμένος στην εκτίμηση των πλάνων της ελεγχόμενης φροντίδας, ξεκινά την διαπίστευση των Οργανισμών Παροχής Ελεγχόμενης Φροντίδας.

Η Εθνική Επιτροπή της Διασφάλισης της ποιότητας αναπτύσσει μια βάση δεδομένων που περιλαμβάνει περισσότερους από 50 δείκτες απόδοσης, που χρησιμοποιούν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις για να αναφέρουν τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει το πλάνο φροντίδας (National Committee for Quality Assurance, 1999).

Η συγκεκριμένη βάση δεδομένων του 1999 αναφέρεται στην προσβασιμότητα, στη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, την ικανοποίηση του ασθενούς, τη σταθερότητα του πλάνου υγείας, τη χρήση υπηρεσιών, το κόστος και σε κάποια άλλα περιγραφικά στοιχεία.

Εδώ και αρκετά χρόνια έγιναν πολλές προσπάθειες καθορισμού της ποιότητας. Στον υγειονομικό χώρο, η ποιότητα αναγνωρίστηκε ως ουσιώδες συστατικό της υγείας. Μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί της Αμερικής διατύπωσαν την άποψη, ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλύπτουν όλες τις ανάγκες του πληθυσμού και να διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Χρυσάνθη Πλατή, Μαρία Πριάμη 1997).

Κάποιοι επιστήμονες όρισαν την ποιότητα από τη σκοπιά της μεγιστοποίησης της ικανοποίησης του ασθενή, ενώ κάποιοι άλλοι την όρισαν από τη σκοπιά του επαγγελματία υγείας.

Ο επικρατέστερος ορισμός διαφαίνεται λοιπόν να είναι: “ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι οτιδήποτε ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πελατών ή και τις ξεπερνάει” (Παπανίκος 1994).

Ο καθορισμός λοιπόν της έννοιας ‘ποιότητα’ στις υπηρεσίες υγείας, είναι δύσκολο πρώτο να γίνει και δεύτερο να μεταφερθεί από τις λέξεις στην πράξη. Η ακαδημαϊκή πρόταση είναι προσανατολισμένη στη δημιουργία σταθερών (standards) που μπορούν να μετρηθούν και να βελτιώσουν το αποτέλεσμα (Πολύζος 1995).

Δύο είναι τα βασικά σημεία που περιλαμβάνουν τη θεωρία και την πράξη:

- Το μυστικό της ‘ποιότητας’ είναι η προσεκτική σύνδεση της απαιτούμενης, από τους ασθενείς, φροντίδας και των δυνατοτήτων-ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας.
- Η ποιότητα είναι ένας ‘κινούμενος στόχος’ που ποτέ δεν επιτυγχάνεται τέλεια (Νιάκας 1993).

Το επόμενο βήμα σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι η εξασφάλισή της, αφού σύμφωνα με τους Taylor και Hausman ο όρος ποιότητα

χαρακτηρίστηκε ως ‘ομιχλώδης όρος’, επειδή χρησιμοποιήθηκαν εναλλακτικοί όροι όπως: «διασφάλιση της ποιότητας», «πρότυπα της φροντίδας» και «έλεγχος της ποιότητας» αντί του όρου “ποιότητα” (Taylor and Hausman 1998).

Η διαδικασία της «διασφάλισης της ποιότητας» (quality assessment) ορίζεται ως ένα σύνολο συγκεκριμένων διαδικασιών, οι οποίες στοχεύουν στην εξασφάλιση της αποδοτικής ποιοτικής λειτουργίας των παραγωγικών συστημάτων της μονάδας.

Η εν λόγω διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας έχει σαφή, συμπληρωματικό και κατά τη γνώμη μας, άκρως απαραίτητο ρόλο, στην έννοια του ελέγχου ποιότητας (quality control), η οποία θα μπορούσε να λειτουργήσει και αυτόνομα. Η προσπάθεια πολλών επιστημόνων να αντιληφθούν και να αντιμετωπίσουν σε διαφορετικές στιγμές και χώρους το πρόβλημα της ποιότητας στην υγεία, προκάλεσε νέες διαφορετικές εκφράσεις όπως «αποτελεσματική διαχείριση» (utilization management) και «επιθεώρηση της αποτελεσματικής διαχείρισης» (utilization review).

Η ‘Αποτελεσματική Διαχείριση’ είναι μια προκαθορισμένη ιατρο - διοικητική διεργασία με βάση την οποία λειτουργεί ένα νοσοκομείο, που έχει στόχο τη διατήρηση και ανάπτυξη της ποιότητας υγείας διαμέσου της αποτελεσματικής χρήσης των πόρων που διαθέτει και της όσο το δυνατόν μεγαλύτερης ικανοποίησης του ασθενούς.

Η ‘Επιθεώρηση της Αποτελεσματικής Διαχείρισης’ δεν περιορίζεται μόνο στην ανασκόπηση όλων των διαδικασιών, αλλά επεκτείνεται στον περιορισμό της όποιας ανώφελης χρήσης (Μπινιώρης 2001).

Παραμένει όμως το ερώτημα: *Πώς τελικά εξασφαλίζεται η ποιότητα;*

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της προσέγγισης, που περιλαμβάνονται στην παραδοσιακή εξασφάλιση της ποιότητας, είναι τα ακόλουθα:

- Έμφαση σε ατομικά προβλήματα
- Υιοθέτηση προκατασκευασμένων προτύπων και κριτηρίων
- Προσανατολισμός σε κλινικά θέματα
- Έμφαση στην επίβλεψη με τάση την ανεύρεση λαθών
- Ανταγωνισμός
- Υποκειμενικότητα ως προς την ανάλυση των ευρημάτων
- Σπάνια μελέτη του κόστους σε σχέση με την ποιότητα
- Παρατήρηση της έλλειψης συμφωνίας στον ορισμό της

-Ανάθεση της διαδικασίας εξασφάλισης της ποιότητας σε φορέα ή σε ειδικά άτομα (Harvey 1991).

Η παραδοσιακή προσέγγιση της εξασφάλισης της ποιότητας, που υιοθετούσε τα παραπάνω αναφερόμενα χαρακτηριστικά, επικράτησε μέχρι σήμερα. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκαν μηχανισμοί ελέγχου και εκτίμησης της ποιότητας της φροντίδας. Ο έλεγχος, δηλαδή, διενεργείται από διάφορες ομάδες όπως ομάδα συναδέλφων, γνωστοί ως 'peer review' ή ομάδα νοσηλευτικών στελεχών, οι οποίοι ως ειδικοί εμπειρογνώμονες ασκούσαν περιοδικό- νοσηλευτικό έλεγχο με αναδρομική ή συγχρονιστική μορφή. Ο έλεγχος γινόταν με εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος της φροντίδας.

Ο στόχος διασφάλισης της ποιότητας είναι ουσιαστικός για τις υπηρεσίες υγείας και πρέπει να είναι επιθυμητός και εφικτός για τους διαχειριστές (managers) σε όλα τα επίπεδα, μιας και είναι ένα ζήτημα του management με τη μορφή που παίρνει μέσα από τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη στελέχωση, τη διεύθυνση και τον τελικό έλεγχο.

Η εφαρμογή του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να λάβει υπ' όψιν του τα επικοινωνιακά δεδομένα της ομάδας των ανθρώπων που θα το εφαρμόσουν, ούτως ώστε να υπάρχει 'ατμόσφαιρα' εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Η δημιουργία ενός υποδείγματος (model) είναι σημαντική, αλλά περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος της διαδικασίας. Η παρακίνηση όλων για δράση, η δημιουργία σταθερών που θα καθοριστούν και περιοδικά θα ελέγχονται, η ολοκλήρωση μέσα από τη διαδικασία (process) παροχής των υπηρεσιών υγείας και όχι η επιβολή πάνω στην υπάρχουσα δομή (structure), η κατανόηση του ρόλου του καθενός από τους συμμετέχοντες είναι θέματα εξίσου σημαντικά (Πολύζος 1995). Ο Wilson (1987) στο νοσοκομείο του 'μοντέλο' προτείνει συγκεκριμένα βήματα-στόχους για κάθε ομάδα του προσωπικού μέσα από μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που πρέπει να καθοριστούν από:

Βήμα 1 – συμφωνία και τοποθέτηση αποστολής και στόχων

Βήμα 2 – συζήτηση με το προσωπικό-συμφωνία για το 1

Βήμα 3 – δημόσια συμφωνημένοι στόχοι

Βήμα 4 – ανακεφαλαίωση του τρόπου δράσης από τις επιμέρους ομάδες

Βήμα 5 – απόφαση του θέματος που τίθεται από τις επιμέρους ομάδες

Βήμα 6 – συμφωνία στην παρακολούθηση, τις μεθόδους και τη διάρκεια

Βήμα 7 – έναρξη διαδικασίας.

Ο σκοπός της εφαρμογής του παραπάνω σχεδίου είναι:

- Αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν
- Ενθάρρυνση του πελάτη-ασθενή να μοιραστεί τις αποφάσεις
- Επίδραση σε άλλους χώρους που συνεργάζονται
- Αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και στόχοι για να συνεισφέρουν όλοι
- Ενθάρρυνση όλου του προσωπικού στην έκφραση πρωτοβουλιών και στη στόχευση παροχής υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών
- Αναγνώριση / ανάπτυξη της διαδικασίας.

Η εφαρμογή και ο έλεγχος (monitoring) ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει τους ακόλουθους 4 στόχους:

- Κλινικά 'standards' (ποσοτικά και ποιοτικά)
- Καλό περιβάλλον (υπευθυνότητα)
- Ικανοποίηση ασθενών (ανταπόκριση)
- Ανάπτυξη του προσωπικού (ανάγκες) (Wilson 1987).

Η εξασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει εξασφάλιση ποιότητας. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση ποιότητας είναι μια συνεχής διεργασία και η βελτίωσή της, κατά συνέπεια, θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι, προέκυψε ο όρος «συνεχής βελτίωση ποιότητας».

Ερώτημα που θα πρέπει να απαντηθεί, λοιπόν, είναι: *Πώς επιτυγχάνεται η βελτίωση της ποιότητας, όταν αυτή που υπάρχει δεν εξασφαλίζει ικανοποιητικά αποτελέσματα;*

Η βελτίωση της ποιότητας ενσωματώνει τις δυνάμεις της εξασφάλισής της, ενώ διευρύνει το σκοπό της και ξεκαθαρίζει την προσέγγισή της στην εκτίμηση και βελτίωση της φροντίδας.

Η μετάβαση από την εξασφάλιση της ποιότητας στη συνεχή βελτίωσή της θεωρήθηκε αναπόφευκτο βήμα για την αύξηση των προσεγγίσεων στη «διευθέτηση της ποιότητας» (Quality Management) (Zonsius M.and Murphy M. 1995).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας σημαίνει προσπάθεια για την επίτευξη μιας επιθυμητής στάθμης ποιότητας στον οργανισμό, με την χρήση δοκιμασμένων τεχνικών και εργαλείων και τη συμμετοχή όλου του προσωπικού στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή ποιοτικών βελτιώσεων. Μόλις βελτιωθεί μια διαδικασία, η νέα της μορφή παγιποιείται και τα επόμενα βήματα που γίνονται αφορούν μόνο την αναβάθμισή της. Η επιτυχία της συνεχούς βελτίωσης εξαρτάται από την μεθοδολογία βελτίωσης των διαδικασιών που ακολουθείται. Προτείνονται, λοιπόν, 9 βήματα:

F: Αναζήτησε τη διαδικασία που θέλει βελτίωση

O: Οργάνωσε μια ομάδα που γνωρίζει τη διαδικασία

C: Διευκρίνισε την τρέχουσα γνώση της διαδικασίας

U: Κατανόησε τις πηγές διακύμανσής της

S: Επίλεξε τη διαδικασία βελτίωσης

P: Σχεδίασε την αλλαγή ή την δοκιμή

D: Διεκπεραίωσε την αλλαγή

C: Έλεγε και παρακολούθησε τα αποτελέσματα της αλλαγής

A: Ενέργησε, υιοθέτησε ή τροποποίησε το σχέδιο (Swansbyrg 1995).

Ο παραπάνω κύκλος πρώτα αναπτύχθηκε από τον Shewhart και είναι γνωστός ως Shewhart κύκλος, πολλοί όμως τον προτιμούν ως Deming-Shewhart κύκλο βελτίωσης διαδικασιών (Άννα Μεγαλακάκη, Μαρία Χατζοπούλου 2001).

Άλλο ένα ερώτημα που χρήζει απάντησης είναι: *Κατά πόσο η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, συνδουασμένη και με τη διασφάλιση και συνεχή βελτίωσή της, σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή ο οποίος είναι και ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας.*

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους, αποτελώντας αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους.

Σήμερα όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών μετριέται μέσα από τις παρεχόμενες Ιατρικές – Νοσηλευτικές και Διοικητικές – Ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Η κάθε μια υπηρεσία αναλαμβάνει το δικό της ρόλο στην προσπάθεια

αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές. Η ικανοποίηση των ασθενών από Ιατρικές – Νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφ' όσον ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνιστούν την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών.

Αυτό βρίσκει πλήρως σύμφωνη την άποψη πως οι ασθενείς προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Επομένως, έχουν ανάγκη περισσότερο Ιατρικό – Νοσηλευτικό προσωπικό από ότι Διοικητικό προσωπικό και Ξενοδοχειακές υπηρεσίες, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει πως οι παράμετροι της Διοικητικής και Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας δε συμβάλουν θετικά ή αρνητικά στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Έτσι, είναι απολύτως φυσικό και απαραίτητο το υγειονομικό προσωπικό να προσπαθεί να ανταποκριθεί στις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών (ή πελατών - χρηστών των υπηρεσιών υγείας). Η φιλική, γεμάτη ελπίδα, ενδιαφέρον και προσπάθεια φροντίδα μπορεί να παρακάμψει το φόβο και το άγχος της (άγνωστης για τον ασθενή) νόσου. Η σχέση αυτή πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη και να προάγει την εχεμύθεια και τις υψηλές προσδοκίες του ασθενούς που υποφέρει καθώς και των συγγενών του. Αν και οι ασθενείς δύσκολα διαφωνούν ή κατακρίνουν την προσφερόμενη κλινική φροντίδα, ιδιαίτερα από τη μεριά του ιατρού, συνήθως διαφωνούν στα άλλα θέματα (νοσηλεία, παραμονή κ.τ.λ.) των υπηρεσιών μιας υγειονομικής μονάδας (Zarb 1990). Η αντιμετώπιση οποιασδήποτε νόσου δεν μειώνει το δικαίωμα κάποιου να αντιμετωπισθεί σαν προσωπικότητα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Το όνομα και η ταυτότητα του καθενός θα πρέπει να υπερισχύουν του αριθμού της κλίνης ή του ασθενούς. Κάθε απόφαση επιλογής θεραπευτικής μεθόδου είναι και του ασθενούς. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να προσφέρει την κατάλληλη πληροφόρηση στον ασθενή και τους συγγενείς του.

Έτσι, οι υπηρεσίες υγείας θα ανταποκριθούν στην αυξανόμενη απαίτηση να είναι βασισμένες στον πελάτη - ασθενή και όχι μόνο στον επαγγελματία - παραγωγό. Σωστές σχέσεις ασθενή - επαγγελματία διαμορφώνονται μόνο όταν ο δεύτερος, εκτός των άλλων είναι σωστά εκπαιδευμένος ειδικά σε θέματα επικοινωνίας. Έτσι, χρησιμοποιώντας και την υπάρχουσα εμπειρία του παρελθόντος θα δώσει εμπιστοσύνη στον 'πελάτη' για κάθε βοήθεια που θα χρειαστεί. Οι ασθενείς από τη δική τους πλευρά κυρίως ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας να τους

πληροφορούν επαρκώς και να μην τους δημιουργούν μεγαλύτερες προσδοκίες από όσα μπορούν να κάνουν για αυτούς.

Οι επαγγελματίες υγείας για να μπορέσουν να συμβάλλουν στην καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης, θα πρέπει να υπηρετούν τις παρακάτω αρχές:

- να κατανοούν το σκοπό της εξέτασης – θεραπείας και την προσπάθεια επίτευξής της προς όφελος των ασθενών και
- να επιλέγουν μέθοδο, η οποία θα αρμόζει στις ανάγκες του συγκεκριμένου πελάτη – ασθενή (Πολύζος 1995).

Όλα τα παραπάνω έρχονται να επιβεβαιώσουν τα δικαιώματα του ασθενή που προκύπτουν μέσα από το νομοθετικό πλαίσιο και αφορούν το δικαίωμα που αποκτά ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και αναγνωρίζεται ως το δικαίωμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης το οποίο αναφέρει, πως ο άρρωστος έχει δικαίωμα να γνωρίζει το όνομα και το βαθμό του γιατρού στην ευθύνη του οποίου βρίσκεται. Έχει το δικαίωμα να ξέρει αν το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται είναι το συνηθισμένο ή είναι ερευνητική εργασία. Σε αυτή την περίπτωση η συμμετοχή του πρέπει να είναι απόλυτα εθελοντική. Επίσης, έχει δικαίωμα να ενημερώνεται από τον υπεύθυνο ιατρό για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της πάθησής του, για τους κινδύνους, τις επιπλοκές και τις πιθανότητες επιτυχίας μιας θεραπείας ή εγχείρησης, πριν δώσει τη συγκατάθεσή του για την εκτέλεσή της. Ακόμα, να πληροφορείται για τις απαραίτητες διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθήσει μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, για συνέχιση της θεραπείας του (Σημ. Αλέξανδρου Νομικού 1998).

Αναπτύσσοντας λοιπόν τα παραπάνω δημιουργείται το εύλογο ερώτημα: *Αν υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών.*

Γενικά, η ικανοποίηση του ασθενή θεωρείται ότι είναι ένα από τα συνήθως χρησιμοποιούμενα μέτρα για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας. Κάποιοι μελετητές δεν εξισώνουν την ικανοποίηση του ασθενή με την ποιότητα φροντίδας, προβάλλοντας το επιχείρημα ότι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης μπορεί να είναι ενδεικτικά από διαφορετικές πλευρές στην ποιότητα φροντίδας, παρά διαφορετικά ποσά ικανοποίησης σε συνάρτηση με το ίδιο πράγμα. Στη φροντίδα υγείας, όπως σε κάθε εξυπηρέτηση εργασίας, ο έλεγχος ποιότητας είναι σημαντικό εξάρτημα. Η ικανοποίηση του ασθενή, παρά τις δυσκολίες της μέτρησης, είναι ένα άριστο μέτρο για την ικανότητα καθιέρωσης της παράδοσης υπηρεσίας ποιότητας. Ως μέρος των

ικανοτήτων της βελτίωσής της, οι μελετητές μετρούν την ικανοποίηση ασθενών σε ποικίλες έγκυρες διαστάσεις και ύστερα προσπαθούν να αναγνωρίσουν ποια στοιχεία της παροχής υπηρεσίας είναι κλειδί στα αποφασιστικά ολικά επίπεδα της αντίληψης ικανοποίησης των ασθενών με τη φροντίδα. Εν κατακλείδι, διαφαίνεται καθαρά πως οι όροι ποιότητα – ικανοποίηση συσχετίζονται άμεσα, ολοκληρώνοντας μάλιστα με τις αλληλεπιδράσεις τους, ο ένας τον άλλον.

Επομένως, για να είναι ο ασθενής ικανοποιημένος, θα πρέπει να υπάρχει και η απαραίτητη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ανακύπτει όμως το ερώτημα: *Ποιος ορίζει την ποιότητα, οι ασθενείς ή οι επαγγελματίες υγείας.*

Το ερώτημα αυτό είναι πολύ δύσκολο να απαντηθεί, διότι θεωρητικά αλλά και πρακτικά συμβάλλουν και τα δύο μέλη στον ορισμό της ποιότητας. Επειδή όμως ο όρος αυτός έχει αποδειχτεί πως είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ικανοποίηση του ασθενή, επιλέγεται ο ασθενής ο οποίος ζητά:

- Φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας
- Επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματός του
- Ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφισταμένων προβλημάτων.

Στις τρεις αυτές γενικές κατηγορίες αναγκών του, που προσπαθεί να καλύψει ο ασθενής μέσα στη νοσηλευτική μονάδα, έχει τη δυνατότητα να βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο της ικανοποίησης που αποδέχεται. Αντίστοιχα, για να υπάρξει ανταπόκριση στις απαιτήσεις του ασθενή από πλευράς της νοσηλευτικής μονάδας απαιτείται:

- Υπαρξη επαρκούς και επιστημονικά εκπαιδευμένου προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού)
- Υπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία είναι απαραίτητη για την ειδίκευση της νοσηλευτικής μονάδας
- Υπαρξη κατάλληλου ξενοδοχειακού εξοπλισμού – διατροφής
- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας
- Διασφάλιση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας.

Εκείνο που είναι βέβαιο εξ' αρχής είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλευτική μονάδα αξιολογεί τους προαναφερθέντες παράγοντες από σειρά σπουδαιότητας, μπορεί να είναι διαφορετικός από τον τρόπο που ικανοποιείται ο

ασθενής, στοιχείο που πρέπει να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί από τη διοίκηση (Μπινιώρης 2001).

Θα πρέπει, λοιπόν, να απαντηθεί: *Πώς τελικά ικανοποιείται ο ασθενής;*

Ο ασθενής ζητά άμεση επικοινωνία με το γιατρό, που θεωρεί ικανό ή που έχει πεισθεί για την επιστημονική του πληρότητα, όταν μάλιστα θέλει να έχει άμεσα εξηγήσεις για όποιες ανησυχίες δημιουργούνται. Η ικανοποίηση των ασθενών όμως δεν αξιολογείται μόνο, όπως προαναφέρθηκε, από την παροχή Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και από την παροχή Διοικητικής – Ξενοδοχειακής φροντίδας επίσης. Πόσο, όμως, ο βαθμός ικανοποίησής τους αλλάζει ανάλογα με το νοσοκομειακό περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται και κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία του κάθε ασθενή (φύλο, ηλικία, επάγγελμα) επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησής τους;

Τελικά, γεννάται το ερώτημα: *Υπάρχει σήμερα ικανοποίηση ασθενών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.;*

Οι ερωτήσεις αυτές καθορίζουν επαρκώς το ερευνητικό πρόβλημα της ικανοποίησης ή μη των ασθενών από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., όπως επίσης και τους παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το βαθμό ικανοποίησής τους. Επίσης, προσδιορίζουν αν τελικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας συμβαδίζουν με την ποιότητα που πρέπει να ανταποκρίνεται σ' αυτούς, αφού αφορούν την κάλυψη της σημαντικότερης ανάγκης τους, δηλαδή την ανάγκη για βιολογική ύπαρξη. Ο κάθε άνθρωπος επομένως ενδιαφέρεται πρώτα για την υγεία του, την αποκατάστασή της όταν αυτό είναι αναγκαίο, καθώς και την προαγωγή της.

Δεδομένης της σημαντικότητας του θέματος της υγείας ως την πλέον αξιόλογη κατάσταση ύπαρξης του ατόμου, οι παρεχόμενες υπηρεσίες για τη βελτίωσή της θα πρέπει να προσανατολίζονται στην ικανοποίηση του ασθενή από αυτές.

Κατ' επέκταση θα γίνει προσπάθεια ανεύρεσης τρόπου βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι ερωτήσεις αυτές σκιαγραφούν το γενικό περίγραμμα του ερευνητικού προβλήματος της μελέτης. Βάσει λοιπόν όλων των εννοιών, ορισμών και στοιχείων που προαναφέρθηκαν, την απάντηση των ερωτήσεων του ερευνητικού προβλήματος, καθώς και την επεξεργασία όλων των στοιχείων που θα αποκομιστούν

κατά τη διάρκεια της έρευνας, θα αποδοθεί το τελικό συμπέρασμα της ικανοποίησης ή μη των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Χωρίς αμφιβολία, ο καρκίνος αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας ειδικότερα στις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι θάνατοι από καρκίνο σε ολόκληρο τον κόσμο υπερβαίνουν τα 4,3 εκατομμύρια το χρόνο, ενώ τα 2,3 εκατομμύρια αντιστοιχούν στις αναπτυγμένες χώρες. Το 1930, μόνο ένας (1) στους πέντε (5) καρκινοπαθείς είχε μια πεντάχρονη επιβίωση, ενώ το 1965, ένας (1) στους τρεις (3) επεβίωσε (American Cancer Society 1987). Το 1995, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναφέρθηκαν 547.000 θάνατοι με αίτιο τον καρκίνο. Τον ίδιο χρόνο στη χώρα μας ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου ο καρκίνος κατείχε τη δεύτερη θέση, ενώ το 75% των θανάτων από όλους τους καρκίνους αντιστοιχούσε σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Αναμφισβήτητα, η νόσος του καρκίνου διαφοροποιείται σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες. Η διαφοροποίηση αυτή δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι ο καρκίνος είναι ταυτισμένος με το θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένος με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Μάλιστα, γενικά το κοινό έχει έναν μεγάλο αριθμό από σοβαρές πλάνες σχετικά με τον καρκίνο. Πολλοί τον θεωρούν ως μια παγκόσμια θανατηφόρα ασθένεια και έχουν την αίσθηση ότι όλες οι θεραπείες είναι βασικά ατελέσφορες. Ο Loomes (1989), σημειώνει για τον καρκίνο ότι “Κανείς δε ξέρει τι τον προκαλεί, αν και υπάρχει μερική προσποίηση ότι μπορεί, είναι όπως ένας κρυμμένος δολοφόνος, περιμένοντας να σε χτυπήσει”. Το εντονότερο συναίσθημα, όπως υποστηρίζει η Gilda Radner (1989), που αντιμετωπίζει κάθε άτομο που διαγιγνώσκεται ότι έχει καρκίνο είναι η αβεβαιότητα της ζωής. “Το μέλλον που ίσως φαινόταν να προδιαγράφεται με απεριόριστη δύναμη, ξαφνικά φαίνεται άκρως περιορισμένο κάτω από τον μεγεθυντικό φακό της διάγνωσης του καρκίνου”, λέει χαρακτηριστικά. Επιπλέον, ο Weisman (1979) σημειώνει ότι “ο καρκίνος δεν είναι ακριβώς μία άλλη χρόνια νόσος, αλλά περικλείει τους πλέον βαθείς φόβους της ανθρώπινης ύπαρξης”.

Η αναπάντεχη και τραυματική νόσος του καρκίνου μπορεί να προσβάλει κάθε ζωτικό όργανο του ανθρώπινου σώματος. Αυτό όμως που έχει περισσότερη σημασία είναι η μορφή με την οποία εμφανίζεται ο καρκίνος. Υπάρχουν πέντε κοινές μορφές καρκίνου, οι οποίες τείνουν να πλαισιώνουν διαφορετικά μέρη του σώματος και να αναπτύσσονται με διαφορετικούς ρυθμούς : α) το καρκίνωμα, που αυξάνεται στην

επιφάνεια του στρώματος του δέρματος, στους αδένες ή στα εσωτερικά των σωματικών οργάνων β) το μελάνωμα, το οποίο είναι μια ειδική μορφή καρκινώματος, που “χώνεται” στα κελιά, παράγοντας βαφή δέρματος γ) το σάρκωμα, το οποίο προβάλλεται σε συνδεόμενους ή υποστηριζόμενους ιστούς, όπως τα κόκαλα δ) το λέμφωμα, το οποίο δημιουργείται από λεμφωτικούς ρόζους και ε) η λευχαιμία, η οποία προσβάλλει τις μεταφορές λευκών κελιών του αίματος. Ορισμένοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πολύ περισσότερο από ό,τι άλλοι. Μερικές μορφές μπορεί να υποτροπιάσουν, ακόμη και μετά την πενταετή περίοδο “ασφαλείας” που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει την πλήρη ίαση (Dollinger 1992). Οι τρεις βασικές μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου που έχουν παραμείνει για πολλά χρόνια είναι α) η χειρουργική, παλαιότερη και πιο επιτυχής θεραπευτική μέθοδος, κατά την οποία μπορεί να αφαιρεθεί τελείως ο όγκος, ώστε να μην παραμείνουν καρκινικά υπολείμματα και να υπάρξει πλήρης ίαση β) η ακτινοθεραπεία, που μέσω μιας δέσμης ραδιενεργών ακτίνων και ηλεκτρονίων καταστρέφεται η γενετική δομή των κυττάρων του όγκου και έτσι δεν αναπτύσσονται και δε διαιρούνται και γ) η χημειοθεραπεία, που υποδηλώνει μια μέθοδο θεραπείας με χημικές ουσίες (φάρμακα).

Πολλές μελέτες, εξετάζοντας τον αντίκτυπο του καρκίνου στη ζωή των ατόμων, εστιάζουν τα ευρήματά τους στις επιπτώσεις του καρκίνου στην ικανοποίηση των ρόλων που έχει το άτομο, παρά στις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Αναντίρρητα, η διάγνωση του καρκίνου, ως στρεσογόνος και τραυματική εμπειρία, προκαλεί αντιδράσεις που ποικίλουν και κυμαίνονται από θυμό μέχρι ενοχή, από άγχος και ανησυχία μέχρι δυσπιστία και από αυτολύπηση μέχρι πικρία και εχθρότητα, απομόνωση και μελαγχολία, αβεβαιότητα και αισθήματα έλλειψης βοήθειας και ελπίδας.

Όμως, η διάγνωση του καρκίνου δεν είναι κάτι ιδιαίτερα σοβαρό μόνο για τον ασθενή, αλλά και για τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο. Μάλιστα, η οικογένεια είναι η πρωταρχική πηγή υποστήριξης και βοήθειας. Προσπαθεί να προσεγγίσει το άρρωστο μέλος της, να του συμπαρασταθεί με κάθε τρόπο, να καταλάβει πώς αισθάνεται και να δει το πρόβλημά του σφαιρικά. Μάλιστα, ο καρκίνος είναι ιδιαίτερα οδυνηρός για τα μέλη της οικογένειας, ιδίως όταν ο ασθενής χρειαστεί να νοσηλευθεί για άγνωστο διάστημα στο νοσοκομείο. Το σοβαρότερο

πρόβλημα, βέβαια, είναι ότι μέσα στα πλαίσια της οικογένειας επικρατεί ένας διαρκής φόβος πως θα χαθεί ένα προσφιλές πρόσωπο που δίνει νόημα και αξία στη ζωή.

Αξιοσημείωτο να προστεθεί είναι ότι υπάρχουν και οικογένειες που δεν συμπαραστέκονται στο άρρωστο μέλος τους. Δεν εμφανίζονται όλοι ικανοί, σε ώρα κρίσης, να φερθούν αυθόρμητα, στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά. Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να είναι μόνος του ή επειδή διαλύθηκε η οικογένειά του και τον εγκατέλειψε ή επειδή δεν έκανε ποτέ του οικογένεια. Επίσης, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας πρέπει να προωθείται και να διευκολύνεται. Οι οικογένειες, καλό είναι να αλληλεπιδρούν και να διαπραγματεύονται με το σύστημα υγείας στο να λαμβάνουν πληροφορίες και υπηρεσίες, ώστε η υποστήριξη και η βοήθεια από τη διεπιστημονική ομάδα προσέγγισης και αντιμετώπισης να είναι πολυδιάστατη και καθοριστική.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι αναπόσπαστο κομμάτι αυτής της διεπιστημονικής ομάδας αποτελούν οι νοσηλευτές, οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, που η επαφή τους με τον ασθενή είναι περιστασιακή και για ορισμένες χρονικές περιόδους. Η Sundeen (1994) σημειώνει ότι “ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δημιουργήσει επικοινωνιακά κανάλια με τον ασθενή και να αποκωδικοποιήσει λεκτικές και μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας, μεταβιβάζοντας αυτές στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας”.

Αναντίρρητα, η συνεχής παρουσία των νοσηλευτών κοντά στον άρρωστο τους δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξουν αμφίδρομη επικοινωνία με τον ασθενή. Η επικοινωνία αυτή μπορεί να βελτιώσει την Ποιότητα Ζωής του ασθενή, όταν εξελίσσεται στα πλαίσια της υποστηρικτικής φροντίδας. Έτσι, κατά την άσκησή τους στο νοσοκομείο ή στο σπίτι του ασθενούς οι νοσηλευτές μαζί με τη συνήθη φροντίδα που παρέχουν συνδυάζουν και την υποστηρικτική συμβουλευτική. Η συμμετοχή τους στην εμπειρία του καρκίνου είναι πολύ στενή, γιατί η νοσηλευτική εκπαίδευση τους καθιστά **φύση** και **θέση** ικανούς να προωθούν υγιεινές συνήθειες ζωής στο περιβάλλον του αρρώστου, να διδάσκουν την πρόληψη της αρρώστιας, να αξιολογούν κατά πόσο οι άνθρωποι διαθέτουν την απαιτούμενη γνώση, ώστε να διακρίνουν πρώιμα σημεία και συμπτώματα της νόσου στο στάδιο που η ίαση ή ο έλεγχος είναι εφικτά.

Κεντρικό ρόλο στην ψυχολογία του καρκινοπαθούς παίζει η επικοινωνία του με τον ιατρό. Ο ιατρός είναι εκείνος που αναλαμβάνει να αντιμετωπίσει και να ενημερώσει τον ασθενή για την αρρώστια του. Ο ιατρός αποτελεί τεχνοκράτη της υγείας, άνθρωπο που ξέρει ό, τι είναι απαραίτητο για να γίνει καλά ο ασθενής ή έστω για τον ανακουφίσει από τη δυσφορία του. Η σύγχρονη αντίληψη στην ιατρική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση ιατρού-ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Έτσι, ο ασθενής δε μένει άβουλος στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη επικοινωνία με τον ιατρό, κατά την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες και για τους δύο πληροφορίες.

Αναμφισβήτητα, ο ιατρός έχει τον κύριο ρόλο στην πρόληψη διαταραχών της ψυχικής σφαίρας του ασθενή, καθώς είναι υπεύθυνος για την συνέχεια της φροντίδας του αρρώστου και την παρακολούθησή του για την αποφυγή υποτροπών. Έτσι, έχοντας τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει έναν μεγάλο αριθμό συναισθηματικών συγκρούσεων και καταστάσεων, παρέχει συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία βοηθώντας τον άρρωστο να εκφράσει το πρόβλημά του και να βρει τη λύση μαζί του. Αξιοσημείωτο να προστεθεί είναι ότι ο καθοριστικός ρόλος του ιατρού βοηθά, επίσης, στη ρύθμιση ζητημάτων που αφορούν την αποκατάσταση του ασθενή στην οικογένειά του και στην επανένταξή του στον εργασιακό και τον κοινωνικό χώρο.

1.2. Ειδική βιβλιογραφία

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η έρευνα των υπηρεσιών υγείας στοχεύει όλο και περισσότερο στην αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης μέσα από τη μελέτη της διαδικασίας προσπέλασης των υπηρεσιών υγείας, της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης, καθώς και σε άλλους παράγοντες.

Διεθνώς έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες πάνω στην “ικανοποίηση των ασθενών με νεοπλασματική νόσο”, στον ελλαδικό χώρο, όμως, οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στο συγκεκριμένο θέμα είναι περιορισμένες. Στόχος των ερευνών αυτών στην Ελλάδα ήταν η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η καταγραφή των απόψεων (κρίσεων) των ασθενών για

την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών υπηρεσιών. Αναντίρρητα, τα επίπεδα του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με ποικίλες απόψεις για την παρεχόμενη φροντίδα είναι πολύ σημαντικά για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, γιατί η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένας επιθυμητός στόχος, που απορρέει από το δικαίωμά του για υγεία και δεύτερον, γιατί η ικανοποίηση του ασθενή καθορίζει και τα παράπονά του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Philip Lee, 1976).

Φυσικά, οι προσδοκίες των καταναλωτών – ασθενών εξαρτώνται από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν (Redfern, Norman, 1990). Έτσι, ο Donabedian (1980), έδωσε τον κλασικό ορισμό της ποιότητας ως “μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης”. Κατά την Koch (1992), η ποιότητα είναι μια κοινωνική δομή, η οποία απεικονίζει τις αντιλήψεις των ασθενών για την αξία της υγείας, τις σχέσεις μεταξύ των υπηρεσιών υγείας με τον ασθενή, καθώς και τη νομιμότητα του ρόλου της βιομηχανίας υγείας.

Κατά την Bergman (1994), η έννοια της ποιότητας ολοκληρώνεται μέσα από την ολιστική ανθρωπιστική φροντίδα του ασθενή και αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής άσκησης. Επίσης, ο Williamson (1987) ορίζει την ποιότητα ως την έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις φροντίδας, ενώ παράλληλα τη θεωρεί και ως την αποτελεσματική φροντίδα, που βελτιώνει την κατάσταση υγείας και ικανοποιεί τον πληθυσμό στα πλαίσια των πόρων που η κοινωνία διαθέτει για την υγεία του.

Ο Πολύζος (1995) σημειώνει ότι η ποιότητα είναι το βασικότερο στοιχείο στο management των υπηρεσιών και στην αποτίμηση του προϊόντος. Επίσης, η Lang (1984) ορίζει την ποιότητα ως μια διαδικασία επίτευξης του υψηλότερου βαθμού παρεχόμενης φροντίδας.

Με αυτόν τον τρόπο, επέρχεται η ικανοποίηση του ασθενή, που θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της εκτίμησης της ποιότητας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Chang, 1984) και σχηματίζει ένα “γνήσιο” μέτρο που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας καθώς επίσης και αυτών που την παρέχουν (Eriksen, 1987).

Αναμφισβήτητα, ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από την φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων, που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία της υγείας (Παπαδάτου, 1995). Για τον λόγο αυτό, η

ικανοποίηση βελτιώνεται όταν ο γιατρός αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα, ασχολείται με τις ανησυχίες του και επικοινωνεί μαζί του (Pendleton, 1983). Επίσης, ο Cleary (1988) ορίζει την ικανοποίηση ως την αντίδραση του παραλήπτη φροντίδας υγείας στις εξέχουσες απόψεις της εμπειρίας των υπηρεσιών.

Τέλος, η ικανοποίηση, κατά τον Ray Fitzpatrick (1983), είναι ένα σημαντικό μέτρο αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, χρήσιμο στην εκτίμηση προτύπων επικοινωνίας, όπως η διαδικασία πληροφοριών (Savage, 1990), καθώς και χρήσιμο μέτρο στην αξιολόγηση ανάμεσα στις εναλλακτικές μεθόδους της οργάνωσης και παροχής φροντίδας υγείας (Bollam M., 1988).

Έτσι, η ικανοποίηση του ασθενή είναι αξιόλογος δείκτης της ποιότητας, καθώς σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες του ασθενή και τον τρόπο εκπλήρωσής τους.

Οι έρευνες που παρουσιάζονται παρακάτω επικεντρώνονται στη διερεύνησή της στάσης των καταναλωτών υγείας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακές). Σε όλες τις έρευνες χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια.

Οι ερευνητές Γ. Κυριόπουλος και συνεργάτες (1990) ερεύνησαν τη γνώμη των ασθενών με νεοπλασματική νόσο σε 17 δημόσια νοσοκομεία σε δείγμα 538 ατόμων. Τα ευρήματα από την έρευνα ήταν: α) υψηλό επίπεδο του δείκτη ικανοποίησης για τις συνολικές υπηρεσίες (77%), για τους ιατρούς (83%), τις νοσηλεύτριες (80%) και για τη θεραπευτική αγωγή (83%) και β) χαμηλό επίπεδο του δείκτη ικανοποίησης για την κατάσταση του θαλάμου (59%), για τους χώρους υγιεινής (52%), τη διατροφή (65%) και για την τηλεφωνική επικοινωνία (43%).

Οι Χ. Γιαννούτσος και συνεργάτες (1990) πραγματοποίησαν έρευνα στο Π.Γ. Νοσοκομείο “Γ. Χατζηκώστα” στην Ήπειρο σε 60 άτομα που έπασχαν από καρκίνο. Τα ευρήματα ήταν: α) υψηλή εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίστοιχα χαμηλή ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή και β) ικανοποίηση των χρηστών από την οργάνωση και λειτουργία του Νοσοκομείου και την ποιότητα ιατρικής περίθαλψης.

Επίσης, οι Δρίτσας και συνεργάτες (1991) με έρευνα στο Νοσοκομείο “Κοργιαλέναιο – Μπενάκειο” του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Ε.Ε.Σ.) σε 300

καρκινοπαθή άτομα κατέληξαν στην ικανοποίηση από α) ιατρικό προσωπικό με ποσοστό 94%, β) νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 92% και γ) διοικητικό προσωπικό με ποσοστό 92%.

Παρόμοια έρευνα έκαναν οι Κυριόπουλος και συνεργάτες (1993) σε 175 νοικοκυριά στην περιοχή της Αθήνας σε δείγμα 467 ατόμων με νεοπλασματική νόσο. Τα ευρήματα ήταν: α) ικανοποίηση των χρηστών από την επαγγελματική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού (79,8%), β) ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό (61%), γ) μέτρια έως χαμηλή ικανοποίηση για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και δ) πληρωμή πρόσθετου ποσού από τους χρήστες στο χειρουργικό τομέα.

Οι Κτενάς και συνεργάτες (1994) με ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καρδίτσας σε 318 άτομα με καρκίνο συμπέραναν ότι α) οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα σε ποσοστό 82,4%, από τη νοσηλευτική φροντίδα σε ποσοστό 80,5% και από την παραμονή τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 68,5% και β) οι νοσηλευόμενοι επισήμαναν ότι στο κόστος νοσηλείας τους εισέρχεται και η πληρωμή κάποιου πρόσθετου ποσού.

Ομοίως, οι Παπαδημητρίου Μ. και συνεργάτες (1996) με έρευνα σε 3 Νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας, 3 του Νομού Θεσσαλονίκης και 3 του Νομού Πέλλας και δείγμα 334 καρκινοπαθών ασθενών κατέληξαν στα εξής: α) το 33,6% των ασθενών αποδίδουν την κακή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας στις χαμηλές αποδοχές του νοσηλευτικού προσωπικού και β) η πλειοψηφία των ασθενών, 61,3%, βρέθηκε ότι δεν είναι ικανοποιημένη από την παρεχόμενη φροντίδα.

Τέλος, μια σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Νιάκα Δ. και Γναρδέλη Χ. (2000), υπό την αιγίδα του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π.), σε ένα περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας σε μέγεθος 300 ατόμων με καρκίνο. Η έρευνα έδειξε ότι: α) οι χρήστες είναι ικανοποιημένοι από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες σε ποσοστό 95% και β) ως προς τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου υπήρξε λιγότερη ικανοποίηση που αντιστοιχεί σε ποσοστό 55%.

Από την παράθεση των κυρίων ευρημάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρατηρείται μια ποικίλη καταγραφή εννοιών, δομών και λειτουργικών ορισμών στην προσπάθεια των ερευνητών να συγκεκριμενοποιήσουν την αφηρημένη, αλλά πλούσια σε περιεχόμενο ιδέα της ικανοποίησης των ασθενών. Η εννοιολογική σύγχυση, η αυθαιρεσία των προς εκτίμηση παραμέτρων και διαστάσεων, που

επηρεάζουν την ικανοποίηση των καρκινοπαθών ασθενών συναντώνται συχνά στο πεδίο των ερευνών αυτών.

1.3. Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους καρκινοπαθείς

Ο στόχος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους καρκινοπαθείς πρέπει να στρέφεται κυρίως σε δυο άξονες:

- α) τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή καθ' εαυτή την αρρώστια και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση και
- β) τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι ασθενείς αυτοί από το κοινωνικό σύνολο.

Και οι δυο άξονες αφορούν **άμεσα** στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών που επικεντρώνεται κυρίως στα μέσα και τη δυνατότητα που έχουν για Σωματική-Λειτουργική-Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση με την ευρύτετη έννοια του όρου και **έμμεσα** στην επίδραση που μπορούν να ασκήσουν και στο πληροφοριακό αντίκτυπο του καρκίνου, μεταβάλλοντας τα taboo σε γνώση και δυνατότητα για μια αποφασιστική και δυναμική αντιμετώπιση της ασθένειας αυτής.

1.3.1. Η πρόληψη του καρκίνου στους ηλικιωμένους

Η γνωστή, από τα βάθη των αιώνων, νόσος του καρκίνου συνοδεύει τον άνθρωπο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Αδιάκριτα, μπορεί να προσβάλει κάθε ηλικία και από τα δύο φύλα, ανεξάρτητα από φυλετικά, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, με διαφορές ως προς τη συχνότητα στις διάφορες περιοχές του πλανήτη, καθώς και ανάμεσα στις ηλικίες. Σήμερα, με τη δραματική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης η προχωρημένη ηλικία θεωρείται παράγοντας υψηλού κινδύνου, αφού η θνητότητα από το σύνολο των νεοπλασμάτων στους άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών αντιστοιχεί στο 70% και των γυναικών στο 60%. Αναφέρεται, επίσης, ότι οι αναλογίες της συχνότητας από όλους τους καρκίνους βρέθηκε επτά (7) φορές συχνότερη στους ηλικιωμένους άνδρες και τέσσερις (4) φορές στις ηλικιωμένες γυναίκες από ό,τι στα νεότερα άτομα.

Τα δεδομένα που συγκεντρώνονται τελευταία επισημαίνουν ότι ο καρκίνος είναι μια κοινωνική νόσος. Επίσης, οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι το 85% των καρκίνων

μπορεί να προληφθεί. Έτσι, η πρόληψη αποτελεί τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου. Πρέπει να τονιστεί, ότι ο καρκίνος δεν είναι μοιραίος ούτε αθεράπευτος, τουλάχιστον στα πρώιμα στάδια της νόσου, γι' αυτό πρέπει να υιοθετηθεί ένα διαφορετικό πρότυπο ζωής. Για να επιτευχθεί αυτή η αλλαγή, χρειάζεται προηγουμένως να ευαισθητοποιηθεί ο πληθυσμός για τη σημασία της πρόληψης του καρκίνου.

Τέτοιες αλλαγές επιτυγχάνονται μέσω καλά σχεδιασμένων και οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης, που στοχεύουν στην προώθηση της ιδέας πρόληψης στο ευρύ κοινό ή σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, με απώτερο σκοπό την τροποποίηση ή την εξάλειψη εκείνων των παραγόντων που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη της καρκινογένεσης. Αξίζει να αναφερθεί, ότι στη φάση του προληπτικού σχεδιασμού συχνά χρησιμοποιείται η τυπολογία του Carlan, όπως περιγράφεται στο βιβλίο του “Προληπτική Ιατρική”. Ο Carlan (1969) ταξινομεί την πρόληψη, σύμφωνα με τη φάση της ανάπτυξης της νόσου, σε α) πρωτοβάθμια, που περιλαμβάνει την πρόληψη της αρχικής έναρξης ή των πρώτων εκδηλώσεων της διεργασίας της νόσου ή άλλων συμβάντων, β) δευτεροβάθμια, που περιλαμβάνει την πρόληψη της προόδου διεργασίας της νόσου ή μερικών αλλαγών ανεπιθύμητων καταστάσεων με την έγκαιρη εντόπιση, όταν αυτή ευνοεί το αποτέλεσμα και γ) τριτοβάθμια, που περιλαμβάνει την πρόληψη και αποφυγή μη αναστρέψιμων επιπλοκών, εκδηλώσεων της νόσου ή άλλων ανεπιθύμητων καταστάσεων, περιλαμβανομένων αποκαταστατικών απόψεων φροντίδας, διαχείριση αθεράπευτων ή χρόνιων διαταραχών και αναπηριών.

Και στους τρεις τύπους πρόληψης οι νοσηλευτές μπορεί να παίζουν ρόλο-κλειδί, επειδή η εκπαίδευσή τους στο αντικείμενο της αγωγής της υγείας και της επιδημιολογίας και, κυρίως, η εγγύτητα με τους ηλικιωμένους στο νοσοκομείο, στην κοινότητα και στα διάφορα γι' αυτούς ιδρύματα τους δίνει τη δυνατότητα να μεταδίδουν την ιδέα της πρόληψης, να εντοπίζουν ανεπιθύμητους παράγοντες και καταστάσεις, να κάνουν συμβουλευτική και να ευαισθητοποιούν και να παροτρύνουν τους ηλικιωμένους να υιοθετήσουν υγιεινότερο τρόπο ζωής με την αλλαγή της συμπεριφοράς. Η πρωτοβάθμια πρόληψη, που είναι και το σημαντικότερο μέρος της πρόληψης, επιτυγχάνεται με οργανωμένα προγράμματα υγείας που απευθύνονται στο ευρύ κοινό των ηλικιωμένων ή σε ομάδες όπως π.χ. στα ιδρύματα ανοιχτής

προστασίας, αλλά και στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος για διάφορους λόγους είναι αναγκασμένος να παραμείνει σε αυτό.

Σύμφωνα με τον τύπο του Carlan, η πρωτοβάθμια πρόληψη του καρκίνου στους ηλικιωμένους μπορεί να δομηθεί ως εξής:

- ♣ ως προς την πρόληψη της αρχικής έναρξης ή των πρώτων εκδηλώσεων της διεργασίας της νόσου, ανάμεσα στα άλλα, αναφέρεται ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου, καθώς και άλλες οδηγίες από άλλους φορείς που αναφέρονται σε όργανα, όπως ο πνεύμονας, ο προστάτης, το πεπτικό, ο μαστός, ο τράχηλος κ.α.
- ♣ ως προς τη μείωση και σε ορισμένες περιπτώσεις την εξάλειψη των παραγόντων υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου μπορεί να είναι: το κάπνισμα, η διατροφή, η παχυσαρκία, οι λοιμώξεις, τα χημικά, ο ατμοσφαιρικός ρύπος, η ηλιακή ακτινοβολία κ.α.

Αναφορικά με τις ανεπιθύμητες καταστάσεις που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την ανάπτυξη του καρκίνου, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν και διάφορα προβλήματα, όπως κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά, οικογενειακά, οικιστικά, η άγνοια σε θέματα υγείας και η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Στη δευτεροβάθμια πρόληψη διερευνώνται ανάγκες που δεν είχαν αντιμετωπιστεί. Παροτρύνονται οι ηλικιωμένοι να επισκεφθούν το γιατρό, να υποβληθούν σε εξετάσεις και στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος δείχνει απροθυμία να πάει στο γιατρό συνοδεύεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή. Ακόμη, δρομολογείται η αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων που επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του ηλικιωμένου και προδιαθέτουν στην επιδείνωση του καρκίνου.

Τέλος, η τριτοβάθμια πρόληψη εστιάζει στην πρόληψη των επιπλοκών της νόσου και στην αποκατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου. Στη φάση αυτή, ο έλεγχος του πόνου, η πρόληψη των λοιμώξεων και η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ηλικιωμένου είναι ουσιαστικής σημασίας.

Με δεδομένη τη στάση και τις απόψεις των ηλικιωμένων, δεν πρέπει να περιοριστούμε στη μετάδοση μόνο των γνώσεων, αλλά να πείσουμε τους ηλικιωμένους να υποβληθούν σε εξετάσεις και το καλύτερο είναι να τους συνοδεύσουμε στο γιατρό για εξέταση και στο εργαστήριο για λήψη εργαστηριακών εξετάσεων. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας πρόληψης του καρκίνου στους ηλικιωμένους, ο έλεγχος, η εντόπιση και η θεραπεία του καρκίνου στην περίπτωση που θα διαγνωστεί, ειδικότερα η ολιστική προσέγγιση των βιολογικών,

ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων του, αποτελεί καθήκον και χρέος όλων μας.

1.3.2. Δυνατότητες παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η περιγραφική μελέτη των Μ. Βενιζέλου κ.α. (1997-1998) είχε σκοπό, αφενός την εμπειρία από την αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου στην περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας Πύλης και αφετέρου την έκθεση των δυνατοτήτων και των προβλημάτων που υπάρχουν σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μελετήθηκαν 16 ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, οι οποίοι ζήτησαν την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών από το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας κατά τη χρονική περίοδο 1/8/97 έως 28/2/98. Η έλλειψη, όμως, ενός οργανωμένου αρχείου νεοπλασιών και η έλλειψη επίσημης και σταθερής επικοινωνίας μεταξύ Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης κατέστησαν αδύνατη την πραγματική αξιολόγηση του αληθινού αριθμού των νοσούντων από καρκίνο. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι από τους 16 ασθενείς, οι 11 είχαν άμεση σχέση με το Κέντρο Υγείας, ενώ για τα υπόλοιπα 5 περιστατικά οι συγγενείς αυτών επισκέπτονταν την υγειονομική μονάδα για την αναγραφή ισχυρών αναλγητικών.

Μετά τη συλλογή των στοιχείων, η οποία πραγματοποιήθηκε με την υποβολή των ασθενών σε εργαστηριακές εξετάσεις και άλλες ιατρικές πράξεις, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- α) θεωρείται σημαντική η συνεργασία μεταξύ Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Ογκολογικής Περίθαλψης των ασθενών με επίσημα ενημερωτικά σημειώματα
- β) η εκπαίδευση των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών είναι σημαντικός παράγοντας για την υψηλότερου επιπέδου παροχή υγειονομικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου
- γ) η δυνατότητα πραγματοποίησης εργαστηριακών εξετάσεων βοηθά κατά πολύ στην παρακολούθηση τέτοιου είδους ασθενών
- δ) η ταλαιπωρία των ασθενών και των συγγενών τους περιορίζεται

- ε) ο κίνδυνος ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων εξαλείφεται
- στ) οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση, έχουν καλύτερη δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών και των συγγενών
- ζ) η Ποιότητα Ζωής και η περιποίηση των ασθενών τελικού σταδίου είναι καλύτερη μέσα στο οικείο περιβάλλον της.

Αναμφισβήτητα, όλα τα ανωτέρω συμπεράσματα θα μπορέσουν να αξιολογηθούν καλύτερα, όταν θα υπάρξουν ανάλογες εργασίες και θα διερευνηθεί η εμπειρία στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών σε εθνικό επίπεδο.

1.3.3. Πρόγραμμα αποκατάστασης ασθενών στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο “Μεταξάς”

Ο Β. Λισσαίος κ.α., που πραγματοποίησαν τη χρονική περίοδο 1988-1989 δυο μελέτες από το ψυχιατρικό και τις ογκολογικές κλινικές λίγο πριν το σχεδιασμό του προγράμματος αποκατάστασης, φωτογράφησαν σε έναν βαθμό τις ανάγκες των ασθενών σε φροντίδες αποκατάστασης αλλά και τις δυσκολίες του προσωπικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου ‘Μεταξά’. Στην πρώτη μελέτη που αφορούσε στην ενημέρωση και πληροφόρηση σε τυχαίο δείγμα 300 ασθενών των ορόφων και των εξωτερικών ιατρείων τα αποτελέσματα έδειξαν να είναι, 55% ενημερωμένοι, 42% μη ενημερωμένοι και 4% έκαναν άρνηση. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το 14% από τους μη ενημερωμένους δεν είχαν δεχθεί ενημέρωση για τη διάγνωσή τους για πάνω από 2 χρόνια.

Στη δεύτερη μελέτη, για το σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης στο προσωπικό του νοσοκομείου, 3% κατέφευγαν στο ποτό και 4% στη χρήση φαρμάκων, αλλά αντίθετα από ότι θα περίμενε κανείς το ποσοστό του προσωπικού των ορόφων που επισκεπτόταν το ψυχιατρικό ιατρείο ήταν πολύ χαμηλότερο από εκείνο του προσωπικού των εργαστηρίων. Στην ίδια μελέτη το 98% ανέφερε ότι δεν είχε δεχθεί εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με σοβαρά ασθενείς και επίσης το ίδιο ποσοστό θα ήθελε να είχε δεχθεί.

Παράλληλα είχαν αρχίσει υπηρεσίες αποκατάστασης με ομάδες σε τρεις δραστηριότητες: α) κατ’ οίκον νοσηλεία, β) ιατρείο πόνου και γ) εκπαίδευση εθελοντριών μαστεκτομηθεισών σε συνεργασία με τον νεοϊδρυθέντα σύλλογό τους (Ιακωβίδης 1987, Λισσαίος 1989).

Το πρόγραμμα χαράχτηκε σε τρεις άξονες:

- Δημιουργία όσο το δυνατόν περισσότερων ομάδων αποκατάστασης στο νοσοκομείο με συμμετοχή προσωπικού ορόφων και με στόχο την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων των ασθενών που η αντιμετώπισή τους στο πολυάσχολο περιβάλλον των ορόφων θα μπορούσε να μην είναι ανάλογη με τη σπουδαιότητα τους, όπως ο πόνος, η σεξουαλική υγεία κ.α.
- Δημιουργία ενός κέντρου αποκατάστασης κοντά και έξω από το νοσοκομείο για εκείνες τις υπηρεσίες αποκατάστασης, που ο χώρος του νοσοκομείου θα μπορούσε να σταθεί εμπόδιο στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιρρόπησης και με επιπλέον στόχο τη διασύνδεση της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής αποκατάστασης, επειδή μερικές φορές είναι ξεκομμένες και δεν παρέχουν συνεχιζόμενη φροντίδα.
- Επιμόρφωση του κοινού της περιοχής σε θέματα καρκίνου, ώστε να απομακρυνθεί ο φόβος και το μυστήριο του καρκίνου και να αναπτυχθεί συμπεριφορά υγείας.

Ειδικότερα, ως προς τον πρώτο άξονα, την ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση, άρχισαν να λειτουργούν:

- ◆ Ιατρείο-ομάδα πόνου (ογκολόγος, αναισθησιολόγος, ψυχίατρος, νοσηλεύτριες, κοινωνικός λειτουργός)
- ◆ Ιατρείο-ομάδα σεξουαλικών προβλημάτων (ουρολόγος, ψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτριες)
- ◆ Ομάδες εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού (ψυχίατρος, νοσηλεύτριες)
- ◆ Εκπαίδευση εθελοντριών μαστεκτομηθεισών (κοινωνικός λειτουργός, ψυχίατρος).

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι στα τρία πρώτα ιατρεία ένα μέρος των δραστηριοτήτων εστιάστηκε στην επιμόρφωση όλου του προσωπικού των ορόφων σε μερικές μη θεραπευτικές ενέργειες όπως η χρήση εικονικών φαρμάκων, ο φόβος της ψυχικής εξάρτησης ή το μπέρδεμά της με τη φυσική εξάρτηση και την ανοχή, καθώς επίσης και η αποφυγή ερωτήσεων στους ορόφους για τη σεξουαλική υγεία. Μάλιστα, ως προς τις ομάδες των νοσηλευτριών με τον ψυχίατρο, στόχος είναι, εκτός από την επιμόρφωση στην ψυχοογκολογία και στις έννοιες της αποκατάστασης και της Ποιότητας Ζωής, η εμπειρία στις διεργασίες ομάδας. Η εκπαίδευση των εθελοντριών μαστεκτομηθεισών, προσωρινά ενδονοσοκομειακή, γίνεται με το σχεδιασμό και την ευθύνη της κοινωνικής υπηρεσίας.

Για τη δημιουργία του Κέντρου Αποκατάστασης έγινε προεργασία με το Υπουργείο Υγείας και τον ιατρικό σύλλογο Πειραιά. Έτσι, α) ως προς τον πρώτο

άξονα, θα καλυφθούν οι υπηρεσίες αποκατάστασης, γιατί το περιβάλλον του νοσοκομείου θα μπορούσε να αποδειχθεί επικίνδυνο για την υλοποίησή τους, β) ως προς το δεύτερο άξονα, θα καλυφθούν ανάγκες λέσχης ασθενών, π.χ. ο νεοϊδρυθείς σύλλογος λαρυγγεκτομηθέντων που προς το παρόν δεν υπάρχουν χώροι συνάντησης και γ) ως προς τον τρίτο άξονα, και με το σχεδιασμό της κοινωνικής υπηρεσίας, άρχισε ήδη η επιμόρφωση της 2ας τάξης του γυμνασίου των σχολείων της περιοχής.

Οι πρώτες εμπειρίες από την επιμόρφωση είναι πολύ ενθαρρυντικές (μεγάλο ενδιαφέρον των μαθητών με πολλές ερωτήσεις στο αμφιθέατρο αλλά και στην ξενάγηση στα τμήματα του νοσοκομείου) και η στήριξη ελπίδων για συμπεριφορά υγείας από αυτές τις ηλικίες είναι μάλλον πολλές.

1.3.4. Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς

Κατά κανόνα η αρρώστια, και ιδίως στα τελευταία στάδιά της, συντελεί ώστε ο άρρωστος να απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο, μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένειά του. Έτσι, ο άρρωστος βαθμιαία αποκόβει δεσμούς-επικοινωνία και μένει όλο και περισσότερο μόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, αλλά και σε άλλες, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας έναντι της ατομικής είναι:

1. Η ένταξη του καρκινοπαθή σε ομάδα με άλλους ανθρώπους, που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή, παρέχει μια αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα και βελτιώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνουν οι περισσότεροι από αυτούς. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να εκφράσουν όλες τις ανησυχίες τους και να συζητήσουν τους αμοιβαίους φόβους για διάφορα ζητήματα, όπως για τις παρενέργειες από τη θεραπευτική αγωγή, τον έλεγχο του πόνου, οικογενειακά προβλήματα κ.α.
2. Μέσα στην ομάδα ο καρκινοπαθής αισθάνεται χρήσιμος στα υπόλοιπα μέλη, καθώς συμβάλλει με τον τρόπο του στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των γύρω με αποτέλεσμα τη μείωση κάθε αίσθησης αδυναμίας και ανικανότητας
3. Η ομάδα βοηθά στην απευαισθητοποίηση των αρρώστων με την ιδέα του θανάτου. Συζητώντας θέματα όπως η μετά θάνατο ζωή, οι καρκινοπαθείς

εξοικειώνονται με την ιδέα του θανάτου και έτσι είναι πιο έτοιμοι να δεχθούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο χωρίς πανικό, άγχος, κατάθλιψη ή αποδιοργάνωση

4. Στην ομάδα δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν τρόποι χρησιμοποίησης του υπόλοιπου της ζωής κατά το βέλτιστο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι έρευνες πάνω στην ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς είναι ελάχιστες. Γι' αυτό, κρίνεται αναγκαία μια σύντομη ανασκόπηση των κυριότερων ερευνητικών προγραμμάτων ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Οι Yalom και Greaves (1977) παρουσίασαν την τετράχρονη εμπειρία τους σε ομαδική ψυχοθεραπεία με ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, κυρίως του μαστού. Η ομάδα συναντιόταν μια φορά την εβδομάδα για 90'. Οι ασθενείς ήταν όλοι πλήρως ενήμεροι για τη φύση και πρόγνωση της ασθένειάς τους. Συνήθως, στην κάθε ομάδα υπήρχαν 3-4 θεραπευτές, ψυχίατροι ή σύμβουλοι και η συνοχή της ομάδας, ήταν αποτέλεσμα της επικοινωνίας και της επαφής που υπήρχε ανάμεσα στους ασθενείς και το ιατρικό προσωπικό. Οι Ferlic κ.α. (1979), ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για μια ομάδα 30 καρκινοπαθών προχωρημένου σταδίου. Η ομάδα διευθυνόταν από έναν κοινωνικό λειτουργό, δυο γιατρούς, έναν εργασιοθεραπευτή, έναν διαιτολόγο και δυο ιερείς. Θέματα που τέθηκαν προς συζήτηση ήταν η λειτουργία του νοσοκομείου, καθήκοντα γιατρών-νοσοκόμων, επικοινωνία ιατρού-αρρώστου, γενική περιγραφή του καρκίνου, ψυχοσωματική του καρκίνου, στρατηγικές προσαρμογής, αλλαγές στο σώμα και τη σεξουαλικότητα, θρησκεία και πίστη.

Επιπρόσθετα, οι Spiegel, Bloom και Yalom (1981), εφάρμοσαν πρόγραμμα ομαδικής υποστηρικτικής θεραπείας σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η ομάδα συναντιόταν μια φορά την εβδομάδα για μιάμιση ώρα και διευθυνόταν από έναν ψυχίατρο και μια σύμβουλο, η οποία είχε καρκίνο μαστού σε ύφεση. Δημιουργήθηκε και μια ομάδα ελέγχου, προκειμένου να συγκριθούν τα αποτελέσματα από την παρέμβαση ή μη. Τέλος, οι Spiegel και Glafkides (1983) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα εφαρμογής της ομαδικής θεραπείας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο. Τα μέλη της ομάδας ήταν 7 έως 10 στον αριθμό και συναντιόνταν επί ένα χρόνο μια φορά την εβδομάδα για 90' λεπτά. Οι συζητήσεις επικεντρώνονταν γύρω από το θάνατο και το θνήσκειν, μεταβολές στην εικόνα του εαυτού, οικογενειακά προβλήματα, δυσκολίες με τη θεραπεία τους, προβλήματα επικοινωνίας με ιατρούς, συζήτηση ανησυχιών και φόβων τους.

Από τη διεθνή βιβλιογραφική παρουσίαση συμπεραίνουμε ότι οι καρκινοπαθείς ασθενείς, ακόμα και αν βρίσκονται στα τελευταία στάδια ανάπτυξης της νόσου του καρκίνου, κατορθώνουν να αντιμετωπίσουν κοινά προβλήματα και να ελαττώσουν τη χρήση της άρνησης και της μοναξιάς. Αναμφίβολα, τα μέλη της ομάδας προσεγγίζοντας τον καρκίνο και τις συνέπειές του πολύπλευρα, ενδυναμώνουν την αίσθηση της δύναμης και της υποστήριξης.

Θα πρέπει, επίσης, να αναφερθεί η μελέτη της αποτελεσματικότητας της ομαδικής ψυχοθεραπείας στους καρκινοπαθείς στο νοσηλευτικό ίδρυμα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας “Οι Άγιοι Ανάργυροι” η οποία εκπονήθηκε μέσα στα πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων της Ψυχολογικής Υπηρεσίας του ιδρύματος και του Ινστιτούτου Ψυχολογικών και Κοινωνικών Ερευνών. Η ερευνητική ομάδα είναι ανοιχτή και σε αυτήν συμμετέχουν άρρωστοι με καρκίνο προχωρημένου σταδίου και με όλες τις εντοπίσεις. Επίσης, τα μέλη της ομάδας συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για 90’ λεπτά και τα προς συζήτηση θέματα αφορούν τα στάδια στην εξέλιξη της θεραπευτικής ομάδας, τους τρόπους προσέγγισης των καρκινοπαθών από τους επικεφαλείς, το βαθμό συμμετοχής των ασθενών και την εξέλιξη των τεχνικών στη λειτουργία της ομάδας (Αναγνωστόπουλος, Βελισσαρόπουλος 1983).

Για την ομαδική ψυχοθεραπεία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο αναφέρονται τα εξής:

- Η επιθυμία για μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση πρέπει να προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή. Όμως, στην περίπτωση των καρκινοπαθών, η ίδια η ψυχολογική τους δομή με τη δυσπιστία για τις ανθρώπινες σχέσεις που τις θεωρούν απειλητικές και εμπλέκονται σε αυτές μόνο επιφανειακά, τους οδηγεί μάλλον σε αντιδράσεις φυγής και καθιστά πολύ δύσκολο το να αισθανθούν και να εκφράσουν μια επιθυμία-ανάγκη συμμετοχής σε ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα
- Οι καρκινοπαθείς στο δίλημμα fight-flight χρησιμοποιούν τη φυγή. Στην ομάδα ο καρκινοπαθής μπορεί να εκφράσει οτιδήποτε είναι σημαντικό γι’ αυτόν, αλλά όμως κινδυνεύει, κυρίως σε φανταστικό επίπεδο, να θεωρηθεί μη αρεστός από τους άλλους. Υπάρχει, έτσι, ένας έντονος μηχανισμός αποφυγής αναφοράς στον προσωπικό συναισθηματικό κόσμο

- Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της καρκινικής προσωπικότητας είναι η αδυναμία έκφρασης προς τα έξω, ιδίως επιθετικών συναισθημάτων και γενικά φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση
- Τα δίκτυα επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της ομάδας είναι πολύ χαλαρά, αν όχι ανύπαρκτα. Αυτό είναι συνέπεια της δυσκολίας των μελών να δημιουργήσουν βαθιές και ειλικρινείς διαπροσωπικές σχέσεις
- Παρατηρήθηκαν αλλαγές κατά τη διάρκεια της συζήτησης για τον καρκίνο και τις συνέπειές του. Οι πρώτες αντιδράσεις και φόβοι ξεπεράστηκαν και η βαθύτερη επικοινωνία και προσπάθεια για γαλήνη και ηρεμία επήλθαν σε όλα τα μέλη της ομάδας
- Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση πρέπει να κατευθυνθεί και προς τους συγγενείς του ατόμου που πάσχει. Η οικογένεια με τη σειρά της πρέπει να συζητήσει με τον ασθενή τις ανάγκες και τα αισθήματά του, να του δώσει υποστήριξη, να μην τον εγκαταλείψει. Χρειάζεται, όμως, βοήθεια και η ίδια η οικογένεια, καθώς έχει και εκείνη ανάγκη να εκφράσει την ένταση, τη θλίψη και τα ερωτήματα που της γεννώνται για το άτομο-μέλος της.

Συμπερασματικά, τόσο από τη διεθνή ανασκόπηση όσο και από τη μελέτη στο αντικαρκινικό νοσοκομείο “Οι Άγιοι Ανάργυροι”, γίνεται φανερό ότι οι ασθενείς, ακόμα και αν βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νόσου του καρκίνου, ωφελούνται σημαντικά από την ομαδική ψυχοθεραπεία. Η συμμετοχή τους στην ομάδα δημιουργεί αισθήματα και επιθυμίες για συμπάθεια, κατανόηση, ζεστασιά, συμπαράσταση και υποστήριξη. Αναντίρρητα, η ομαδική ψυχοθεραπεία βοηθά στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία του ατόμου που υποφέρει, ακόμα και στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.

1.3.5. Οργάνωση προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε Κέντρο Υγείας

Σημαντική είναι η οργάνωση προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από το Κέντρο Υγείας Καστελλίου του νομού Ηρακλείου σε συνεργασία με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, με σκοπό να καλύψει το γυναικείο πληθυσμό των κοινοτήτων της περιοχής ευθύνης του συγκεκριμένου Κέντρου Υγείας.

Η εφαρμογή του προγράμματος με πρωτοβουλία των Ζηλίδη και Δατσέρη (1991) περιλαμβάνει δυο φάσεις. Η πρώτη συνίσταται στην ενημέρωση του πληθυσμού για τη σημασία και την απλότητα της εξέτασης κατά Παπανικολάου, ενώ η δεύτερη σε αυτή καθ' αυτή τη λήψη των δειγμάτων για την πραγματοποίηση της εξέτασης. Για το πρώτο ζήτημα προγραμματίστηκε μια σειρά ενημερωτικών παρεμβάσεων σε όλες τις κοινότητες της περιοχής από όλα τα μέλη της ομάδας υγείας οι οποίες θα συνεχίσουν να γίνονται και στο μέλλον. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το υλικό της μελέτης αναφέρεται στα αποτελέσματα του πρώτου εξαμήνου εφαρμογής του προγράμματος (Μάιος-Οκτώβριος 1991), τα οποία αναλύονται με σκοπό την αξιολόγηση της διαδικασίας υλοποίησής του και τον εντοπισμό των μέχρι τώρα αδυναμιών του, ώστε να μπορέσει στο μέλλον να βελτιωθεί.

Κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί ότι η δυνατότητα εφαρμογής παρόμοιων προγραμμάτων από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας έχει κατά επανάληψη τονισθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε ότι αφορά την υποδομή, το σημαντικότερο από πρώτη άποψη πρόβλημα για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φαίνεται να είναι η έλλειψη κυτταρολογικού εργαστηρίου. Η δυνατότητα, όμως, ταχυδρομικής αποστολής των δειγμάτων επιλύει το πρόβλημα, επιτρέποντας τη συνεργασία με τα εργαστήρια των νοσοκομείων ή οργανισμών των μεγάλων αστικών κέντρων.

Έτσι, από την εφαρμογή του προγράμματος στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας επέρχονται τα εξής συμπεράσματα:

- Το υψηλό ποσοστό των κατάλληλων για κυτταρολογική εξέταση δειγμάτων (99%) αποδεικνύει ότι η λήψη του δείγματος είναι μια απλή τεχνική, που μπορεί να εκτελεσθεί κατά τρόπο ικανοποιητικό από το νοσηλευτικό προσωπικό μετά από βραχύχρονη εκπαίδευσή του.
- Το αρκετά υψηλό ποσοστό των ακατάλληλων για ορμονική εκτίμηση δειγμάτων απαιτεί τη μεγαλύτερη προσοχή στη λήψη του ιστορικού από μέρους των μαιών, καθώς και τη δημιουργία ενός προτύπου ιστορικού, στο οποίο να περιλαμβάνονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και να συμπληρώνεται με ομοίμορφο τρόπο.
- Παρά το γεγονός, ότι δεν υπήρχε μεγάλη επάρκεια προσωπικού, δεν τέθηκε κανένα όριο ηλικίας, γιατί κρίθηκε ότι κάτι τέτοιο θα εγκυμονούσε τον κίνδυνο να οδηγήσει σε επικρίσεις και παράπονα από μέρους του πληθυσμού, να δράσει απωθητικά σε ένα μέρος των γυναικών και τελικά να μειώσει σημαντικά την ανταπόκρισή τους στο πρόγραμμα.

- Εκτός από την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, το πρόγραμμα συνέβαλε και στη θεραπεία της τραχηλίτιδας ενός σημαντικού αριθμού γυναικών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είχε παράλληλα θετικές συνέπειες στο ζήτημα της αποδοχής του προγράμματος από τον πληθυσμό και στη μεγαλύτερη ανταπόκρισή του.
- Σε περιπτώσεις παραπομπής μιας γυναίκας στο νοσοκομείο παρατηρήθηκε το φαινόμενο να μην επιστραφεί η γυναίκα για παρακολούθηση στο Κέντρο Υγείας, γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη για προσπάθεια και βελτίωση της συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ Κέντρου Υγείας και νοσοκομείου.

Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι απόλυτα εφικτή στα πλαίσια των δυνατοτήτων των Κέντρων Υγείας της χώρας. Αναμφισβήτητα, σημαντική προϋπόθεση για την επιτυχία του προγράμματος είναι η συνεχής ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή ανταπόκριση των γυναικών για συμμετοχή του σε αυτό. Πέρα από την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου, το πρόγραμμα δίνει, παράλληλα, τη δυνατότητα αντιμετώπισης και ενός σημαντικού αριθμού φλεγμονών στις γυναίκες, γεγονός που αφενός βελτιώνει τη γυναικεία υγεία και αφετέρου βοηθά στην καλύτερη αποδοχή του προγράμματος από τον πληθυσμό.

1.3.6. Θέσεις και συμβολή της πλαστικής χειρουργικής στην ψυχο-κοινωνική αποκατάσταση καρκινοπαθών ασθενών

Ως γνωστό, κάθε χειρουργική πράξη περιλαμβάνει δυο βασικούς χρόνους: το χρόνο της θεραπείας και το χρόνο της αποκατάστασης.

Δεν είναι δυνατό να επέμβουμε οπουδήποτε στο σώμα ή σύστημα (πεπτικό, κυκλοφορικό κ.α.) για κάποιο όγκο, καλοήγη ή κακοήγη, ή κάποια άλλη τραυματική βλάβη ή νόσο και να μη προβούμε στην αποκατάσταση του οργάνου που υπέστη τη βλάβη. Για το πρόσωπο, το οποίο δίνει στο άτομο την προσωπικότητα και την κοινωνική δραστηριότητα, είναι ευνόητο ότι η αποκατάσταση κάθε βλάβης αυτού είναι πάρα πολύ σημαντική και αναγκαία. Αναντίρρητα, ο καρκίνος που εντοπίζεται στο πρόσωπο κατέχει ένα μεγάλο ποσοστό (80%-90%) των όγκων δερματικής εντόπισης. Η επιτυχία μιας εγχείρησης για καρκίνωμα στο πρόσωπο εξαρτάται κυρίως από τη ριζικότητά της (Τριχιλής 1985). Γι' αυτό, είναι σαφής και

επιβεβλημένη η άμεση αποκατάσταση των οργάνων αυτών που επηρεάστηκαν κατά την κάκωση, την εγχείρηση ή και συνέπεια συγγενούς δυσμορφίας.

Παλαιότερα, επικρατούσε η άποψη ότι η αποκατάσταση έχει θέση μόνο και εφόσον επιτευχθεί ίαση της νόσου. Η καλύτερη, όμως, γνώση και αντιμετώπιση του προβλήματος των καρκινοπαθών σε εξειδικευμένα Αντικαρκινικά Κέντρα επέτρεψαν την αλλαγή της θέσης αυτής. Έτσι, ο χρόνος κατά τον οποίο θα πρέπει να γίνεται η αποκατάσταση εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους:

- από την εντόπιση της νόσου
- από την ύπαρξη τοπικής νόσου ή μεταστάσεως
- από τους παράγοντες “άρρωστο και χειρουργό”.

Ειδικότερα, ως προς την εντόπιση θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η προηγούμενη θεραπεία, οι υποτροπές, ο ιστολογικός τύπος και ο αισθητικός παράγοντας καθώς και η λειτουργικότητα του οργάνου. Αυτή μερικές φορές είναι άμεσα συνδεδεμένη με την επιβίωση του ασθενούς, πράγμα που καθιστά την αποκατάσταση άμεση και επιβεβλημένη. Για τη δεύτερη παράμετρο, δημιουργείται ο προβληματισμός, όταν υπάρχει νόσος ή μετάσταση, γιατί να γίνει η αποκατάσταση π.χ. μαστού. Επιπρόσθετα, για την τρίτη παράμετρο δύναται να εξεταστούν οι εξής παράγοντες: α) άρρωστος, όπου σημασία έχουν η ηλικία του, το φύλο, η μόρφωση, το επάγγελμα κ.α. και β) χειρουργός, όπου οι αντιλήψεις, η εκπαίδευση και η πείρα του Πλαστικού Χειρουργού καταλήγουν στη σωστή αντιμετώπιση και την άμεση αποκατάσταση.

Εν κατακλείδι, η άμεση αποκατάσταση έχει υποστηρικτική σημασία, καθώς είναι ασφαλής και επιτυχής, μειώνει το χρόνο νοσηλείας και αποκαθιστά αμέσως τη λειτουργία και αισθητικότητα του οργάνου και έτσι απαλλάσσει τον άρρωστο από τα πιθανά λειτουργικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που πιθανώς θα προκύψουν. Τελειώνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι η προσφορά της Πλαστικής Χειρουργικής στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών με τραυματικές ή χειρουργικές αναπηρίες είναι πολύ μεγάλη και η ανάλυση της αποκατάστασης αυτής απαιτεί μακροχρόνια εμπειρία.

1.3.7. Δια-επαγγελματική Ομαδική Εργασία. Πρόγραμμα παροχής “φροντίδας στο σπίτι” σε ασθενείς με καρκίνο

Είναι προφανές ότι τα πολλαπλά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους απαιτούν μια σύνθετη στρατηγική στην παροχή φροντίδας, κυρίως όταν περιθάλπονται στο σπίτι. Οι θεραπείες, οι πόνοι, η ειδική διαίτα, σε συνδυασμό με την ψυχολογική πίεση και την κατάθλιψη που συχνά συνυπάρχουν, δημιουργούν μια συνθετικά δύσκολη κατάσταση, για την άμβλυση της οποίας η κατ' οίκον φροντίδα πρέπει να στοχεύει σε τρεις βασικούς στόχους: α) την παροχή ιατρικής θεραπείας, β) την ψυχολογική υποστήριξη των ίδιων των ασθενών και γ) τη ενδυνάμωση της οικογένειας για να αντέξει τις πιέσεις που δημιουργούνται.

Αναντίρρητα, η συνεργασία αμφοτέρων-ασθενούς και οικογένειας με τα μέλη της ομάδας- καθίσταται αναγκαία και μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ τους πρέπει να αποτελέσει το αρχικό μέλημα των μελών της ομάδας. Σκοπός είναι να συζητηθούν ανοιχτά τα σύνθετα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του, καθώς και οι δυνάμενες να δημιουργηθούν δυσκολίες. Η διαδικασία τέτοιου είδους ομαδικής εργασίας προϋποθέτει από τα μέλη της ομάδας μοίρασμα γνώσεων, τεχνικών και επικέντρωση όλων των μελών σε ένα στόχο, τη φροντίδα του ασθενούς και της οικογένειας και την εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας γι' αυτούς.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Jigsaw (Jones and Moyra 1997), η εν λόγω ομάδα “φροντίδας κατ' οίκον καρκινοπαθών ασθενών” αποτελείται από τα εξής μόνιμα μέλη:

- Δυο (2) ειδικούς γιατρούς (ογκολόγος, χημειοθεραπευτής)
- Τρεις (3) εξειδικευμένες νοσηλεύτριες (στη νοσηλεία καρκινοπαθών)
- Δυο (2) ψυχοθεραπευτές (συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία)
- Δυο (2) κοινωνικούς λειτουργούς (εργασία με κοινότητα, εργασία με οικογένεια)
- Δυο (2) επισκέπτες υγείας
- Έναν (1) κοινωνικό λειτουργό (εξειδικευμένο στη συμβουλευτική με ασθενείς με ορισμένο χρόνο ζωής και τις οικογένειές τους).

Η είσοδος εκάστου μέλους στη θεραπευτική δια-επαγγελματική ομάδα σηματοδοτήθηκε είτε από διοικητική απόφαση, είτε από επαγγελματική ή προσωπική επιλογή, είτε από εκπαιδευτική απαίτηση ή και απλή σύμπτωση. Η πρώτη κοινή απόφαση της ομάδας ήταν η διασφάλιση της θεραπευτικής της ταυτότητας, ώστε να μη δημιουργηθεί σύγχυση από τη δραστηριότητα των μελών της στην κοινότητα. Μάλιστα, η αναγνώριση του θεραπευτικού στόχου της ομάδας δημιούργησε τις απαραίτητες συνθήκες για την ανάπτυξη και εδραίωση μιας διαλεκτικής σχέσης

μεταξύ των ρόλων και των υπευθυνότητων που αναλαμβάνονται από τα μέλη. Για παράδειγμα, ήταν δυνατό, μετά από εμπειριστατωμένη μελέτη των στοιχείων κάθε περίπτωσης και τη σχέση που αναπτυσσόταν μεταξύ ασθενών-οικογενειών και των μελών της ομάδας, ο ογκολόγος να αναλάμβανε να δουλέψει για την ενδυνάμωση της οικογένειας του ασθενούς, επειδή αυτή εμφανιζόταν κουρασμένη και ψυχολογικά πιεσμένη από τη συνεχή φροντίδα του, ο κοινωνικός λειτουργός να αναλάμβανε τη διεργασία ενθάρρυνσης του ασθενούς και ψυχολογικής του ενίσχυσης, αλλά και ο νοσηλευτής ή εθελοντής να ενημερώνει την Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου για τη δράση της ομάδας και την πορεία των περιστατικών.

Μάλιστα, αυτός ο τρόπος λειτουργίας ενισχύει τη συνέχεια του παρεχόμενου έργου, την αποτελεσματικότητα έργου χωρίς απώλεια χρόνου και κυρίως καθιστά όλα τα μέλη υπεύθυνα για τη δημιουργία ευέλικτου σχήματος παροχής υπηρεσιών.

1.4. Ερευνητική Υπόθεση

Σύμφωνα με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτήσεων, παρατηρείται ότι οι προσπάθειες να μελετηθούν σχεδόν όλες οι διαστάσεις που αναφέρονται στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών είναι πολλές. Αναμφίβολα, ο ασθενής που εισάγεται στο νοσοκομείο έχει να αντιμετωπίσει έναν πολύπλοκο οργανισμό με ποικιλία στόχων και καλά διαμορφωμένο σύστημα ρόλων. Οι διαδικασίες αυτές, που εξισορροπούν τις διαφορετικές αρμοδιότητες με το μεγάλο αριθμό ατόμων και κατηγοριών προσωπικού, κάνουν τη σύγκρουση του ασθενή με το σύστημα αυτό να είναι αναπόφευκτη.

Σε έρευνα του Γ. Κυριόπουλου κ.α. (1993) σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, από άποψη κατάρτισης και συμπεριφοράς του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρήθηκε μικρή ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, οι ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού θεωρήθηκαν τυπικά ευγενικές, ψυχρές και του νοσηλευτικού προσωπικού κυρίως ουδέτερες και αδιάφορες. Όσον αφορά στην επιστημονική κατάρτιση του μέσου Έλληνα ιατρού, θεωρήθηκε καλή και μάλιστα κατέδειξαν ότι ο Έλληνας γιατρός αποσκοπεί στην επιστημονική προσωπική άνοδο

του, στον πλούτο και την κοινωνική καταξίωση ταυτόχρονα. Ως προς τις συνθήκες διαμονής-προσπέλασης στο νοσοκομείο, οι χρήστες-ασθενείς νοσηλεύτηκαν κυρίως ως δέκα (10) ημέρες και γενικά θεώρησαν ικανοποιητική ως ουδέτερη-αδιάφορη την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Ως προς την ξενοδοχειακή υποδομή και οργάνωση του νοσοκομείου, οι απόψεις-ικανοποίηση των χρηστών ήταν μέτρια ως κακή, άποψη που αφορούσε στην κατάσταση των σαλονιών, των τηλεοράσεων, καθώς και τη δυνατότητα επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω του τηλεφώνου. Τέλος, ως προς το κόστος νοσηλείας παρατηρήθηκε ένα υψηλό ποσοστό νοσηλευθέντων που πλήρωσαν πρόσθετο ποσό, κυρίως μετά από υπόδειξη ιατρού, προσδοκώντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, έρευνα των Χ. Γιαννούτσου κ.α. (1990) έδειξε ότι τα περισσότερα παράπονα των ασθενών αφορούν στην ξενοδοχειακή υποδομή. Σημαντικά παράπονα αφορούν τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσης, όπως το θέμα του φαγητού και την κατάσταση των κοινόχρηστων χώρων. Ειδικότερα για το πρώτο, οι ασθενείς παραπονούνται τόσο για την ποιότητα όσο και για την ποσότητα των προσφερόμενων γευμάτων. Για το δεύτερο, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς τονίζουν πως περισσότερη καθαριότητα δε θα έβλαπτε. Πράγματι, οι παραπάνω παροχές είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρωταρχική οργάνωση μιας ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτής διαβίωσης. Παράλληλα, οι ασθενείς δείχνουν μέτρια ευχαριστημένοι από το παρεχόμενο επίπεδο νοσηλείας, την ιατρική παρακολούθηση και τη γενικότερη υποστήριξη.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα προαναφέρθηκαν, υποθέτουμε ότι δεν υπάρχει ικανοποίηση των ασθενών με νεοπλασματική νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο εξεταζόμενο νοσοκομείο.

Αναμφίβολα, οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών είναι πολλοί. Ο συνωστισμός σε συνδυασμό με τη γενικότερη εμφάνιση ορισμένων χώρων δημιουργούν μια εικόνα που ελάχιστα θυμίζει περιβάλλον θεραπείας. Δεν αρκεί, λοιπόν, μόνο η ψυχολογική συμπαράσταση του ιατρού για να αισθάνεται ο νοσηλευόμενος ευχάριστα και άνετα. Είναι απαραίτητο, ο χώρος στον οποίο βρίσκεται ο άρρωστος να του δημιουργεί ψυχική ευεξία και ασφάλεια (Γιαννούτσος 1990). Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό φέρει τα προσωπικά του προβλήματα με συνέπεια να

επηρεάζεται η συμπεριφορά του προς τους ασθενείς (Παπαδημητρίου 1996). Τέλος, πολλοί ασθενείς επηρεάζονται αρνητικά, καθώς βλέπουν ότι με το φιλοδώρημα μπορούν να εξασφαλίσουν πιο προσεγμένη και εξατομικευμένη φροντίδα (Παπαδημητρίου 1996).

1.5. Περιγραφή Μεταβλητών

Για την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με νεοπλασματική νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιήσαμε ως όργανο μέτρησης ερωτηματολόγιο (Παράρτημα), το οποίο στηρίχτηκε στην κλίμακα Likert (πεντάβαθμη κλίμακα) και συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε με βάση τις πληροφορίες που έδωσε η Διεθνής και η Ελληνική Βιβλιογραφία στους τομείς εκείνους που αφορούν την ποιότητα φροντίδας και που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση του καρκινοπαθή ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει τέσσερις ενότητες. Η καθεμιά περιέχει ορισμένο αριθμό ερωτήσεων στην προσπάθεια ανίχνευσης της προσωποτυπίας των ασθενών, της μέτρησης της ικανοποίησής τους από τις ιατρονοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, καθώς και μια σειρά γενικών ερωτήσεων.

Παρακάτω αναλύεται ξεχωριστά η δομή της κάθε ενότητας.

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τρεις υποενότητες που αφορούν α) την εμφάνιση του νοσοκομείου, β) την υπευθυνότητα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς και γ) την αίσθηση της ασφάλειας των ίδιων των καρκινοπαθών ασθενών.

Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη υποενότητα αφορά το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από παράγοντες όπως ο εξοπλισμός και η τεχνολογία του νοσοκομείου, οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διακόσμηση, καθαριότητα, φαγητό), η εμφάνιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η διαθεσιμότητα χώρου στάθμευσης. Η επιλογή των ερωτήσεων αυτών, οι οποίες είναι αξιολογής σημασίας, έγινε για να διασαφηνιστούν οι ψυχολογικές διαστάσεις των νοσηλευομένων σε σχέση με τις περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες ζει ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του και έχουν άμεση σχέση με αυτόν, την αίσθηση ασφάλειάς του ανάλογα με το επίπεδο της

χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας, καθώς και την ευκολία πρόσβασης των επισκεπτών στο νοσοκομείο με οχήματα.

Η δεύτερη υποενότητα περιλαμβάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ετοιμότητα των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών, την ανταπόκριση στις ανάγκες της οικογένειας και τον συγχρονισμό των υπηρεσιών για τους ασθενείς. Η επιλογή των παραπάνω παραγόντων έγινε διότι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είναι απαραίτητο να ανταποκρίνεται στις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των καρκινοπαθών με υπευθυνότητα και ταχύτητα. Επιπλέον, ο συγχρονισμός των υπηρεσιών μέσα στο νοσοκομείο δημιουργεί κλίμα σωστής μεταχείρισης και εξυπηρέτησης των ατόμων που πάσχουν.

Η τρίτη υποενότητα αφορά την αίσθηση ασφάλειας από την πλευρά των ασθενών απέναντι στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη διαθεσιμότητα των ιατρών και των πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες και την πορεία της νόσου του ασθενή που πάσχει, καθώς και τη λήψη έγκρισής του πριν από κάθε εξέταση. Επίσης, εξετάζονται παράγοντες όπως η ευγένεια του προσωπικού, η ευκολία στην επικοινωνία με τον ιατρό, η προσωπική προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού, το συνολικό ενδιαφέρον για το πρόβλημα του ασθενούς, αλλά και το κόστος νοσηλείας. Η επιλογή των ερωτήσεων αυτών έγινε γιατί η διαχείριση της διαπροσωπικής προσέγγισης θα πρέπει να ανταποκρίνεται κοινωνικά σε καθορισμένους κανόνες και αξίες. Επιπλέον, η ακριβής και πλήρης επικοινωνία μεταξύ του θεράποντα ιατρού και του ασθενή είναι απαραίτητη, προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή της καλύτερης δυνατής ιατρικής φροντίδας (Παπανικολάου, Σιγάλας 1993). Επίσης, το κόστος είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την επιλογή του νοσηλευτικού ιδρύματος ανάλογα με το ασφαλιστικό του ταμείο και την «τσέπη» του ασθενούς.

Στη δεύτερη ενότητα ιεραρχούμε πέντε παράγοντες, οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου από τους καρκινοπαθείς ασθενείς. Οι παράγοντες αυτοί είναι το περιβάλλον του νοσοκομείου, η αξιοπιστία των υπηρεσιών, η υπευθυνότητα του προσωπικού, η ασφάλεια, καθώς και η προσωπική φροντίδα και αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ενότητα αυτή του ερωτηματολογίου έχει ως σκοπό να γίνει κατανοητό τι ενδιαφέρει περισσότερο τους ασθενείς, όταν επιλέγουν κάποιο συγκεκριμένο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Στην τρίτη ενότητα μελετάται με βάση τις απαντήσεις που έχουν προηγηθεί, ο βαθμός ικανοποίησης από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου (6ο Θεραπευτήριο ΙΚΑ), η οποία αποτελεί ερώτηση ελέγχου. Επιπρόσθετα, σκοπός μας είναι να συλλέξουμε τις γνώμες των καρκινοπαθών ασθενών σχετικά με την εικόνα που επικρατεί στο συνολικό σύστημα υγείας στη χώρα μας στον τομέα των δημόσιων νοσοκομείων. Είναι σημαντική η άποψη των ασθενών, γιατί οι προσδοκίες της ελληνικής κοινωνίας (στον τομέα της φροντίδας υγείας) αυξάνονται συνεχώς, όχι μόνο για την πληρότητα της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και για την ποιότητά τους (Μπηνιώρης 1995).

Η τέταρτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ασθενών, το τμήμα και τη διάρκεια νοσηλείας, τον τρόπο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο, καθώς και την προηγούμενη ή μη νοσηλεία του ασθενή στο εξεταζόμενο νοσοκομείο. Ως κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά επιλέχθηκαν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα. Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε διότι η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει αναλόγως της ηλικίας, του φύλου, του επαγγέλματος και του μορφωτικού επιπέδου. Πιο συγκεκριμένα, ο προσδιοριστικός παράγοντας φύλο, επιλέχθηκε για την μεγαλύτερη ακρίβεια των δεδομένων-πληροφοριών. Ο προσδιοριστικός παράγοντας ηλικία επιλέχθηκε, διότι έχει παρατηρηθεί ότι π.χ. τα άτομα μέσης και νεαρής ηλικίας παραπονούνται για την κακή ποιότητα φαγητού (Δρίτσας 1991), καθώς επίσης τα ηλικιωμένα άτομα χρήζουν ιατρικής φροντίδας και συμπαράστασης (Talamini R., Boz G. 1991).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας, καθώς άτομα με υψηλή μόρφωση και γνώση έχουν μεγάλες προσδοκίες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Lee Y., Kasper J. 1998).

Επίσης, ο προσδιοριστικός παράγοντας επάγγελμα επιλέχθηκε καθώς τα άτομα με υψηλό εισόδημα παρουσιάζουν περισσότερες απαιτήσεις από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, σε σχέση με τα άτομα που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν επαρκώς στις ανάγκες που τους παρουσιάζονται (Kurata JH 1994). Το τμήμα νοσηλείας κρίθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο, διότι η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει από τμήμα σε τμήμα και οι ανάγκες ποικίλουν (Mowen JC., Licata JW 1993). Είναι αξιοσημείωτο, ότι η διάρκεια νοσηλείας

αποτελεί μια ακόμη σημαντική πτυχή του ερωτηματολογίου, γιατί όσο περισσότερο νοσηλεύεται ο ασθενής στο νοσοκομείο, τόσο έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και οι απαντήσεις του διακρίνονται από αξιοπιστία και ειλικρίνεια (Dube L.1994). Έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα αποτελεί ο τρόπος εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου του (Abbot F.V. 1992). Τέλος, η πιθανή προηγηθείσα νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο που μελετάται επιλέχθηκε με σκοπό ο ερευνητής να μπορέσει να επαληθεύσει την αξιοπιστία των απαντήσεων των ασθενών (λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή προηγούμενη νοσηλεία τους) και να σχηματίσει πιο ακριβή εικόνα για το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευθέντων (Glover J., Dibble SL., 1995).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ