

Σύγκριση απόψεων ασθενών με αναπνευστικό πρόβλημα και επαγγελματιών υγείας σχετικά με το επίπεδο φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας

Δημήτρης Ε. Παπαγεωργίου

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
Τμήμα Ιατρικής, Υπεύθυνος Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων ΓΝΑ «Γ. Γεννη-
ματάς», Αθήνα

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή

ΣΚΟΠΟΣ Ο προσδιορισμός των απόψεων των ασθενών για την παρεχόμενη σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) φροντίδα από την οπτική γωνία των αναπνευστικών ασθενών που νοσηλεύονται εκεί και η σύγκρισή τους με τις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Αξιολογήθηκαν οι απαντήσεις 62 ασθενών ΜΕΘ που έπασχαν από αναπνευστική ανεπάρκεια και 49 ατόμων ιατρονοσηλευτικού προσωπικού Αθηνών και επαρχίας σε ερωτηματολόγιο προσδιορισμού των απόψεών τους για το είδος και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στις ΜΕΘ. Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 11 για Windows και, πιο συγκεκριμένα, η στατιστική μέθοδος χ^2 (Chi-square tests).

Comparison of perceptions of patients with a respiratory problem and health professionals about the level of care provided in intensive care units

Dimitrios E. Papageorgiou

RN, MSc, Candidate doctor, University of Ioannina, Medical School,
Coordinator Nursing Specialties, "G. Gennimatas" General Hospital
of Athens, Athens, Greece

University of Ioannina, Medical School

AIM The identification of patient perceptions of aspects of care provided in intensive care units (ICU) from the perspective of respiratory patients and the comparison of those findings with the perceptions identified by the ICU staff.

MATERIAL-METHOD There was an assessment of the answers given by sixty-two respiratory patients and forty-nine ICU staff members from Athens and the provinces to a questionnaire developed with the aim to assess their opinions about the kind and quality of received care. The data were analyzed with the statistical software program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0 for Windows and more specifically using Chi-square tests.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Με πιθανότητα 100%, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των απόψεων αναπνευστικών ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε όλα τα ζητήματα που τους τέθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, επαγγελματίες υγείας και αναπνευστικοί ασθενείς βρέθηκε ότι έχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά στα σημαντικότερα συστατικά της φροντίδας που παρέχεται σε μια ΜΕΘ ($x^2=76,53$, $df=13$), στα θετικότερα ($x^2=79,04$, $df=13$) και στα αρνητικότερα ($x^2=79,38$, $df=20$) στοιχεία αυτής, στο είδος της πληροφόρησης που θα έπρεπε να παρέχεται σε μια ΜΕΘ ($x^2=24,85$, $df=6$), καθώς και στους τομείς λειτουργίας των ΜΕΘ όπου απαιτείται περαιτέρω βελτίωση ($x^2=92,39$, $df=19$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Μια συνεχής και δημιουργική ανταλλαγή απόψεων μεταξύ του αναπνευστικού ασθενούς και του προσωπικού που τον φροντίζει πρέπει να εγκαθιδρυθεί ως απαραίτητο συστατικό στην τόσο σύνθετη διαδικασία παροχής φροντίδας στις ΜΕΘ, προκειμένου τελικά ο ασθενής να βοηθηθεί στην αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Λέξεις-κλειδιά:

- Αναπνευστική ανεπάρκεια • ΜΕΘ • Προβλήματα ασθενών
- Ικανοποίηση ασθενούς • Ποιοτική φροντίδα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δημήτρης Ε. Παπαγεωργίου
Αροανίων 12-14, 115 22 Αμπελόκηποι, Αθήνα
Τηλ. 210-64 27 265, 6938-358 890
E-mail: dimpapageorgiou@tpp24.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πληθώρα της βιβλιογραφίας και η διεξαγωγή πολλών ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών αποδεικνύουν πόσο σημαντικό είναι για κάποιον να εξερευνήσει την έννοια αυτή, προκειμένου να ανακαλύψει εάν και σε ποιο βαθμό η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένδειξη ποιοτικής φροντίδας.¹⁻⁵

Είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί ο διαχωρισμός μεταξύ του εννοιολογικού και του λειτουργικού ορισμού ενός όρου. Ο εννοιολογικός ορισμός του όρου, από τη μια, περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους ο όρος αυτός έχει προσεγγιστεί και τα νοήματα που του έχουν αποδοθεί. Σε αντίθεση, ο λειτουργικός ορισμός παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος ο όρος έχει μετρηθεί από διαφορετικές μελέτες.⁶ Με δεδομένη, λοι-

RESULTS Setting a significance level (P) of 0.05, tests used showed statistically significant differences between the opinions of respiratory patients and health professionals on all the questionnaire items. More specifically, health professionals and respiratory patients were found to have different opinions about the most important parts of ICU care ($x^2=76.53$, $df=13$); the most positive aspects of ICU care ($x^2=79.04$, $df=13$); the most negative aspects of ICU care ($x^2=79.38$, $df=20$); the information needed ($x^2=24.85$, $df=6$) and finally, the appropriate improvements that ICU staff should make in their everyday practice ($x^2=92.39$, $df=19$).

CONCLUSIONS A continuous and constructive feedback between respiratory patient and the staff who cares for him should be established as a crucial aspect of the complex process of ICU health care so as the patient to be finally helped.

Key words:

- Respiratory insufficiency • Intensive care unit
- Patient problems • Patient satisfaction • Quality care

Corresponding author

Dimitrios E. Papageorgiou
12-14 Aroanion street, GR-115 22 Ampelokipi, Athens, Greece
Tel. +30 210-64 27 265, 6938-358 890
E-mail: dimpapageorgiou@tpp24.gr

πόν, την άποψη αυτή, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η ικανοποίηση του ασθενούς έχει ποικίλες ερμηνείες από τη στιγμή που υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ της ύπαρξης της ως φαινόμενο –όπως και αν αυτό ορίζεται– και του τρόπου μέτρησής της.

Έτσι, έχουν δοθεί ποικίλες εννοιολογικές ερμηνείες της ικανοποίησης του ασθενούς, με επικρατέστερη εκείνη που υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς έχει οριστεί ως ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών για την ιδανική νοσηλευτική φροντίδα και την άποψη που διαμορφώνουν με βάση τη νοσηλευτική φροντίδα που λαμβάνουν όταν νοσήσουν.⁷ Σύμφωνα με τον Donabedian, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το τι προσμένει ο ασθενής από την παρεχόμενη σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) φροντίδα και του

τι πραγματικά λαμβάνει, καθώς κάτι τέτοιο φανερώνει την ποιοτική πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας.^{8,9} Επίσης, άλλοι συγγραφείς ορίζουν την ικανοποίηση του ασθενούς ως τη θετική πλευρά συγκεκριμένων πλευρών του χώρου υγείας.¹⁰ Η συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς καθώς και η άποψη που διαμορφώνει από την εμπειρία του στο χώρο της υγείας έχει περιγραφεί ως μία ακόμη οπτική γωνία της ικανοποίησης του ασθενούς.¹¹ Μια εναλλακτική άποψη αναφέρει ότι ο όρος αυτός σχετίζεται περισσότερο με μια γενικότερη επιβεβαίωση των προσδοκιών του παρά με την άποψη που έχει για συγκεκριμένα τμήματα των υπηρεσιών υγείας.¹² Επιπρόσθετα, συνιστά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ασθενών με ποικίλες πλευρές των υπηρεσιών που λαμβάνουν.¹³ Ένας άλλος ερευνητής υιοθέτησε τις απόψεις του Donabedian και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένα σημαντικό μέσο μέτρησης της ποιότητας από τη στιγμή που οι ασθενείς αποτελούν πηγές πληροφόρησης σχετικά με τον τρόπο παροχής της φροντίδας.¹⁴ Έχει, επίσης, θεωρηθεί ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέσο μέτρησης της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.¹⁵ Πολύ χαρακτηριστικά, ο Smith¹⁶ υποστήριξε ότι αποτελεί ένα συνδυασμό των αναγκών, των προηγούμενων εμπειριών και των προσμονών των ασθενών για τον τρόπο αντιμετώπισης ενός μελλοντικού τους προβλήματος από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, αποτελεί μέσο αξιολόγησης των όποιων αλλαγών επιφέρονται στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.¹⁷

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει σε εκείνα τα στοιχεία της φροντίδας που έχουν προσδιοριστεί από τις διάφορες έρευνες της ικανοποίησης του ασθενούς ως πλευρές ή διαστάσεις αυτής, τους λειτουργικούς, δηλαδή, ορισμούς. Οι διαστάσεις αυτές σχετίζονται με τους ακόλουθους παράγοντες: τέχνη της φροντίδας (θετικά εκτιμημένα χαρακτηριστικά γνώρισμα, όπως φιλικότητα και γνήσιο ενδιαφέρον), τεχνική ποιότητα της φροντίδας (π.χ. ακρίβεια και προσοχή στις λεπτομέρειες), ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης που δημιουργείται μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, προσβασιμότητα/άνεση, φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, εμπιστευτικότητα, συνέχεια και αποδοτικότητα της φροντίδας, ασφάλεια, παροχή πληροφόρησης, θόρυβος, καθαριότητα, ποιότητα της τροφής.^{6,18-22}

Μελέτες που αφορούν στη ΜΕΘ έχουν γίνει με σκοπό κυρίως να προσδιορίσουν τα σημαντικότερα προβλήματα που σχετίζονται με το είδος της φροντίδας που οι

ασθενείς λαμβάνουν σε περιβάλλον ΜΕΘ, παρά να εκτιμήσουν το επίπεδο της φροντίδας που παρέχεται εκεί και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από αυτήν. Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στις απόψεις των αναπνευστικών ασθενών σχετικά με το είδος της φροντίδας που λαμβάνουν σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας, από τη στιγμή που το ποσοστό εισαγωγής τέτοιων ασθενών στις ελληνικές ΜΕΘ είναι συντριπτικά μεγάλο. Διεθνώς, δεν υπάρχει δημοσιευμένη έρευνα σχετικά με τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα από την παρεχόμενη σε ΜΕΘ φροντίδα. Επίσης, στην Ελλάδα καμία μελέτη δεν έχει ασχοληθεί με την εκτίμηση των απόψεων τέτοιων ασθενών, παρόλο που η πλειοψηφία των ελληνικών ΜΕΘ είναι γενικές ΜΕΘ, όπου οι αναπνευστικοί ασθενείς αντιπροσωπεύουν ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτές. Κατ' αυτή την έννοια, η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να έχει και διεθνές αλλά και εθνικό ενδιαφέρον.

ΣΚΟΠΟΣ

Η αναζήτηση και σύγκριση των απόψεων αναπνευστικών ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ για το είδος της φροντίδας που παρέχεται στις ΜΕΘ. Απώτερος σκοπός ήταν να προσδιοριστούν οι τυχόν διαφορές που ενδέχεται να υπάρχουν ανάμεσα σε αναπνευστικούς ασθενείς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ όσον αφορά στους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα στις ΜΕΘ.

Μεθοδολογία

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη, όπου έγινε ποιοτική ανάλυση της έννοιας που δίνουν αναπνευστικοί ασθενείς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (εκφράζοντας υποθετικά την άποψη των ασθενών) στον όρο «ικανοποίηση του ασθενούς» σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας μέσω μιας μερικά δομημένης συνέντευξης. Αποφεύχθηκαν οι συγκρίσεις των απαντήσεων ασθενών και προσωπικού της ίδιας ΜΕΘ για λόγους προκατάληψης, φόβου ή αναστολών συμμετοχής των ασθενών.

Δείγμα έρευνας

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε ασθενείς και προσωπικό ΜΕΘ από την Αθήνα και την επαρχία, προ-

ερχόμενους από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 10 νοσοκομεία με 12 ΜΕΘ, η δυναμικότητα των οποίων κυμαινόταν από 4–12 κρεβάτια, με μια μέση πληρότητα κρεβατιών πάνω από 90% και μια αναλογία νοσηλευτή ανά ασθενή 1:2 ή 1:3, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς. Η συλλογή του δείγματος (N=111, 62 ασθενείς και 49 άτομα προσωπικού) ολοκληρώθηκε σε χρονική περίοδο δέκα μηνών.

Οι ασθενείς συμπεριλήφθηκαν μόνο μία φορά στη μελέτη αυτή. Τα κριτήρια επιλογής τους ήταν τα εξής: (1) να είναι άνω των 16 ετών, (2) να έχουν νοσηλευτεί στη συγκεκριμένη ΜΕΘ 4 τουλάχιστον ημέρες πριν από την πραγματοποίηση της συνέντευξης, (3) να έχουν τη δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας, (4) να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μη λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα ή να υποβάλλονται σε κάποια θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση, (5) να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από την επεξήγηση του σκοπού της έρευνας και μιας σύντομης περιγραφής της διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης.

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε και επαγγελματίες υγείας (γιατροί και νοσηλευτές) που είχαν κυκλικό ωράριο. Το μοναδικό κριτήριο γι' αυτούς ήταν ότι έπρεπε να έχουν εμπειρία ενός τουλάχιστον έτους σε ΜΕΘ.

Συλλογή των δεδομένων

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε σχετικό αίτημα στα ΔΣ των ιδρυμάτων και αφού δόθηκε η άδεια, ο ερευνητής επικοινωνήσε απευθείας με τους διευθυντές των ΜΕΘ των νοσοκομείων προκειμένου να τους προσφέρει τις απαραίτητες επεξηγήσεις. Όσον αφορά στη συμμετοχή των ασθενών, ο ερευνητής ζητούσε από έναν εργαζόμενο της ΜΕΘ, ο οποίος δεν συμμετείχε στην έρευνα, να ενημερώσει τον ασθενή που έπασχε από αναπνευστική ανεπάρκεια για το αν επιθυμεί εθελοντικά να συμμετάσχει στην έρευνα. Ο ερευνητής, από την πλευρά του, διαβεβαίωνε τους ασθενείς για την τήρηση της ανωνυμίας τους, όπως επίσης και για το ότι οι απαντήσεις τους δεν θα επηρέαζαν καθόλου την αντιμετώπισή τους από το προσωπικό των ΜΕΘ όπου νοσηλεύονταν. Όσον αφορά στη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι ενθαρρύνονταν αλλά δεν καθοδηγούνταν ή εξαναγκάζονταν από τους διευ-

θυντές των ΜΕΘ να συμμετάσχουν στην έρευνα, ο ίδιος ο ερευνητής ζητούσε τη συμμετοχή τους. Όλοι όσοι αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν –ασθενείς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό– ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους αυτή θα ήταν εθελοντική και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να δημοσιοποιηθούν και να ανακοινωθούν σε συνέδρια.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε για τους μεν ασθενείς με τη μορφή συνεντεύξεων και αφού οι ασθενείς ήταν έτοιμοι να μεταφερθούν από τη ΜΕΘ σε κλινική για αποκατάσταση. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είχε σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη σε ΜΕΘ φροντίδα. Το ίδιο ερωτηματολόγιο δόθηκε και στο προσωπικό των ΜΕΘ, από το οποίο ζητήθηκε να απαντήσει «υποθετικά» για το πώς πιστεύει ότι θα απαντούσαν οι ασθενείς και όχι σύμφωνα με τη δική του άποψη.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ανοικτές ερωτήσεις (open-ended questions), τις οποίες ξεκινούσε ο ερευνητής και ολοκλήρωνε ο αναπνευστικός ασθενής ή ο λειτουργός υγείας, προκειμένου να τους δοθεί η ευχέρεια να εκφράσουν ελεύθερα κάποιες σημαντικές για τους ίδιους απόψεις όσον αφορά στον τρόπο λειτουργίας των ΜΕΘ. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν στην άποψή τους για τη σημαντικότερη πλευρά της φροντίδας που παρέχεται σε ΜΕΘ, το θετικότερο στοιχείο της, το αρνητικότερο στοιχείο της, το είδος της πληροφόρησης που οι ασθενείς επιζητούν, καθώς και τους τομείς απαραίτητης βελτίωσης της λειτουργίας του προσωπικού των ΜΕΘ. Βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, απαντήθηκαν από όλους τους ασθενείς. Το προσωπικό των ΜΕΘ ρωτήθηκε σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματική του ιδιότητα, το μορφωτικό του επίπεδο και τα χρόνια προϋπηρεσίας του.

Επεξεργασία δεδομένων/Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 11 (Statistical Package for the Social Sciences) για Windows. Θέτοντας ένα επίπεδο σημαντικότητας (P) 0,05 χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος χ^2 (Chi-square tests) προκειμένου να συγκρίνουμε τις συχνότητες και τα

ποσοστά συχνότητων των απαντήσεων που ασθενείς και προσωπικό έδωσαν στις ανοικτές ερωτήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Εξήντα δύο αναπνευστικοί ασθενείς και 49 άτομα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πληρούσαν τα κριτήρια και ως εκ τούτου συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την έρευνα. Από τους ασθενείς του δείγματος, 37 ήταν άνδρες (59,7%) και 25 γυναίκες (40,3%). Η ηλικία κυμάνθηκε από 16 ετών η μικρότερη έως 83 ετών η μεγαλύτερη, με μέση τιμή τα 56,40 έτη (SD=17,26). Από το προσωπικό του δείγματος, 11 ήταν άνδρες (22,4%) και 38 γυναίκες (77,6%). Η μέση τιμή της ηλικίας του ήταν τα 32,94 έτη (SD=7,10) και η μέση τιμή ετών προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ τα 6,41 έτη (SD=5,65), με τη μικρότερη να είναι στο 1 έτος και τη μεγαλύτερη στα 23 έτη. Ο πίνακας 1 περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά ασθενών και προσωπικού.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε την ύπαρξη σημαντικών διαφορών μεταξύ των απόψεων αναπνευστικών ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε όλα τα ζητήματα για τα οποία ερωτήθηκαν αναφορικά με το επίπεδο της φροντίδας που παρέχεται στις ελληνικές ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, με πιθανότητα 100% υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις επαγγελματιών υγείας και αναπνευστικών ασθενών όσον αφορά (1) στα σημαντικότερα συστατικά της φροντίδας που παρέχεται σε μια ΜΕΘ ($\chi^2=76,53$, $df=13$), (2) στα θετικότερα στοιχεία μιας ΜΕΘ ($\chi^2=79,04$, $df=13$), (3) στα πιο αρνητικά στοιχεία μιας ΜΕΘ ($\chi^2=79,38$, $df=20$), (4) στο είδος της πληροφόρησης που ασθενείς και προσωπικό πιστεύουν πως θα έπρεπε να παρέχεται σε μια ΜΕΘ ($\chi^2=24,85$, $df=6$) και (5) στους τομείς λειτουργίας μιας ΜΕΘ όπου απαιτείται περαιτέρω βελτίωση ($\chi^2=92,39$, $df=19$). Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τις απαντήσεις σε ποσοστά συχνότητων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έδειξε ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στο τι ασθενείς και προσωπικό πιστεύουν ότι είναι εκείνο το στοιχείο της παροχής φροντίδας στο χώρο της

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών και προσωπικού μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Ασθενείς	
Ηλικία (μέση τιμή: 56,37±17,33)	f
<30	6
30–39	6
40–49	15
50–59	10
>60	32
Φύλο	
Γυναίκες	25
Άνδρες	37
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	9
Έγγαμοι	53
Μορφωτικό επίπεδο	
Αγράμματοι	6
Γυμνάσιο & Λύκειο	53
ΤΕΙ & ΑΕΙ	3
Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	
Ηλικία (μέση τιμή: 32,94±7,10)	f
<30	18
30–39	24
40–49	5
>50	2
Φύλο	
Γυναίκες	38
Άνδρες	11
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	25
Έγγαμοι	24
Μορφωτικό επίπεδο	
Γυμνάσιο & Λύκειο	9
ΤΕΙ & ΑΕΙ	35
MSc & PhD	5
Επάγγελμα	
Νοσηλεύτες/τριες	40
Ιατροί	9
Προϋπηρεσία στη ΜΕΘ (έτη)	
<5	25
5–15	21
>16	3

ΜΕΘ που μπορεί να οδηγήσει στην ικανοποίηση των αναγκών του αναπνευστικού ασθενούς.

Έτσι, όταν ζητήθηκε από τους ασθενείς να προσδιορίσουν τους τομείς της φροντίδας που το προσωπικό πρέπει να βελτιώσει, η πλειονότητα των απαντήσεών τους

Πίνακας 2. Απαντήσεις ασθενών και προσωπικού μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Ερωτήσεις-Απαντήσεις			
Ασθενείς	(%)	Προσωπικό	(%)
<i>Σημαντικότερη πλευρά της φροντίδας (Chi-square $x^2=76,53$, $df=13$, $P=0,000$)</i>			
Ανακούφιση από τον πόνο	27,4	Monitoring	26,5
Monitoring	21,0	Εξειδικευμένο προσωπικό	16,3
Οξυγονοθεραπεία	16,0	Υποστήριξη της ζωής	14,3
Κλινική εξέταση	12,9	Χωροταξική διάταξη ΜΕΘ	10,2
Μηχανικός αερισμός	9,7	Εξατομικευμένη φροντίδα	10,2
Διάγνωση	8,1	Στελέχωση	8,2
Τεχνική επάρκεια	4,8	Άσηπτες τεχνικές	6,1
		Μηχανικός αερισμός	6,1
<i>Θετικότερα στοιχεία μιας ΜΕΘ (Chi-square $x^2=79,04$, $df=13$, $P=0,000$)</i>			
Ταχύτητα ανταπόκρισης	16,1	Ικανό προσωπικό	34,7
Οικειότητα	14,5	Ομαδική εργασία	18,4
Προσβασιμότητα	12,9	Λειτουργικό πλάνο εργασίας	14,3
Ακρίβεια πληροφόρησης	9,7	Καθαριότητα	12,2
Αφοσίωση στο καθήκον	9,7	Ταχύτητα ανταπόκρισης	12,2
Ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών	9,7	Συντονισμός	8,2
Καθαριότητα	9,7		
<i>Αρνητικότερα στοιχεία μιας ΜΕΘ (Chi-square $x^2=79,37$, $df=20$, $P=0,000$)</i>			
Ανεπαρκής πληροφόρηση	12,9	Stress προσωπικού	20,4
Έλλειψη λεκτικής επικοινωνίας	12,9	Έλλειψη συμβουλευτικής	18,4
Θόρυβος	11,3	Λοιμώξεις	16,3
Μειωμένη εργατικότητα	9,7	Θόρυβος	12,2
Έλλειψη καθαριότητας	8,1	Ανεπαρκές προσωπικό	8,2
Περιορισμός επισκεπτηρίου	6,5	Έλλειψη κριτηρίων εισαγωγής	8,2
Αδιαφορία προσωπικού	6,5	Έλλειψη μη λεκτικής επικοινωνίας	4,1
Ασέβεια προς τον ασθενή	6,5	Ανεπαρκής εκπαίδευση προσωπικού	4,1
<i>Είδος πληροφόρησης των ασθενών (Chi-square $x^2=24,84$, $df=6$, $P=0,000$)</i>			
Διάγνωση	48,4	Επίδραση της νόσου	28,6
Θεραπεία	29,0	Διάγνωση	22,4
Έξοδος από το νοσοκομείο	8,1	Έξοδος από το νοσοκομείο	20,4
Καθημερινή αγωγή	6,5	Θεραπεία	12,3
Οδηγίες για το σπίτι	4,8	Αποκατάσταση	12,3
<i>Τομείς αναγκαίας βελτίωσης προσωπικού (Chi-square $x^2=92,39$, $df=19$, $P=0,000$)</i>			
Φιλική διάθεση	17,7	Συμβουλευτική προσωπικού	20,4
Επίδειξη υπομονής	12,9	Τεχνικές ικανότητες	14,3
Εγρήγορση για έκτακτη ανάγκη	11,3	Καλύτερη συνεργασία	12,2
Ανθρώπινη συμπεριφορά	9,7	Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	10,2
Ανακούφιση πόνου	9,7	Εφαρμογή νέων θεραπειών	8,2
Επικοινωνικότητα	9,7	Άσηπτες τεχνικές	8,2

*df=Βαθμοί ελευθερίας

**P=Επίπεδο σημαντικότητας

επικεντρώθηκε στη μεγαλύτερη συναισθηματική κατανόηση, ανθρωπιά, υπομονή, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, σεβασμό των δικαιωμάτων τους και ευγένεια που πρέπει το προσωπικό να επιδεικνύει. Αντιθέτως, αν και το επίκεντρο της ερευνητικής προσπάθειας ήταν ο ίδιος ο αναπνευστικός ασθενής, καθώς ζητήθηκε από το προσωπικό ΜΕΘ να εκφέρει υποθετικά την άποψη των ασθενών, εντούτοις το προσωπικό στις απαντήσεις που έδωσε στο συγκεκριμένο ερώτημα φαίνεται να αγνόησε τον ασθενή και τις ανάγκες του και απάντησε εκφράζοντας την προσωπική του άποψη προσδιορίζοντας έννοιες και όρους που σχετίζονται με την οργάνωση και στελέχωση μιας μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Χαρακτηριστικά, εκτός από το σεβασμό των δικαιωμάτων του ασθενούς, που ναι μεν αναφέρθηκε αλλά έλαβε ελάχιστο ποσοστό, οι απαντήσεις του προσωπικού επικεντρώθηκαν στη σημασία της συμβουλευτικής στο χώρο της υγείας, στη βελτίωση των τεχνικών ικανοτήτων, στη συνεργασία και ομαδικότητα των μελών του και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή του. Με δύο λόγια, επικεντρώθηκε σε ζητήματα που απασχολούν το ίδιο το προσωπικό και έχουν να κάνουν με την ποιότητα εργασίας του περισσότερο παρά με την επισήμανση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.

Όσον αφορά στις υπόλοιπες ανοικτές ερωτήσεις, όταν ζητήθηκε από τους ασθενείς και το προσωπικό να προσδιορίσουν πλευρές της φροντίδας που παρέχεται σε ΜΕΘ τις οποίες οι αναπνευστικοί ασθενείς θεωρούν σημαντικές, μόνο δύο κοινές απαντήσεις δόθηκαν, σχετικά με το monitoring και τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Βρέθηκε ότι και τα δύο μέρη του δείγματος (21% των ασθενών και 26,5% των επαγγελματιών υγείας) απέδωσαν εξίσου μεγάλη σημαντικότητα στην ύπαρξη monitoring στις ΜΕΘ. Όσον αφορά στη μηχανική υποστήριξη, οι αναπνευστικοί ασθενείς τη βαθμολόγησαν ως μεγαλύτερης σημαντικότητας παράγοντα απ' ό,τι το προσωπικό. Είναι αξιο παρατήρησης ότι σε όλες τις άλλες απαντήσεις που δόθηκαν στο συγκεκριμένο ερώτημα, οι ασθενείς προσδιόρισαν πλευρές της φροντίδας πολύ διαφορετικές από εκείνες που αποκάλυψε το προσωπικό. Έτσι, η ανακούφιση του πόνου, η οποία επισημάνθηκε από το 27,4% των ασθενών, δεν αναφέρθηκε καθόλου από το προσωπικό. Παρομοίως, απαντήσεις όπως προσωπικό εξειδικευμένων γνώσεων, χρήση τεχνικών μεθόδων υποστήριξης της ζωής, λειτουργικό πλάνο ΜΕΘ και εξατομικευμένη φροντίδα, οι οποίες επισημάνθηκαν από το προσωπικό, δεν ανα-

φέρθηκαν καθόλου από τους ασθενείς. Η οξυγονοθεραπεία, η κλινική εξέταση, η διάγνωση και η τεχνική υποστήριξη που παρέχεται σε ΜΕΘ υπήρξαν ζητήματα στα οποία στάθηκαν αρκετά οι ασθενείς. Το γεγονός ότι η ανακούφιση του πόνου υπήρξε η πρώτη σε συχνότητα απάντηση από τους αναπνευστικούς ασθενείς υποδεικνύει τη σημαντικότητα που αυτοί αποδίδουν στην επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου ως ένδειξη ποιότητας εντατικής φροντίδας. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να συμφωνήσει με τα ευρήματα άλλων μελετών, που συμπέραναν ότι η αποτελεσματική ανακούφιση συμπτωμάτων αναπνευστικών παθήσεων σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη σε ΜΕΘ φροντίδα.²³⁻²⁵

Στην ερώτηση σχετικά με τα θετικότερα στοιχεία μιας ΜΕΘ, προέκυψε μια ποικιλία απόψεων, τρεις από τις οποίες, αν και κοινές για ασθενείς και προσωπικό, βαθμολογήθηκαν με διαφορετική συχνότητα. Η πρώτη, αναφορικά με την ομαδικότητα του προσωπικού, ενώ προσδιορίστηκε από το 18,4% των μελών του προσωπικού, επισημάνθηκε ως θετικό σημείο μόνο από το 1,6% των ασθενών. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς φαίνεται να μην αναγνωρίζουν την παρουσία ομαδικότητας στον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ παρέχουν φροντίδα. Για τη δεύτερη απάντηση σχετικά με την καθαριότητα παρατηρήθηκαν παρόμοιες τάσεις, καθώς το 9,7% των ασθενών και το 12,2% του προσωπικού την ανέφεραν. Αναφορικά με την τρίτη και τελευταία κοινή τους απάντηση, η ταχύτητα ανταπόκρισης του προσωπικού στις ανάγκες των ασθενών προσδιορίστηκε από το 16,1% των αναπνευστικών ασθενών και μόνο από το 12,2% του προσωπικού. Είναι αξιο απορίας ότι ενώ η πλειοψηφία του προσωπικού (34,7%) τόνισε την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ ως την πλέον θετική πλευρά της παρεχόμενης εκεί φροντίδας, δεν τους θεωρεί ταυτόχρονα αρκετά ικανούς ώστε να αντιδρούν γρήγορα στις ανάγκες των ασθενών, ή ίσως όχι τόσο ικανούς όσο οι ίδιοι οι ασθενείς πιστεύουν ότι είναι. Επιπρόσθετα, ενώ η ζεστασιά που επιδεικνύει το προσωπικό αναφέρθηκε από το 15% περίπου των αναπνευστικών ασθενών, δεν επισημάνθηκε από το προσωπικό.

Η στατιστική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έδειξε ότι διαφορές μεταξύ των απόψεων των ασθενών και του προσωπικού υπήρξαν και αναφορικά με τους αρνητικότερους και πιο ενοχλητικούς παράγοντες μιας ΜΕΘ. Εκτός από το θόρυβο, που αναφέρθηκε και από

τους δύο, όλες οι υπόλοιπες απαντήσεις τους διέφεραν. Έτσι, σύμφωνα με τους αναπνευστικούς ασθενείς, η πιο συχνή παράλειψη της φροντίδας σε μια ΜΕΘ είναι η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης, η έλλειψη μη λεκτικής επικοινωνίας με το προσωπικό, όπως επίσης και το γεγονός ότι το προσωπικό δεν δείχνει ενσυναίσθηση στους ασθενείς. Από την άλλη, απαντήσεις του προσωπικού, όπως η ψυχολογική πίεση (stress) που νιώθει το προσωπικό και η έλλειψη συμβουλευτικής γι' αυτό, αναφέρθηκαν για άλλη μια φορά, εκφράζοντας έτσι καθαρά την υποκειμενική του άποψη και όχι εκμαιεύοντας την άποψη των ασθενών. Ένα αρνητικό στοιχείο της ΜΕΘ, το οποίο συγκέντρωσε μεγάλο ποσοστό απαντήσεων από πλευράς των ασθενών της μελέτης, ήταν η περιορισμένη χρονική διάρκεια του επισκεπτηρίου, γεγονός που αποδεικνύει για άλλη μια φορά τη σημαντικότητα που αποδίδουν οι ασθενείς στην επικοινωνία τους με το οικείο περιβάλλον ως μέσο έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.²⁶⁻²⁸

Αναφορικά με το είδος της πληροφόρησης που θα επιθυμούσαν οι αναπνευστικοί ασθενείς να έχουν, πολλές από τις απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ίδιες, διαφορετικής όμως συχνότητας. Η πληροφόρηση, για παράδειγμα, για τη διάγνωση της νόσου, η οποία αναφέρθηκε από το ήμισυ σχεδόν των ασθενών, προσδιορίστηκε από το 22,4% μόνο του προσωπικού. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και για την πληροφόρηση σχετικά με το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται, η οποία, ενώ συγκέντρωσε το 29% των απαντήσεων των ασθενών, έλαβε λιγότερο από το ήμισυ του ποσοστού αυτού (12,2%) από πλευράς του προσωπικού. Παρομοίως, η επίδραση της αναπνευστικής νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών, η οποία ήταν η συχνότερη απάντηση του προσωπικού όσον αφορά στο είδος της πληροφόρησης που οι ασθενείς επιθυμούν, κατατάσσεται στην τέταρτη θέση της λίστας των απαντήσεων των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κύριος σκοπός της έρευνας αυτής ήταν αφενός να επισημανθεί η σημαντικότητα της παρακολούθησης και της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς ως μια κρίσιμη πλευρά της ποιότητας της εντατικής φροντίδας και αφετέρου να επισημάνει ότι αυτές οι δύο πλευρές – διασφάλιση ποιότητας της εντατικής φροντίδας και μέτρηση των απόψεων των αναπνευστικών ασθενών σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται στη ΜΕΘ – μπο-

ρούν και θα έπρεπε να συσχετίζονται. Θα έπρεπε ίσως να επισημανθεί ότι αν και επίκεντρο της συγκεκριμένης έρευνας υπήρξε ο αναπνευστικός ασθενής, η πλειοψηφία των προβλημάτων που αυτός αντιμετωπίζει στη ΜΕΘ είναι περισσότερο ή λιγότερο κοινά με τα προβλήματα άλλων κατηγοριών ασθενών (ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νευροχειρουργικοί ασθενείς, ασθενείς με νευρομυϊκές παθήσεις). Έτσι, τα παρόντα συμπεράσματα, κάτω από κατάλληλες διαφοροποιήσεις, θα ήταν χρήσιμα για την ευρεία πλειοψηφία ασθενών ΜΕΘ όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. Έτσι, οι αναπνευστικοί ασθενείς της μελέτης μας είναι ικανοποιημένοι όταν οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν υπομονή, ανθρώπινη συμπεριφορά, σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ζεστασιά και ενσυναίσθηση· όταν εμπνέουν εμπιστοσύνη· όταν υπάρχει φιλική διάθεση κατά την παροχή πληροφόρησης και συμβουλευτικής υποστήριξης· όταν ενθαρρύνουν τους ασθενείς και επικοινωνούν μαζί τους είτε λεκτικά είτε μη λεκτικά· και, τέλος, όταν είναι ικανοί στη διαχείριση και ανακούφιση του πόνου τους. Είναι, επίσης, ικανοποιημένοι όταν το προσωπικό συνδυάζει τις τεχνικές με τις διαπροσωπικές ικανότητες κατά την παροχή φροντίδας, όταν διαθέτει επικοινωνιακές ικανότητες και τις χρησιμοποιεί όλες με τον απαραίτητο τρόπο, προκειμένου τελικά να είναι αποτελεσματικό στη φροντίδα τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Raphael W. Do we know what patients think? A survey comparing the views of patients, staff and committee members. *Int J Nurs Stud* 1967, 4:209-223
2. Mangen SP, Griffith JH. Patient satisfaction with community psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 1982, 7:477-482
3. Milne D. Planning and evaluating innovations in nursing practice by measuring the ward atmosphere. *J Adv Nurs* 1986, 11:203-210
4. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J Publ Health Med* 1992, 14:236-249
5. Pearson A, Durand I, Punton S. Determining quality in units where nursing is the primary intervention. *J Adv Nurs* 1989, 14:269-273
6. Stein MD, Fleishman J, Mor V. Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV-infected persons. *Med Care* 1993, 31:182-188
7. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res* 1975, 24:45-52
8. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean. *Am J Publ Health* 1981, 71:409-412

9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *JAMA* 1988, 260:1743-1748
10. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982, 16:577-582
11. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluat Prog Plann* 1983, 6:185-210
12. Swan J. Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects. *J Health Care Market* 1985, 5:7-18
13. Guzman PM, Slipecevic EM, Lacey EP, Vitello EM, Matthey MR, Woehlke PL et al. Taping patient satisfaction: a strategy for quality assessment. *Pat Educ Counsel* 1988, 12:225-233
14. Hudson BC. Free speech, not lip service. *Health Serv J* 1990, 100:918-919
15. Bond S, Thomas L. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* 1992, 17:52-63
16. Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Qual Assur Health Care* 1992, 4:171-177
17. Bowling A. Assessing health needs and measuring patient satisfaction. *Nurs Times Occasional Paper* 1992, 88:31-34
18. Meterko M, Nelson E, Rubin H. Patient judgments of hospital quality. *Med Care* 1990, 28:S1-S27
19. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Fam Pract* 1991, 8:237-242
20. Greeneich DS, Long CO, Miller BK. Patient satisfaction update: research applied to practice. *Appl Nurs Res* 1992, 5:43-48
21. Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care* 1993, 31:834-845
22. Avis M, Bond M, Arhtur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatients' clinics. *Soc Sci Med* 1997, 44:85-92
23. Dragsted L, Qvist J, Madsen M. Outcome from intensive care IV. A five year study of 1308 patients: long term outcome. *Eur J Anaesth* 1990, 7:51-62
24. Johnson MM, Sexton DL. Distress during mechanical ventilation: patients perceptions. *Crit Care Nurse* 1990, 10:48-58
25. Daffurn K, Bishop GF, Hillman KM, Bauman A. Problems following discharge after intensive care. *Intens Crit Care Nurs* 1994, 10:244-251
26. Johnson D, Wilson M, Cavanagh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998, 26:266-271
27. Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, Martinez M, Badia F, Piazza J et al. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care unit patients who died. *Crit Care Med* 1998, 26:1187-1193
28. Abott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsy JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001, 29:197-201

Υποβλήθηκε: 22/2/2006

Επανυποβλήθηκε: 26/9/2006

Εγκρίθηκε: 23/10/2006