



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το
αίσθημα ικανοποίησης των γονιών
νοσηλευόμενων νεογνών**

**Βάσσου Δήμητρα
Μαία ΤΕ**

Επιβλέποντες: **Α. Φιλαλήθης**, Καθηγητής, Τομέας
Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Παν/μιο Κρήτης

Χ. Γιαννακοπούλου, Αν. Καθηγήτρια,
Τομέας Μητέρας-Παιδιού, Τμήμα
Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή: **Θ. Κωνσταντινίδης**, Νοσηλεύτης,
Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

Μ. Λιναρδάκης, Στατιστικός, Παν/μιο
Κρήτης

Ηράκλειο, Ιούνιος 2013

Ευχαριστίες

Με το πέρας της συγγραφής αυτής της εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που χωρίς τη δική τους αρωγή δε θα ήταν εφικτή η εκπόνησή της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη, που στάθηκε δάσκαλος και μέντοράς μου και με στήριξε σε κάθε βήμα αυτής της προσπάθειας. Θερμές ευχαριστίες στη συνεπιβλέπουσα, αναπληρώτρια καθηγήτρια και διευθύντρια της Νεογνολογικής Κλινικής του ΠαΓΝΗ, κ. Χριστίνα Γιαννακοπούλου, για την καθοδήγησή της και την έγκριση διεξαγωγής της παρούσας μελέτης στην κλινική.

Ευχαριστώ ειλικρινά το Θεοχάρη Κωνσταντινίδη για τις γόνιμες παρατηρήσεις του πάνω στα κείμενα και το Μανώλη Λιναρδάκη για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Επίσης την Jeanette O'Connor που μου εμπιστεύτηκε το ερωτηματολόγιο και την επιστημονική ομάδα των Τσιρώνη Σ. και συνεργατών που μου παραχώρησαν τη μεταφρασμένη εκδοχή του.

Ευχαριστίες στους γονείς των νεογνών, που δέχθηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στη μελέτη, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Νεογνολογικής Κλινικής και τους συμφοιτητές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα που με βοήθησαν να ενταχθώ στην ομάδα. Ιδιαίτερα την Ελένη, που μοιραστήκαμε για έναν χρόνο ανησυχίες αλλά και χαρές.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου, το σύζυγό μου Γιάννη, που σεβάστηκε και υποστήριξε την επιθυμία μου για γνώση και τις κόρες μας Παναγιώτα και Χριστίνα που παραχώρησαν σε αυτό μου το εγχείρημα, χρόνο που τους ανήκε.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	1
Συντομογραφίες	4
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας	5
Αγγλική Περίληψη (Abstract).....	7
Πρόλογος	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η φροντίδα σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) τριτοβάθμιων νοσοκομείων	10
1.1 Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη	10
1.2 Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο	11
1.3 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	12
1.3.1 Δείκτες θνησιμότητας σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών.....	21
1.4 Ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Μεθοδολογία της έρευνας	32
3.1 Σκοπός της μελέτης-Στόχοι	32
3.2 Πεδίο μελέτης	32
3.3 Δείγμα-Διάρκεια μελέτης.....	32
3.4 Ερωτηματολόγιο-Τρόπος συλλογής δεδομένων.....	33
3.5 Πιλοτική μελέτη.....	35
3.6 Δεοντολογία της έρευνας.....	35
3.7 Στατιστική ανάλυση.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Αποτελέσματα.....	37
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	37
4.2 Εννοιολογικές κατηγορίες ερωτηματολογίου.....	39
4.3 Αποτελέσματα ικανοποίησης γονιών.....	41
4.4 Βαθμολογίες ικανοποίησης των γονέων βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.....	42
4.5 Βαθμολογίες ικανοποίησης γονιών βάσει στοιχείων νοσηλείας των νεογνών.....	48
4.6 Αποτελέσματα ερωτήσεων ανοιχτού τύπου	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Συζήτηση	52
5.1 Περιορισμοί-Αδυναμίες της μελέτης.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ:Συμπεράσματα	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	64
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στη μελέτη	65
Έντυπο συγκατάθεσης γονέων.....	66
Επιστολή άδειας χρήσης ερωτηματολογίου NICU-PSF.....	67
Έντυπο έγκρισης Επιστημονικού συμβουλίου	68
Κατάλογος πινάκων	69

Συνομογραφίες

ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΣΝΕ	Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος
ΗΚ	Ηλικία Κύησης
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Μ/Γ	Μαιευτική/Γυναικολογική
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΝΝ	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
ΠαΓΝΗ	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΕΥΠ	Σχολή Επαγγελματων Υγείας και Πρόνοιας
ΤΕ	Τεχνολογική Εκπαίδευση
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NICU-PSF	Neonatal Intensive Care Unit- Parent Satisfaction Form
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: **Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών νοσηλευόμενων νεογνών**

Της: Δήμητρας Βάσσου

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Αναστάσιου Φιλαλήθη

2. Γιαννακοπούλου Χριστίνας

Ημερομηνία: Ιούνιος 2013

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η τάση μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υγείας μέσω ερωτηματολογίων. Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών δεν είναι σε θέση να παρέχουν οι ίδιοι πληροφορίες για το βαθμό ικανοποίησής τους. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν και τα νεογνά που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN). Στην προκειμένη περίπτωση οι γονείς των νεογνών καλούνται να ανταποκριθούν σε ερωτηματολόγια που μετρούν το βαθμό ικανοποίησής τους από τη φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών τους.

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της ικανοποίησης των γονιών νεογνών που νοσηλεύτηκαν στη MENN και ΜΑΦ (Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) καθώς και η αξιολόγηση και ιεράρχηση των παραγόντων που την επηρέασαν.

Μεθοδολογία της έρευνας: Η μελέτη διεξήχθη στη MENN και ΜΑΦ της Νεογνολογικής κλινικής του ΠαΓΝΗ. Διήρκεσε από το Δεκέμβριο του 2012 έως το Μάρτιο του 2013. Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι γονείς των νοσηλευόμενων νεογνών που έλαβαν εξιτήριο κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και πληρούσαν τα τιθέμενα κριτήρια επιλογής. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το NICU-PSF των Conner & Nelson.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς δήλωσαν στην εννοιολογική ενότητα του ερωτηματολογίου «Γενική ικανοποίηση», ικανοποιημένοι σε ποσοστό 87%. Έπεται η ενότητα «Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας» στην οποία η ικανοποίηση έφτασε το 74,5%. Η ενότητα «Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού» συγκέντρωσε το 67%, ενώ η ενότητα «Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων» το ποσοστό ύψους 66,5%. Ακολουθεί η ενότητα «Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα» με το 60,1% των γονιών να έχουν δηλώσει ικανοποίηση. Στην ενότητα «Παροχή φροντίδας στα νεογνά» ικανοποιήθηκε το 59,8% των ερωτηθέντων γονέων. Τελευταίες ήταν οι ενότητες «Παραμονή με το νεογνό» και «Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο νεογνό» λαμβάνοντας από 53,7% και 43,2% αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Οι γονείς συνολικά βαθμολόγησαν υψηλά την ικανοποίηση από τη νοσηλεία και την περίθαλψη που δέχονται τα νεογνά τους στη MENN και ΜΑΦ του ΠαΓΝΗ. Στην πιο υψηλή θέση ικανοποίησης ήταν η επικοινωνία που είχαν με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στον αντίποδα λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνθηκαν από το συνολικό χρόνο που μπορούσαν να περάσουν μαζί με το παιδί τους.

Λέξεις κλειδιά: MENN, ΜΑΦ, ικανοποίηση γονέων, νεογνά, προωρότητα, NICU-PSF ερωτηματολόγιο

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Title: Investigation of factors affecting the feeling of parents satisfaction of hospitalized newborns

By: Dimitra Vassou

Supervisors: 1. Anastasios Philalithis
2. Christina Giannakopoulou

Date: June 2013

Introduction: In recent years there is a tendency to measure satisfaction among health users based on health questionnaires. Satisfaction reflects the quality of services provided in the health sector. Specific patient groups are unable to provide themselves information about the degree of their satisfaction. Neonates admitted to Neonatal Intensive Care Unit (NICU) belong to this category. In this case the parents of newborns are asked to respond to questionnaires that measure the degree of their satisfaction concerning the care provided during the hospitalization of their newborns.

Aim of the study: The aim of this study was the recording of satisfaction of newborns' parents admitted to the NICU and PMR (Intensive Care Unit) of the University Hospital of Heraklion (PaGNI) as well as assessing and prioritization of the factors that influenced them.

Methodology of the study: The study was carried out in the NICU and Neonatal PMR clinic of PaGNI. It was held from December 2012 until March 2013. All parents of newborns who were admitted to the NICU, were discharged during that period and met the eligibility criteria set forth consisted the study population. The questionnaire which we used, was NICU-PSF of Conner & Nelson.

Results: The results revealed that 87% of parents reported satisfied to the conceptual section of the questionnaire "Overall satisfaction". In the following section "Contact with health personnel" satisfaction reached 74.5%. The section "Training in neonatal care" brought together 67%, while the section "Responsiveness to problems" the proportion was about 66.5%. Next section was "Getting help to potential problems" and 60.1% of parents have indicated satisfaction. In the section "Provision of care to newborns" satisfied was the 59.8% of the surveyed parents. Latter were modules 'Stay with the baby' and "participation in newborn's care" taking of 53.7% and 43.2% respectively.

Conclusion: Overall, parents rated high their satisfaction from nursing and health care they their newborns receive in the NICU of PaGNI. Communication they had with health professionals was to the highest position of their satisfaction. On the other hand, they felt the least satisfied with the time they spend with their child as a whole.

Key words: NICU, prematurity, parental satisfaction, newborns, NICU-PSF Questionnaire

Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας κυριαρχεί η τάση αξιολόγησης της ικανοποίησης των χρηστών υγείας, συνήθως με τη χρήση ερωτηματολογίων, ως κριτήριο ποιότητας και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα νεογνά ανήκουν στην κατηγορία των ασθενών που δεν μπορούν να δώσουν απαντήσεις για το βαθμό ικανοποίησής τους. Συνήθως το ρόλο αυτό τον αναλαμβάνουν άτομα του συγγενικού τους περιβάλλοντος, κυρίως οι γονείς/κηδεμόνες.

Η ψυχολογία των γονέων την ευαίσθητη χρονική στιγμή που βλέπουν το νεογνό τους να νοσηλεύεται σε μια Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) φαίνεται να επηρεάζεται από μια σειρά παραμέτρων. Την εμπειρία τους αυτή περιγράφουν συχνά σε ιστοσελίδες και forums στο διαδύκτιο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται σε μία από αυτές, η πρώτη εικόνα που αποκομίζουν οι γονείς την πρώτη φορά που επισκέπτονται μία MENN, στην οποία έχει εισαχθεί το παιδί τους, είναι παρόμοια με αυτή διαστημικών εγκαταστάσεων. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός έφηβου πια, αγοριού στην Ελλάδα που έχοντας νοσηλευτεί ο ίδιος στη MENN και ακούγοντας τους γονείς του να περιγράφουν την εμπειρία τους, κατασκεύασε μια ηλεκτρονική εφαρμογή για υπολογιστές στην οποία περιγράφονται όλα όσα θα ήθελε να γνωρίζει κάποιος σχετικά με τη λειτουργία της (<http://itunes.apple.com/gr/app/menn/id485757194?l=el&ls=1&mt=8>).

Οι γονείς λοιπόν, που βρίσκονται με ένα ή και περισσότερα (δίδυμα/τρίδυμα) νεογνά στη MENN, αντί για το σπίτι τους, έχουν αυξημένες ανάγκες και γι αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αναλόγως.

Τα αποτελέσματα μελετών που μετρούν γονεϊκή ικανοποίηση σκοπό έχουν τη βελτίωση των παρεχόμενων ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στις MENN και την αύξηση της ικανοποίησης που αισθάνονται οι γονείς φεύγοντας από το νοσοκομείο με το παιδί τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η φροντίδα σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) τριτοβάθμιων νοσοκομείων

1.1 Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη

Σε όλα τα συστήματα υγείας διεθνώς η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοιχτή ή εξωνοσοκομειακή και σε κλειστή ή νοσοκομειακή. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης παρέχει την ανοιχτή περίθαλψη, η οποία κύριο σκοπό έχει την πρόληψη της ασθένειας μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου και του εμβολιασμού του πληθυσμού. Το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης παρέχουν την κλειστή περίθαλψη, μέσω της υγειονομικής δομής του νοσοκομείου και κύριος σκοπός τους είναι η αντιμετώπιση της ασθένειας. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε τρία επίπεδα περίθαλψης είναι γνώρισμα των συστημάτων υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και σύμφωνα με τον Θεοδώρου και συνεργάτες (2001) εκφράζει τη σύγχρονη δομή για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Το επίκεντρο όμως γύρω από το οποίο λειτουργεί το κάθε σύστημα είναι διαφορετικό. Έτσι, άλλες χώρες δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την πρόληψη, ενώ άλλες έχουν νοσοκομειακοκεντρικό σύστημα υγείας. Ιστορικά η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη προηγήθηκαν της πρωτοβάθμιας. Η ιατρική επιστήμη αρχικά εξελίχθηκε με σκοπό τη θεραπεία της ασθένειας και η ιδέα συγκέντρωσης των ασθενών σε συγκεκριμένο χώρο ήταν ο πρόδρομος της δημιουργίας του νοσοκομείου. Αργότερα στη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 υπογραμμίστηκε ο σημαντικός ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της αγωγής της υγείας στη Δημόσια Υγεία. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Τα κράτη αρχίζουν να κατανοούν τη σημασία της πρόληψης και η σχέση πρόληψης/θεραπείας σταδιακά κλίνει προς όφελος της πρώτης. Η σύγχρονη αντίληψη για το σύστημα υγείας μετατόπισε το βάρος, από τη θεραπευτική αντιμετώπιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Το κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σε συγκεκριμένο αριθμό ατόμων ενός πληθυσμού και σε διαφορετική υγειονομική δομή. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο αφορά σε πληθυσμούς από 500 έως 50.000 ατόμων και παρέχεται κατα κύριο λόγο από τα κέντρα υγείας και τους γενικούς ή/και τους οικογενειακούς γιατρούς. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται σε πληθυσμούς έως 500.000 ατόμων και παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων σε γενικά τοπικά ή νομαρχιακά νοσοκομεία κάθε περιοχής. Το τριτοβάθμιο επίπεδο αφορά σε πληθυσμούς από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο ατόμων και παρέχεται από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων και ένα πλήθος επαγγελματιών υγείας άλλων ειδικοτήτων σε περιφερειακά ή/και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Αναφέρεται δε, στη θεραπευτική αντιμετώπιση πολυσύνθετων προβλημάτων υγείας που για την αντιμετώπισή τους κρίνεται αναγκαία η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν

υπηρεσίες (Θεοδώρου και συν., 2001). Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα «...η σωστή οργάνωση προϋποθέτει σωστή λειτουργική διασύνδεση των επιπέδων περίθαλψης». Η νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα σύστημα υγείας που έχει ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μεταφράζεται ως παροχή τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας για εξειδικευμένες περιπτώσεις, που δεν αντιμετωπίζονται με την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι βαθμίδες της φροντίδας αποσκοπούν στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και στη συνέχεια αυτής και καλύπτουν όλο το φάσμα από την προαγωγή και την πρόληψη μέχρι τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη ασκούν πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση περίπλοκων ασθενειών.

1.2 Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο

Το νοσοκομείο αποτελεί μία από τις βασικές δομές του συστήματος υγείας μιας χώρας και διακρίνεται σε τριτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο βάσει ορισμένων προϋποθέσεων που σχετίζονται με τις δομές και τη λειτουργία του. Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά στη διάγνωση και στη θεραπεία ασθενών που συνήθως παραπέμπονται στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο από άλλες υγειονομικές δομές, όπως δευτεροβάθμια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδιωτικές κλινικές και διακομιδές με ασθενοφόρα. Την αποκλειστική αρμοδιότητα για την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο έχει ο γιατρός που εφημερεύει στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ανεξάρτητα από τη γνωμάτευση του εξωτερικού γιατρού που παραπέμπει τον ασθενή. Οι ασθενείς αυτοί ενίοτε χρήζουν ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης που τους παρέχεται σε εξειδικευμένα τμήματα του νοσοκομείου, όπως είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Takrouri, 2004). Στα τριτοβάθμια νοσοκομεία οι ιατρικές δραστηριότητες αφορούν παροχές που απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις, εξοπλισμό καθώς και την ενεργοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες μπορεί να επεκτείνονται από τους βασικούς τομείς νοσηλείας (ΤΕΠ, παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός) νοσηλευτικής μέχρι σε εξειδικευμένους τομείς (μονάδα εντατικής θεραπείας, τεχνητού νεφρού, μεταμοσχεύσεων, στεφανιαία μονάδα, τμήμα αγγειοχειρουργικής κ.α.).

Ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο δομείται οργανωτικά από τις εξής υπηρεσίες:

- την Ιατρική Υπηρεσία, στην οποία ανήκουν ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων και αποτελείται από τους τομείς: παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχικής υγείας, επείγουσας ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής.
- τη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στην οποία ανήκουν νοσηλεύτριες/ές, μαίες, επισκέπτες υγείας, βοηθοί θαλάμων και αποτελείται από τους αντίστοιχους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας.

- τη Διοικητική Υπηρεσία
- την Οικονομική Υπηρεσία
- την Τεχνική Υπηρεσία

Στις περισσότερες χώρες τα νοσοκομεία απορροφούν το μεγαλύτερο κεφάλαιο για δραστηριότητες υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου είναι και ο κύριος στόχος κάθε προσπάθειας που γίνεται για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας. Επομένως, ανεπάρκεια -ποιοτική και ποσοτική- των νοσοκομείων, συνεπάγεται και ανεπάρκεια του συστήματος υγείας (Δατσέρης, 2010).

1.3 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Από νωρίς στον Α' παγκόσμιο πόλεμο η Florence Nightingale είχε συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητα απομόνωσης και συνεχούς φροντίδας των βαριά πασχόντων και τραυματισμένων ασθενών (O'Connor & Robertson, 2003). Σε αυτή τη διαπίστωση στηρίχθηκε η δημιουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η πρώτη ΜΕΘ ιδρύθηκε στη Δανία και συγκεκριμένα στην Κοπεγχάγη το 1953. Πρωτοπόρος ήταν ο Δανός αναισθησιολόγος Bjørn Aage Ibsen (Pincock, 2007). Αιτία στάθηκε μια επιδημία πολυομυελίτιδας που έπληττε τον πληθυσμό της χώρας εκείνη τη χρονική περίοδο και ως επιπλοκή της είχε την αναπνευστική παράλυση που οδηγούσε σε αναπνευστική ανεπάρκεια και τελικά στο θάνατο των ασθενών. Κρίθηκε απαραίτητη η υποστήριξη της αναπνοής των πασχόντων με αερισμό μέσω ενός ενδοτραχειακού σωλήνα (διασωλήνωση) ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη δυνατή οξυγόνωσή τους. Καθώς η μέθοδος ήταν ρηξικέλευθη, και δεν είχε εφαρμοστεί ξανά στο παρελθόν, η συνεχής και εντατική παρακολούθησή τους από το προσωπικό ήταν απαραίτητη (Berthelsen & Cronqvist, 2003). Στην Ελλάδα η πρώτη ΜΕΘ δημιουργήθηκε στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών το 1978 από τον καθηγητή Δ. Μπιλάλη και γρήγορα ο θεσμός των ΜΕΘ επεκτάθηκε σε όλα τα νοσοκομεία (<http://www.laiko.gr>).

Το 1927 στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο «Sarah Morris» στο Σικάγο, ιδρύθηκε η πρώτη μονάδα φροντίδας προώρων νεογνών υποδεικνύοντας την ανάγκη για αντιμετώπιση των ασθενών όχι μόνο βάσει της σοβαρότητας της ασθένειάς τους αλλά και βάσει της ηλικίας τους (Gordon 1998). Η πρώτη επίσημη ΜΕΘ για νεογνά ιδρύθηκε το 1961 στο Πανεπιστήμιο Vanderbilt Mildred Stahlman. Ονομάστηκε επίσημα MENN όταν η Stahlman ιατρός-παιδίατρος χρησιμοποίησε για πρώτη φορά στον κόσμο έναν ανεμιστήρα off-label σε ένα νεογνό με δυσκολία στην αναπνοή (www.nlm.nih.gov/locallegends/Biographies/Stahlman_Mildred.html).

Το 1964 δημοσιεύτηκε από τον Herbert Brewer η επιστημονική μελέτη “Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey” και εφεξής οι μελέτες που αφορούσαν στην περιγεννητική θνησιμότητα σκοπό είχαν εκτός από τη στατιστική αναφορά των περιστατικών και την πρόληψη.

Στην Ελλάδα το Δεκέμβριο του 1928 θεμελιώνεται το Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη». Στο Μαιευτήριο λειτουργεί σχολή οικότροφων μαιών που μετά το πέρας των σπουδών τους τοποθετούνται επαγγελματικά στο νοσοκομείο. Το 1947 κατόπιν εισήγησης της υποδιευθύνουσας μαιάς Χαράς Βογιατζάκη ιδρύεται το πρώτο τμήμα πρόωρων νεογνών στην επικράτεια (εικ.1.3.1). Διευθυντής ήταν ο παιδίατρος Σταμάτης Διαμαντόπουλος και επιμελητές ο Ευθύμιος Πετρίδης και ο Κωνσταντίνος Κωνσταντόπουλος. Την επόμενη χρονιά η канаδική πρεσβεία δώρισε τις πρώτες θερμοκοιτίδες στο τμήμα (www.hospital-elena.gr). Το 1953 ανακοινώνονται τα πρώτα αποτελέσματα συνεχιζόμενης παρακολούθησης (follow-up) των νεογνών που είχαν νοσηλευτεί στη MENN του νοσοκομείου στο διάστημα της πενταετίας 1947-1951.

Εικ. 1.3.1: Τμήμα Πρόωρων « Μαρίκα Ηλιάδη», 1947



Εικ 1.3.2: Μεταφορά πρόωρου νεογνού



Από το 1892 με αφορμή το θάνατο της κόρης του βασιλιά Γεώργιου Α', Αλεξάνδρας από προεκλαμψία γίνεται προσπάθεια ανέγερσης μαιευτηρίου που σκοπό θα είχε τη φροντίδα των μητέρων και δη των άπορων και των νεογνών τους. Παρολαυτά χρειάστηκαν αλλεπάλληλες προσπάθειες ώστε το 1954 να γίνουν τα εγκαίνια του μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα» στην Αθήνα υπό τη διεύθυνση του καθηγητή Ν. Λούρου. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου «...Ο Ν. Λούρος παρουσίασε το νέο Μαιευτήριο ως πρότυπο Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, όχι μόνο ως νοσηλευτικό ίδρυμα και κέντρο προστασίας της μητέρας και του παιδιού, αλλά και ως κέντρο επιστημονικής έρευνας και διδασκαλίας, όχι μόνο κλινικής αλλά και εργαστηριακής, το οποίο όχι μόνο δεν έπεται των αντίστοιχων ξένων σε κτηριακή συγκρότηση αλλά ίσως και να υπερτερεί...». Στο «Αλεξάνδρα» λειτουργούσε θάλαμος για πρόωρα νεογνά, πρόδρομος της μετέπειτα ΜΕΝΝ (εικ.1.3.3). Στα πλαίσια της εκπαίδευσης, ιδρύεται στο μαιευτήριο σχολή μαιών. Η σχολή ονομάζεται «Βασίλισσα Φρειδερίκη» είναι τριετούς φοίτησης και σε αυτή φοιτούν 150 οικότροφες σπουδάστριες. Οι σπουδάστριες παρακολουθούν θεωρητικά μαθήματα και κάνουν την πρακτική τους άσκηση στα τμήματα του μαιευτηρίου. Με το πέρας των σπουδών τους είναι σε θέση να στελεχώσουν επαγγελματικά τα τμήματα του μαιευτηρίου, μεταξύ αυτών και τη ΜΕΝΝ (www.hosp-alexandra.gr). Η εν λόγω σχολή καταργήθηκε με την ίδρυση των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και τη δημιουργία Μαιευτικού τμήματος στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΠ).

Εικ.1.3.3: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα», 1954

Η αναγκαιότητα ύπαρξης μιας μονάδας είτε αυτή είναι Μονάδα ενηλίκων, παιδών ή νεογνών καθορίζεται από τις ανάγκες μιας περιοχής, τον πληθυσμό της, την οικονομική ευχέρεια καθώς και τη δυνατότητα στελέχωσής της με επιστημονικό εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σε νησιωτικές περιοχές με μεγάλο πληθυσμό, όπως είναι η Κρήτη, η δημιουργία ΜΕΘ όλων των κατηγοριών, μείωσε την ανάγκη αερομεταφοράς των ασθενών στα μεγάλα αστικά κέντρα, με κύριο αποδέκτη την πρωτεύουσα, που διέθεταν υποδομές για να τους υποδεχθούν. Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα η μείωση του κόστους της μεταφοράς και της κινητοποίησης των μέσων διακομιδής εν μέσω ενίοτε δυσχερών καιρικών συνθηκών και η καλύτερη έκβαση των περιστατικών αφού δεν υπόκεινταν στην ταλαιπωρία της μεταφοράς που σε μερικές περιπτώσεις επιβάρυνε την υγεία τους. Επιπροσθέτως λειτούργησε αποκεντρωτικά με τη μείωση της συσσώρευσης των περιστατικών στην Αθήνα. Από τη σκοπιά του κοινωνικού τομέα μειώθηκαν και οι μετακινήσεις των οικογενειών των ασθενών, οι οποίοι έχοντας ένα συγγενικό τους πρόσωπο να νοσηλεύεται στη ΜΕΘ μιας μακρινής πόλης αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα αλλά και προβλήματα που απόρρεαν από τη μακρόχρονη απουσία τους από την εργασία.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν ΜΕΝΝ σε δημόσια, πανεπιστημιακά και περιφερικά νοσοκομεία, καθώς και σε ιδιωτικές κλινικές (πίνακας 1.3.1). Απασχολούν κατά κύριο λόγο μαίες, απόφοιτες των σχολών «Βασίλισσα Φρειδερίκη» και «Βιργινία Σκυλίτση» και των Μαιευτικών Τμημάτων των ΣΕΥΠ των ΤΕΙ Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Τα τελευταία χρόνια τοποθετούνται και Νοσηλεύτριες ΤΕ, βοηθοί νοσηλεύτριας (BN) καθώς και βοηθητικό προσωπικό

Πίνακας 1.3.1: Κλίνες MENN, ΜΑΦ, απλής νοσηλείας σε Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια της Ελλάδας*

Νοσοκομείο	Περιοχή	Κλίνες MENN-ΜΑΦ
ΓΝ Αλεξάνδρα	Αθήνα	20
Μαιευτήριο Έλενας	Αθήνα	50
Αρεταίειο Παν/κό Νοσοκομείο	Αθήνα	6
Ιασώ Μ/Γ κλινική	Αθήνα	120
Γαία Μ/Γ κλινική	Αθήνα	30
Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»	Αθήνα	40
Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού»	Αθήνα	30
«Αττικόν» Παν/κό Γενικό Νοσ/μείο	Αθήνα	6
Λητώ-Ρέα-Μητερα Μ/Γ Κλινικές	Αθήνα	*
Νοσ/μείο Νικαιας «Αγ. Παντ/νας»	Πειραιάς	26
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσ/μείο	Θεσσαλονίκη	44
Διαβαλκανικο Ιατρικό κέντρο	Θεσσαλονίκη	19
ΑΧΕΠΑ Παν/κό Γενικό Νοσ/μείο	Θεσσαλονίκη	10
Παπαγεωργίου	Θεσσαλονίκη	*
Βενιζελειο Πανάνειο Γενικό Νοσ/μείο	Ηράκλειο	25
ΠαΓΝΗ Παν/κό Νοσ/μείο Ηρ/κλειο	Ηράκλειο	28
ΠαΓΝΙ	Ιωάννινα	30
Παν/κό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών	Πάτρα	18
Παν/κό Γ. Νοσ/μείο Αλλ/ης	Αλεξανδρούπολη	28
Ιασώ Θεσσαλίας Μ-Γ κλινική	Λάρισα	15
Παν/κό Γενικό Νοσ/μείο Λάρισσας	Λάρισα	30

*Η προέλευση των στοιχείων προήλθε κατόπιν επικοινωνίας της ερευνήτριας με τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις το αίτημά της δεν έγινε δεκτό από τους υπεύθυνους.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα εξειδικευμένο τμήμα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου, που παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή ιατρονοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση σε ασθενείς που η κατάσταση της υγείας τους κρίνεται κρίσιμη (*Sheila et al., 1999*).

Σήμερα, με την εξέλιξη των επιστημών και της τεχνολογίας (εντατικολογία, φαρμακολογία, βιοϊατρική κα), οι ΜΕΘ αποτελούν τμήματα νοσοκομείων πλήρως εξοπλισμένα με μηχανήματα βιοϊατρικής τεχνολογίας, που σκοπό έχουν την υποστήριξη της ζωής, την αδιάκοπη παρακολούθηση της πορείας της υγείας των ασθενών αλλά και την αποκατάσταση των βαριά πασχόντων. Στελεχώνονται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εντατικολόγους και νοσηλευτές με εμπειρία, ενώ επικουρικά με το έργο τους λειτουργούν πολλές άλλες επιστημονικές ειδικότητες (*Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, ΕΣΝΕ*). Η ατέρμονη αύξηση της επιστημονικής γνώσης αλλά και η συσσώρευση της εμπειρίας δημιουργούν ΜΕΘ που εξειδικεύονται ανάλογα με το είδος των περιστατικών:

- Στεφανιαίες Μονάδες
- Μονάδες Μεταμοσχύσεων
- Μονάδες Εγκαυμάτων
- Καρδιοχειρουργικές Μονάδες
- Μονάδες Νεογνών
- Μονάδες Παίδων
- Πνευμονολογικές Μονάδες
- Νεφρολογικές Μονάδες
- Νευροχειρουργικές Μονάδες
- Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας
- Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)
- Πολυδύναμες ΜΕΘ
- Κινητές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) είναι Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που ειδικεύεται στη φροντίδα προώρων νεογνών και νεογνών που αντιμετώπισαν προβλήματα υγείας είτε κατά τον τοκετό είτε κατά τη νεογνική περίοδο δηλαδή από τη γέννηση μέχρι την 28η ημέρα ζωής τους (*Διαμαντή, 2008*). Βασικός σκοπός της ΜΕΝΝ είναι η μείωση της πρώιμης και όψιμης νεογνικής θνησιμότητας (*πίνακας 1.4.1*), καθώς και η ελαχιστοποίηση των προβλημάτων υγείας που ενδεχομένως θα αντιμετωπίσει ένα νεογνό, που εισήχθει στην ΜΕΝΝ, στην υπόλοιπη ζωή του (long-term effects) (*Saunders et al., 2003; Bird, 2006*).

Μια MENN στελεγχώνεται από παιδίατρους-νεογνολόγους, μαίες ή/και νοσηλεύτριες. Της MENN προΐσταται ο/η διευθυντής/ντρια ο οποίος είναι γιατρός/νεογνολόγος. Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία ο διευθυντής κατέχει θέση καθηγητή πανεπιστημίου δηλαδή είναι μέλος του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ) του πανεπιστημίου. Ο διευθυντής, σε συνεργασία με τους λοιπούς γιατρούς της MENN, είναι αρμόδιος για τα εξής:

- τη συνολική φροντίδα των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και τον καθορισμό κριτηρίων εισητηρίου-εξιτηρίου στη MENN
- την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων
- την ενημέρωση των γονιών για την πορεία της υγείας του παιδιού τους
- τη διοίκηση της MENN
- τη συλλογή δεδομένων
- τη συμμετοχή στην έρευνα και στην εκπαίδευση

Οι γιατροί/επιμελητές, που στελεγχώνουν τη MENN, έχουν ειδίκευση στην παιδιατρική ειδικότητα και διετή εξειδίκευση στη νεογνολογία. Ο αριθμός τους καθορίζεται από τον αριθμό των κλινών της MENN. Ο εκάστοτε νεογνολόγος/επιμελητής, που εφημερεύει, ανά εικοσιτετράωρο, είναι υπεύθυνος για την ιατρική φροντίδα των νεογνών. Συντονίζει τις δραστηριότητες των εξειδικευόμενων και των ειδικευόμενων γιατρών καθώς και του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι εξειδικευόμενοι παιδίατροι εφημερεύουν με έναν επιμελητή και στις αρμοδιότητές τους είναι όλες οι ιατρικές πράξεις κάτω από την επίβλεψή του. Στα πλαίσια της βασικής ειδικότητας της παιδιατρικής, οι ειδικευόμενοι ιατροί περνούν έξι μήνες από τη MENN. Σε αυτό το χρονικό διάστημα αναπτύσσουν δεξιότητες σε ιατρικές πράξεις, ενώ παράλληλα συμμετέχουν σε μαθήματα που γίνονται στα πλαίσια της επιστημονικής εκπαίδευσης.

Οι νοσηλεύτριες ή οι μαίες που στελεγχώνουν μια MENN είναι υπεύθυνες για τη νοσηλευτική φροντίδα των νεογνών. Εκτελούν νοσηλευτικές πράξεις, βάσει των οδηγιών των εφημερευόντων ιατρών και συντονίζονται από την προϊσταμένη νοσηλεύτρια ή μαία. Χωρίζονται σε οχτάωρες βάρδιες και στην εκάστοτε βάρδια την ευθύνη έχει η υπεύθυνη μαία/νοσηλεύτρια. Σε κάποιες MENN, βοηθοί νοσηλεύτριας (BN), διετούς φοίτησης (ΔΕ), λειτουργούν συνεπικουρικά (εξοπλισμός τμήματος, προετοιμασία γάλακτος κλπ).

Όπως και στις άλλες ΜΕΘ ένα πλήθος επιστημονικών ειδικοτήτων, ιατρικών και άλλων έρχεται να συνδράμει το έργο των νεογνολόγων (παιδοχειρουργοί, ακτινολόγοι, φυσιοθεραπευτές, οφθαλμίατροι, ορθοπεδικοί, ωτορινολαρυγγολόγοι, καρδιολόγοι). Στις MENN και ΜΕΘ διακρίνεται έμπρακτα η αναγκαιότητα της διεπιστημονικότητας στη λήψη αποφάσεων και στην εφαρμογή πρακτικών. Η συνεργασία των εργαζόμενων στη MENN είναι απαραίτητη για την καλύτερη έκβαση των νοσηλευόμενων περιστατικών.

Οι αιτίες εισαγωγής ενός νεογνού στη MENN ποικίλουν (πίνακας 1.3.2). Ο πιο συχνός, στον οποίο δευτερογενώς οφείλονται και άλλα σύνοδα προβλήματα, είναι η

προωρότητα (πίνακας 1.3.3). Η σοβαρότητά της εξαρτάται από την Ηλικία Κύησης (ΗΚ) του νεογνού (Κώσταλος, 2001; Κώσταλος, 2005). Πρόωρο ορίζεται το νεογνό με ΗΚ μικρότερη των 37 εβδομάδων, αντιστοιχεί δε, στο χρόνο που πέρασε από την πρώτη ημέρα της τελευταίας φυσιολογικής εμμήνου ρύσεως (ΤΕΡ) μέχρι τη γέννηση και εκφράζεται σε συμπληρωμένες εβδομάδες (Κώσταλος, 1990). Η συχνότερη μέθοδος νεογνικής εκτίμησης της ΗΚ είναι η μέθοδος κατά Ballard (Εικ.1.3.4), New Ballard score (www.ballardscore.com). Στην Ελλάδα το ποσοστό των πρόωρων νεογνών ανέρχεται στο 8,5% επί του συνόλου των γεννήσεων (Τζουμάκα-Μπακούλα και συν.).

Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει υιοθετηθεί σαν κατώτερο όριο βάρους γέννησης τα 500g, που αντιστοιχούν περίπου σε ΗΚ 24 εβδομάδων. Τοκετός κάτω από τα όρια αυτά χαρακτηρίζεται ως αποβολή.

Πίνακας 1.3.2: Αιτίες εισαγωγής νεογνού στη ΜΕΝΝ

Προωρότητα: ηλικία κύησης < 37εβδομάδων
Προβλήματα Αναπνευστικού: <ul style="list-style-type: none"> • Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ), Τύπου I, II • Χρόνια Πνευμονική Νόσος (ΧΠΝ) • Εισρόφηση Μηκονίου • Παραμένουσα Πνευμονική Υπέρταση του Νεογνού • Πνευμονική Υποπλασία
Νεογνικές λοιμώξεις
Χαμηλό Βάρος Γέννησης (ΒΓ<2500g)
Υπολειπόμενη Ενδομήτρια Ανάπτυξη (IUGR)
Περιγεννητική ασφυξία
Προβλήματα ουροποιητικού
Προβλήματα γαστρεντερικού
Συγγενείς καρδιοπάθειες
Προβλήματα Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)
Νεογνικός ίκτερος
Χειρουργικά περιστατικά που αφορούν σε όλα τα συστήματα
Συγγενείς ανωμαλίες
Μητέρες χρήστες ουσιών (αντιεπιληπτικά, ναρκωτικά), μητέρες με νοσήματα (πχ. ΣΔ)

Πίνακας 1.3.3: Προβλήματα πρόωρων νεογνών

Αναπνευστικά	• Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας
	• Βρογχοπνευμονική δυσπλασία
	• Πνευμοθώρακας, πνευμομεσοπνευμόνιο, διάμεσο πνευμονικό εμφύσημα
	• Συγγενής πνευμονία
	• Πνευμονική αιμορραγία
	• Άπνοια
Καρδιαγγειακά	• Ανοικτός αρτηριακός πόρος
	• Υπόταση, Υπέρταση
	• Βραδυκαρδία
Αιματολογικά	• Αναιμία (πρώιμη ή όψιμη)
	• Υπερχολερυθριναιμία(έμμεση)
	• Ανεπάρκεια βιταμίνης Κ
Γαστρεντερικά	• Μειωμένη κινητικότητα και λειτουργικότητα
	• Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
Μεταβολικά	
Ενδοκρινικά	• Υπασβεστιαμία
	• Υπογλυκαιμία, Υπεργλυκαιμία
	• Όψιμη μεταβολική οξέωση
	• Υποθερμία
ΚΝΣ, Αισθητήρια	• Ενδοκοιλιακή αιμορραγία
	• Περικοιλιακή λευκομαλάκυνση
	• Υποξική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, Σπασμοί
	• Αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας
	• Κώφωση
	• Υποτονία
	• Πυρηνικός ίκτερος (εγκεφαλοπάθεια από χολερυθρίνη)
Νεφρολογικά	• Υπονατρίαμία, Υπερνατρίαμία, Υπερκαλιαιμία
	• Νεφρική σωληναριακή οξέωση, Νεφρική γλυκοζουρία
Διάφορα	• Περιγεννητική ασφυξία
	• Λοιμώξεις (συγγενείς-περιγεννητικές-νοσοκομειακές)

- Διαταραχές θερμορύθμισης

Πίνακας 1.3.4: Εκτίμηση ΗΚ κατά Ballard

Νευρολογική ωριμότητα							Εκτίμηση ωριμότητας		
	-1	0	1	2	3	4	5	Συνολικό άθροισμα	Εβδομάδες (ΗΚ)
Στάση								-10	20
Σημείο Τετραγώνου Παραθώρα								-5	22
Επιαναφορά Άνω άκρων								0	24
Άγνωστη γωνία								5	26
Σημείο Φουκλαριού								10	28
Πτέρνα-αυτί								15	30
								20	32
								25	34
								30	36
								35	38
								40	40
								45	42
								50	44

Μορφολογική ωριμότητα							
	-1	0	1	2	3	4	5
Δέρμα	Κολλώδες, εύθραυστο, διάφανο	Ζελατινώδες κόκκινο, διάφανο	Λείο, απαλό, ορατές φλέβες	Επιφανειακή απολέπιση, και/ή ερυθρήμα, λίγες φλέβες	Χαράκωση, αχροροδύνο, σπάνιες φλέβες	Παυρνώδες βαθιά χαράκωση όχι φλέβες	Σκληρό χαρακωμένο ρυτιδωμένο
Χνουδι	Καθόλου	Αραιό	Άφθονο	Λιγότερο	Περιοχές χωρίς	Το περισσότερο χωρίς	
Επιφάνεια πέλματος	Πτέρνα-δακτύλα A: 40-50mm:-1 B: <40mm:-2	<50mm, καμά πτύχωση	Ελαφρά κόκκινα σημάδια	Μόνο εγκάρσιες γραμμές στο πρόσθιο τμήμα	Γραμμές καλύπτουν το 1/2 του πρόσθιου τμήματος	Γραμμές καλύπτουν όλο το πέλμα	
Μαζικός αδένας	Ανεπαίσθητος	Μόλις ορατός	Επίπεδη άλως, ασηλάφης αδένας	Στικτή άλως, αδένας 1-2mm	Επαρμένη άλως, αδένας 3-4mm	Πλήρης άλως αδένας 5-10mm	
Μάτι/αυτί	Βλέφαρα κλειστά 1. χαλαρά: -1 2. σφικτά: -2	Βλέφαρα ανοικτά. Επίπεδο πτερύγιο, μένει διπλωμένο	Λίγο κυρτωμένο πτερύγιο, μαλακό, αργή επαναφορά	Αρκετά κυρτωμένο πτερύγιο, γρήγορη επαναφορά	Αναπτυγμένο και σταθερό πτερύγιο, άμεση επαναφορά	Παχός χόνδρος, πτερύγιο σκληρό	
Γεννητικά όργανα : αγόρι	Όσχεο επίπεδο, λείο	Όσχεο άδειο, χωρίς πτύχωση	Όρχεις στον βουβωνικό πόρο, ελάχιστη πτύχωση	Όρχεις σε κάθοδο, λίγη πτύχωση	Όρχεις κάτω, καλή πτύχωση	Όρχεις αιωρούνται, βαθιά πτύχωση	
Γεννητικά όργανα : κορίτσι	Προέχουσα κλειτορίδα, επίπεδα χείλη	Προέχουσα κλειτορίδα, μικρά χείλη προέχουν	Προέχουσα κλειτορίδα, μεγάλα μικρά χείλη	Μεγάλα και μικρά χείλη προέχουν το ίδιο	Μεγαλύτερα τα μεγάλα χείλη σε σχέση με τα μικρά	Κλειτορίδα-μικρά χείλη πλήρως καλυμμένα	

1.3.1 Δείκτες θνησιμότητας σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καθιερώσει δείκτες που μετρούν και αξιολογούν την περιγεννητική θνησιμότητα, η οποία αποτελεί και έναν από τους πλέον σημαντικούς δείκτες αφού ουσιαστικά αξιολογεί την περιγεννητική φροντίδα

μιας χώρας, βάσει των στοιχείων που συλλέγουν οι κρατικές Στατιστικές υπηρεσίες (Δρόσου-Αγακίδου Β. 2005). Παράλληλα, καθιερώνει ενιαίους όρισμούς και καλεί τους φορείς υγείας να τους υιοθετούν ομόφωνα ώστε οι δείκτες που εκτιμούν την πρόοδο της περιγεννητικής φροντίδας να είναι αξιολογήσιμοι και συγκρίσιμοι (πίνακας 1.3.1.1), (<http://www.who.org>).

Πίνακας 1.3.1.1: Ορισμοί ΠΟΥ

Περιγεννητική Θνησιμότητα	Θάνατοι (>500gr>24εβ. ενδομητρίως) + Θάνατοι (1 ^η εβ. ζωής) / 1000 γεννήσεις ζώντων και νεκρών νεογνών
Όψιμη Νεογνική Θνησιμότητα	Σύνολο θανάτων από την 7 ^η ημέρα ζωής έως και 28 ^η /1000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών
Πρώιμη Νεογνική Θνησιμότητα	Σύνολο θανάτων πριν τη συμπλήρωση της 7 ^{ης} ημέρας ζωής / 1000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών
Ολική Νεογνική Θνησιμότητα	Σύνολο Πρώιμης + Όψιμης Νεογνικής Θνησιμότητας / 1000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών

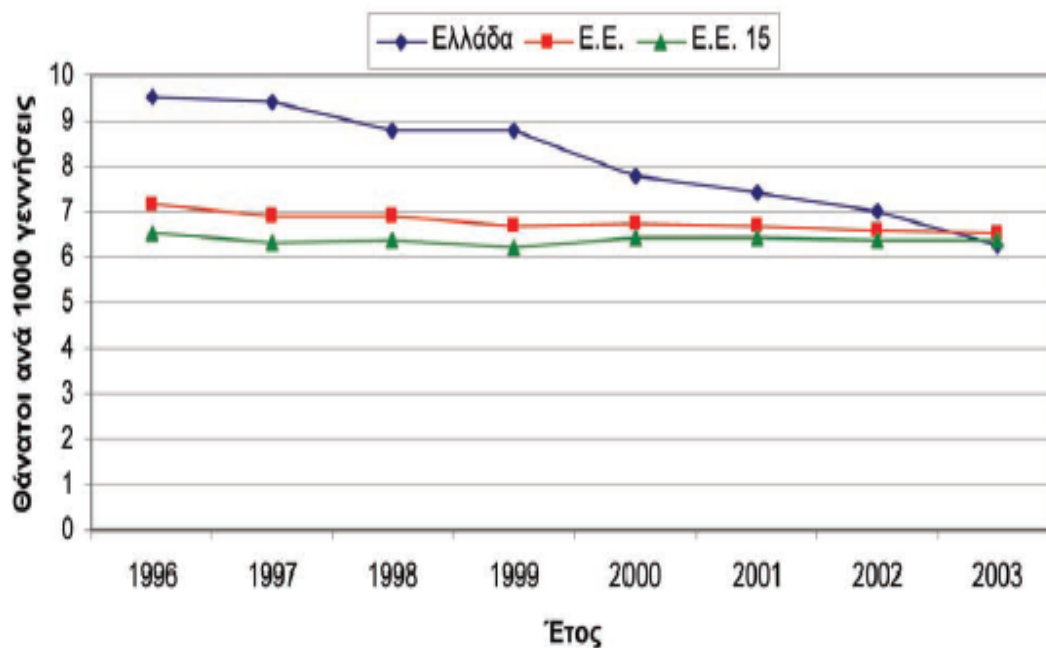
Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας καθορίζεται από την ποιότητα της προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας, από τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας, και από το πώς μια κοινωνία είναι σε θέση να διαφυλάξει τη μητρότητα. Παράλληλα η ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων παροχής φροντίδας στα νεογνά έχει οδηγήσει στην παράταση του χρόνου κατάληξης των νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας.

Στην Ελλάδα η περιγεννητική θνησιμότητα ελαττώνεται με σταθερό ρυθμό την τελευταία τριαντακονταετία κυρίως λόγω της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Με στοιχεία του ΠΟΥ, από 25,8 ανά 1.000 γεννήσεις το 1975, έφτασε στο 6,26 ανά 1.000 γεννήσεις το 2003. Η Ελλάδα τοποθετείται έτσι χαμηλότερα από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος την ίδια χρονιά, ήταν 6,54 ανά 1.000 γεννήσεις. Η εξέλιξη αυτή αντικατοπτρίζει τη βελτίωση των συνθηκών προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας τις τελευταίες δεκαετίες. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα παρουσιάζει ακόμα έναν από τους υψηλότερους δείκτες περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15.

Η μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας αντανακλά την αντίστοιχη ελάττωση της όψιμης εμβρυϊκής και της πρώιμης νεογνικής θνησιμότητας. Από το 1996 ως το 2003, η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε κατά 51,6% και η όψιμη εμβρυϊκή κατά 23,1%. Επομένως, η μείωση του δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας αποδίδεται, κατά μείζονα λόγο, στους λιγότερους θανάτους νεογνών κατά την πρώτη εβδομάδα

της ζωής, έργο που επιτελείται στις ΜΕΝΝ (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008).

Σχήμα 1.3.1.1: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και την Ε.Ε. (1996-2003), Πηγή: ΠΟΥ (2007)



1.4 Ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας

Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο παρατηρείται σε όλο τον κόσμο μια αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Στην Ελλάδα, στο διάστημα από το 1950-2000 το προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού έχει αυξηθεί κατά 13 έτη. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Δημογραφικής Εταιρίας Μελετών (ΕΔΗΜ) η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση για τους άνδρες ήταν τα 63,4 έτη το 1950 και τα 76,0 έτη το 2000 ενώ για τις γυναίκες τα 66,7 έτη το 1950 και τα 80,0 το 2000. Αυτή η ανοδική πορεία είναι πολυπαραγοντική. Εξετάζοντας την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, από τη σκοπιά του τομέα της υγείας, φαίνεται ότι είναι η συνισταμένη μιας σειράς παραγόντων που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα και οι οποίοι είναι συνυφασμένοι με την πρόοδο των επιστημών σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν στην παρασκευή φαρμακευτικών σκευασμάτων για την πρόληψη και τη θεραπεία της ασθένειας (εμβόλια, αντιβιοτικά κλπ), στην πρόοδο των θεραπευτικών και των διαγνωστικών μεθόδων με την αρωγή της βιοϊατρικής και της τεχνολογίας και στη δημιουργία υγειονομικών δομών στελεχωμένων με επιστημονικό προσωπικό που συνεχώς εκπαιδεύεται και επικαιροποιεί τις γνώσεις του.

Ο τομέας της υγείας είναι μια νέα αναπτυσσόμενη βιομηχανία που προσφέρει υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες υγείας θα μπορούσαν να οριστούν σαν «οι επαγγελματικές δραστηριότητες και διεργασίες που απαιτούν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και υλικοτεχνικούς πόρους, προκειμένου να εξυπηρετούνται ανάγκες της υγειονομικής φροντίδας του πολίτη σε όλο το φάσμα της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του» (Δατσέρης, 2009). Σήμερα λοιπόν, περισσότερο από κάθε άλλη φορά στο παρελθόν, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας κατανοούν ότι πρέπει να εστιάσουν στη βελτίωση και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους (www.iso.org).

Η έννοια της ποιότητας επεκτείνεται από τα αγαθα στις υπηρεσίες και δη στις υπηρεσίες υγείας. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Intitution of Medicine, IOM) της διεθνούς ακαδημίας στον ορισμό του για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφέρει ότι είναι «...ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας τόσο σε εξατομικευμένο όσο και σε γενικότερο επίπεδο, αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση...» (<http://www.iom.edu>). Η κεντρική ιδέα της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών των πελατών. Στις υπηρεσίες υγείας τη θέση του πελάτη κατέχει ο ασθενής και η ποιότητα ταυτίζεται με την ετοιμότητα παροχής, την εύκολη πρόσβαση, τη φιλική αντιμετώπιση και την υποστήριξη-κατανόηση σε συνδυασμό με την καταλληλότητα και την αξιοπιστία. Η επιδίωξη της ποιότητας στον τομέα της υγείας σημαίνει εξάλειψη της κακής πρακτικής και ενθάρρυνση της καλής. Ένας παράγοντας που καθιστά απαραίτητο τον ποιοτικό σχεδιασμό στο συγκεκριμένο τομέα είναι η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και λαθών στη φροντίδα των ασθενών που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο. Η βελτίωση της ποιότητας είναι μια αέναη προσπάθεια που προϋποθέτει συνεχείς αξιολογήσεις. Αυτή η προσπάθεια απαιτεί τη συμμετοχή αλλά και τη στήριξη της διοίκησης ούτως ώστε να ασκείται συνολικά και να περιλαμβάνει όλο το προσωπικό και όλες τις δραστηριότητες. Συστήματα καταγραφής αυτών των δραστηριοτήτων είναι απαραίτητα ώστε να ελαχιστοποιηθούν αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι συνέπειές τους με τελικό αποτέλεσμα την ικανοποίηση του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου και συνεργάτες (2001) για να είναι αποδοτικό ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι οργανωμένο «ώστε να διασφαλίζει αποδοτική χρήση των πόρων και ικανοποίηση στον ασθενή».

Με τη δημιουργία των νέων δομών ο αριθμός των χρηστών υπηρεσιών υγείας που έχει πρόσβαση σε αυτές στις υπηρεσίες υγείας όλο και αυξάνεται. Οι άνθρωποι στρέφονται προς το σύστημα υγείας κατά μέσο όρο μία με δύο φορές το χρόνο προς αναζήτηση λύσεων σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Αυτά τα προβλήματα καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα και δεν περιορίζονται μόνο στη θεραπεία της ασθένειας αλλά επεκτείνονται και σε συμβουλές για οικογενειακό προγραμματισμό, για βελτίωση του τρόπου ζωής (πχ διακοπή καπνίσματος, αδυνάτισμα κλπ), για σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών κλπ. Τα συστήματα υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, παρέχοντάς τους λύσεις στα προβλήματά τους, υπό το πρίσμα του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι πολίτες με την

πάροδο των ετών είναι όλο και πιο καταρτισμένοι αφού μπορούν να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας τους και από άλλες πηγές, πλην των ιατρών, όπως είναι το διαδύκτιο, με αποτέλεσμα να αυξάνουν οι απαιτήσεις τους. Από την κάλυψη αυτών των απαιτήσεων και αναγκών από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, εξαρτάται και το τελικό αίσθημα ικανοποίησης που απολαμβάνουν οι πολίτες. Ο βαθμός ικανοποίησης τους είναι αποτέλεσμα ενός αριθμού συνιστωσών και παραγόντων. Το γεγονός αυτό ωθεί τους παρόχους υγείας να εντείνουν τις προσπάθειές τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες προσδοκίες των χρηστών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να προσφέρουν υπηρεσίες που δεν αφορούν μόνο αυστηρά στον τομέα της υγείας αλλά καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα (*Andaleeb et al., 1998*). Ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα που επανδρώνει τις δομές υγείας αποδεικνύεται και ο πιο ουσιαστικός. Στο παρελθόν η αναφορά σε παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας παρέπεμπε στο γιατρό και στη νοσηλεύτρια. Ο ασθενής ερχόταν σε επαφή μόνο με αυτούς και η ικανοποίηση που εξέφραζε αφορούσε στις εκλαμβανόμενες υπηρεσίες των προαναφερθέντων ειδικοτήτων. Σήμερα ο ορισμός της υγείας έχει τροποποιηθεί και εξελιχθεί και αναφέρεται όχι μόνο στη σωματική αλλά και στην ψυχική αλλά και στην κοινωνική υγεία του ατόμου. Έτσι η συνεργασία μεταξύ ιατρικών και μη ειδικοτήτων κρίνεται απαραίτητη για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος.

Ο ορισμός άλλωστε της Δημόσιας Υγείας και του στόχου της δεικνύει την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας: «...στόχος της Δημόσιας Υγείας είναι η προστασία, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Είναι ο συνδυασμός των επιστημών, των δεξιοτήτων και των γνώσεων που κατευθύνεται στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας όλου του πληθυσμού μέσω συλλογικών ή κοινωνικών δράσεων...» (*Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998*). Η διεπιστημονική φροντίδα (*multidisciplinary care*) απορρέει από τη συνεργασία επαγγελματιών με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο για την επίτευξη ενός στόχου που χρήζει συνδυασμό γνώσεων. Μέσα από αυτή τη συνεργασία αναδεικνύονται η γνώση και η ικανότητα όλων των επαγγελματιών που συμμετέχουν (*Αλτάνης, 1991*). Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) οι επαγγελματίες υγείας περνούν από το ατομικό επίπεδο εργασίας στη συνεργασία με άλλες ειδικότητες εκμηδενίζοντας με αυτόν τον τρόπο ελλείψεις στη γνώση που αναπόφευκτα δημιουργεί η εξειδίκευση. Στη διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 υπογραμμίστηκε η σημασία της συνεργασίας των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας με σκοπό το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα για τον πολίτη που είναι ο τελικός αποδέκτης των οφελών αυτής της συνεργασίας.

Τελικός στόχος αυτών των προσπαθειών είναι η αύξηση της αποτελεσματικότητας και κατά συνέπεια της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί διαχρονικό ζητούμενο και εντάσσεται στις προτεραιότητες των εκάστοτε εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας μιας χώρας. Σκοπός της είναι η ικανοποίηση του αποδέκτη των υπηρεσιών είτε αυτός είναι ο άμεσα ενδιαφερόμενος (ασθενής) είτε κάποιο συγγενικό του πρόσωπο (πχ γονείς νοσηλευόμενων παιδιών, νεογνών). Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών μέσω

ερωτηματολογίων αποτελεί αποδεκτό κριτήριο αξιολόγησης των προσλαμβανόμενων υπηρεσιών (Mahon, 1996) και κατευθυντήριο οδηγό για τη βελτίωση και τον επαναπροσανατολισμό των πολιτικών υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2003). Τα ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλες τις δομές της υγειονομικής περίθαλψης. Από τους εξωνοσοκομειακούς χρήστες υπηρεσιών υγείας, έως τους νοσηλευόμενους σε ένα νοσοκομείο.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσω ερωτηματολογίων προέρχονται από την άμεση εμπειρία των χρηστών. Ειδικές ομάδες ασθενών (άτομα με άνοια, ασθενείς σε κώμα, μικρά παιδιά και νεογνά) δεν είναι σε θέση να απαντήσουν οι ίδιοι στα τιθέμενα ερωτήματα και οι πληροφορίες συλλέγονται έμμεσα από τη σκοπιά ατόμων συνήθως του στενού τους οικογενειακού περιβάλλοντος (Firth et al., 2000). Η διεθνής βιβλιογραφία επεκτείνεται σε ζητήματα ικανοποίησης των έμμεσα ενδιαφερόμενων χρηστών υπηρεσιών υγείας όπως είναι οι γονείς νοσηλευόμενων παιδιών και νεογνών. Αρκετές έρευνες περιορίζονται στο να μελετούν την ικανοποίηση των γονιών κάτω από το πρίσμα συγκεκριμένων παραμέτρων, όπως είναι η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Mark et al., 2005). Στην Ελλάδα η βιβλιογραφία που αφορά σε μελέτες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των γονιών παιδιών που δέχονται υπηρεσίες από διάφορες υγειονομικές βαθμίδες νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, τμήμα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ παιδιών) και νεογνών είναι περιορισμένη (Μπουτοπούλου και συν., 2010; Τσιρώνη και συν., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

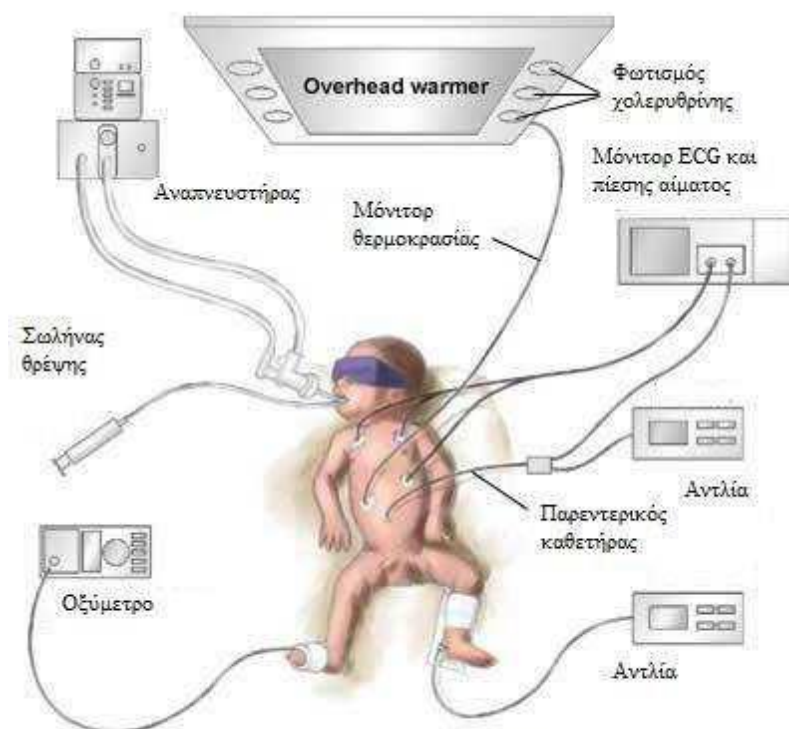
Από τη σύλληψη, η οικογένεια προετοιμάζεται για τον ερχομό του νέου μέλους της. Αμέσως μετά τη γέννηση ξεκινά η διαδικασία ανάπτυξης του δεσμού των γονιών με το νεογνό τους. Αυτή η διαδικασία πλήττεται όταν το νεογνό εξαιτίας διαφόρων αιτιών, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποχωρίζεται από τους γονείς του για να εισέλθει στη ΜΕΝΝ για χρονικό διάστημα ανάλογο της σοβαρότητας της κατάστασής του. Η λειτουργικότητα του ζευγαριού σαν γονείς επηρεάζεται και διαφοροποιείται από εκείνη των γονιών που τα νεογνά τους δεν εισήχθησαν στη ΜΕΝΝ (*Carter et al., 2007*).

Το γεγονός αυτό δημιουργεί σύγχυση στην οικογένεια, αφού πρόκειται για μια κατάσταση που τις περισσότερες φορές συμβαίνει αναπάντεχα και η έκβασή της είναι αβέβαιη για τους γονείς. Μελέτες από το 1960, περιγράφουν πως η γέννηση ενός πρόωρου παιδιού δημιουργεί κρίση στην οικογένεια (*Kaplan & Mason, 1960*). Το παιδί είναι ο συνδετικός παράγοντας που εξελίσει το ζευγάρι σε οικογένεια. Με την εισαγωγή του στη ΜΕΝΝ ο αρχικός οικογενειακός προγραμματισμός διαταράσσεται και οι γονείς βιώνουν αισθήματα άγχους και ενοχής (*Κυρίτση και συν., 2008*). Παρόλο που ο δεσμός της μητέρας παιδιού (*Wigert et al., 2006*) έχει αναλυθεί από όλες τις σκοπιές για την σημαντικότητά του, ο ρολος του πατέρα και το δέσιμό του με το νεο μέλος της οικογενείας δεν παύει να είναι εξίσου σπουδαίο. Ο πατέρας κρατώντας το ρόλο του προστάτη της οικογένειας, προσπαθεί να προσφέρει το καλύτερο για τη μητέρα και το νεογνό τους και αυτό αυξάνει τα επίπεδα του άγχους του (*Lindberg, 2007*).

Μια ειδική κατηγορία ασθενών για την οποία το ποσοστό ικανοποίησης των προσλαμβανόμενων υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να ανακληθεί από τους ίδιους τους χρήστες αποτελούν τα νεογνά που νοσηλεύονται. Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς/κηδεμόνες είναι αυτοί που καλούνται να απαντήσουν και να δώσουν στοιχεία για το πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται από τις παρεχόμενες φροντίδες που δέχεται το νοσηλευόμενο νεογνό τους και τι ήθελαν να είναι διαφορετικό (*Firth et al., 2000; Obeidat et al., 2009*). Καλούνται να προσδιορίσουν τις συνιστώσες που τους έκαναν να αισθάνονται εμπιστοσύνη απέναντι στους υπεύθυνους για τη νοσηλεία του παιδιού τους και τους παράγοντες που τους δυσαρέστησαν κατά την παραμονή του παιδιού στη ΜΕΝΝ και τη ΜΑΦ του νοσοκομείου (*Mitchell-DiCenso et al., 1996*). Στην περίπτωση των παιδιών-ασθενών ο γονιός είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένος αφού πρόκειται για την υγεία του παιδιού του, ενώ ενίοτε καλείται να πάρει αποφάσεις για λογαριασμό της ζωής του.

Η ικανοποίηση των γονιών φαίνεται ότι εξαρτάται από πολλές παραμέτρους που σχετίζονται τόσο με κοινωνικοοικονομικές (ηλικία γονέων, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, φύλο, τόπος καταγωγής) όσο και με ιατρονοσηλευτικές παραμέτρους (συμμετοχή στη φροντίδα του νεογνού, πληροφόρηση, αντίληψη της σοβαρότητας της κατάστασης κλπ). Αποτελεί στοιχείο που ευνοεί την καλύτερη δυνατή συνεργασία μεταξύ των γονιών και των λειτουργών υγείας με στόχο τη βέλτιστη παροχή φροντίδας στα νεογνά. Ο βαθμός στον οποίο ο κάθε παράγοντας συμβάλλει θετικά ή αρνητικά στο αίσθημα ικανοποίησης που βιώνει ο γονιός μετά το εξιτήριο του παιδιού του είναι ένα ερώτημα που χρήζει διερεύνησης (Ygge *et al.*, 2001; Latour *et al.*, 2005). Στις ΜΕΝΝ το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών και κηδεμόνων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες με σημαντικότερο το γεγονός ότι οι γονείς για πρώτη φορά μετά τη γέννηση του παιδιού τους, το βλέπουν σε μια θερμοκοιτίδα σε ένα θάλαμο εντατικής νοσηλείας και όχι στην αγκαλιά τους. Η παρουσία αυτή του παιδιού συνδεδεμένο με τα μόνιτορ και τον υπόλοιπο εξοπλισμό, συχνά τους δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα ειδικά όταν δεν είναι προετοιμασμένοι για την εικόνα που θα αντικρίσουν (εικ.2.1.1).

Εικ. 2.1.1: Σκίτσο νεογνού με μηχανική υποστήριξη αναπνοής (πηγή: Κυριαζή, 2008)



Παρόλο λοιπόν, που μια ΜΕΝΝ επιτυγχάνει τον αρχικό της στόχο, που δεν είναι άλλος από τη μείωση της νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, λιγότερη προσοχή δίνεται στην κάλυψη των ψυχικών αναγκών του νεογνού αλλά και της

οικογένειάς του και αυτό επηρεάζει το τελικό αίσθημα ικανοποίησης των γονιών (*Saunders et al., 2003*). Στην εργασία των Αναγνωστάκου και συνεργατών (2009), τονίζεται πόσο σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη των γονιών από το προσωπικό της MENN (συμπεριλαμβανομένου και ψυχολόγου) ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει μια οικογένεια, με νεογνό που χρήζει νοσηλείας, στο παρόν αλλά και στο μέλλον.

Στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί αρκετά σταθμισμένα ερωτηματολόγια που καταγράφουν το αίσθημα ικανοποίησης. Τα εν λόγω εργαλεία-ερωτηματολόγια επιχειρούν να αξιολογήσουν μια σειρά από παράγοντες, που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τους γονείς. Στο ίδιο ερευνητικό πεδίο εστιάζει και η μελέτη των Ελλήνων Μουμουτζόγλου και συνεργατών (2000). Τα ερωτηματολόγια αναζητούν μεταξύ άλλων τη συσχέτιση αυτών των παραγόντων με παραμέτρους όπως η ηλικία των γονιών, το μορφωτικό επίπεδό τους και άλλα δημογραφικά στοιχεία. Ορισμένα από αυτά είναι:

- Το Neonatal Index of Parent Satisfaction (NIPS), που χρησιμοποίησαν στη μελέτη τους οι Mitchell-DiCenso και συνεργάτες (1996)
- το QCPQ των Norelessa και συνεργατών (2002)
- το Neonatal Intensive Care Unit- Parent Satisfaction Form (NICU-PSF) των Jennifer Conner και Eugene C. Nelson, (1999) στο οποίο βασίζεται η παρούσα μελέτη και το οποίο χρησιμοποίησαν και οι Wielenga et al., (2006) και οι Τσιρώνη και συνεργάτες (2011).

Σε διεθνές επίπεδο το ζήτημα της γονεϊκής ικανοποίησης έχει απασχολήσει αρκετούς ερευνητές και υπάρχουν μελέτες αναφορικά με το αίσθημα ικανοποίησης των γονέων-κηδεμόνων με νοσηλευόμενα νεογνά σε MENN και ΜΑΦ (*Norelessa et al., 2002*). Σκοπός των μελετών είναι να προσδιοριστούν οι ανάγκες των γονιών οι οποίες είναι αλληλένδετες με το τελικό αίσθημα που τους αφήνει η νοσηλεία του νεογνού τους στη MENN (*Vaskelyte et al., 2009*).

Στην Πορτογαλία οι Rocha και συνεργάτες, (2011) διεξήγαγαν μελέτη ώστε να αξιολογήσουν το αίσθημα ικανοποίησης των μητέρων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νεογνά τους την ίδια στιγμή που έρχονταν αντιμέτωπες με την πιθανότητα απώλειάς τους. Η έρευνα έδειξε ότι η απώλεια του γονεϊκού ρόλου ήταν ο πιο στρεσογόνος παράγοντας για τις μητέρες. Η απώλεια του εξιδανικευμένου ρόλου του γονέα ήταν η πιο αγχωτική εμπειρία.. Τα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν υπογραμμίζουν την ανάγκη για τη συνεχή αλλαγή της μονάδας νεογνών σε ένα πιο φιλικό περιβάλλον για τις μητέρες και τα νεογνά τους.

Σημαντικοί επίσης παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα στο παιδί τους είναι η συνολική φροντίδα που δέχονται τα παιδιά κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο (*Mahon, 1996*), η δυνατότητα παραμονής των γονιών κοντά στο νεογνό τους για περισσότερη από την προβλεπόμενη ώρα (*Saunders et al., 2003*), η συμμετοχή τους στη φροντίδα του

(Ygge *et al.*, 2004), η επικοινωνία και η πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Reis *et al.*, 2010).

Η συμμετοχή των γονιών στη φροντίδα των παιδιών τους και ο χρόνος που περνούν μαζί τους θεωρείται ζωτικής σημασίας για την καλύτερη έκβαση της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με την Annika Örténstrand, ερευνήτρια και νοσηλεύτρια στο παιδιατρικό νοσοκομείο Astrid Lindgren του Karolinska στη Στοκχόλμη της Σουηδίας, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία εγκαταστάσεων δίπλα στη MENN οι οποίες θα φιλοξενούν τους γονείς των νοσηλευόμενων νεογνών. Η πρόσβαση των γονιών στη MENN θα είναι δυνατή 24/7, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται δηλαδή 24 ώρες την ημέρα για επτά ημέρες την εβδομάδα. Σε διαφορετική περίπτωση ο δεσμός μεταξύ των γονιών και του παιδιού μπορεί να αργήσει να αναπτυχθεί ή να μην υλοποιηθεί και ποτέ, γεγονός που αποτελεί ένα από τα άγχη των γονιών με την εισαγωγή του νεογνού τους στη MENN. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι μειώνεται έτσι και ο συνολικός χρόνος νοσηλείας (www.ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp).

Βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας οι παράμετροι φροντίδας που εντοπίστηκαν ως σημαντικές για τους γονείς που τα νεογνά τους έλαβαν εντατική θεραπεία είναι οι εξής: η διασφάλιση (assurance), η φροντίδα (caring), η επικοινωνία με το προσωπικό της MENN (communication), η συνεπής πληροφόρηση από τους θεράποντες ιατρούς (consistent information), η εκπαίδευση τους αναφορικά με την περιποίηση του νεογνού τους (education), το περιβάλλον της MENN (environment), η ιατρική παρακολούθηση που λαμβάνει το νεογνό τους (follow-up care), η διαχείριση του πόνου του (pain management), η συμμετοχή τους στη φροντίδα του νεογνού τους (participation) και ο χρόνος που αφιερώνουν κοντά του (visiting) (Franck & Spencer, 2003; de Leeuw *et al.*, 1990), η εγγύτητα που νιώθουν σε σχέση με το παιδί τους (proximity), και η υποστήριξη που δέχονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση που βιώνουν έχοντας ένα παιδί στη MENN (support) (Conner & Nelson, 1999).

Σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Wielenga *et al* (2006), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την επικοινωνία που είχαν με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και λιγότερο από την εκπαίδευση που τους έγινε για τον τρόπο που θα φροντίζουν το νεογνό τους και στο πόσο έτοιμοι αισθάνονται να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα που θα προκύψουν στο παιδί τους.

Στο σύνολό τους οι έρευνες έδειξαν το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της γονεϊκής από τις παροχές φροντίδας σε νοσηλευόμενα νεογνά. Η ικανοποίηση των ασθενών μεταφράζεται ως αποτέλεσμα της φροντίδας και ως δείκτης της ποιότητας της περίθαλψης (Conner & Nelson, 1999).

Στην Ελλάδα σχετικές μελέτες έχουν γίνει σε τριτοβάθμια νοσοκομεία της πρωτεύουσας (Tsironi *et al.*, 2011; Τσιρώνη και συν., 2011) και της συμπρωτεύουσας (Lazaridou *et al.*, 2009). Οι έρευνητές μέτρησαν με σταθμισμένα εργαλεία τους παράγοντες που επηρεάζουν το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης των γονιών και

έδειξαν τη σημαντικότητα του βαθμού ικανοποίησης στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στη λήψη αποφάσεων για το σχεδιασμό πολιτικών στον τομέα της νοσηλείας νεογνών. Τα ευρήματα των ερευνών αυτών έδειξαν ότι η συναισθηματική υποστήριξη που θα ήθελαν να έχουν οι γονείς των νοσηλευόμενων νεογνών βαθμολογείται υψηλά από τους ίδιους παράλληλα με την ανάγκη τους για έκφραση των συναισθημάτων τους και υποστήριξης των πνευματικών τους αναγκών. Στον αντίποδα ο χρόνος παραμονής τους με το νεογνό τους καθώς και η μικρή τους συμμετοχή στη φροντίδα του είναι παράμετροι στις οποίες οι γονείς απαντούν με χαμηλή βαθμολογία.

Αντίστοιχες μελέτες ικανοποίησης δεν έχουν πραγματοποιηθεί σε γονείς νεογνών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ της Κρήτης. Η παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσει οδηγό για τη βελτίωση και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε νοσηλευόμενα νεογνά με τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των νεογνών να προσαρμόζουν τον τρόπο που θα τα φροντίσουν λαμβάνοντας υπόψιν και τις ανάγκες των γονιών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός της μελέτης-Στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της ικανοποίησης που αισθάνονται οι γονείς από τη φροντίδα που δέχονται τα νεογνά τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΝΝ και στη ΜΑΦ νεογνών, συνεκτιμώντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Επιμέρους στόχους αποτελούν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη γονεϊκή ικανοποίηση και η ιεράρχησή τους καθώς και η κατάθεση προτάσεων, βάσει των αποτελεσμάτων για την αύξηση της ικανοποίησης των γονιών.

3.2 Πεδίο μελέτης

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) και τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) της Νεογνολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

Στο Ηράκλειο Κρήτης, πρωτεύουσα του νησιού, λειτουργούν δύο ΜΕΝΝ-ΜΑΦ, στο Βενιζέλειο-Πανάνειο Νοσοκομείο και στο ΠαΓΝΗ. Η ΜΕΝΝ του ΠαΓΝΗ αποτελεί τμήμα της Νεογνολογικής Κλινικής με συνολική δύναμη κλινών ΜΕΝΝ, ΜΑΦ και απλής νοσηλείας τα 28 κρεβάτια. Καλύπτει δε, υγειονομικά την Κρήτη, τις νότιες Κυκλάδες και τα ανατολικά Δωδεκάνησα, πληθυσμός που υπολογίζεται σε 600.000 κατοίκους.

3.3 Δείγμα-Διάρκεια μελέτης

Η επιλογή του πληθυσμού μελέτης έγινε με δείγμα ευκολίας. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από όλους τους γονείς που τα νεογνά τους νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ και ΜΑΦ νεογνών του ΠαΓΝΗ στο διάστημα διεξαγωγής της μελέτης και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής σε αυτή. Τα κριτήρια επιλογής για τη συμμετοχή των γονιών στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- γονείς-κηδεμόνες οποιασδήποτε ηλικίας και εθνικότητας εκτός από αυτούς που είχαν αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας και μη ικανοποιητική γνώση της ελληνικής γλώσσας
- νεογνά < 30 ημερών την ημέρα εισαγωγής τους στις ΜΕΝΝ-ΜΑΦ
- διάρκεια παραμονής του νεογνού στο τμήμα ≥ 3 ημέρες
- νεογνά που έλαβαν εξιτήριο κατά το χρονικό διάστημα από 21-12-2012 έως και 07-03-2013.

Συνολικά συλλέχθηκαν 58 ερωτηματολόγια με ποσοστό ανταπόκρισης των γονιών το 92%.

3.4 Ερωτηματολόγιο-Τρόπος συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί προσαρμοσμένη εκδοχή του πρωτότυπου Neonatal Intensive Care Unit-Parent Satisfaction Form, NICU-PSF (*Conner & Nelson, 1999*) και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα (*Tsironi et al., 2011*). Για τη χρησιμοποίησή του εξασφαλίστηκε προηγουμένως έγγραφη άδεια από την συγγραφέα του, για την αρχική καθώς και για την ελληνική εκδοχή του. Αποτελείται από δύο μέρη:

Στο πρώτο μέρος καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού (ηλικία και φύλο γονέα, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, υπηκοότητα, τόπος διαμονής, επάγγελμα και διάρκεια νοσηλείας νεογνού). Η συγγραφέας και κατασκευάστρια του ερωτηματολογίου NICU-PSF, Jeanette O'Conor στις οδηγίες χρήσης του ερωτηματολογίου προς την ερευνήτρια προτείνει τη δημιουργία ανεξάρτητου ερωτηματολογίου που να περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού. Εφόσον αυτά παρατίθενται χωριστά και δεν αποτελούν μέρος του αρχικού ερωτηματολογίου, δεν επηρεάζουν τη συνοχή του και την αξιοπιστία του.

Το δεύτερο μέρος αποτελεί το κυρίως ερωτηματολόγιο NICU-PSF, το οποίο διαχωρίζεται σε 9 εννοιολογικές κατηγορίες (ενότητες) εκ των οποίων η ενότητα «Εκπλήξεις & απογοητεύσεις» περιέχει ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Οι βασικές ερωτήσεις (items) κλειστού-ανοικτού τύπου του αρχικού ερωτηματολογίου είναι 62, χωρίς την ενότητα των δημογραφικών-προσωπικών χαρακτηριστικών (*Conner & Nelson, 1999*). Η τροποποιημένη ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει 43 βασικές ερωτήσεις κλειστού τύπου και 4 ανοικτού (*Tsironi et al., 2011; Τσιρώνη και συν., 2011*). Στην παρούσα μελέτη αποκλείστηκαν τρεις ερωτήσεις που αφορούσαν σε μεταγενέστερη επίσκεψη του νεογνού (follow-up), καταλήγοντας στις 43 ερωτήσεις.

Συνολικά περιλαμβάνει 47 υποερωτήσεις εκ των οποίων οι 37 είναι διαβαθμισμένες σε κλίμακα Likert. Κάθε ενότητα αποτελείται από ένα ή περισσότερα πεδία, και πάντα με κοινές αποκρίσεις (τις διαβαθμισμένες απαντήσεις κλίμακας). Η αξιοπιστία του ήδη χρησιμοποιημένου ερωτηματολογίου για όλες τις ενότητες βρέθηκε $\alpha > 0,7$ σύμφωνα με την *Tsironi et al. (2011)* ενώ στο αρχικό ερωτηματολόγιο βρέθηκαν 4 κατηγορίες με $\alpha < 0,7$ (*Miles et al., 2002*). Το NICU-PSF επιλέχθηκε για τους εξής λόγους:

- Αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης γονιών με νοσηλεύόμενα νεογνά στη MENN (*Conner & Nelson, 1999; Wielenga et al., 2006*).
- Έχει ήδη μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και εφαρμοστεί σε ελληνικό πληθυσμό μελέτης (*Tsironi et al., 2011*).
- Είναι κατανοητό και εύκολο και οι ερωτώμενοι δεν έδειξαν προβληματισμό για κάποια από τις ερωτήσεις κατά τη συμπλήρωσή του (πιλοτική μελέτη).

- Ανταποκρίνεται στα ερωτήματα της μελέτης.
- Καλύπτει ένα μεγάλο σύνολο παραμέτρων που δύνανται να επηρεάσουν τη γονεϊκή ικανοποίηση

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου που δόθηκε στους γονείς των νοσηλευόμενων νεογνών. Την ημέρα εξιτηρίου του νεογνού από το νοσοκομείο οι γονείς ενημερώνονταν για τη μελέτη και το σκοπό της καθώς και για την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Κατόπιν τους δινόταν το ερωτηματολόγιο εφόσον είχε εξασφαλιστεί η έγγραφη συγκατάθεσή τους. Οι γονείς που συμμετείχαν στη μελέτη βεβαιώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι απαλλαγμένα από ερωτήσεις που απαιτούν συμπλήρωση στοιχείων που δεικνύουν την ταυτότητά τους ώστε να είναι όσο πιο αντικειμενικοί και ειλικρινείς μπορούν στις απαντήσεις τους. Το υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης, το οποίο ήταν απαραίτητο για την πιστοποίηση της εγκυρότητας του κάθε συμπληρωμένου ερωτηματολογίου τοποθετείτο από τους ίδιους τους γονείς, απουσία μέλους του προσωπικού, σε ξεχωριστό (πανομοιότυπο) φάκελο με το ερωτηματολόγιο, που δεν έφερε κανένα διακριτικό στοιχείο, τον οποίο και σφράγιζαν. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν στους συμμετέχοντες είτε από την ίδια την ερευνήτρια είτε από άλλα μέλη του προσωπικού του τμήματος. Μετά το πέρας της συμπλήρωσής τους οι γονείς τα άφηναν σε συγκεκριμένο χώρο του τμήματος, που τους είχε υποδειχθεί εκ των προτέρων, εξασφαλίζοντας έτσι ακόμα περισσότερο τα στοιχεία της ανωνυμίας τους, αφού τις περισσότερες φορές δύο ή και περισσότεροι γονείς συμπλήρωναν ερωτηματολόγιο ταυτόχρονα. Το σύνολο των συμπληρωμένων και κλειστών φακέλων ήταν στη διάθεση των γονιών για να βεβαιωθούν ότι αυτοί παρέμεναν σφραγισμένοι ως το πέρας της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο για κάθε παιδί συμπληρώθηκε από τον ένα γονέα (τον πατέρα ή τη μητέρα). Σε περίπτωση διδύμων νεογνών οι γονείς λάμβαναν ένα ερωτηματολόγιο.

Στο χρονικό διάστημα που διήρκησε η μελέτη πραγματοποιήθηκαν συνολικά 80 εξιτήρια. Από αυτά, τα 9 αφορούσαν σε δίδυμα αδέρφια. Έτσι τα ζεύγη των γονιών που αντιστοιχούν στα 80 εξιτήρια είναι 71. Από τα 71 νεογνά, τα 8 δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη, αφού τα 6 νοσηλεύτηκαν για διάστημα μικρότερο των τριών ημερών, ενώ οι γονείς των άλλων δύο δεν μιλούσαν ικανοποιητικά την ελληνική γλώσσα ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις με αποτέλεσμα να αποκλειστούν από τη μελέτη. Από τα εναπομείναντα 63 ζεύγη, πέντε αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Τα τρία είχαν μακρινό τόπο μόνιμης κατοικίας και δεν είχαν επισκεφθεί σχεδόν καθόλου τα νεογνά τους στο διάστημα νοσηλείας τους ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις ενώ τα άλλα δύο επικαλέστηκαν έλλειψη χρόνου. Τα 58 ζεύγη των γονιών που πληρούσαν τα κριτήρια και δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο αντιστοιχούν στο 92% του συνόλου. Στα απαντημένα ερωτηματολόγια η ανταποκρισιμότητα στις ερωτήσεις

έφτανε το 98,6% και έτσι δεν αποκλείστηκε κανένα από την ανάλυση των δεδομένων.

3.5 Πιλοτική μελέτη

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διεξήχθη πιλοτική μελέτη για τη διαπίστωση του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων και του τρόπου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους γονείς. Μέσος χρόνος συμπλήρωσης ήταν τα 15 περίπου λεπτά. Τέσσερις γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με ποσοστό ανταπόκρισης στις ερωτήσεις το 94%. Τα τέσσερα αυτά ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα.

3.6 Δεοντολογία της έρευνας

Στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Δημόσια Υγεία-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας η εκπόνηση της παρούσας εργασίας έλαβε τη συγκατάθεση του επιβλέποντα καθηγητή κ. Α. Φιλαλήτη. Η διεξαγωγή της μελέτης στη Νεογνολογική κλινική του ΠαΓΝΗ εγκρίθηκε προηγουμένως, από τη διευθύντρια της κλινικής και συνεπιβλέπουσα, αναπληρώτρια καθηγήτρια, κ. Χ. Γιαννακοπούλου. Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης το ερευνητικό πρωτόκολλο κατατέθηκε και εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠαΓΝΗ. Συγκατάθεση και άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου δόθηκε από τη συγγραφέα του ερωτηματολογίου Jeanette O'Connor τόσο για την αρχική όσο και για την ελληνική του εκδοχή. Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου παραχωρήθηκε από την κ. Τσιρώνη κατόπιν αιτήματος της ερευνήτριας. Το ερωτηματολόγιο δεν επισυνάπτεται στην παρούσα εργασία καθώς η οδηγία της συγγραφέας για μη γνωστοποίησή του σε τρίτους, χωρίς την άδειά της, ήταν ρητή.

Οι γονείς, κατόπιν ενημέρωσης, υπέγραψαν μία φόρμα συγκατάθεσης συμμετοχής τους στη μελέτη που περιέγραφε συνοπτικά το σκοπό της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο δεν συμπεριλαμβάνει προσωπικά στοιχεία των γονιών, διασφαλίζοντας έτσι την ανωνυμία του πληθυσμού της έρευνας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη διατήρηση της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων και για την αρχή του απορρήτου που διέπει τα στοιχεία της έρευνας.

3.7 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0. Αρχικά και πριν την εκτίμηση των συντελεστών αξιοπιστίας, υπολογίστηκε το πλήθος των ελλειπουσών απαντήσεων (κενά, λάθη κλπ) στο σύνολο των ερωτήσεων (και εκτός των 4 ανοικτού τύπου), όπου βρέθηκαν να αντιστοιχούν μόλις στο 1,4%

του συνόλου των απαντήσεων. Δεν κρίθηκε έτσι απαραίτητη η διαδικασία απόδοσης (single or multiple imputation procedure).

Ακολούθησε υπολογισμός κατανομών συχνοτήτων χαρακτηριστικών των γονέων και νοσηλείας των νεογνών. Στη νοσηλεία των νεογνών διαχωρίστηκε η διάρκεια της ανάλογα με τη διάμεση χρονική διάρκεια (11 ημέρες). Ενώ η χαμηλή βαθμολογία (score) των οχτώ ενοτήτων ή του συνόλου των ενοτήτων του ερωτηματολογίου NICU-Parental Satisfaction Form καθορίζει υψηλή ικανοποίηση, εκτιμήθηκε η αντίστοιχη ποσοστιαία ικανοποίηση από 0-100% (Τσιρώνη και συν., 2011) σύμφωνα με τη μέθοδο της γραμμικής παραβολής. Εκ των υστέρων, με τις μη παραμετρικές μεθόδους Mann Whitney & Kruskal Wallis ακολούθησαν έλεγχοι διαφοροποίησης του score (ικανοποίησης) ως προς χαρακτηριστικά των γονέων και νοσηλείας των νεογνών. Στην περίπτωση αυτή και λόγω των πολλαπλών ελέγχων, ως επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni $0,05/k$, όπου k οι ενότητες και το σύνολο της βαθμολογίας.

Επιπλέον, έγινε ομαδοποίηση των οχτώ ενοτήτων ικανοποίησης του ερωτηματολογίου με τη μέθοδο της ανάλυσης κατά ομάδες (hierarchical cluster analysis) ενώ η μέθοδος κατά Ward χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των Ευκλείδειων αποστάσεων. Για την συγκριτική κατάταξη των ενοτήτων της ποσοστιαίας ικανοποίησης έγινε τέλος έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης με τον υπολογισμό των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης, προκειμένου να καθοριστεί η ενότητα με τη μεγαλύτερη ή μικρότερη ικανοποίηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 58 γονείς νεογνών, τα οποία έλαβαν εξιτήριο από τη ΜΕΝΝ και τη ΜΑΦ της νεογνολογικής κλινικής του ΠαΓΝΗ κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης (21/12/2012 έως και 07/03/2013). Εκτός από το ερωτηματολόγιο NICU-PSF, οι γονείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν και ένα δεύτερο που αφορούσε σε δημογραφικά στοιχεία τους. Στον πίνακα 4.1.1 περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, σχέση με το νεογνό, ηλικία, υπηκοότητα, τόπος διαμονής, επίπεδο μόρφωσης, επάγγελμα κλπ).

Από τους 58 συμμετέχοντες γονείς οι 41 (70,7%) ήταν γυναίκες και οι υπόλοιποι 17 (29,3%) άνδρες. Στην πλειοψηφία τους, (56 άτομα, ποσοστό 96,6%) ήταν έγγαμοι, ενώ δύο άτομα δήλωσαν «μονογονεϊκή οικογένεια» (ποσοστό 3,4%). 7 ερωτώμενοι (12,1%) ήταν ηλικίας έως 25 ετών, στην κατηγορία 26-35 ετών ήταν 35 γονείς (60,3%) και στην ηλικία των 36-50 ετών 16 (27,6%). Όσον αφορά στην υπηκοότητα οι 53 (91,4%) ήταν Έλληνες και οι υπόλοιποι 5 (8,6%) άλλης εθνικότητας. Ο κύριος τόπος διαμονής τους ήταν η Κρήτη, με 37 άτομα (63,8%) από το νομό Ηρακλείου, 20 (34,5%) από τους υπόλοιπους τρεις νομούς του νησιού (Χανιά, Ρέθυμνο, Λασιθί) και ένα γονέα από τα Δωδεκάνησα (1,7%).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων: απόφοιτοι Δημοτικού-Γυμνασίου ήταν 8 άτομα (13,8%), απόφοιτοι Λυκείου 18 (31,0%), απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ 28 άτομα (48,3%), ενώ κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου ήταν 4 άτομα (6,9%). Σχετικά με την επαγγελματική τους απασχόληση, δημόσιοι υπάλληλοι ήταν 7 (12,1%), ιδιωτικοί υπάλληλοι 24 (41,4%), ελεύθεροι επαγγελματίες 12 (20,7%) και μη απασχολούμενοι (οικιακά, άνεργος/η) 15 (25,9%).

Για τους 25 (60,3%) ερωτηθέντες το νοσηλευόμενο/α νεογνό/ά ήταν το μοναδικό τους παιδί και στις περίπτωση των διδύμων τα πρώτα τους παιδιά. Οι 11 (19,0%) είχαν ένα ακόμα παιδί, ενώ οι 12 (20,7%) είχαν άλλα δύο παιδιά. Το 13,8% των γονέων (8 άτομα) είχε εμπειρία από παραμονή άλλου παιδιού τους στη ΜΕΝΝ-ΜΑΦ. Στο σύνολο των 58 γονιών οι 9 (15,5%) νοσήλευαν δίδυμα νεογνά στη ΜΕΝΝ. Και στις εννέα περιπτώσεις διδύμων και τα δύο αδέρφια νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ/ΜΑΦ. Το/α νεογνό/ά των 49 γονέων (84,5%) γεννήθηκαν με καισαρική τομή ενώ ο φυσιολογικός τοκετός αφορά στους υπόλοιπους 9 τοκετούς (15,5%).

Πίνακας 4.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης.

		v	%
Φύλο	<i>Άνδρες</i>	17	29,3
	<i>Γυναίκες</i>	41	70,7
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Παντρεμένος/η</i>	56	96,6
	<i>Μονογονεϊκή οικογένεια</i>	2	3,4
Σχέση με νεογνό	<i>Μητέρα</i>	41	70,7
	<i>Πατέρας</i>	17	29,3
Ηλικία	<i>≤25</i>	7	12,1
	<i>26-35</i>	35	60,3
	<i>36-50</i>	16	27,6
Υπηκοότητα	<i>Ελληνική</i>	53	91,4
	<i>Άλλη</i>	5	8,6
Τόπος διαμονής, νομός	<i>Ηράκλειο</i>	37	63,8
	<i>Χανιά, Ρέθυμνο, Λασιθί</i>	20	34,5
	<i>Δωδεκάνησα</i>	1	1,7
Μορφωτικό επίπεδο	<i>Δημοτικό, Γυμνάσιο</i>	8	13,8
	<i>Λύκειο</i>	18	31,0
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	28	48,3
	<i>Μεταπτυχιακός ή/και διδακτορικός τίτλος</i>	4	6,9
Επάγγελμα	<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	7	12,1
	<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	24	41,4
	<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	12	20,7
	<i>Οικιακά, άνεργος/η</i>	15	25,9
Παιδιά εκτός του νοσηλευομένου	<i>Κανένα άλλο</i>	25	60,3
	<i>Ένα</i>	11	19,0
	<i>Δύο</i>	12	20,7
Νοσηλεία άλλου παιδιού της οικογένειας	<i>Ναι</i>	8	13,8
	<i>Όχι</i>	50	83,2
Τοκετός του νοσηλευομένου	<i>Φυσιολογικός</i>	9	15,5
	<i>Καισαρική</i>	49	84,5
Δίδυμος κύηση		9	15,5

Ο πίνακας 4.1.2 περιγράφει τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας των νεογνών. Στη ΜΕΝΝ νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης 21 νεογνά (36,2%) και στη ΜΑΦ 37 (63,8%) (Πίνακας 4.1.2).

Οι σημαντικότερες διαγνώσεις, για τις οποίες νοσηλεύτηκαν τα νεογνά, με φθίνουσα κατάταξη είναι οι εξής: Ως η πρώτη αιτία νοσηλείας ενός νεογνού στη ΜΕΝΝ και ΜΑΦ, καταγράφεται η προωρότητα (26-35 εβδομάδων Ηλικία Κύησης στη

συγκεκριμένη έρευνα) με $n=28$ ποσοστό 48,3% (σχεδόν τα μισά περιστατικά). Η αναπνευστική δυσχέρεια μαζί με τις λοιμώξεις καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση με 7 περιστατικά (12,1%) έκαστες. Νοσήματα της μητέρας όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, συγκεντρώνουν 3 περιστατικά (5,2%). Από δύο περιστατικά φέρονται να οφείλονται σε δυσχέρεια στη σίτιση, σε λιποβαρή νεογνά, και σε πυλωρική στένωση ποσοστό που αντιστοιχεί στο 3,4% για το καθένα. Τέλος από ένα περιστατικό (1,7%) έχουν η ασυμβατότητα Rhesus που κατέληξε σε ΑΦΜ (Αφαιμαζομετάγγιση), ο ίκτερος σε όριο ΑΦΜ, ο τοκετός με προσωπική προβολή, η υπασβαιστιαμία, η μετεωρισμένη κοιλιά του νεογνού, νεογνό με μητέρα φορέα του ιού της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV) και νεογνό του οποίου η μητέρα έκανε χρήση ουσιών.

Λιγότερες ή ίσες με 11 ημέρες νοσηλείας (διάμεσος αριθμός ημερών) νοσηλεύτηκαν 30 νεογνά (51,7%), ενώ περισσότερες από 12 ημέρες 28 νεογνά (48,3%). Το εύρος νοσηλείας ήταν από 3 έως 142 ημέρες.

Πίνακας 4.1.2: Χαρακτηριστικά νοσηλείας των νεογνών.

		v	%
Τμήμα νοσηλείας	<i>MENN</i>	21	36,2
	<i>ΜΑΦ</i>	37	63,8
Αιτίες εισόδου	Αναπνευστική δυσχέρεια	7	12,1
	Ασυμβατότητα Rh-ΑΦΜ	1	1,7
	Δυσχέρεια στη σίτιση	2	3,4
	Ίκτερος	1	1,7
	Λιποβαρές	2	3,4
	Λοίμωξη	7	12,1
	Μητέρα χρήστης ουσιών	1	1,7
	Νόσος μητέρας (HIV)	1	1,7
	Νόσος μητέρας (ΣΔ)	3	5,2
	Πρωρότητα	28	48,3
	Τοκετός με προσωπική προβολή	1	1,7
	Υπασβαιστιαμία	1	1,7
	Χειρουργικό περ/κό (μετεωρισμένη κοιλιά)	1	1,7
Χειρουργικό περιστατικό (πυλωρική στένωση)	2	3,4	
Διάρκεια νοσηλείας, ημέρες	≤ 11 *	30	51,7
	$12+$	28	48,3

* Διάμεσος αριθμός ημερών (το εύρος ήταν 3-142)

4.2 Εννοιολογικές κατηγορίες ερωτηματολογίου

Η ικανοποίηση των γονέων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στα νεογνά τους βαθμολογήθηκε με κλίμακα διαβάθμισης πέντε σημείων τύπου “Likert”, με διακύμανση από «εξαιρετικά ικανοποιημένος»/«εξαιρετικά» ως «καθόλου ικανοποιημένος»/«καθόλου». Οι ερωτήσεις που εκφράζουν συχνότητα, ακολουθούνται από απαντήσεις του τύπου «όλες τις φορές» ως «καμιά φορά» ή

«προετοιμασμένος» ως «σχεδόν καθόλου προετοιμασμένος». Σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης όσο πιο χαμηλή είναι η βαθμολογία τόσο πιο θετική είναι η απάντηση και το αντίστροφο. Στην τρέχουσα έρευνα οι ερωτήσεις που κλήθηκαν να απαντήσουν οι γονείς κατηγοριοποιούνται στις παρακάτω ενότητες (πίνακας 4.2.1):

1. Γενική ικανοποίηση (ερωτήσεις 1, 2 με 6 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 6-30 (Μέση Τιμή, MT:9,1).
2. Παροχή φροντίδας στα νεογνά (ερωτήσεις από 5 έως 8 με 4 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 4-20 (MT:10,4).
3. Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού (ερωτήσεις από 9 έως 12 με 4 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 4-20 (MT:9,3).
4. Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας (ερωτήσεις από 14 έως 21 με 12 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 12-60 (MT:24,3).
5. Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού (ερωτήσεις 22, 23 με 2 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 2-10 (MT:6,5) .
6. Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων (ερωτήσεις από 24 έως 26 με 3 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 3-15 (MT:7,0).
7. Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα (ερωτήσεις από 28 έως 33 με 8 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 8-40 (MT:20,8).
8. Παραμονή με το νεογνό (ερωτήσεις από 35 έως 39 με 5 υποερωτήματα). Βαθμολογία: 5-25 (MT:14,3).
9. Εκπλήξεις & απογοητεύσεις (ερωτήσεις από 40 έως 44, ανοιχτού τύπου χωρίς βαθμολογία με 4 υποερωτήματα).

Πίνακας 4.2.1: Εννοιολογικές κατηγορίες ερωτηματολογίου

Εννοιολογικές κατηγορίες (<i>concept categories</i>)	Βασικές Ερωτήσεις	Υποερωτήματα (k_i)	Εύρος score	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α (ή εύρος κάθε κατηγορίας)
Γενική ικανοποίηση	1,2	6	6-30	0,94
Παροχή φροντίδας των νεογνών	5-8	4	4-20	0,83
Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού	9-12	4	4-20	0,58
Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας	14-21	12	12-60	0,95
Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού	22,23	2	2-10	0,62
Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων	24-26	3	3-15	0,71
Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα	28-30,32,33	8	8-40	0,77
Παραμονή με το νεογνό	35-39	5	5-25	0,54
ΣΥΝΟΛΟ	--	44	44-220	--
Εκπλήξεις & απογοητεύσεις	40-44	4	--	--

4.3 Αποτελέσματα ικανοποίησης γονιών

Στον πίνακα 4.3.1 και στο σχήμα 4.3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την ικανοποίηση των γονέων στις εννοιολογικές κατηγορίες του ερωτηματολογίου.

Η μέση ποσοστιαία συνολική ικανοποίηση των γονέων προσεγγίζει το 67-68%. Σύμφωνα με τους εμπνευστές του ερωτηματολογίου, μεγαλύτερη ικανοποίηση υποδηλώνει η μικρότερη βαθμολογία (βάσει της κλίμακας Likert οι βαθμολογίες τίθενται ως εξής: η απάντηση «Εξαιρετικά» λαμβάνει 1 βαθμό, η απάντηση «Αρκετά» 2 βαθμούς, η απάντηση «Μέτρια» 3 βαθμούς, η απάντηση «Λίγο» 4 βαθμούς και η απάντηση «Καθόλου» 5 βαθμούς. Αντιθέτως η ποσοστιαία εκτίμηση για λόγους κατανόησης, έχει αντιστραφεί (100% ικανοποίηση = απόλυτη ικανοποίηση, 0% = καμία ικανοποίηση).

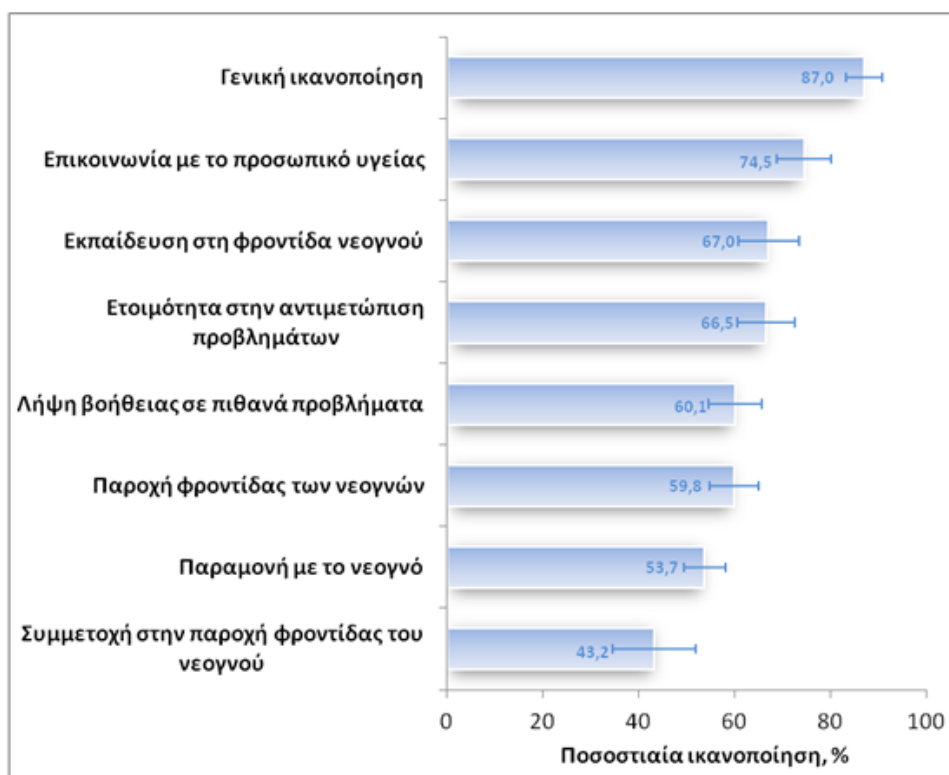
Πίνακας 4.3.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης & ποσοστιαία ικανοποίηση (%) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οκτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parental Satisfaction Form).

	Βαθμολογία ικανοποίησης		Ποσοστιαία ικανοποίηση (%)	
	Μέση (ΤΑ)	Διάμεσος	Μέση (ΤΑ)	Διάμεσος
Γενική ικανοποίηση	9,1 (3,4)	8,5	87,0 (14,2)	89,6
Παροχή φροντίδας των νεογνών	10,4 (3,1)	11,0	59,8 (19,7)	56,3
Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού	9,3 (3,9)	8,5	67,0 (24,2)	71,9
Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας	24,3 (10,4)	21,5	74,5 (21,6)	80,2
Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού	6,5 (2,6)	6,0	43,2 (32,5)	50,0
Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων	7,0 (2,7)	7,0	66,5 (22,8)	66,7
Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα	20,8 (6,8)	21,0	60,1 (21,2)	59,4
Παραμονή με το νεογνό	14,3 (3,3)	14,5	53,7 (16,4)	52,5
Συνολική ικανοποίηση	101,4 (27,4)	99,5	67,4 (15,6)	68,5

Στο σχήμα 4.3.1 με φθίνουσα σειρά, η κατηγορία «Γενική ικανοποίηση» έχει το μεγαλύτερο ποσοστό (87,0%). Ακολουθεί η ενότητα «Επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό» με ποσοστό 74,5%. Έπεται η ενότητα που αφορά στην εκπαίδευση των γονιών στη φροντίδα των νεογνών τους με ποσοστό 67,0%. Η ετοιμότητα από τους γονείς στην αντιμετώπιση προβλημάτων που προέκυπταν στα νεογνά έλαβε το ποσοστό 66,5%, ενώ στο να δεχθούν βοήθεια όταν προέκυπτε κάποιο πρόβλημα στο παιδί τους είτε από μέλος του προσωπικού του τμήματος, είτε από τον ιερέα και τον κοινωνικό λειτουργό του νοσοκομείου, η ικανοποίησή τους έφτασε το 60,1%. Όσον αφορά στον τρόπο που φρόντισε το προσωπικό το νεογνό κατά τη διάρκεια

της παραμονής του στη ΜΕΝΝ/ΜΑΦ του νοσοκομείου, το 59,8% δήλωσε ικανοποιημένο. Ο χρόνος παραμονής με το παιδί τους και η συμμετοχή τους στη φροντίδα του είχαν ποσοστά 53,7% και 43,2% αντίστοιχα (το επισκεπτήριο στη ΜΕΝΝ του ΠαΓΝΗ, είναι καθημερινό και διαρκεί δύο ώρες, 18:00-20:00, ενώ κατά τη διάρκεια της πρωινής ενημέρωσης, 12:00-13:00, οι γονείς κατόπιν σχετικής άδειας βλέπουν για λίγα λεπτά τα νεογνά τους. Εν τούτοις το αν οι γονείς συμμετείχαν στη φροντίδα του ή μπορούσαν να το αγγίξουν και να το πάρουν αγκαλιά είχε άμεση εξάρτηση από τη βαρύτητα της κατάστασης του παιδιού).

Σχήμα 4.3.1: Συγκριτική κατανομή της μέσης ποσοστιαίας ικανοποίησης των γονέων στις οχτώ ενότητες του ερωτηματολογίου NICU-Parental Satisfaction Form.



Τα Ι αφορούν 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Ανάλυση διακύμανσης, $p < 0,001$.

4.4 Βαθμολογίες ικανοποίησης των γονέων βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους

Στον πίνακα 4.4.1 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των 58 γονιών των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες του ερωτηματολογίου (NICU-Parental Satisfaction Form) ως προς βασικά χαρακτηριστικά των γονιών.

- Βαθμολογία ενοτήτων ως προς την ιδιότητα του γονιού: μητέρα $n=41$, πατέρα $n=17$:

- 1^η ενότητα «Γενική ικανοποίηση» οι μητέρες δίνουν βαθμολογία 9,3 και οι πατεράδες 8,8.
- 2^η ενότητα «Παροχή φροντίδας στα νεογνά», βαθμολογία 10,7 και 9,9 αντίστοιχα.
- 3^η ενότητα «Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού» βαθμολογία 9,3 και 9,1.
- 4^η ενότητα «Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας» βαθμολογείται από τις μητέρες με 11,1 και από τους πατεράδες με 8,2.
- 5^η ενότητα «Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού» που βαθμολογείται με 6,8 και 6,0 αντίστοιχα.
- 6^η ενότητα «Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων» λαμβάνει score 7,2 από τις μητέρες και 6,6 από τους πατεράδες.
- 7^η ενότητα «Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα» παίρνει 21,3 και 19,5
- 8^η ενότητα «Παραμονή με το νεογνό» 14,1 και 14,6.

Η συνολική ικανοποίηση για όλες τις κατηγορίες βαθμολογείται από τις μητέρες με 103,8 και από τους πατεράδες με 95,8.

- Βαθμολογία ως προς τις ηλικιακές ομάδες: ≤ 25 ετών $n=7$, 26-35ετών $n=35$, 36-50 ετών $n=16$:
 - 1^η ενότητα, οι ηλικίες ≤ 25 ετών βαθμολογούν με 11,7, η κατηγορία 26-35 9,0 και οι ηλικίες 36-50 ετών 8,3.
 - 2^η ενότητα, 11,1, 10,5 και 9,9 αντίστοιχα.
 - 3^η ενότητα, 9,6, 8,7 και 10,4.
 - 4^η ενότητα με την ίδια σειρά οι ηλικιακές ομάδες βαθμολογούν με 28,1, 24,2 και 22,7.
 - 5^η ενότητα συγκεντρώνεται βαθμολογία 6,9, 6,4 και 6,8.
 - 6^η ενότητα 6,1, 6,9 και 7,8.
 - 7^η ενότητα $n=7$ οι γονείς βάσει της ηλικίας τους δίνουν score 20,7, 20,9 και 20,6.
 - 8^η ενότητα συγκεντρώνονται οι βαθμολογίες 13,3, 14,3 και 14,6.

Η συνολική ικανοποίηση σχετικά με την ηλικία των γονιών φτάνει για την ομάδα των ≤ 25 ετών το 107,6, για τους γονείς 26-35 ετών 100,8 και για την μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα 36-50, 100,1.

- Βαθμολογία ως προς την υπηκοότητα. Οι κατηγορίες είναι: Έλληνες $n=53$, αλλοδαποί υπήκοοι $n=5$:
 - στην 1^η ενότητα οι Έλληνες γονείς δίνουν βαθμολογία 9,0 ενώ οι γονείς άλλων εθνικοτήτων 10,0.
 - 2^η ενότητα, Έλληνες: 10,5, αλλοδαποί: 9,8.
 - 3^η ενότητα, 9,1 και 11,2.
 - 4^η ενότητα, 23,6 και 30,8.

- 5^η ενότητα, 6,4 και 7,8.
- 6^η ενότητα, 7,0 και 7,2.
- 7^η ενότητα, 20,2 και 26,6.
- 8^η ενότητα, 14,1 και 15,6.

Στη συνολική ικανοποίηση οι Έλληνες γονείς βαθμολογούν με 99,8 και οι γονείς άλλων εθνικοτήτων με 119,0.

- Βαθμολογία ως προς τον τόπο διαμονής συμμετεχόντων στη μελέτη. Οι κατηγορίες είναι: Ηράκλειο $n=37$, άλλες περιοχές εντός και εκτός Κρήτης $n=21$:
 - στην 1^η ενότητα το Ηράκλειο Κρήτης σαν τόπος διαμονής των συμμετεχόντων στη μελέτη έχει βαθμολογία 8,9 και οι υπόλοιπες περιοχές 9,4.
 - 2^η ενότητα, το score ήταν 10,5 και 10,2 αντίστοιχα.
 - 3^η ενότητα, 9,3 και 9,2.
 - 4^η ενότητα, 24,1 και 24,6.
 - 5^η ενότητα, 6,7 και 6,3.
 - 6^η ενότητα, 7,2 και 6,7.
 - 7^η ενότητα, 20,4 και 21,3.
 - 8^η ενότητα, 14,4 και 14,0.

Στη συνολική ικανοποίηση η βαθμολογία των διαμενόντων στο Ηράκλειο ήταν 101,2 και των κατοίκων των λοιπών περιοχών 101,8.

- Βαθμολογία ως προς το μορφωτικό επίπεδο των γονιών. Οι κατηγορίες είναι: απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου $n=8$, απόφοιτοι λυκείου $n=18$, απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών $n=32$:
 - στην 1^η ενότητα οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου έδωσαν score 8,5, οι απόφοιτοι λυκείου 9,3 και απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών 9,2.
 - 2^η ενότητα, η βαθμολογία ήταν 9,1, 10,9 και 10,5 αντίστοιχα.
 - 3^η ενότητα, βαθμολογία: 8,3, 8,8 και 9,8.
 - 4^η ενότητα, βαθμολογία: 23,3, 23,6 και 24,9.
 - 5^η ενότητα, βαθμολογία: 6,4, 6,2 και 6,8.
 - 6^η ενότητα, βαθμολογία: 6,3, 6,6 και 7,5.
 - 7^η ενότητα, βαθμολογία: 20,6, 19,7 και 21,4.
 - 8^η ενότητα, βαθμολογία : 13,8, 14,1 και 14,5.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς κατ'αντιστοιχία με το μορφωτικό τους επίπεδο, βαθμολόγησαν με 96,1, 99,3 και 104,0.

- Βαθμολογία ως προς την επαγγελματική απασχόληση. Οι κατηγορίες είναι: δημόσιοι υπάλληλοι $n=7$, ιδιωτικοί υπάλληλοι $n=24$, ελεύθεροι επαγγελματίες $n=12$, άνεργοι και οικιακή απασχόληση $n=15$:
 - στην 1^η ενότητα οι γονείς που είναι δημόσιοι υπάλληλοι δίνουν βαθμολογία 8,4, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες 8,8, ενώ οι γονείς που είτε είναι άνεργοι, είτε απασχολούνται με οικιακά 10,3.
 - 2^η ενότητα, βαθμολογία: 10,3, 10,7, 10,2 και 10,3.
 - 3^η ενότητα, βαθμολογία: 8,9, 10,0, 8,3 και 9,1.
 - 4^η ενότητα, βαθμολογία: 23,3, 22,7, 23,5 και 27,9.
 - 5^η ενότητα, βαθμολογία: 7,3, 6,5, 5,7 και 6,9.
 - 6^η ενότητα, βαθμολογία score: 7,4, 7,1, 6,8 και 6,8.
 - 7^η ενότητα, βαθμολογία: 20,6, 20,5, 19,8 και 22,1.
 - 8^η ενότητα, βαθμολογία: 14,7, 14,0, 14,3 και 14,5.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς σύμφωνα με το επάγγελμά τους βαθμολόγησαν με 100,9, 100,1, 96,3 και 107,9.

- Βαθμολογία ως προς τον αριθμό των παιδιών της οικογένειας εκτός του/των νοσηλευόμενου/νων. Οι κατηγορίες είναι: $n=25$, ένα $n=11$, δύο παιδιά και πάνω $n=12$:
 - στην 1^η ενότητα οι γονείς που το/α νοσηλευόμενο/α ήταν το/α πρώτο/α τους παιδί/ά βαθμολογούν με 9,3, όσοι είχαν ένα ακόμα παιδί 8,8 και όσοι είχαν δύο παιδιά και πάνω 9,0.
 - 2^η ενότητα, βαθμολογία: 10,6, 9,6 και 10,6.
 - 3^η ενότητα, βαθμολογία: 9,5, 8,8, και 9,1 .
 - 4^η ενότητα, βαθμολογία: 24,2, 24,3, και 24,4.
 - 5^η ενότητα, βαθμολογία: 6,3, 6,2, και 7,6.
 - 6^η ενότητα, βαθμολογία: 7,0, 6,5, και 7,6.
 - 7^η ενότητα, βαθμολογία: 19,5, 23,1, και 22,2.
 - 8^η ενότητα, βαθμολογία: 14,0, 15,0 και 14,3.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών τους βαθμολόγησαν με βαθμολογία 100,0, 102,4 και 104,8 αντίστοιχα.

- Βαθμολογία ως προς ενδεχόμενη προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας παιδιού στη MENN ή τη ΜΑΦ. Οι κατηγορίες είναι: ναι=8, όχι=50:
 - στην 1^η ενότητα οι γονείς που είχαν εμπειρία από MENN/ΜΑΦ από προηγούμενο παιδί/ά τους έδωσαν βαθμολογία 9,5, ενώ όσοι δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία 9,1.
 - 2^η ενότητα, βαθμολογία: 10,1 και 10,5.
 - 3^η ενότητα, βαθμολογία: 9,5 και 9,2.

- 4^η ενότητα, βαθμολογία: 23,6 και 24,4.
- 5^η ενότητα, βαθμολογία: 6,9 και 6,5.
- 6^η ενότητα, βαθμολογία: 6,1 και 7,2.
- 7^η ενότητα, βαθμολογία: 25,1 και 20,1.

- 8^η ενότητα, βαθμολογία: 15,6 και 14,0.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς ανάλογα με το αν είχε νοσηλευτεί προηγούμενο παιδί/ά τους σε ΜΕΝΝ ή ΜΑΦ βαθμολόγησαν με βαθμολογία 106,5 και 100,6 αντίστοιχα.

Πίνακας 4.4.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης (score) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Pare Satisfaction Form) ως προς βασικά χαρακτηριστικά των γονέων.

		n	Γενική ικανοποίηση	Παροχή φροντίδας των νεογνών	Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού	Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας	Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού	Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων	Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα	Παραμονή με το νεογνό	Συνολική ικανοποίηση
Σχέση με νεογνό	Μητέρα	41	9,3 (3,6)	10,7 (3,0)	9,3 (4,1)	25,2 (11,1)	6,8 (2,6)	7,2 (3,10)	21,3 (7,3)	14,1 (3,5)	103,8 (29,50)
	Πατέρας	17	8,8 (2,8)	9,9 (3,4)	9,1 (3,40)	21,9 (8,2)	6,0 (2,7)	6,6 (1,5)	19,5 (5,3)	14,6 (2,6)	95,8 (21,5)
Ηλικία	≤25	7	11,7 (3,1)	11,1 (3,9)	9,6 (4,1)	28,1 (13,4)	6,9 (3,3)	6,1 (2,7)	20,7 (9,2)	13,3 (5,3)	107,6 (37,3)
	26-35	35	9,0 (3,6)	10,5 (2,9)	8,7 (3,7)	24,2 (10,2)	6,4 (2,5)	6,9 (3,0)	20,9 (6,8)	14,3 (3,1)	100,8 (26,7)
	36-50	16	8,3 (2,5)	9,9 (3,40)	10,4 (4,1)	22,7 (9,4)	6,8 (2,7)	7,8 (2,1)	20,6 (6,2)	14,6 (2,7)	100,1 (25,9)
Υπηκοότητα	Ελληνική	53	9,0 (3,2)	10,5 (3,1)	9,1 (3,7)	23,6 (9,8)	6,4 (2,5)	7,0 (2,7)	20,2 (6,5)	14,1 (3,3)	99,8 (25,6)
	Άλλη	4	10,0 (5,7)	9,8 (4,4)	11,2 (5,4)	30,8 (15,1)	7,8 (3,3)	7,2 (3,0)	26,6 (7,9)	15,6 (3,2)	119,0 (42,5)
Τόπος διαμονής	Ηράκλειο	37	8,9 (3,5)	10,5 (3,2)	9,3 (4,1)	24,1 (10,8)	6,7 (2,8)	7,2 (2,8)	20,4 (7,5)	14,4 (3,4)	101,2 (29,6)
	Άλλες περιοχές	21	9,4 (3,3)	10,2 (3,1)	9,2 (3,5)	24,6 (9,8)	6,3 (2,3)	6,7 (2,6)	21,3 (5,5)	14,0 (3,2)	101,8 (23,9)
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό, Γυμνάσιο	8	8,5 (3,5)	9,1 (4,4)	8,3 (3,6)	23,3 (12,3)	6,4 (3,3)	6,3 (2,4)	20,6 (7,1)	13,8 (3,8)	96,1 (32,5)
	Λύκειο	18	9,3 (3,50)	10,9 (2,80)	8,8 (3,2)	23,6 (8,9)	6,2 (2,6)	6,6 (2,7)	19,7 (6,00)	14,1 (3,40)	99,3 (25,6)
	ΑΕΙ, ΤΕΙ, μεταπτυχιακές σπουδές	32	9,2 (3,40)	10,5 (3,0)	9,8 (4,3)	24,9 (10,9)	6,8 (2,4)	7,5 (2,8)	21,4 (7,2)	14,5 (3,2)	104,0 (27,8)
Επάγγελμα	Δημόσιος υπάλληλος	7	8,4 (3,1)	10,3 (2,6)	8,9 (3,5)	23,3 (9,4)	7,3 (2,4)	7,4 (1,9)	20,6 (6,6)	14,7 (2,1)	100,9 (26,7)
	Ιδιωτικός υπάλληλος	24	8,8 (3,2)	10,7 (2,7)	10,0 (3,5)	22,7 (7,8)	6,5 (2,8)	7,1 (2,9)	20,5 (6,3)	14,0 (3,1)	100,1 (21,7)
	Ελεύθερος επαγγελματίας	12	8,8 (3,0)	10,2 (3,3)	8,3 (3,6)	23,5 (11,1)	5,7 (2,4)	6,8 (2,2)	19,8 (7,9)	14,3 (3,8)	96,3 (31,6)
	Οικιακά, άνεργος/η	15	10,3 (4,1)	10,3 (4,0)	9,1 (4,9)	27,9 (13,5)	6,9 (2,5)	6,8 (3,3)	22,1 (7,2)	14,5 (3,8)	107,9 (33,6)
Παιδιά εκτός του νοσηλευομένου	Κανένα άλλο	25	9,3 (3,6)	10,6 (3,2)	9,5 (3,7)	24,2 (10,4)	6,3 (2,5)	7,0 (2,7)	19,5 (6,3)	14,0 (3,0)	100,0 (26,4)
	Ένα	11	8,8 (3,2)	9,6 (3,2)	8,8 (4,8)	24,3 (12,0)	6,2 (3,1)	6,5 (3,4)	23,1 (8,1)	15,0 (3,8)	102,4 (34,4)
	Δύο	12	9,0 (3,1)	10,6 (3,2)	9,1 (3,6)	24,4 (9,5)	7,6 (2,4)	7,6 (2,2)	22,2 (6,5)	14,3 (3,7)	104,8 (25,4)
Νοσηλεία άλλου παιδιού της οικογένειας	Ναι	8	9,5 (3,3)	10,1 (3,0)	9,5 (3,7)	23,6 (10,2)	6,9 (3,1)	6,1 (3,4)	25,1 (7,1)	15,6 (3,7)	106,5 (26,9)
	Όχι	50	9,1 (3,4)	10,5 (3,2)	9,2 (3,9)	24,4 (10,5)	6,5 (2,5)	7,2 (2,6)	20,1 (6,5)	14,0 (3,2)	100,6 (27,7)

Έλεγχοι Mann Whitney ή Kruskal Wallis. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το $p < 0,006$ (διόρθωση Bonferroni 0,05/k). Δεν βρέθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις.

4.5 Βαθμολογίες ικανοποίησης γονιών βάσει στοιχείων νοσηλείας των νεογνών

Στον πίνακα 4.5.1 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parental Satisfaction Form) ως προς τα χαρακτηριστικά νοσηλείας των νεογνών.

- Βαθμολογία γονέων ως προς το τμήμα που νοσηλεύτηκε το νεογνό τους. Οι κατηγορίες είναι: MENN $n=21$, ΜΑΦ $n=37$:
 - στην 1^η ενότητα οι γονείς που το/α παιδί/ά τους νοσηλεύτηκε στη MENN έδωσαν βαθμολογία 8,9 και στη ΜΑΦ 9,3.
 - 2^η ενότητα, βαθμολογία: 10,6 και 10,4.
 - 3^η ενότητα, βαθμολογία: 10,0 και 8,9.
 - 4^η ενότητα, βαθμολογία: 25,1 και 23,8.
 - 5^η ενότητα, βαθμολογία: 7,0 και 6,3.
 - 6^η ενότητα, βαθμολογία: 7,9 και 6,6.
 - 7^η ενότητα, βαθμολογία: 22,2 και 20,0.
 - 8^η ενότητα, βαθμολογία: 15,1 και 13,8.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς ανάλογα με το τμήμα που νοσηλεύτηκε το νεογνό τους βαθμολόγησαν με 105,8 στη MENN και 98,9 στη ΜΑΦ.

Βαθμολογία ως προς το σύνολο των ημερών νοσηλείας των νεογνών. Οι κατηγορίες είναι: διάρκεια νοσηλείας ≤ 11 ημέρες $n=30$, 12+ $n=28$:

- στην 1^η ενότητα οι γονείς που το/α παιδί/ά τους νοσηλεύτηκε ≤ 11 ημέρες έδωσαν βαθμολογία 9,7 και 12+ ημέρες 8,5.
- 2^η ενότητα, βαθμολογία: 10,3 και 10,5.
- 3^η ενότητα βαθμολογία, : 9,4 και 9,1.
- 4^η ενότητα βαθμολογία, : 23,7 και 24,9.
- 5^η ενότητα βαθμολογία, : 6,6 και 6,4.
- 6^η ενότητα βαθμολογία, : 6,9 και 7,2.
- 7^η ενότητα βαθμολογία, : 21,2 και 20,3.
- 8^η ενότητα βαθμολογία, : 14,2 και 14,4.

Στη συνολική ικανοποίηση οι γονείς ανάλογα με τον αριθμό των ημερών που νοσηλεύτηκε/καν το/α νεογνό/ά τους βαθμολόγησαν με 102,0 και 100,8.

Πίνακας 4.5.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης (score) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parent Satisfaction Form) ως προς τα χαρακτηριστικά νοσηλείας των νεογνών.

			Γενική ικανοποίηση	Παροχή φροντίδας των νεογνών	Εκπαίδευση στη φροντίδα νεογνού	Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας	Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού	Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων	Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα	Παραμονή με το νεογνό	Συνολική ικανοποίηση
		v	Μέση βαθμολογία (TA)								
Τμήμα νοσηλείας	<i>MENN</i>	21	8,9 (3,0)	10,6 (2,4)	10,0 (3,5)	25,1 (9,5)	7,0 (2,4)	7,9 (2,3)	22,0 (6,3)	15,1 (2,9)	105,8 (23,0)
	<i>ΜΑΦ</i>	37	9,3 (3,6)	10,4 (3,5)	8,9 (4,1)	23,8 (10,9)	6,3 (2,7)	6,6 (2,9)	20,0 (7,0)	13,8 (3,4)	98,9 (29,7)
Διάρκεια νοσηλείας, ημέρες	<i>≤11</i>	30	9,7 (3,4)	10,3 (3,5)	9,4 (4,)	23,7 (10,4)	6,6 (2,7)	6,9 (2,7)	21,2 (7,10)	14,2 (3,7)	102,0 (28,1)
	<i>12+</i>	28	8,5 (3,4)	10,5 (2,8)	9,1 (3,8)	24,9 (10,5)	6,4 (2,6)	7,2 (2,8)	20,3 (6,6)	14,4 (2,9)	100,8 (27,3)

4.6 Αποτελέσματα ερωτήσεων ανοιχτού τύπου

Στον πίνακα 4.6.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην τελευταία εννοιολογική ενότητα του ερωτηματολογίου «Εκπλήξεις και απογοητεύσεις», που περιέχει τέσσερεις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Στο σύνολό τους παρατηρείται ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό γονιών άφησε κενές τις ερωτήσεις ή απάντησε περιφραστικά «καμία απάντηση» και «κανένα σχόλιο». Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να εκφράσουν περιφραστικά την άποψή τους και να εκφράσουν έτσι το βαθμό ικανοποίησής τους.

Στην πρώτη ερώτηση που αφορά στις ευχάριστες εκπλήξεις, που βίωσαν οι γονείς κατά την παραμονή του νεογνού τους στη ΜΕΝΝ και ΜΑΦ, οι μισοί (50%) δεν έδωσαν καμία απάντηση, ένα 34,5% δήλωσε την πρόοδο και βελτίωση στην υγεία του νεογνού (απάντηση που αφορά σε πολλά ζητήματα όπως η διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής, η αποδέσμευση από το μηχανική υποστήριξη αναπνοής, η έναρξη σίτισης κλπ). Ποσοστό 12,1% θεωρεί πολύ καλή ως εξαιρετική την παρεχόμενη φροντίδα στα νεογνά, ενώ ευχαριστημένο από τη δυνατότητα να επισκέπτεται το νεογνό για να το σιτίσει οποιαδήποτε ώρα κατά τη διάρκεια της ημέρας πέρα από τα χρονικά όρια του καθορισμένου επισκεπτηρίου δήλωσε το 3,4%.

Στην ερώτηση που σχετικά με τις απογοητεύσεις και τις δυσάρεστες εκπλήξεις που δέχθηκαν οι γονείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού στο νοσοκομείο, το 56,9% δεν απάντησε καθόλου. Η επιδείνωση της υγείας των νεογνών έλαβε το ποσοστό 25,9%, ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν η ανεπαρκής ενημέρωση (6,9%), η μη οργάνωση στο θηλασμό και η έλλειψη υλικών (3,4%), το σύντομο επισκεπτήριο και η μη τήρηση των κανόνων υγιεινής από όλα τα μέλη του προσωπικού (1,7%).

Στο κάλεσμα των γονιών να κάνουν προτάσεις για την καλύτερη παροχή φροντίδας το 60,3% δεν ανταποκρίθηκε. Το 10,3% ζητά περισσότερη κατανόηση από το προσωπικό προς τους γονείς και την τήρηση των κανόνων καθαριότητας από γονείς και προσωπικό, το 6,9% προτείνει οι δύο απογευματινές ώρες του επισκεπτηρίου να μοιραστούν πρωί και απόγευμα. Ποσοστό 5,2% πρότεινε την ενίσχυση του προσωπικού με περισσότερα άτομα και την προμήθεια υλικών, το 3,4% αιτείτο καλύτερης ενημέρωσης ενώ ένα 1,7% αξίωσε στο χώρο της ΜΕΝΝ να μπαίνουν μόνο όσοι είναι απολύτως απαραίτητοι και να οργανωθεί καλύτερα ο μητρικός θηλασμός.

Περίπου τα 2/3 των γονέων, ποσοστό 60,3% δεν ανέφεραν κανένα σχόλιο. Το 15,5% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την παρεχόμενη φροντίδα παρά τις αντιξοότητες (ελλείψης σε υλικά κλπ) και το 12,1% ήθελε να πει ένα «ευχαριστώ» προς το προσωπικό. Το 5,2% θεωρούσε ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι πολύ καλή. Σε ποσοστό 3,4%, οι γονείς σχολίαζαν την ενημέρωση από τους ιατρούς για την πορεία της υγείας του παιδιού τους ενώ σχόλια για τα υλικά και την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού έκανε το 1,7%. Στο ίδιο ποσοστό 1,7% ήταν και οι γονείς που έφυγαν από τη μονάδα αισθανόμενοι μέτρια ικανοποίηση.

Πίνακας 4.6.1: Εκπλήξεις ή απογοητεύσεις των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης από την νοσηλεία των νεογνών τους.

		v	%
Ευχάριστες εκπλήξεις	<i>Καμία απάντηση</i>	29	50,0
	<i>Πολύ καλή-Εξαιρετική φροντίδα νεογνών</i>	7	12,1
	<i>Πρόοδος στην υγεία του νεογνού</i>	20	34,5
	<i>Συχνές επισκέψεις λόγω σίτισης</i>	2	3,4
Απογοητεύσεις ή δυσάρεστες εκπλήξεις	<i>Καμία απάντηση</i>	33	56,9
	<i>Ανεπαρκής ενημέρωση</i>	4	6,9
	<i>Έλλειψη υλικών</i>	2	3,4
	<i>Επιδείνωση υγείας νεογνού</i>	15	25,9
	<i>Λίγη ώρα επισκεπτηρίου</i>	1	1,7
	<i>Μη οργάνωση στο θηλασμό</i>	2	3,4
	<i>Μη τήρηση κανόνων υγιεινής από μέλη του προσωπικού</i>	1	1,7
Προτάσεις για καλύτερη παροχή φροντίδας	<i>Καμία απάντηση</i>	35	60,3
	<i>Καλύτερη ενημέρωση</i>	2	3,4
	<i>Οι απολύτως απαραίτητοι στο χώρο της MENN</i>	1	1,7
	<i>Περισσότερη κατανόηση</i>	6	10,3
	<i>Προμήθεια υλικών-προσωπικού</i>	3	5,2
	<i>Προσοχή στους κανόνες καθαριότητας από γονείς & προσωπικό</i>	6	10,3
	<i>Το επισκεπτήριο να μοιραστεί σε πρωινή και απογευματινή ώρα</i>	4	6,9
<i>Υποστήριξη μητρικού θηλασμού</i>	1	1,7	
Σχόλια σχετικά με τη φροντίδα που παρέχονταν στο νεογνό ή γενικά από την παραμονή του νεογνού στο νοσοκομείο	<i>Κανένα σχόλιο</i>	35	60,3
	<i>Καλύτερη ενημέρωση</i>	2	3,4
	<i>Μέτρια ικανοποίηση</i>	1	1,7
	<i>Μεγάλη ικανοποίηση</i>	9	15,5
	<i>Πολύ καλή παρεχόμενη φροντίδα</i>	3	5,2
	<i>Προμήθεια υλικών-προσωπικού</i>	1	1,7
	<i>Ευχαριστώ</i>	7	12,1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Συζήτηση

Τα δεδομένα στον τομέα της υγείας μεταβάλλονται συνεχώς, λόγω των ραγδαίων εξελίξεων που συντελούνται καθημερινά στις επιστήμες. Με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται και η απαίτηση των χρηστών υγείας για βέλτιστη φροντίδα από τη διεπιστημονική ομάδα που τους φροντίζει. Προτεραιότητα της πολιτικής υγείας κάθε χώρας είναι η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες της με σκοπό όσο το δυνατό μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης τους (Κυριόπουλος και συν., 2003). Οι αρμόδιοι φορείς καλούνται να παρακολουθούν αυτές τις εξελίξεις και να τις προσαρμόζουν με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνουν το μέγιστο όφελος για τον πολίτη. Ερευνητές αναλαμβάνουν να δώσουν μετρήσιμα μεγέθη αυτής της ικανοποίησης μέσω μελετών και χρήσης συνεντεύξεων, ερωτηματολογίων και άλλων εργαλείων κατά περίπτωση ώστε βάσει των αποτελεσμάτων τους να μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις και διαφοροποιήσεις, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών με νοσηλευόμενα νεογνά με τη χρήση ενός αξιόπιστου εργαλείου-ερωτηματολογίου, του Neonatal Intensive Care Unit-Parent Satisfaction Form (NICU-PSF). Η βιβλιογραφική αναζήτηση ανέδειξε έναν αριθμό μελετών που μετρούν τη γονεϊκή ικανοποίηση. Οι Wielenga et al., στη μελέτη τους εξέτασαν την ικανοποίηση των γονέων σε συνάρτηση με δύο μοντέλα παρεχόμενης φροντίδας στα νεογνά τους. Η ομάδα ελέγχου έλαβε φροντίδα υγείας με την παραδοσιακή πρακτική ενώ η ομάδα παρέμβασης με το πρόγραμμα NIDCAP, Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Εξατομικευμένη Αναπτυξιακή Φροντίδα Νεογνών και Πρόγραμμα Αξιολόγησης). Στα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι στην ομάδα ελέγχου τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκέντρωσε η εννοιολογική ενότητα «Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων» με αντίστοιχα υψηλή βαθμολογία και στην ομάδα παρέμβασης. Και στις δύο ομάδες τη χαμηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσε η ενότητα «Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας». Στην παρούσα έρευνα τη μεγαλύτερη βαθμολογία έλαβε η ενότητα «Γενική ικανοποίηση» και τη χαμηλότερη η ενότητα «Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού».

Οι Obeidat et al., (2008) διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση με σκοπό τη διερεύνηση της εμπειρίας των γονέων με ένα παιδί στη ΜΕΝΝ. Δεκατέσσερις σχετικές μελέτες έδειξαν ότι οι γονείς βίωναν αισθήματα κατάθλιψης και άγχους. Οι μητέρες που συμμετείχαν στη φροντίδα του νεογνού τους ένιωθαν λιγότερο αποξενωμένες και δήλωναν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Η μελέτη των Weiss et al. (2010) έδειξε ότι η γονεϊκή ικανοποίηση εξαρτάται άμεσα από την επικοινωνία των γονιών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Προτείνεται η βελτίωση της επικοινωνίας των γονιών με τους απασχολούμενους στη ΜΕΝΝ, με τη

θέσπιση εβδομαδιαίας επαφής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού. Ειδικά για τους γονείς που δεν μιλούν την ίδια γλώσσα με τους παρόχους και αντιμετωπίζουν προβλήματα κατανόησης, υπηρεσία διερμηνείας κρίνεται απαραίτητη για τη σαφή επικοινωνία μεταξύ τους. Στο ίδιο αποτέλεσμα συγκλίνει και η μελέτη των Mitchell-DiCenso et al. (1996), αφού επισημαίνει ότι το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών είναι συνυφασμένο με την ποσοτική και ποιοτική επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι γονείς περνούν το μήνυμα στους παρόχους φροντίδας των νεογνών τους για το πόσο σημαντικό είναι να μένουν ενήμεροι συνεχώς για την πορεία της υγείας των παιδιών τους.

Η Conner (1999) στη μελέτη που διεξήγαγε με τους συνεργάτες της, αναγνώρισε την ικανοποίηση των γονιών με νοσηλευόμενα νεογνά ως κριτήριο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προς αυτά. Διερεύνησε τις παραμέτρους που εξετάζαν τα ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια και προέβη στην κατασκευή του ερωτηματολογίου NICU-PSF που περιλαμβάνει οχτώ εννοιολογικές ενότητες που δυνητικά μπορούν να πηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη γονεϊκή ικανοποίηση.

Στον Ελληνικό χώρο διακρίνεται η μελέτη των Τσιρώνη και συν. (2001), η οποία δημοσιεύτηκε και σε ελληνικό και σε ξένο επιστημονικό περιοδικό (*Tsironi et al., 2011*). Στην περιφέρεια της Κρήτης δεν βρέθηκαν σχετικές μελέτες, αφήνοντας το πεδίο ανοιχτό προς διερεύνηση. Στην μελέτη των Τσιρώνη και συν. όπως και των Wielenga et al. χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο NICU-PSF των Conner & Nelson. Το ίδιο ερωτηματολόγιο αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο και της παρούσας μελέτης.

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε ο βαθμός ικανοποίησης των γονιών από τη φροντίδα που δέχθηκαν τα νεογνά τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΝΝ και ΜΑΦ του ΠαΓΝΗ. Η καταγραφή έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Η επιλογή του πληθυσμού της μελέτης έγινε με δείγμα ευκολίας. Το ΠαΓΝΗ επιλέχθηκε σαν ερευνητικό πεδίο για τη μελέτη γιατί είναι ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο που διαθέτει ΜΕΝΝ και ΜΑΦ νεογνών και καλύπτει υγειονομικά μία μεγάλη γεωγραφική έκταση καθώς εκτός από την Κρήτη καλύπτει επίσης τα Δωδεκάνησα και τις νότιες Κυκλάδες. Κριτήριο για την οριοθέτηση του χρονικού διαστήματος συλλογής του δείγματος υπήρξε το χρονοδιάγραμμα εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας.

Μια σειρά παραμέτρων εξετάστηκαν προκειμένου να βρεθεί σε ποιο ποσοστό αισθάνονται ικανοποιημένοι οι γονείς και ποιοι παράγοντες τους επηρεάζουν. Οι τέσσερις ανοιχτές ερωτήσεις που εμπεριέχονται τους δίνουν τη δυνατότητα να εκφράσουν σχόλια και παρατηρήσεις περιφραστικά.

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Από τους πίνακες 4 και 5 των αποτελεσμάτων δεν φαίνεται να σχετίζεται η ικανοποίηση με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης ή τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας των νεογνών. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στο μέγεθος του δείγματος και αυτό αποτελεί μία από τις αδυναμίες της μελέτης. Επίσης οι γονείς που αποτελούν το

δείγμα παρουσιάσαν ομοιογένεια στις απαντήσεις τους. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί μέσω της κοινής αντίληψής τους για το πως θα ανταποκριθούν στις ερωτήσεις μετά την ενημέρωση που τους έγινε πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η κοινή και χωρίς διακρίσεις αντιμετώπιση των γονιών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, άσχετα με τον τόπο καταγωγής τους, το μορφωτικό επίπεδο και άλλα χαρακτηριστικά τους, θα μπορούσε να αιτιολογήσει και την χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις ανταπόκρισή τους.

Παρόλα αυτά αξίζει να παρουσιαστούν τα ευρήματα της μελέτης βάσει των εννοιολογικών ενοτήτων του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα λοιπόν, με τα αποτελέσματα οι γονείς δήλωσαν στην κατηγορία «Γενική ικανοποίηση» ικανοποιημένοι σε ποσοστό 87,0%. Στην αρχική μελέτη των Tsironi et al., η αντίστοιχη κατηγορία έλαβε από τους ερωτώμενους 61,7%. Βαθμολογικά έπεται η ενότητα «Επικοινωνία με το προσωπικό υγείας», η οποία στη μελέτη μας έλαβε 74,5% ενώ στη μελέτη των Tsironi et al. βαθμολογείται με πολύ χαμηλότερο ποσοστό 44,9%. Στην αντίστοιχη ερώτηση, το προσωπικό υγείας αποτελούν ο επιμελητής νεογνολόγος, ο ειδικευόμενος ιατρός και η μαία. Επόμενη κατηγορία με φθίνουσα σειρά βαθμολογίας είναι η «Εκπαίδευση στη φροντίδα του νεογνού» με 67,0%, στην οποία η μελέτη των Tsironi et al. έχει το ποσοστό 44,6%. Ακολουθεί η ενότητα «Ετοιμότητα στην αντιμετώπιση προβλημάτων», που αφορά στο πόσο άρτια ήταν η ενημέρωση και η κατατόπιση των γονιών για τα προβλήματα προέκυπταν κατά τη διάρκεια νοσηλείας του νεογνού τους (επιπλοκές κλπ), ώστε να είναι προετοιμασμένοι ψυχολογικά να τα αντιμετωπίσουν με ποσοστό 66,5%, στην ίδια κατηγορία η αρχική μελέτη βαθμολογεί με 43,3%. Επόμενη ενότητα με ποσοστό 60,1% και 38,4% αντίστοιχα είναι η «Λήψη βοήθειας σε πιθανά προβλήματα». Στη συγκεκριμένη κατηγορία βάσει των σχετικών ερωτήσεων τα άτομα στα οποία μπορούσαν να απευθύνονται για βοήθεια οι γονείς εκτός από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος ήταν και ο ιερέας και ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου. Και οι δυο αυτοί λειτουργοί εμφανίζονταν κατόπιν κλήσης τους από το προσωπικό (κοινωνικός λειτουργός) ή από τους γονείς (ιερέας) και όχι αυτοβούλως. Η ενότητα «Παροχή φροντίδας στο νεογνό» έλαβε στην παρούσα μελέτη 59,8% και στην μελέτη των Tsironi et al. παραπλήσιο ποσοστό 53,0%. Η ενότητα «Παραμονή με το νεογνό» έλαβε το ποσοστό 53,7% και το αρκετά χαμηλό 34,0% στην αρχική μελέτη. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην παραμονή των γονιών με τα νεογνά τους αναφέρονταν επίσης και άλλα μέλη της οικογένειας. Στη Νεογνολογική κλινική του ΠαΓΝΗ ο κανονισμός για το επισκεπτήριο είναι πολύ αυστηρός επιτρέποντας μόνο στους γονείς για δύο ώρες καθημερινά και σε κανένα άλλο μέλος της οικογένειάς τους την επίσκεψη στα νεογνά, δικαιολογώντας έτσι το χαμηλό ποσοστό που έλαβε αυτή η ενότητα. Οι γονείς στην πλειοψηφία τους έδειξαν ικανοποιημένοι (σχόλια ανοιχτών ερωτήσεων) με αυτόν τον κανονισμό γιατί κατανοούσαν ότι με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή προστασία των νεογνών τους. Με το γεγονός αυτό σχετίζεται και η ενότητα «Συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του νεογνού» λαμβάνοντας το χαμηλό ποσοστό 43,2%, στην

Tsironi et al. 10,7% αντίστοιχα, αφού οι γονείς δεν ήταν αρκετή ώρα με τα νεογνά ώστε να τα φροντίσουν όπως θα επιθυμούσαν. Επίσης έπρεπε να αποδεχθούν το γεγονός ότι δεν είχαν την άμεση ευθύνη για τη φροντίδα του παιδιού τους αφού μετά το πέρας του επισκεπτηρίου επέστρεφαν σπίτι τους και δεν παρέμεναν μαζί με το νεογνό όπως συμβαίνει σε μια οποιαδήποτε άλλη κλινική. Τέλος στη συνολική ικανοποίηση οι δυο μελέτες διαφέρουν κατά 22,9 ποσοστιαίες μονάδες με 67,4% και 44,5% αντίστοιχα.

Οι διαφορές στα αποτελέσματα των δύο μελετών θα μπορούσαν να αποδοθούν σε ένα σύνολο παραγόντων:

- Το δείγμα στη μελέτη των Τσιρώνη και συνεργατών προήλθε από τρία νοσοκομεία, ένα μαιευτικό, ένα παιδιατρικό και ένα γενικό. Το δείγμα στη μελέτη μας, προήλθε από ένα γενικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο.
- Ο πληθυσμός μελέτης της αρχικής έρευνας αφορούσε εκτός από τον πληθυσμό της πρωτεύουσας Αθήνας που αριθμεί περί τα 5 εκατομμύρια κατοίκους επιπλέον και όλης της Ελληνικής επικράτειας αφού τα νοσοκομεία της Αθήνας και δη τα παιδιατρικά αποτελούν νοσοκομεία αναφοράς για όλη τη χώρα. Παρά το γεγονός αυτό ένα ποσοστό 68,2% δηλώσαν μόνιμοι κάτοικοι Αθήνας. Στον αντίποδα η παρούσα μελέτη βασίστηκε στον πληθυσμό της Κρήτης (βρέθηκε μόνο ένας κάτοικος από τα Δωδεκάνησα) και κυρίως από το Ηράκλειο (63,8%), πόλη με 200.000.
- Εκτός από την αριθμητική απόκλιση, διαφορές υπάρχουν και στη σύσταση των πληθυσμών, με την Αθήνα να έχει συγκεντρώσει αρκετούς ξένους υπήκοους (ποσοστό στη μελέτη 29,1%), ενώ στη μελέτη μας οι αλλοδαποί γονείς αποτέλεσαν το 8,6%.
- Οι διαφορές μπορούν να επεκταθούν και στη συνολική κουλτούρα των δύο πληθυσμών, αφού στην Κρήτη ο πληθυσμός είναι αστικός και αγροτικός ενώ στην πρωτεύουσα κυρίως αστικός.
- Σε μια μικρότερη κοινωνία της περιφέρειας, οι πιθανότητες οι γονείς να γνωρίζονται έμμεσα ή άμεσα με το προσωπικό είναι αυξημένες με αποτέλεσμα να δημιουργείται οικειότητα μεταξύ τους κάνοντας τους γονείς να αισθάνονται πιο φιλικό το περιβάλλον που νοσηλεύεται το παιδί τους.

Επίσης αξιοσημείωτα είναι κάποια αποτελέσματα που δεικνύουν βαθμό ικανοποίησης. Έτσι παρατηρείται ότι τη μεγαλύτερη ικανοποίηση δηλώσαν οι πατεράδες στην κατηγορία «συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο νεογνό» δίνοντας βαθμολογία 6,0 και τη μικρότερη οι αλλοδαποί γονείς στην κατηγορία «επικοινωνία με το προσωπικό υγείας» με βαθμολογία 30,8 (υπενθυμίζουμε ότι η βαθμολογία είναι αντιστρόφως ανάλογη της ικανοποίησης). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι πατεράδες γενικά συμμετείχαν λιγότερο στη φροντίδα των παιδιών τους κατά τη νεογνική και βρεφική ηλικία, οπότε δεν ένιωσαν την έλλειψη της φροντίδας του όσο οι μητέρες, όταν το νεογνό τους νοσηλευόταν. Οι αλλοδαποί

γονείς όσο καλοί γνώστες της Ελληνικής γλώσσας και αν ήταν δεν έπαυαν να συναντούν προβλήματα στην επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Παρά το γεγονός ότι η πληροφόρηση που δέχονταν γινόταν σε όσο το επιτρέπει η κατάσταση, με απλοποιημένες έννοιες εν τούτοις η διαφορά στην κουλτούρα και η απαραίτητη χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας προκειμένου να περιγραφεί η κατάσταση της υγείας του νεογνού ενδεχομένως να δυσχαίρενε την κατανόηση.

Στις εννοιολογικές κατηγορίες παρατηρείται ότι οι μητέρες έδωσαν βαθμολογία (6,8) που δηλώνει υψηλή ικανοποίηση, στη συμμετοχή τους στη φροντίδα του νεογνού. Αυτό μπορεί να συμβαίνει και από το γεγονός ότι παρά το αυστηρό επισκεπτήριο, οι μητέρες και ειδικά αυτές που θηλάζουν ενθαρρύνονταν να επισκέπτονται τα νεογνά τους οποιαδήποτε ώρα σίτισης επιθυμούσαν κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Όσον αφορά στην ηλικία τη μεγαλύτερη ικανοποίηση έδειξε να έχει η κατηγορία 36-50 ετών με βαθμολογία (100,1) με μικρές όμως αποκλίσεις από τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες. Λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίστηκαν να είναι οι γονείς με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο με βαθμολογία 104,0 και αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί από τις αυξημένες απαιτήσεις που μπορεί να έχει κάποιος που λόγω των δυνατοτήτων έχει και μεγαλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση.

Αξιοσημείωτο είναι και το εύρημα ότι τη μικρότερη ικανοποίηση σε σχέση με την επαγγελματική απασχόληση (βαθμολογία: 107,9) δήλωσαν οι άνεργοι γονείς και οι μητέρες που απασχολούνταν με τα οικιακά. Το γεγονός προηγούμενης νοσηλείας άλλου παιδιού της οικογένειας αύξησε τις απαιτήσεις των γονιών για παρεχόμενη φροντίδα αφού δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι με βαθμολογία 106,5. Μια ερμηνεία μπορεί να είναι το ήδη υπάρχον μέτρο σύγκρισης και η εξοικείωσή τους με τη MENN από την παρελθούσα εμπειρία τους, να δημιουργούν αυξημένες προσδοκίες οι οποίες να διαφοροποιούνται από αυτές των γονιών που αντικρίζουν τη MENN για πρώτη φορά.

5.1 Περιορισμοί-Αδυναμίες της μελέτης

Η παρούσα μελέτη θέτει ορισμένους περιορισμούς. Έτσι δεν συμπεριλήφθηκαν σε αυτή γονείς που δεν μιλούσαν ικανοποιητικά την ελληνική γλώσσα και ως συνέπεια υπήρχε αφενός αδυναμία λεκτικής επικοινωνίας μαζί τους, αφετέρου μη κατανόηση των ερωτήσεων από μέρος τους. Γονείς που δεν ήταν σε θέση λόγω νοητικών ή λειτουργικών προβλημάτων (π.χ. κώφωση) αποκλείστηκαν από τη μελέτη καθώς η κατάστασή τους δυσχέρενε την κατανόηση των απαιτήσεων του ερωτηματολογίου. Αυτά τα άτομα, πιθανότατα λόγω προβλημάτων επικοινωνίας με το προσωπικό, αν είχαν ερωτηθεί να εξέφραζαν χαμηλή ικανοποίηση.

Περιορισμό αποτέλεσε επίσης και ο χρόνος νοσηλείας των νεογνών που ήταν κάτω των τριών ημερών, αφού αυτό το χρονικό διάστημα κρίθηκε ανεπαρκές ώστε να μπορούν οι γονείς να εκφέρουν σφαιρική άποψη για τις συνθήκες νοσηλείας του νεογνού τους. Επίσης ο μικρός χρόνος νοσηλείας του παιδιού μπορεί να αποτελούσε

από μόνος του αιτία υψηλής ικανοποίησης των γονιών παραβλέποντας άλλες παραμέτρους. Δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη γονείς των οποίων τα νεογνά εισήχθησαν για νοσηλεία στο τμήμα απλής νοσηλείας της Νεογνολογικής κλινικής του νοσοκομείου αφού η μελέτη αφορούσε νοσηλεία στη MENN και τη ΜΑΦ.

Ένας άλλος δυνητικός περιορισμός είναι η αξιοπιστία των στοιχείων που έδωσαν οι γονείς, αφού το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο. Ο κίνδυνος αναξιπιστίας εμπεριέχεται στις αυτοαναφορές λόγω μη αντικειμενικής κρίσης την ώρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (*Sudman & Bradburn, 1983*).

Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και έτσι τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Μία αδυναμία της μελέτης είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος. Προτείνεται έτσι η χρήση του ίδιου εργαλείου, μελλοντικά, σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε επίπεδο Κρήτης.

Οι γονείς καλούνταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο την ημέρα του εξιτηρίου του/ων νεογνού/ών τους. Οι όλες διαδικασίες, πραγματοποίηση του εξιτηρίου μπορεί να δημιουργούσαν μια συναισθηματική σύγχυση στους γονείς και έτσι οι απαντήσεις τους να ήταν επηρεασμένες. Εν τούτοις οι λόγοι που οι γονείς λάμβαναν τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή το ερωτηματολόγιο και όχι νωρίτερα ή αργότερα είναι οι εξής: Νωρίτερα δεν θα μπορούσαν εκ των πραγμάτων να έχουν μια σφαιρική άποψη της νοσηλείας του νεογνού. Ειδικά για τους γονείς με νεογνό με τη συγκριτικά μικρότερη χρονικά νοσηλεία, η κάθε μέρα που προστίθετο στο σύνολο έπαιζε ρόλο στη διαμόρφωση της τελικής γνώμης τους. Επίσης δεν θα είχαν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με όσο το δυνατό περισσότερους εργαζόμενους στη MENN, ώστε να έχουν άποψη συνολικά για τους απασχολούμενους του τμήματος αφού κάποιες ερωτήσεις σχετίζονταν με αυτούς. Για την εκδοχή να πάρουν το ερωτηματολόγιο μαζί τους και να το επιστρέψουν αργότερα, οι έρευνες έχουν αποδείξει τη μικρή ανταποκρισιμότητα σε τέτοιες περιπτώσεις (*Τσιρώνη και συν., 2011*). Επίσης μετά την απομάκρυνσή τους από το χώρο νοσηλείας δεν είναι βέβαιο κατά πόσο θα μπορούσαν να ανακαλέσουν με βεβαιότητα πληροφορίες που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να απαντήσουν όσο πιο αντικειμενικά γίνεται (recall bias).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Συμπεράσματα

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας γενικότερα αλλά και των γονιών νοσηλευόμενων νεογνών πιο ειδικά αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των προσλαμβανόμενων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, όπως έδειξε και η βιβλιογραφική ανασκόπηση, λίγες είναι οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί σχετικά. Οι υπάρχουσες μελέτες όπως των Τσιρώνη και συν. (2011) και η παρούσα δεικνύουν ότι η ικανοποίηση των γονιών δεν είναι ένα μονοδιάστατο ζήτημα αλλά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Με σκοπό την επίτευξη του μέγιστου δυνατού ποσοστού ικανοποίησης, οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να είναι γνωστοί και να λαμβάνονται υπόψη από το σύνολο των εργαζομένων στις ΜΕΝΝ και στις ΜΑΦ κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των νεογνών αλλά και της επαφής τους με τους γονείς.

Στην προκειμένη περίπτωση, παρατηρείται, ότι οι γονείς στο σύνολό τους δηλώνουν ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ικανοποίησης. Εντούτοις στις επιμέρους ενότητες υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Η επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφήνει αρκετά ικανοποιημένους τους γονείς, όπως επίσης και η εκπαίδευσή τους στη φροντίδα του παιδιού τους, αφού και αυτό προϋποθέτει καλή συννεύση. Αρκετά ικανοποιημένοι επίσης αισθάνονται από το πως τους έχει προετοιμάσει το προσωπικό στο να αντιμετωπίσουν πιθανά προβλήματα και το πόσο τους βοηθάει όταν αυτά προκύψουν.

Η φροντίδα που δέχονται τα νεογνά, ο χρόνος που οι γονείς παραμένουν κοντά στο παιδί τους βάσει του κανονισμού του επισκεπτηρίου και το πόσο συμμετέχουν και οι ίδιοι στην φροντίδα του είναι παράμετροι στους οποίους δηλώνουν το μικρότερη ικανοποίηση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούν να αποτελέσουν οδηγό για τη μερική βελτίωση και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε νοσηλεύομενα νεογνά. Παρόλαυτά κρίνεται απαραίτητο να γίνουν περαιτέρω μελέτες σχετικά με αυτό το θέμα και σε άλλα νοσοκομεία της Ελλάδας ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της γονεϊκής ικανοποίησης και τα συμπεράσματα να μπορούν να γενικευτούν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Able-Boone H, Dokecki PR, Smith MS. (1989). Parent and health care provider communication and decision making in the intensive care nursery. *Child Health Care* 18(3):133-41.
2. Adam S & Forrest S. (1999). ABC of intensive care-Other supportive care. *BMJ* 319:175.
3. Andaleeb S. (1988). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *Int. J. Health Care Qual. Assur* 11 (6):181-187.
4. Berthelsen PG, Cronqvist M. (2003). The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand* 47 (10):1190-5.
5. Brewer H. (1964). Perinatal mortality: the first report of the 1958 British perinatal mortality survey under the auspices of the national birthday trust fund. *Eugen Rev.* 56(1): 42-43.
6. Brill, RJ., Spevetz A., Branson RD. (2001). Critical Care Delivery in the Intensive Care Unit: Defining Clinical Roles and the Best Practice Model. *Critical Care Medicine* 29:2007-2019.
7. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 90(2):F109-13.
8. Carter JD, Mulder RT, Darlow BA. (2007). Parental stress in the NICU: the influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health.* 1:40-50.
9. Conner JM & Nelson EC (1999). Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics* 103 (1):336-349.
10. De Leeuw R, Krol LJ, Calff MM. (1990). Parental visiting and involvement in the neonatal intensive care unit. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 134(26):1255-8.
11. Firth H, Grimes A, Poppleton H, Hall R, Richold P. (2000). Assessment of parents concerns and evaluation of outcomes. *Journal of Public Health Medicine* 22(4):473-478.
12. Franck LS, Spencer C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth* 30(1):31-5.

13. Gale G, Franck LS, Kools S, Lynche M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies* 41:51-58.
14. Kaplan D, Mason E. (1960). Maternal reaction to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *A J Ortho* (30):539-552.
15. Latour JM, Hazelzet JA, van der Heijden AJ. (2005). Parent satisfaction in pediatric intensive care: A critical appraisal of the literature. *Pediatr Crit Care Med* (6):578-584.
16. Lazaridou C, Agakidou E, Papakyriakidou P, Drossou V. (2009). Neonatal intensive care unit-related parental feelings, responses and contributing factors. *Pediatric* (21):135-143.
17. Lindberg B. (2007). Fathers' Experiences of Having an Infant Born Prematurely. Luleå University of Technology Department of Health Sciences Division of Nursing.
18. Mahon PY. (1996). An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs* 24(6):1241-8.
19. Mark B, Berman WF, Harless DW (2005). Nurse staffing and pediatric quality of care. *Abstr Academy Health Meet 22:Abstract no3157*
20. Miles MS, Burchinal P, Holditch-Davis D, Brunssen S, Wilson SM (2002). Perceptions of stress, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized, medically fragile infants. *J. Pediatr. Nurs.*, 17(2):82-88
21. Mitchell-DiCenso A, Guyatt, Bosco P, Blatz S, Kirpalani H, Fryers M, Hunsberger M, Pinelli J, Van Dover L, Southwell D. (1996). A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Epidemiology*. 49(3):313-318.
22. Moumtzoglou A, Dafogianni C, Karra V, Michailidou D, Lazarou P, Bartsocas C. (2000). Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*. 12(4):331-337.
23. Norelessa Abdul Aziz & Jayah K. Pubalan. (2002). Parents' Satisfaction Of Care In Medical Pediatric Ward At Hospital University Sains Malaysia (Husm). School of Health Sciences, Health Campus, University Sains Malaysia.
24. O'Connor JJ & Robertson EF. (2003). Florence Nightingale (www-history.mcs.st-and.ac.uk).

25. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. (2009). The parental experience of having an infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Jurnal Perinatal Education*. 18(3): 23–29.
26. Pincock S. (2007). Bjørn Aage Ibsen. *The Lancet* 370 (598):1538.
27. Reis MD, Rempel GR, Scott SD, Brady-Fryer BA, Van Aerde J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39(6):675-83.
28. Rocha G., Candeias L., Ramos M., Maia T., Guimarães H., Viana, V. (2011). Stress and satisfaction of mothers in neonatal intensive care. *Acta Medica Portuguesa* 24(2):157-166.
29. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. (2003). Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics* 111(1):437-449.
30. Sudman, S & Bradburn NM. (1983). *Asking Questions: A Practical Guide to Questionnaire design*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.
31. Syed SA. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11 (6):181 – 187.
32. Takrouri M.S.M. (2004). Intensive Care Unit. *The Internet Journal of Health*. 3(2):580-97.
33. Tsironi S, Bovaretos S, Tsoumakas K, Giannakopoulou M, Matziou V. (2011). Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 5(18):183-192.
34. Vaskelyte A, Butkeviciene R, Klemmac D. (2009). Assessing needs of families with premature newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. *Medicina Kaunas* (45):320-6.
35. Ward FR. (2005). Parents and professionals in the NICU: communication within the context of ethical decision making--an integrative review. *Neonatal Netw* 24(3):25-33.
36. Wielenga JM, Smit BJ, Unk LKA (2006). How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant? *J Nurs Care Qual* (21):41–48.

37. WHO. Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006.
38. Weiss S, Goldlust E, Vaucher YE. (2010). Improving parent satisfaction: an intervention to increase neonatal parent-provider communication. *Journal of Perinatology*. 30(6):425-430.
39. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom AL. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci*. (20):35-41.
40. Ygge BM & Arnetz JE. (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 19(3): 217-223.
41. Ygge BM & Arnetz JE. (2001). Quality of paediatric care: Application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care* (13):33-43.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

42. Αλτάνης Π. (1991). Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική Συνεργασία. *Κοινωνική Εργασία* 22:109-118.
43. Αναγνωστάκου Μ, Κόρπα Τ, Μπούζα Ε, Λιακοπούλου Μ. (2009). Η διασυνδεδετική παιδοψυχιατρική στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών. *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 56.
44. Δατσέρης ΔΝ. (2009). Διαχείριση ποιότητας (ISO 9001:2008) στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας : η οδηγία εφαρμογής CEN/TS 15224:2005.
45. Διαμαντη Ε. Πρόωρα Νεογνά, (2008). Νεογνολογία, 6η έκδοση, Θεσσαλονικη Έκδοση : Υπηρεσια Δημοσιευματων ΑΠΘ.
46. Δρόσου-Αγακίδου Β. (2005). Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής, βρεφικής θνησιμότητας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 22(5):459-466.

47. ΕΔΗΜ. Ελληνική Εταιρία Δημογραφικών Μελετών (<http://www.edim.gr>).
48. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (2001). Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήση
49. Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Οικονόμου Χ. (2003). Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο.
50. Κυρίτση Ε, Κουτελέκος Ι, Μαργαρίτη Β, Γεράγγελου Ι, Κουκουλάρης Δ, Ευαγγέλου Ε, Πολυκανδριώτη Μ. (2008). Άγχος και κατάθλιψη γονέων νοσηλευόμενων πρόωρων νεογνών. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας.
51. Κώσταλος Χ. (2005). Νεογέννητο Υψηλού κινδύνου. Εκδόσεις Λίτσας.
52. Κώσταλος Χ. (2001). Νεότερες εξελίξεις στη Νεογνολογία,. Ιατρικη. 79(1), 43-47.
53. Κωστάλος Χ. Σύγχρονη Νεογνολογία, (1990). Εκδόσεις Κωνσταντάρας.
54. Μπουτοπούλου Β, Πέτσιος Κ, Μαυρίδη Φ, Βλαχιώτη Ε, Κωνσταντακάκη Ε, Μάτζιου Β. (2010). Ικανοποίηση Γονέων από την Παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στα Νοσηλευόμενα Παιδιά τους. Νοσηλευτική, 49(3):264–273.
55. Πανταζάκας Π, Μέντης Μ. (2002). Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού. Κοινωνική Εργασία (66):97-112.
56. Τζουμάκα-Μπακούλα Χ, Λεκέα Β, Καββαδίας Γ, Μακρή Α, Κουτσοβίτης Π, Ματσανιώτης Ν. Η περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα τα τελευταία 15 χρόνια. Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών, 75: 101-112.
57. Τσιρώνη Σ, Τσουμάκας Κ, Γιαννακοπούλου Μ, Μπουτοπούλου Β, Μάτζιου Β. (2011). Ικανοποίηση Γονέων από την Παρεχόμενη Ιατρονοσηλευτική Φροντίδα στα Νοσηλευόμενα Νεογνά τους. Νοσηλευτική, 50(3): 340–348.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- **Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στη μελέτη**
- **Έντυπο συγκατάθεσης γονέων**
- **Επιστολή άδειας χρήσης ερωτηματολογίου NICU-PSF**
- **Έντυπο έγκρισης Επιστημονικού συμβουλίου**
- **Κατάλογος πινάκων**

***το ερωτηματολόγιο δεν επισυνάπτεται καθώς υπάρχει ρητή οδηγία από τη συγγραφέα του, για τη μη γνωστοποίησή του, χωρίς την άδειά της**

Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλώ σημειώστε την απάντησή σας στο αντίστοιχο τετράγωνο

1) Φύλο:

α. Άνδρας β. Γυναίκα

2) Οικογενειακή κατάσταση:

α. Παντρεμένος/η β. Σε διάσταση/χωρισμένος/η γ. Μονογονεϊκή οικογένεια

3) Σχέση με νεογνό:

α. Μητέρα β. Πατέρας

4) Ηλικία:

5) Υπηκοότητα:

α. Ελληνική β. Αλβανική γ. Βουλγάρικη δ. Άλλη (παρακαλώ αναφέρετε ποια).....

6) Τόπος διαμονής:

α. Ηράκλειο β. Χανιά γ. Ρέθυμνο δ. Αγ. Νικόλαος
ε. Αθήνα στ. Άλλη Σε ποιο μέρος;

7) Μορφωτικό επίπεδο:

α. Δεν πήγα σχολείο β. Δημοτικό-Γυμνάσιο γ. Λύκειο δ. Ανώτερη/Ανώτατη Σχολή ε. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

8) Επάγγελμα:

α. Δημόσιος Υπάλληλος β. Ιδιωτικός Υπάλληλος γ. Ελεύθερος Επαγγελματίας
δ. Οικιακά ε. Άνεργος στ. Άλλο

9) Πόσα παιδιά έχετε ΕΚΤΟΣ του/των νοσηλευόμενου/ων:

α. Κανένα β. Ένα γ. Δύο δ. Τρία ε. Περισσότερα από τρία

10) Το/α νοσηλευόμενο/α παιδι/α γεννήθηκε/αν με:

α. Φυσιολογικό τοκετό β. Καισαρική τομή

11) Έχει νοσηλευτεί παλαιότερα άλλο παιδί σας σε νεογνολογική κλινική ή εντατική μονάδα;

α. Ναι β. Όχι

----- ΟΙ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΝΑ ΜΗΝ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ -----

12) ΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ α. (ΜΕΝΝ) β. (ΜΑΦ)

13) ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ..... 14) ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητοί γονείς

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος "Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης εκπονείται μια διπλωματική εργασία που εκτιμά τους παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών που έχουν νοσηλευόμενα νεογνά στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη μελέτη θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της φροντίδας στα νεογνά.

Η έρευνα διεξάγεται με την υποστήριξη του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Υπεύθυνη ερευνήτρια για τη μελέτη είναι η κ. Δήμητρα Βάσσου, μεταπτυχιακή φοιτήτρια και μαία στη Νεογνολογική κλινική του ΠΑΓΝΗ, (2810-392607), η όποια θα σας λύσει και τις πιθανές απορίες σας. Επιστημονικοί υπεύθυνοι είναι ο κ. Τάσος Φιλαλήθης, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής (2810-394615) και η κ. Χριστίνα Γιαννακοπούλου, Αν. Καθηγήτρια Νεογνολογίας (2810-392320).

Θα θέλαμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα και να μας βοηθήσετε. Το μόνο που θα σας ζητηθεί είναι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που επισυνάπτεται και η οποία διαρκεί περίπου 15 λεπτά.

Ορισμένα διευκρινιστικά στοιχεία για την έρευνα

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Όλα τα στοιχεία που θα συλλεχθούν διέπονται από την αρχή του απόρρητου, θα είναι στη διάθεση μόνο του ερευνητή και των υπευθύνων καθηγητών. Κανένα άλλο μέλος της κλινικής δεν θα έχει πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Κάθε έντυπο συγκατάθεσης που κρατάτε στα χέρια σας θα μπει σε χωριστό ανώνυμο φάκελο που θα κλείσετε οι ίδιοι και δεν θα γίνεται καμία απολύτως συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο. Απαιτείται όμως η συμπλήρωση του γιατί έτσι διασφαλίζεται ότι έχετε ενημερωθεί για το σκοπό της έρευνας και ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Η έρευνα έχει εξασφαλίσει την έγκριση του Πανεπιστημίου και του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **από τον ένα γονιό, την ημέρα του εξιτηρίου και τοποθετείται στον ανάλογο φάκελο** που θα σας δοθεί.

Η υπογραφή του παρόντος εγγράφου δηλώνει ότι έχετε ενημερωθεί για την έρευνα και επιτρέπετε στην ερευνήτρια να σας δώσει προς συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο.

Όνοματεπώνυμο γονέα.....

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

Η παράδοση συμπληρωμένου ερωτηματολογίου πρέπει να συνοδεύεται από το παρόν υπογεγραμμένο έντυπο για να θεωρηθεί έγκυρο.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Τάσος Φιλαλήθης

Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

Τμήμα Ιατρικής

Παν/μιο Κρήτης

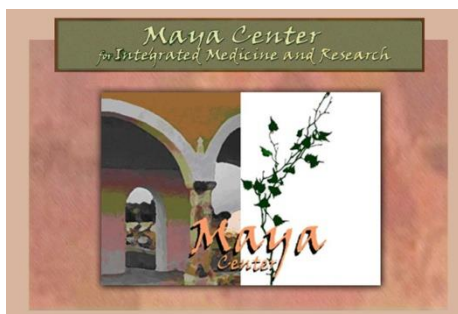
Δήμητρα Βάσσου

Μαία, Νεογνολογική κλινική ΠΑΓΝΗ

Μετ/κή φοιτήτρια ΜΠΣ ΔΥ-ΔΥΥ Τμήμα Ιατρικής

Παν/μιο Κρήτης

Επιστολή άδειας χρήσης ερωτηματολογίου NICU-PSF



Maya Center for Integrated Medicine & Research

*2755 West Shore Road, Isle LaMotte
Vermont 05463*

802-310-0942 Phone

www.mayactr.org

June 7, 2012

Dear Ms. Dimitra Vassou

You have my permission to utilize the Neonatal Intensive Care-Parent Satisfaction Form (NICU-PSF) for your graduate research studies. You have my permission to utilize the Greek translated version of the form as well. You must abide by the stipulations sent outlining use of the instrument with appropriate citation, reference of the instrument and its authors, along with sending us a copy of your published paper when completed.

Sincerely,

Jeanette O'Connor PhD, MS, MN, RN

Director, Maya Center for Integrated Medicine

Έντυπο έγκρισης Επιστημονικού συμβουλίου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
 Τ.Θ 1352, ΒΟΥΤΕΣ, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ηράκλειο 15/10/2012
 Αρ. πρωτ.: 9575

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
 Δημήτρης Γεωργόπουλος
 Καθηγητής
 Δ/ντής ΜΕΘ Ενηλίκων

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ
 Μαστροδής Δημήτριος
 Καθηγητής
 Δ/ντης Μονάδας
 Χημειοθεραπείας

Γεώργιος Μαλτεζάκης
 Δ/ντής ΕΣΥ
 Πνευμονολογικής Κλινικής

Ηλίας Αθανασάκης
 Επιμελητής Α'
 Γεν.Χειρουργικής Κλινικής

Καρατζάνης Αλέξανδρος
 Επιμελητής Β'
 ΩΡΛ Κλινικής

Βενουζάκη Μαρία
 Επικ. Καθηγήτρια
 Κλινικής Χημείας Βιοχημείας

Λασθιωτάκης Κων/νος
 Ειδικευόμενος
 Γεν. Χειρουργικής

Γραμματοπούλου Μαρία
 Τομέαρχης Νοσηλευτικής

Μανδύλας Παναγιώτης
 ΤΕ Ραδιολογίας
 Ακτινολογίας
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ
 Μαργαρίτης Ανδρέας
 Δ/ντής Εργαστηρίου
 Κλ.Χημείας Βιοχημείας

ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ
ΜΕΛΗ
 Μανιδάκης Γεώργιος
 Επιμελητής Α' Μ/Γ

Κούδας Βασίλειος
 ΕΒ' Ψυχιατρικής

Τριγώνη Μαρία
 ΠΕ Κοιν Εργασίας

Γραμματεία
 Μαρία Κλινάκη
 Τηλ.: 2810392478

ΠΡΟΣ: Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
Καθηγητή κ Γ.Βελεγράκη

Κοιν: -Διοικητή Πα.ΓΝΗ
- Δ/ντή Μεταπτυχιακών Σπουδών
Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής
κ.Α.Φιλαλήθη
- Διευθύντρια Νεογνολογικής Κλινικής
Αν.Καθηγήτρια κα.Χρ. Γιαννακοπούλου
- Βάσσου Δήμητρα Μαία Τ.Ε

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας»

Το Ε.Σ στη συνεδρίασή του της 3/10/2012, αφού έλαβε υπόψη την επιστολή του Καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη με αρ. πρωτ. 9575/6-8-2012, τη θετική εισήγηση της Ομάδας Εργασίας της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, καθώς και τα επισυναπτόμενα έγγραφα, εισηγείται θετικά στην έγκριση χορήγησης ερωτηματολογίων στους γονείς των νοσηλευόμενων νεογνών, στη Νεογνολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας, από την Μαία Τ.Ε κα Δήμητρα Βάσσου, στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής της εργασίας με θέμα «**Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το αίσθημα ικανοποίησης των γονιών νοσηλευομένων νεογνών**», που θα διεξαχθεί στην Νεογνολογική Κλινική υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Α.Φιλαλήθη.

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο
Καθηγητής Δημήτρης Γεωργόπουλος

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.3.1 : Κλίνες MENN και ΜΑΦ σε Δημόσια και Ιδιωτικά θεραπευτήρια της Ελλάδας

Πίνακας 1.3.2: Αιτίες εισαγωγής νεογνού στη MENN

Πίνακας 1.3.1: Προβλήματα πρόωρων νεογνών

Πίνακας 1.3.2: Εκτίμηση ΗΚ κατά Ballard

Πίνακας 1.3.1.1: Ορισμοί ΠΟΥ

Πίνακας 4.1.1: Χαρακτηριστικά των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης

Πίνακας 4.1.2: Χαρακτηριστικά νοσηλείας των νεογνών

Πίνακας 4.2.1: Εννοιολογικές κατηγορίες ερωτηματολογίου

Πίνακας 4.3.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης (score) & ποσοστιαία ικανοποίηση (%) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parental Satisfaction Form)

Πίνακας 4.4.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης (score) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parental Satisfaction Form) ως προς βασικά χαρακτηριστικά των γονέων

Πίνακας 4.5.1: Βαθμολογίες ικανοποίησης (score) των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης, σύμφωνα με τις οχτώ ενότητες και το σύνολο ικανοποίησης (ερωτηματολόγιο NICU-Parental Satisfaction Form) ως προς τα χαρακτηριστικά νοσηλείας των νεογνών

Πίνακας 4.6.1: Εκπλήξεις ή απογοητεύσεις των 58 γονέων των νεογνών της μελέτης από την νοσηλεία των νεογνών τους