

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (ΧΜΗ)

ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

Επιβλέποντες: **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν.
Κρήτης

Συμβουλευτική **Χ. Μελάς**, Καθηγητής
Επιτροπή: Εφαρμογών Πληροφορικής,
Τ.Ε.Ι. Κρήτης

Ηράκλειο, [Μάρτιος 2011]

[Τίτλος]

[Όνοματεπώνυμο Φοιτητή]
[Ειδικότητα]

Επιβλέποντες: 1. [Α. Φιλαλήθης, Αναπληρωτής
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης]
2.

Ηράκλειο, [Σεπτέμβριος 2010]



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (ΧΜΗ)**

ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

Επιβλέποντες: **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν.
Κρήτης

Συμβουλευτική **Χ. Μελάς**, Καθηγητής
Επιτροπή: Εφαρμογών Πληροφορικής,
Τ.Ε.Ι. Κρήτης

Ηράκλειο, [Μάρτιος 2011]

Ευχαριστίες

Τις θερμές μου ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον εισηγητή της μελέτης Κο Χρήστο Μελά, Καθηγητή εφαρμογών πληροφορικής στα ΤΕΙ Κρήτης, πρώην Διοικητή ΠαΓΝΗ, για την αμέριστη συμπαράσταση που επέδειξε κατά την εξέλιξη της εργασίας αυτής.

Επίσης τις ευχαριστίες μου θα ήθελα να εκφράσω στον επιβλέποντα καθηγητή Κο Φιλαλήθη Τάσο, για την συνεισφορά του σε αυτήν τη μελέτη.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και συνάμα ένα βαθύ αίσθημα ευγνωμοσύνης θα ήθελα να απευθύνω στην οικογένεια μου για την αμέριστη αγάπη και κατανόηση σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ – ΧΜΗ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	Σελ. 4
<u>ABSTRACT</u>	Σελ. 5
<u>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	
1.1 Εισαγωγή	Σελ. 6-7
1.2 Σκοπός Μελέτης	Σελ. 8
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα	Σελ. 8
<u>2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ - ΑΝΑΛΥΣΗ</u>	
2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Σελ. 8-13
2.2 Ορισμός και εννοιολογική προσέγγιση ΧΜΗ	Σελ. 13-15
2.3 Ιστορική εξέλιξη - Διεθνής εμπειρία	Σελ. 15-16
2.4 Ιατρικές πράξεις που διενεργούνται στα ΧΜΗ	Σελ. 16-17
2.5 Πλεονεκτήματα ΧΜΗ	Σελ. 17-21
2.6 Μειονεκτήματα ΧΜΗ	Σελ. 22-24
<u>3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	
3.1 Τύπος ερευνητικού σχεδίου	Σελ. 24
3.2 Δειγματοληψία	Σελ. 24-25
3.3 Διαφύλαξη ηθικών δικαιωμάτων – Συλλογή Δείγματος	Σελ. 25
3.4 Ερωτηματολόγιο	Σελ. 25
3.5 Πιλοτική μελέτη	Σελ. 25
3.6 Στατιστική Ανάλυση	Σελ. 27
3.7 Περιορισμοί Έρευνας	Σελ. 27
<u>4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	
4.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων	Σελ. 28-37
4.2 Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με απόψεις ιατρών	Σελ. 37
4.3 Συσχετίσεις επαγγελματικών χαρακτηριστικών με απόψεις ιατρών	Σελ. 38-42
<u>5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	
5.1 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων	Σελ. 42-45
5.2 Χρησιμότητα των Αποτελεσμάτων	Σελ. 45
5.3 Κλινικές Εφαρμογές της Έρευνας	Σελ. 45-47
5.4 Εφαρμογές Έρευνας στην Εκπαίδευση	Σελ. 48
5.5 Ερευνητικές Εφαρμογές της Μελέτης	Σελ. 49-50
<u>6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	
6.1 Συμπεράσματα	Σελ. 50-51
6.2 Προτάσεις	Σελ. 51-54
<u>7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	Σελ. 54-59
<u>8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</u>	
Παράρτημα 1	Ερωτηματολόγιο Έρευνας Σελ. 60-64
Παράρτημα 2	Σχήματα Σελ. 65
Παράρτημα 3	Πίνακες Σελ. 65

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Γνώσεις και απόψεις νοσοκομειακών ιατρών για τα Χειρουργεία μιας ημέρας (ΧΜΗ)

Του: Φραγκιαδάκη Στέφανου

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Α. Φιλαλήθη

2. Χ. Μελά Ημερομηνία: 30/03/2011

Διαγράφηκε: ¶

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων, προθέσεων και αντιλήψεων των ιατρών-χειρουργών των δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού του Χειρουργείου Μιας Ημέρας (ΧΜΗ). Παράλληλα, αναζητείται η περιγραφή της υπάρχουσας πραγματικότητας αναφορικά με την ανάπτυξη και λειτουργία των ΧΜΗ ανασκοπώντας την διεθνή και ελληνική εμπειρία και έχει ως στόχο να συμβάλει στην αύξηση των γνώσεων γύρω από την έκταση εφαρμογής του χειρουργείου ημέρας.

Το Χειρουργείο Μιας Ημέρας-ΧΜΗ (One Day Surgery) αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μορφή περίθαλψης και εφαρμόζεται αρκετές δεκαετίες σε διεθνές επίπεδο. Ειδικά τα τελευταία χρόνια άρχισε να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των οικονομολόγων υγείας, των υπευθύνων σχεδιασμού της πολιτικής υγείας και των στελεχών των υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρικών χειρουργικών πράξεων πραγματοποιείται στα πλαίσια του θεσμού του χειρουργείου ημέρας – θεσμός που υποστηρίζεται οργανωτικά ως ξεχωριστό τμήμα ενός νοσοκομείου.

Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης, υλοποιήθηκε πρωτογενής μελέτη, με χρήση ερωτηματολογίων μεταξύ ιατρών. Όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί-χειρουργοί όλων των χειρουργικών ειδικοτήτων και επιπλέον οι ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου που η ειδικότητα τους έχει περιστατικά που μπορούν να γίνουν σε χειρουργείο ημέρας, αποτέλεσαν τον πληθυσμό της έρευνας. Αρχικά πραγματοποιήθηκε πιλοτική διαδικασία με περίπου 10 συμμετέχοντες-δείγματα. Αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, οι απαντήσεις αναλύθηκαν με την εφαρμογή περιγραφικών στατιστικών δοκιμασιών (συχνότητες και ποσοστά) για την ανάλυση όλων των ερωτήσεων. Προκειμένου να βρεθούν οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και διαφορές εφαρμόστηκαν οι πίνακες συνάφειας (Chi-square Crosstabs). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Συγκεκριμένες ιατρικές ειδικότητες (γεν. χειρουργοί, ορθοπεδικοί, γυναικολόγοι και ουρολόγοι) βρέθηκαν να είναι πιο θετικοί στην ανάπτυξη του ΧΜΗ και αυτοί οι ιατροί μπορούν να αποτελέσουν τον πυρήνα ανάπτυξης του θεσμού στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: Χειρουργείο μιας ημέρας, γνώσεις, αντιλήψεις, προθέσεις, ιατροί.

Abstract

Title: One day Surgery: Knowledge and beliefs of public hospital doctors

By: Stefanos Fragiadakis

Supervisors: 1.A. Philalithis

2.C. Melas

Date: 30/03/2011

Aim of this study is to discover the knowledge, intentions, attitudes and beliefs of the public hospitals doctors concerning one day surgery. In parallel, national and international experience of one day surgery is searched so as to increase knowledge and beliefs about the development and implementation of the ODS practice.

One Day Surgery is a common practice worldwide during the last decades with brilliant results. Especially through the last years in private and public health sector, health economists, health policy professionals and politicians have shown severe interest upon the practice of ODS. Nowadays, developed countries conduct a serious percentage of surgical operations under the guidelines of ODS, which is organized and supported as a separate structure of a hospital.

Once the literature review was completed the questionnaire of the study was handed out. People of the study were all specialized surgeon-doctors and specialized anesthesiologists working for the public hospitals of Heraklion, Crete prefecture whose specialty provides for ODS. Initially, a pilot study was initiated with about 10 participants and after that the full length study was conducted. The analysis of the questionnaires was conducted with the help of descriptive statistics (frequencies and percentages). Chi-square crosstabs were implemented in order to find out if certain findings were correlated with demographic or professional characteristics of the participants. Data analysis was conducted with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Certain surgical specialties (general surgeons, orthopedics, gynecologists and urologists) were found to be more positive to the development of ODS and this group of doctors could be the core part of ODS development in Greece.

Key words: One Day Surgery, knowledge, attitudes, beliefs, intentions, doctors.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. 1 Εισαγωγή

Οι εξελίξεις στο χώρο της υγείας είναι εξαιρετικά γρήγορες και απαιτούν συνεχή αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας. Το διαρκώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, οι ολοένα και πιο περιορισμένοι οικονομικοί πόροι και η απαίτηση των πολιτών για περίθαλψη και φροντίδα υψηλής ποιότητας δημιουργούν ακόμα πιο έντονη την ανάγκη για ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών νοσηλείας αυξημένης αποτελεσματικότητας. Το Χειρουργείο Μιας Ημέρας-ΧΜΗ (One Day Surgery) και η Περιπατητική Χειρουργική (Ambulatory Surgery) αποτελούν δύο από αυτές τις εναλλακτικές μορφές περίθαλψης που εφαρμόζονται ευρέως σε διεθνές επίπεδο (Ρουμελιώτης, 2001; Tham & Koh, 2002). Αν και η ιδέα του ΧΜΗ πρωτοεμφανίστηκε τη δεκαετία του 1950 (Charman, 1991), μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε να συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των υπευθύνων που συμμετέχουν στα κέντρα σχεδιασμού της πολιτικής υγείας, των οικονομολόγων υγείας και των στελεχών των υπηρεσιών υγείας (ιατρικών, διοικητικών, νοσηλευτικών).

Η διάδοση και αποτελεσματικότητα του χειρουργείου ημέρας οφείλεται στις ραγδαίες εξελίξεις στο χώρο της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της αναισθησιολογικής φαρμακολογίας και της μικροχειρουργικής. Οι εξελίξεις αυτές έχουν επιτρέψει τη επίτευξη μεγάλου αριθμού ιατρικών πράξεων επεμβατικού χαρακτήρα χωρίς την απαίτηση εισαγωγής και παραμονής στο νοσοκομείο του ασθενή για διάστημα μεγαλύτερο της μίας ημέρας. Τα χειρουργικά περιστατικά που αντιμετωπίζονται σε ΧΜΗ είναι πολλά και αφορούν διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες ενώ ο θεσμός του ΧΜΗ έχει γίνει ευρέως αποδεκτός από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Edmondson & Waters, 1995; Fenton, Riach & Cooke, 1998; Markovic, Bandyopadhyay, Vu & Manderson, 2002).

Σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρικών χειρουργικών πράξεων, που σε κάποιες χειρουργικές ειδικότητες προσεγγίζει το 70%, πραγματοποιείται σε εγκαταστάσεις οργανωμένες ως ΧΜΗ (Korttila, 1999; Odell & Durham, 2003). Η μεγάλη διάδοση και ευρεία εφαρμογή του θεσμού στο εξωτερικό αποδίδεται με την θέση που έχει διατυπωθεί από τον Adams (1991), ο οποίος ισχυρίζεται ότι το ΧΜΗ εξελίσσεται σε μια ξεχωριστή ειδικότητα, με δική της οργάνωση, προϋπολογισμό και ανάγκες.

Ο θεσμός του ΧΜΗ έχει επεκταθεί με επιτυχία τόσο σε ενήλικες όσο και σε πιο νεανικές πληθυσμιακές ομάδες. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζονται χειρουργικά ως περιπτώσεις ΧΜΗ επιδέχονται αρκετά καλά τα φάρμακα αναισθησίας σε ποσοστό άνω του 75% (Grenier, Dubreuil, Siao & Meymat, 1998; Kokinsky, Thornberg, Ostlund & Larsson, 1999). Στην μετεγχειρητική τους πορεία τα παιδικά περιστατικά ΧΜΗ εμφανίζουν ελαφρότερα συμπτώματα όπως ελάχιστο πόνο, ναυτία ή έμετο ενώ μετά την μεταφορά τους στο σπίτι η παρακολούθησή τους γίνεται αποκλειστικά από τους γονείς τους χωρίς την ανάγκη συνδρομής από εξειδικευμένο νοσηλευτή ή ιατρό (Jonas, 2003).

Η οργάνωση και ανάπτυξη των ΧΜΗ θεωρείται αναγκαία με βάση τα κοινωνικοοικονομικά αλλά και υγειονομικά στοιχεία που συνθέτουν την ελληνική πραγματικότητα και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν (Πολύζος, 1994; Roumeliotis, 1995), σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς που νοσηλεύονται στα ελληνικά νοσοκομεία έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας που απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση. Εξαιτίας της αυξημένης ζήτησης ιατρικών χειρουργικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους (χειρουργικές αίθουσες, προσωπικό κλπ) παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φθάσουν και τους 6 ή και περισσότερους μήνες. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι τις μεγάλες λίστες αναμονής επιμηκύνει το γεγονός ότι η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομεία βασίζεται κυρίως σε κριτήρια προσωπικής επιλογής ιατρού - τακτική η οποία εφαρμόζεται από τον ασθενή και την οικογένειά του και προκαλεί ασφυξία στο σύστημα υγείας. Η υποβάθμιση των περιφερειακών νοσοκομείων και ο υδροκεφαλισμός των κεντρικών νοσοκομείων αναγκάζει πολλούς ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη σε κάποιο από τα νοσοκομεία των αστικών κέντρων της χώρας. Οι παραπάνω λόγοι έχουν ως συνέπεια την πρόκληση συνωστισμού στα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα, την ταλαιπωρία των ασθενών και των οικογενειών τους και την οικονομική επιβάρυνση του Ε.Σ.Υ. (Πολύζος, 1994; Roumeliotis, 1995).

Υπάρχει επαρκής διεθνής εμπειρία και καταξίωση του θεσμού, όμως η χώρα μας όπως δείχνουν τα στοιχεία της παρούσης μελέτης υστερεί στην ανάπτυξη ΧΜΗ, στερούμενη τέτοιας μορφής οικονομικής και ποιοτικής λύσης.

1.2 Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων, προθέσεων και αντιλήψεων των ιατρών-χειρουργών των δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού του Χειρουργείου Μιας Ημέρας (ΧΜΗ). Παράλληλα, αναζητείται η περιγραφή της υπάρχουσας πραγματικότητας και των αναγκών αναφορικά με την ανάπτυξη και λειτουργία των ΧΜΗ ανασκοπώντας την διεθνή και ελληνική εμπειρία και έχει ως στόχο να συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων γύρω από την έκταση εφαρμογής του χειρουργείου ημέρας.

1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται σε αυτή τη μελέτη είναι:

Σε ποιο βαθμό είναι ενήμεροι οι ιατροί-χειρουργοί του Δημόσιου Νοσοκομείου σχετικά με τον θεσμό του Χειρουργείου Μιας Ημέρας; Ποια είναι κατά την άποψη των ιατρών-χειρουργών τα ευεργετήματα από τον θεσμό των ΧΜΗ; Είναι θετικοί οι ιατροί-χειρουργοί του Δημόσιου Νοσοκομείου σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού του ΧΜΗ; Ποια είναι κατά την άποψη των ιατρών-χειρουργών τα αρνητικά επακόλουθα από την ανάπτυξη των ΧΜΗ; Κατά την άποψη των ιατρών-χειρουργών ποιες είναι οι προϋποθέσεις και οι ανάγκες που πρέπει να πληρούνται ώστε να λειτουργήσουν τα ΧΜΗ απρόσκοπτα;

2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ – ΑΝΑΛΥΣΗ

2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που ακολουθεί αφορά τη βασική υποενοότητα της μελέτης σχετικά με τις προθέσεις των ιατρών-χειρουργών για το ΧΜΗ. Δυστυχώς, η αναζήτηση των διαθέσιμων ηλεκτρονικών πηγών (pubmed) με την εισαγωγή των κατάλληλων λέξεων-κλειδιών (day surgery, ODS, surgeons, physicians, doctors, views, attitudes, perceptions, beliefs) δεν απέδωσε καρπούς. Μόνο λίγες μελέτες από το διεθνή χώρο γύρω από τις στάσεις και αντιλήψεις των ιατρών για τα ΧΜΗ ανευρέθηκαν. Ο μικρός αριθμός μελετών δεν επιτρέπει την παρουσίασή τους με ομαδικό τρόπο ούτε τη συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων τους και για το λόγο αυτό θα παρατεθούν περιγραφικά μία προς μία.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1978 στην Αγγλία (Garraway, Ruckley & Prescott, 1978) διερευνούσε τις απόψεις 135 γενικών ιατρών που παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες στην κοινότητα για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας. Οι περισσότεροι ιατροί βρέθηκε ότι είχαν θετική άποψη για το ΧΜΗ, αφού μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφερε πως υπάρχουν αρκετά πλεονεκτήματα τόσο για τον ασθενή και την οικογένειά του όσο και για τη δουλειά τους. Τα ευεργετήματα για τον ασθενή περιελάμβαναν τη μικρή αναστάτωση της οικογενειακής ζωής λόγω ελάχιστης απουσίας του ασθενούς και τη μειωμένη αναμονή για την διενέργεια ίδιας επέμβασης (ποσοστό <95%). Τα ευεργετήματα— που αφορούσαν τους ίδιους ήταν η πιο ενεργή συμμετοχή τους στη φροντίδα του ασθενή και η γρήγορη παροχή των υπηρεσιών που μπορούσαν να προσφέρουν στον ασθενή (ποσοστό 75%). Η κυριότερη αρνητική επίπτωση που αναφέρθηκε από τους ιατρούς ήταν η αύξηση του φόρτου εργασίας τους (ποσοστό 47%). Η σημαντικότερη αρνητική επίπτωση που αναφέρθηκε για τον ασθενή ήταν ο πόνος και οι ενοχλήσεις μετεγχειρητικής περιόδου (50%). Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι ιατροί που κατείχαν μεταπτυχιακούς τίτλους δέχθηκαν πιο θετικά την αυξημένη ευθύνη που συνεπαγόταν η ίδια συμμετοχή στη φροντίδα ασθενών χειρουργείου ημέρας, ενώ οι ιατροί με προϋπηρεσία κάτω των 20 χρόνων έδωσαν τη μεγαλύτερη έμφαση στο πλεονέκτημα που αφορούσε την πιο ενεργή ίδια συμμετοχή στη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς.

Μέτρια συγκριτικά βρέθηκε να είναι η υποστήριξη των γενικών ιατρών που παρείχαν υπηρεσίες στη κοινότητα για την αποτελεσματικότητα του θεσμού του χειρουργείου ημέρας σε άλλη μελέτη (Barrow, Fisher, Seex & Mohammed, 1994). Συγκεκριμένα, ένα σημαντικό ποσοστό από τους 71 ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρούσε πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του χειρουργείου ημέρας και του χειρουργείου που διενεργείται σε ενδονοσοκομειακή βάση ως εξής:

- (α) τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ίδιας ιατρικής πράξης (75%),
- (β) την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών εξαιτίας ίδιας (69%) και
- (γ) την ανάγκη επανεισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση μετεγχειρητικών προβλημάτων (58%). Ένα χαμηλό μόνο ποσοστό του δείγματος εκφράστηκε θετικά για το χειρουργείο ημέρας δηλώνοντας ότι,

συγκριτικά με το ενδονοσοκομειακό χειρουργείο, η επιτυχία των επεμβάσεων είναι μεγαλύτερη (20%) ή ότι η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών ή επανεισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο για την αντιμετώπισή της είναι μικρότερη (11% και 62%, αντίστοιχα).

Στην ίδια μελέτη (Barrow et al., 1994), οι κυριότεροι τομείς παραπόνων των γενικών ιατρών ήταν η αύξηση του φόρτου εργασίας τους (54%) και η ανεπαρκής επικοινωνία τους με το χειρουργό (32%) ως προς την έγκαιρη πληροφόρησή τους για την μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς. Άλλα προβλήματα που εντοπίστηκαν από τους γενικούς ιατρούς ήταν οργανωτικής φύσεως και αφορούσαν την ανεπαρκή μετεγχειρητικά κάλυψη του ασθενούς με αναλγητική αγωγή καθώς και την ελλιπή προεγχειρητικά ενημέρωσή του γύρω από την ιατρική πράξη και το τι να αναμένει από αυτήν (21%, συνολικά για τις δύο απαντήσεις). Μόνο το 51% του δείγματος υποστήριξε την ιδέα περί διεύρυνσης του θεσμού ώστε να συμπεριληφθούν κι άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι αντιλήψεις των γενικών ιατρών της κοινότητας για την αύξηση του φόρτου εργασίας τους από την εφαρμογή του χειρουργείου ημέρας δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τη γνώμη που διατύπωσαν περί εξάπλωσης του θεσμού ή όχι (Barrow et al., 1994).

Η έρευνα των Morgan, Beech, Reynolds, Swan & Devlin (1992) κατέγραψε τη γνώμη γενικών χειρουργών που διενεργούσαν επεμβάσεις κήλης σχετικά με το ΧΜΗ και τα εμπόδια που αντιμετώπιζαν στην εφαρμογή του θεσμού από την πλευρά του νοσοκομείου, των ασθενών και τον πληθυσμό. Από τους 240 χειρουργούς που συμμετείχαν στη μελέτη, περίπου οι μισοί διατύπωσαν θετική άποψη για τα ΧΜΗ. Το 11% πραγματοποιούσε χειρουργεία ημέρας και το 44% ενδιαφερόταν να το κάνει. Το υπόλοιπο 45% δεν ενδιαφερόταν για την εφαρμογή του χειρουργείου ημέρας. Θετικότερη στάση είχαν οι χειρουργοί κάτω των 45 ετών. Οι κυριότερες δυσκολίες που εντοπίστηκαν για την εφαρμογή των ΧΜΗ από τους ιατρούς με θετική γνώμη για αυτά ήταν οργανωτικής και διοικητικής φύσης και συνοψίζονται παρακάτω:

- (α) έλλειψη επιστημονικού προσωπικού (νοσηλευτών και αναισθησιολόγων),
- (β) έλλειψη νοσηλευτικών κλινών για τα χειρουργικά περιστατικά ίδιας ημέρας
- (γ) έλλειψη ειδικών χειρουργικών αιθουσών,
- (δ) προβλήματα ελλιπούς προϋπολογισμού.

Ένας στους πέντε περίπου χειρουργούς που είχαν θετική θέση για τα ΧΜΗ θεώρησε ως ένα πρόσθετο πρόβλημα την αύξηση του φόρτου εργασίας. Άλλα προβλήματα που καταγράφηκαν από θετικά διακείμενους το θεσμό χειρουργούς σχετιζόνταν με (α) τον ίδιο τον ασθενή αναφορικά με τον πόνο και μετεγχειρητικές επιπλοκές καθώς και με την πιθανή παραβίαση προτίμησής του για θεραπεία και φροντίδα με διαμονή εντός του νοσοκομείου (30% περίπου), (β) την έλλειψη των απαραίτητων υγειονομικών πηγών (νοσηλευτές κοινότητας και οι γενικοί ιατροί (36%), που θα φρόντιζαν τη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, και (γ) την καταλληλότητα του πληθυσμού που εξυπηρετούσαν για επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας (13%). Αντίθετα, οι χειρουργοί που ήταν αρνητικοί για το χειρουργείο ημέρας ισχυρίστηκαν ότι τα κυριότερα εμπόδια για την επιτυχή εφαρμογή του θεσμού είναι ο πόνος και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (40%), καθώς και η απαίτηση του ασθενή να διαμείνει στο νοσοκομείο μετά την επέμβαση για παρακολούθηση και φροντίδα έστω και για μια νύχτα (53%). Χειρουργοί με αρνητική στάση ανέφεραν ότι και οι ίδιοι θα προτιμούσαν να μην αντιμετωπιστούν ως περιστατικά ΧΜΗ εάν προέκυπτε ανάγκη ενώ αντίθετα οι χειρουργοί με θετικές αντιλήψεις για τα ΧΜΗ ισχυρίστηκαν πως τόσο οι ίδιοι όσο και οι ασθενείς τους είχαν θετικές εντυπώσεις από την εμπειρία του χειρουργείου ημέρας (Morgan et al., 1992).

Θετικότερα ήταν τα σχόλια που έκαναν οι ιατροί σε άλλη μελέτη, ίσως εξαιτίας του γεγονότος ότι η εμπειρία που είχαν με το χειρουργείο ημέρας ήταν με ασθενείς-γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε στείρωση με λαπαροσκοπική μέθοδο. Τα θετικά σχόλια των χειρουργών αφορούσαν τον υψηλό βαθμό αποδοχής που θεωρούσαν οι ίδιοι ότι εύρισκε ο θεσμός του ΧΜΗ ανάμεσα σε γυναίκες, τον αποτελεσματικότερο γενικότερα τρόπο λειτουργίας του συστήματος καθώς και την οικονομία των πόρων του νοσοκομείου (Thomas & Hare, 1997).

Στη μελέτη του Madnok το 1992 βρέθηκε ότι αν και όλοι σχεδόν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ενδονοσοκομειακή βάση για κήλη τη χρονική περίοδο που διήρκεσε η μελέτη πληρούσαν όλα τα κριτήρια για να αντιμετωπιστούν ως χειρουργείο ημέρας (έλλειψη εμπειρίας προηγούμενης νάρκωσης, μη ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, επαρκής κοινωνική υποστήριξη), μόνο στο 5% των περιπτώσεων κήλης ο ασθενής χειρουργήθηκε και εξήλθε την ίδια ημέρα. Όλοι οι χειρουργοί που συμμετείχαν στην έρευνα του Madnok διατηρούσαν

επιφυλάξεις ως προς την αντιμετώπιση της κήλης στο ΧΜΗ κι αυτό οδήγησε τον ερευνητή στο να διατυπώσει το ερώτημα του κατά πόσον υπάρχει συμφωνία μεταξύ των χειρουργών ως προς την μορφή νοσηλείας που πρέπει να προσφερθεί σε συγκεκριμένο χειρουργικό πρόβλημα. Όλα τα αρνητικά στοιχεία που βρέθηκαν στην έρευνα του Morgan και των συν. (1992), αναφέρθηκαν με πανομοιότυπο τρόπο και στη μελέτη του Madnok (1992). Αξίζει να σημειωθεί όμως, ότι στην έρευνα του Madnok τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια που δήλωσαν οι ιατροί δεν επηρέασαν την εκτέλεση άλλων χειρουργικών διαδικασιών πλην αυτών για κήλη αφού το 29% της συνολικής χειρουργικής δραστηριότητας στα νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ΧΜΗ.

Με δεδομένη την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων μεταξύ των ιατρών μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90, πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία συνέδριο με σκοπό α) τον καθορισμό ποσοτικών στόχων για τον αριθμό των χειρουργείων ημέρας που μπορούσαν να διεκπεραιωθούν από διαφορετικές χειρουργικές ειδικότητες και για συγκεκριμένες χειρουργικές πράξεις ανά ειδικότητα και β) τη διερεύνηση των στάσεων των ιατρών-χειρουργών για τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι θα ήταν δυνατόν να λειτουργήσουν ως εμπόδια στην επίτευξη αυτών των ποσοτικών στόχων (Grainger & Griffiths, 1994). Η μελέτη έδειξε ότι υπήρχε σημαντικός βαθμός συμφωνίας μεταξύ των ιατρών ως προς την ποσότητα των περιστατικών ΧΜΗ που μπορούσε να καλυφθεί ανά χειρουργική ειδικότητα και ανά χειρουργική διαδικασία. Με βάση τα ευρήματα της ίδιας έρευνας, οι τομείς που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν εμπόδια στην ευρεία εφαρμογή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας ήταν οι εξής (Grainger & Griffiths, 1994):

→ Η στελέχωση των χειρουργείων ημέρας με εκπαιδευμένο ιατρικό, διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αποφεύγονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και οι εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο.

→ Η αξιολόγηση των ΧΜΗ με μελέτη κόστους/οφέλους (cost benefit analysis) το οποίο αν και ευνοεί το νέο θεσμό του χειρουργείου ημέρας έναντι της ίδιας παραδοσιακής ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, μπορεί να δημιουργήσει αντιρρήσεις και επιφυλάξεις με ορισμένους μη γνώστες του θέματος που ασχολούνται με τη διοίκηση και οικονομία των υπηρεσιών υγείας (Grainger & Griffiths, 1994).

→ Η ιατρική πράξη (κατάλληλη αξιολόγηση και επιλογή των ασθενών βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, ύπαρξη ικανών κλινικών και διοικητικών στελεχών, χρήση εργαλείων και οργάνων για τη καταγραφή των ιατρικών πράξεων και τη συλλογή στατιστικών δεδομένων και επαρκή επικοινωνία μεταξύ αυτών που παρέχουν ιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική φροντίδα.

→ Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και των οικονομικών πόρων είναι ένας παράγοντας με ιδιαίτερη βαρύτητα όπως είχε προκύψει και σε παλαιότερη μελέτη (Beech & Morgan, 1992).

→ Σύμφωνα με τη γνώμη των 240 χειρουργών που μετείχαν ως δείγμα στην έρευνα ως οι πιο πιθανοί ανασταλτικοί παράγοντες της ανάπτυξης των ΧΜΗ αναφέρθηκαν η έλλειψη κατάλληλης υποδομής (κτιριακής και τεχνολογικής) για την προσφορά υπηρεσιών χειρουργείου ημέρας και η απροθυμία των διοικητικών στελεχών να υποστηρίξουν την πρακτική των ΧΜΗ διότι αδυνατούσαν να κατανοήσουν την αναγκαιότητα της (Beech & Morgan, 1992).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα, η διαφορά που υπήρχε ανάμεσα στις αντιλήψεις των μελών του ιατρών στην Αγγλία μέχρι το 1994 σχετικά με το χειρουργείο ημέρας ήταν σημαντική. Εν κατακλείδι, η χειρουργική κοινότητα της Αγγλίας στο σύνολό της έχει εκφραστεί θετικά για την εφαρμογή και υποστήριξη του θεσμού του ΧΜΗ. Αυτό ενισχύεται από την έκδοση του επίσημου εγχειρίδιου που έχει εκδώσει το επιστημονικό χειρουργικό συμβούλιο (Royal College of Surgeons of England, 1992) και στο οποίο δίνονται οδηγίες για τον τρόπο παροχής χειρουργικής φροντίδας ΧΜΗ. Στο προαναφερόμενο εγχειρίδιο τονίζεται ότι το χειρουργείο ημέρας σε καμιά περίπτωση δεν είναι κατώτερο από την ενδονοσοκομειακή χειρουργική περίθαλψη με διαμονή, τουλάχιστον για εκείνες τις χειρουργικές πράξεις τις οποίες ενδείκνυται η άσκηση του. Σύμφωνα με τη γνώμη των χειρουργών-μελών του συμβουλίου, ανάμεσα στα κυριότερα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας είναι ο έγκαιρος και οριστικός προσδιορισμός της ημερομηνίας που θα πραγματοποιηθεί η χειρουργική πράξη, η μείωση της λίστας αναμονής και η απελευθέρωση πηγών και πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς (Royal College of Surgeons of England, 1992).

2.2 Ορισμός και Εννοιολογική Προσέγγιση των ΧΜΗ

Ως χειρουργείο ημέρας ορίζεται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία ο ασθενής εισάγεται σε ειδική νοσηλευτική μονάδα ή νοσοκομείο για την πραγματοποίηση συγκεκριμένης διαγνωστικής ή χειρουργικής πράξης, παραμένει εκεί για σύντομο χρονικό διάστημα και μέχρι να ανανήψει πλήρως από την επέμβαση και στη συνέχεια μεταφέρεται στο σπίτι του – εντός της ίδιας ημέρας (Beech & Morgan, 1992). Με άλλα λόγια, η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, η διενέργεια διαγνωστικής ή θεραπευτικής χειρουργικής πράξης, η πλήρης ανάνηψη του ασθενούς και η έξοδός του είναι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε μία και μόνο ημέρα.

Σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη και καθιέρωση του θεσμού του ΧΜΗ έχουν οι βιοϊατρικές, τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις όπως: η ανάπτυξη των συστημάτων παρακολούθησης της κατάστασης του ασθενούς εν ώρα χειρουργείου, η ανάπτυξη νέων και λιγότερο τραυματικών χειρουργικών επεμβάσεων, η αναβάθμιση του ρόλου του αναισθησιολόγου και η καθιέρωσή του ως ιατρού που είναι δίπλα στον ασθενή, η χρήση σύγχρονων αναισθητικών φαρμάκων τα οποία επιτρέπουν ταχεία ανάνηψη και η χρήση αναλγητικών, μυοχαλαρωτικών και αντιεμετικών φαρμάκων νέας γενιάς τα οποία διευκολύνουν τη γρήγορη επάνοδο του ασθενούς στις κανονικές του δραστηριότητες (Θεοδοσιάδου-Πετροπούλου, 2004; Korttila, 1999; Nordin, Zetterstrom, Gunnarsson & Nilsson, 2003).

Η καθιερωμένη διαδικασία η οποία ακολουθείται στο χειρουργείο ημέρας περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια (Allison & Latham, 1991; Hoare, 1992):

Στάδιο 1 : Άφιξη του ασθενούς στο χώρο του χειρουργείου ημέρας με συνοδεία συγγενικού, ή άλλου προσώπου και ο προεγχειρητικός έλεγχος του (φυσική εξέταση, λήψη ιατρικού ιστορικού, αξιολόγηση από αναισθησιολόγο και εργαστηριακός έλεγχος).

Στάδιο 2 : Πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης την ίδια ημέρα με τον προεγχειρητικό έλεγχο και για χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά τη μία ώρα.

Στάδιο 3 : Παραμονή του ασθενούς στο χώρο ανάνηψης έως την επάνοδό του σε επίπεδο πλήρους συνείδησης και έως την διαβεβαίωση του ιατρού ότι μπορεί να εξέλθει του νοσοκομείου.

Στάδιο 4: Διεκπεραίωση των γραφειοκρατικών και οικονομικών

εκκρεμοτήτων από τον συνοδό και την μεταφορά του ασθενούς από αυτόν στο σπίτι. Ο γενικός ιατρός του ασθενούς και ο νοσηλευτής κοινότητας συνήθως πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις για το ενδεχόμενο εμφάνισης επιπλοκών. Μετά από μέρες, ο ασθενής είναι δυνατόν να επισκεφθεί ξανά το χώρο του χειρουργείου ημέρας ή τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για την αφαίρεση των ραμμάτων.

Η επιτυχία του Χ.Μ.Η. απαιτεί τη συντονισμένη προσπάθεια και συνεργασία όλων των πηγών υγειονομικής υποστήριξης όπως είναι ο ίδιος ο ασθενής και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του δίκτυο, η κοινότητα (γενικός ιατρός, οικογενειακός ιατρός, νοσηλευτής κοινότητας) και η νοσηλευτική μονάδα στην οποία πραγματοποιούνται οι χειρουργικές πράξεις (Markovic et al., 2002). Ο θεσμός του ΧΜΗ δεν αποβλέπει τόσο στην αύξηση της παραγωγικότητας στο χώρο της υγείας όσο στην το δυνατόν ταχύτερη αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος του ασθενή και στην επιστροφή του στις καθημερινές του δραστηριότητες με ταυτόχρονη ποιοτική παροχή υπηρεσιών (Ρουμελιώτης, 2001). Η συντονισμένη προσέγγιση αφορά όλα τα στάδια του ΧΜΗ, από την επιλογή του κατάλληλου ασθενούς που πληροί τις προδιαγραφές για να υποβληθεί σε χειρουργική διαδικασία μιας ημέρας μέχρι τη πλήρη αποκατάστασή του στη κοινότητα.

2.3 Ιστορική Εξέλιξη των ΧΜΗ – Διεθνής Εμπειρία

Στις χώρες της Ευρώπης, η μορφή αυτή φροντίδας έκανε την πρώτη της εμφάνιση το 1900 περίπου, ενώ το πρώτο άρθρο δημοσιεύτηκε από τον Nicholl (1909) και περιέγραφε τις πρώτες επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας σε παιδιά. Πολλά χρόνια αργότερα, ο Farquharson (1955) δημοσίευσε άρθρο στο οποίο καταγράφει 458 περιπτώσεις κήλης που αντιμετώπισε ως διαδικασία ΧΜΗ, σε μια εποχή που η χειρουργική απαιτούσε την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο για 15 ημέρες περίπου.

Στις Η.Π.Α., η λειτουργία της πρώτης μονάδας νοσηλείας ίδιας ημέρας εντοπίζεται ίδιας αρχής του 1900 στην πολιτεία ίδιας Iowa (Waters, 1919). Σε οργανωμένη μορφή τα χειρουργεία ημέρας άρχισαν να λειτουργούν από τη δεκαετία του '70 σε αρκετές πολιτείες των Η.Π.Α. (Marks, Greenlick, Hurtado,

Johnson & Henderson, 1980). Ευρεία εφαρμογή ωστόσο βρίσκει ο θεσμός μόνο τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της διαρκούς πίεσης για μεγιστοποίηση των διαθέσιμων πόρων τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε οικονομικούς πόρους. Σήμερα, στις Η.Π.Α. το 70% περίπου όλων των χειρουργικών περιστατικών αντιμετωπίζονται ήδη ως περιστατικά μιας ημέρας (Korttila, 1999; Odell & Durham, 2003) ενώ στο Καναδά το ποσοστό αυτό είναι 65% και αυξάνεται διαρκώς (Twersky, 1998).

Στην Αγγλία έχει εκτιμηθεί πως στα επόμενα χρόνια το 50-60% του συνόλου των χειρουργικών επεμβάσεων θα διενεργούνται ως Χ.Μ.Η. (Hunter, Chambers & Penny 2000; Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland-AAGBI, 2001) ενώ στις χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου το ποσοστό των χειρουργείων ημέρας είναι κάπως χαμηλότερο (περίπου 45%) (Grogaard, Kimsas & Raeder, 2001). Στις χώρες όπου ο θεσμός χειρουργείου ημέρας εφαρμόστηκε αργότερα ή δεν είναι τόσο οργανωμένος ακόμη (π.χ., Σιγκαπούρη, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα κ.α.), το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται από 32% έως 40% (Harasheh, 2001; Tham & Koh, 2002).

Τα αμέσως επόμενα χρόνια έχει υπολογιστεί ότι την Αυστραλία το 75% των χειρουργικών επεμβάσεων θα διενεργούνται ως ιατρική διαδικασία ΧΜΗ (Australian Department of Health, 2002).

2.4 Ιατρικές Πράξεις Διενεργούμενες στο ΧΜΗ

Οι σύγχρονες εξελίξεις στις χειρουργικές τεχνικές έχουν επιτρέψει την πραγματοποίηση ποικίλων επεμβάσεων στο ΧΜΗ. Οι κυριότερες κατηγορίες χειρουργικών πράξεων που επιτελούνται στο χειρουργείο ημέρας είναι οι εξής: Γενικής χειρουργικής, Οφθαλμολογικής Χειρουργικής, Πλαστικής, Γυναικολογικής, Ουρολογικής, Ορθοπαιδικής, Παιδιατρικής και ΩΡΛ (Thomas & Hare, 1997; Costa, 2001; Hempenstall & de Plater, 2001; Blatt & Chen, 2003; Odell & Durham, 2003;). Οι κατηγορίες αυτές μαζί με παραδείγματα ανά κατηγορία παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 1. Ο κατάλογος των ιατρικών πράξεων που επιτελούνται με τη μορφή χειρουργείων ημέρας μεγαλώνει διαρκώς και επιπλέον χειρουργικές τεχνικές προστίθενται καθημερινά σε αυτόν. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετές διαφορές παρατηρούνται στο είδος των

διενεργούμενων χειρουργικών πράξεων τόσο μεταξύ των διαφόρων χωρών όσο και μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της ίδιας χώρας.

Οι χειρουργικές πράξεις του ΧΜΗ πραγματοποιούνται με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας αν και κάποιες φορές εμφανίζονται μετεγχειρητικές επιπλοκές οι οποίες χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Πίνακας 1. Ενδεικτικός κατάλογος των επεμβάσεων που διενεργούνται στο ΧΜΗ ανά ιατρική ειδικότητα.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ
Γενική Χειρ/κή	Κήλες, ενδοσκοπήσεις, Αφαίρεση ογκιδίων μαστού, λαπαροσκοπήσεις, βιοψίες κ.α.
Ορθοπαιδική Χειρ/κή	Αρθροσκοπήσεις, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, Ρήξεις μηνίσκου & χιαστών συνδέσμων, βλάβες χόνδρων & υμένων κ.α.
Ουρολογική Χειρ/κή	Κυστεοσκοπήσεις, περιτομές, λιθοτριψίες κ.α.
Γυναικολογική Χειρ/κή	Στείρωση, άμβλωση, αφαίρεση ινομυωμάτων μήτρας, εξωμήτρια κύηση, αφαίρεση κυστών ωοθήκης.
Παιδοχειρ/κή	Επεμβάσεις όσχεου, περιτομή, κίρσοκήλες κ.α.
Οφθαλμολογική Χειρ/κή	Αφαίρεση καταρράκτη, διόρθωση στραβισμού και μυωπίας (laser) κ.α.
Αγγειοχειρουργική	Κίρσοι, φίστουλες με μεθόδους laser

2.5 Πλεονεκτήματα των ΧΜΗ

Τα θετικά οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού των ΧΜΗ έτσι όπως αυτά καταγράφονται στη βιβλιογραφία είναι πολλά και σημαντικά. Η αυξημένη αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με την μηδαμινή έκπτωση στην παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας αποδεικνύουν ότι τα ΧΜΗ ανταποκρίνονται άμεσα στις ανάγκες του ασθενή λειτουργώντας προς όφελος του (Avis, 1992). Τα

πλεονεκτήματα της μεθόδου περιθάλψης των ΧΜΗ επεκτείνονται (α) στον ασθενή, (β) στο νοσοκομείο και (γ) στον χειρουργό και το υπόλοιπο προσωπικό.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας για **τον ασθενή** είναι τα εξής:

- Η επιλογή και παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενούς και η αποφυγή της τραυματικής εμπειρίας της εισαγωγής και διαμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο (Avis, 1992).
- Η ταχεία παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας επιτρέπει τη σύντομη επιστροφή του ασθενούς στο οικείο περιβάλλον του με αποτέλεσμα να αναστατώνεται στο ελάχιστο η οικογενειακή ζωή (Garraway et al., 1978; Hoare, 1992), (Ρουμελιώτης, 2001).
- Η μείωση της λίστας ασθενών και επομένως του χρόνου αναμονής για τη διενέργεια κάποιας χειρουργικής επέμβασης, κάτι που είναι εξαιρετικά σημαντικό για τον ασθενή για ψυχολογικούς, επαγγελματικούς και οικονομικούς λόγους (Avis, 1992; Grainger & Griffiths, 1994; Θεοδώρου, 1995).
- Η χειρουργική εμπειρία είναι περισσότερο επώδυνη για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους οι οποίοι λύνοντας το πρόβλημα τους με το χειρουργείο ημέρας αποφεύγουν το ψυχολογικό στρες (Charman, 1991).
- Η μείωση της νοσηρότητας και της πιθανότητας εμφάνισης επιπλοκών μετά τη χειρουργική επέμβαση - ιδιαίτερα της μετεγχειρητικής επιμολύνσεως του τραύματος και των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων - μετά τη χειρουργική επέμβαση (Fenton-Lee et al., 1998; Hempenstall & de Plater, 2001).
- Ο προσδιορισμός συγκεκριμένης ημερομηνίας για την πραγματοποίηση της επέμβασης και η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας ακύρωσής της λόγω της πίεσης για εισαγωγή περιστατικών όπως συμβαίνει συχνά στα τακτικά χειρουργεία (Frankel, Coast, Baker & Collins, 1991; Royal College of Surgeons of England, 1992).
- Η διαδικασία του χειρουργείου ημέρας αφήνει χώρο για τις προσωπικές επιλογές του ασθενή και επιτρέπει τη συμμετοχή του στη λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του (Avis, 1992).
- Η μείωση του χρόνου απουσίας του ασθενούς από την εργασία του και την αποφυγή οικονομικής επιβάρυνσης αυτού, του εργοδότη του και της

οικογένειάς του (Grainger & Griffiths, 1994; Θεοδώρου, 1995). Έτσι αναπτύσσεται μια ιδανική σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους η οποία βασίζεται στη συνεργασία και το σεβασμό, διευκολύνει την αποκατάσταση και μεγιστοποιεί το ωφέλημα της χειρουργικής επέμβασης.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας για **το νοσοκομείο** είναι τα παρακάτω:

- Ο περιορισμένος χώρος που απαιτείται για την οργάνωση και τη λειτουργία του και επιτρέπει την προσφορά υπηρεσιών με αποτελεσματικότερο τρόπο. Όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία (Charman, 1991), το ΧΜΗ και το Τ.Ε.Π. (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) έχουν ως κοινό σημείο τον σχετικά μικρό ή μέτριο χώρο στον οποίο λειτουργούν και τον αποτελεσματικό σχεδιασμό τους, γεγονός που επιτρέπει και στις δύο μονάδες να είναι πιο ευέλικτες και οικονομικές απ' ό,τι αν λειτουργούσαν σε μεγάλο και δυσλειτουργικό χώρο.
- Η καταλληλότητά του ΧΜΗ για όλες σχεδόν τις χειρουργικές ειδικότητες, για παρηγορητικές ιατρικές πράξεις όπως και για άλλες επεμβατικές ιατρικές διαδικασίες (Grainger & Griffiths, 1994). Η αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η απελευθέρωση κλινών που με αυτόν τον τρόπο χρησιμοποιούνται για ασθενείς με πιο σοβαρά προβλήματα (Beech & Morgan, 1992; Θεοδώρου, 1995).
- Η στενή διασύνδεσή του ΧΜΗ με το συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο ανήκει, γεγονός που του επιτρέπει να χρησιμοποιεί όλες τις υπηρεσίες του τελευταίου καθώς και τη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) για τη γρήγορη μεταφορά των επειγόντων περιστατικών και τη σύντομη αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Adams, 1991, Roumeliotis, 1995) και τέλος
- Η μείωση του λειτουργικού κόστους των υπηρεσιών υγείας και η απελευθέρωση οικονομικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν άλλες υγειονομικές ανάγκες. (Beech & Morgan, 1992; Θεοδώρου, 1995).

Παλαιότερες μελέτες στο χώρο της Β. Αμερικής υποστηρίζουν πως από την αρχή της λειτουργίας των ΧΜΗ, το κόστος περίθαλψης των ασθενών σ' αυτά ήταν σημαντικά πιο χαμηλό από ότι η περίθαλψη σε ενδονοσοκομειακή βάση. Η διαφορά μάλιστα αυτή στα οικονομικά μεγέθη η οποία ευνοεί τα χειρουργεία ημέρας σημειώθηκε χωρίς να παρατηρηθεί καμία έκπτωση της ποιότητας φροντίδας (Marks et al., 1980; Avis, 1992). Άλλες μελέτες έχουν υπολογίσει ότι

το συνολικό λειτουργικό κόστος της χειρουργικής αίθουσας στο θεσμό του χειρουργείου ημέρας είναι κατά 30% πιο χαμηλό από το αντίστοιχο κόστος της χειρουργικής αίθουσας στο παραδοσιακό σύστημα περίθαλψης (Robinson, 1994). Πιο σύγχρονες οικονομικές μελέτες έρχονται να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματα των προηγούμενων ετών και να αποτιμήσουν ότι το κόστος του χειρουργείου ημέρας ανέρχεται μόλις στο μισό του κόστους νοσηλείας του ίδιου ασθενούς στο νοσοκομείο (Hoare, 1992; Miller & Sulvetta, 1992; Thomas & Hare, 1997).

Η απελευθέρωση πόρων οφείλεται κυρίως στην εξάλειψη του κόστους των παραδοσιακών υπηρεσιών ξενοδοχειακής φύσεως του νοσοκομείου όπως κλιματισμός, ιματισμός, ηλεκτρική ενέργεια, θέρμανση, διατροφή, κ.α. και στην οικονομία από τους μισθούς αφού νοσηλευτικές, εργαστηριακές και άλλες υπηρεσίες δεν προσφέρονται τις αργίες και τις βραδινές ώρες που τα χειρουργεία ημέρας δεν λειτουργούν. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι στις δύο αυτές πηγές εξόδων αντιστοιχεί το 40% της οικονομικής διαφοράς ανάμεσα στο λειτουργικό κόστος του ενδονοσοκομειακού χειρουργείου και στο λειτουργικό κόστος του ΧΜΗ (Heath, Ogg, Hall & Brownlie, 1990; Roumeliotis, 1995).

Τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας για **τον χειρουργό και την ιατρική ομάδα** είναι τα παρακάτω:

- Η ανάπτυξη στενότερης συνεργασίας μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί το ΧΜΗ και του υγειονομικού προσωπικού της κοινότητας, γεγονός που βοηθά και τα δύο μέρη να συντονιστούν αποτελεσματικότερα και να εξελιχθούν επαγγελματικά με την ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσεων (Garraway et al., 1978).
- Η επαναλαμβανόμενη συνεργασία της ίδιας ομάδας ΧΜΗ επιτρέπει στα μέλη της να γνωρίζουν καλά ο ένας τις επαγγελματικές συνήθειες του άλλου κι έτσι να αποδίδουν καλύτερα (Hoare, 1992). Η συμμετοχή του κάθε εμπλεκόμενου σε μια επιτυχημένη διαδικασία ΧΜΗ προσφέρει επαγγελματική και προσωπική ολοκλήρωση και ειδικά στη χώρα μας θα αποτελέσει το φωτεινό παράδειγμα προς μίμηση.

Ο Πίνακας 2 περιγράφει συνοπτικά τα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας για το νοσοκομείο, τον ασθενή και το προσωπικό.

Πίνακας 2. Πλεονεκτήματα του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο, τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας.

Πλεονεκτήματα για το νοσοκομείο & την παραγωγικότητα
<input type="checkbox"/> Εργονομία υποδομών για αύξηση παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας <input type="checkbox"/> Στενή διασύνδεση με το νοσοκομείο και χρήση των πηγών και υπηρεσιών του <input type="checkbox"/> Εφαρμογή σε μεγάλο αριθμό χειρουργικών και άλλων θεραπευτικών πράξεων <input type="checkbox"/> Αποσυμφόρηση νοσοκομείων και απελευθέρωση νοσηλευτικών κλινών <input type="checkbox"/> Μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας
Πλεονεκτήματα για τον ασθενή
<input type="checkbox"/> Μείωση της λίστας και του χρόνου αναμονής για την επέμβαση <input type="checkbox"/> Σύντομη επιστροφή ασθενούς στο σπίτι και μείωση διατάραξης της οικογεν. ζωής <input type="checkbox"/> Γρήγορη παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας <input type="checkbox"/> Έμφαση στα δικαιώματα του ασθενούς <input type="checkbox"/> Επιλογή και παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες ασθενούς <input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση και υποστήριξη του ασθενούς για αυτονομία και ανεξαρτησία <input type="checkbox"/> Αποφυγή της τραυματικής εμπειρίας της εισαγωγής και διαμονής στο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Μείωση της νοσηρότητας και των επιπλοκών από την επέμβαση
Πλεονεκτήματα για τους επαγγελματίες υγείας
<input type="checkbox"/> Συνεργασία με τα ίδια μέλη της χειρουργικής ομάδας διαρκώς <input type="checkbox"/> Στενή επαφή και συνεργασία μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας <input type="checkbox"/> Επαγγελματική και προσωπική ολοκλήρωση από τη συμμετοχή σε ένα επιτυχημένο θεσμό όπως τα ΧΜΗ

Το σύστημα του χειρουργείου ημέρας είναι συμβατό με τη φιλοσοφική προσέγγιση των ημερών που διανύουμε και εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας αρκετών χωρών. Αυτή η φιλοσοφία αντιμετωπίζει τον ασθενή ως καταναλωτή και τις νοσηλευτικές μονάδες ως επιχειρήσεις (Avis, 1992). Ταυτόχρονα, χωρίς εκπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εφαρμογή του θεσμού πρέπει να υποστηριχθεί από τους επαγγελματίες υγείας διότι ο θεσμός των ΧΜΗ εκτός από τα απόλυτα ουσιώδη χαρακτηριστικά του, αυξάνει το γόητρο του νοσηλευτικού ιδρύματος που τον υιοθετεί και βελτιώνει σημαντικά τη δημόσια εικόνα του (Beech & Morgan, 1992).

2.6 Μειονεκτήματα των Χ.Μ.Η.

Τα μειονεκτήματα για τα οποία έχει δεχθεί αρνητική κριτική ο θεσμός του ΧΜΗ είναι τα παρακάτω:

- Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Πολεμώντας τη μείωση του πόνου, που είναι και το συχνότερο μετεγχειρητικό πρόβλημα, οι επαγγελματικοί σύλλογοι των χειρουργών πολλών χωρών προτείνουν τη χορήγηση αναλγητικών (σε μορφή κοκτέιλ) των οποίων το είδος και η δοσολογία θα καθορίζονται από συγκεκριμένο πρωτόκολλο που θα έχει συνταχθεί ειδικά για περιστατικά ΧΜΗ (Robaux, Bouaziz, Cornet, Boivin, Lefevre & Laxenaire, 2002). Για παράδειγμα, η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σε σχήμα (κοκτέιλ) το οποίο περιλαμβάνει παρακεταμόλη, κωδεΐνη και φωσφατάση έχει αποδειχτεί αποτελεσματικό μέσον καταπολέμησης του πόνου στο 96% των περιστατικών χειρουργείου ημέρας (Chye, Young, Osborne & Rudkin, 1998).
- Η αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σύγχρονα στατιστικά δεδομένα συνηγορούν στο ότι η πιθανότητα αυτή είναι αρκετά υψηλή (Hunters et al., 2000; Grogard et al., 2001; Coley, Williams, Da Pos, Chen & Smith, 2002). Η αυξημένη πιθανότητα (επαν)εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο για θεραπεία και φροντίδα εξαιτίας των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Margovsky, 2000; Odell & Durham, 2003; Wong, Kaukuntla, Lam & Fraser, 2004), γεγονός που επιβαρύνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Coley et al., 2002) για αυτό το λόγο η εφαρμογή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας μόνο στις περιπτώσεις οι οποίες απαιτούν σύντομη αναισθησία (Grainger & Griffiths, 1994).
- Η αδυναμία μεγάλου ποσοστού των ιατρών (82%) να εξοικειωθούν με τον ασθενή και να αναπτύξουν διαπροσωπική σχέση μαζί του και ν' αντιμετωπίσουν τους φόβους και τις ανασφάλειές του λόγω της βραχείας παραμονής του ασθενούς στη μονάδα του χειρουργείου ημέρας (Thomas & Hare, 1997). Οι ασθενείς συχνά είναι αντίθετοι με τη διαδικασία σύντομης εξόδου από τη μονάδα που παρέχει υπηρεσίες χειρουργείου ημέρας. Σύμφωνα με μελέτες, ένα σημαντικό ποσοστό από τους ασθενείς του χειρουργείου ημέρας γύρω στο 20% έχουν εκδηλώσει την επιθυμία τους για παραμονή στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της χειρουργικής πράξης εξαιτίας μετεγχειρητικών προβλημάτων όπως ο πυρετός και η ναυτία (Thomas & Hare,

1997; Wong et al., 2004) ενώ μερικοί απ' αυτούς θα προτιμούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί ως ενδονοσοκομειακές περιπτώσεις (Hunters et al., 2000).

- Το γεγονός ότι το χειρουργείο διενεργείται μόνο σε ασθενείς που είναι υγιείς και σχετικά νέοι, που συνοδεύονται οπωσδήποτε από κάποιον ενήλικα και που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια ως προς την κοινωνική τους κατάσταση και τη διαμονή τους (Grainger & Griffiths, 1994).

- Η αύξηση του φόρτου εργασίας του υγειονομικού δυναμικού που εργάζεται στα Χ.Μ.Η. όταν αυτό λειτουργεί ως αυτόνομη και αυτοδύναμη επιχειρηματική μονάδα. Οι επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες εκεί είναι επιφορτισμένοι μ' ένα μεγάλο αριθμό καθηκόντων. Τα καθήκοντα αυτά περιλαμβάνουν την υποδοχή του ασθενούς, την εκτίμηση της ιατρικής του κατάστασης, την απόφαση για αποδοχή ή απόρριψή του για χειρουργείο μιας ημέρας, τη παραπομπή του στον αρμόδιο γιατρό ανάλογα με το πρόβλημα, τη συνεννόηση με τον χειρουργό και τον προγραμματισμό της επέμβασης, την ενημέρωση του γενικού ή οικογενειακού γιατρού του ασθενούς στην κοινότητα πριν και μετά την διενέργεια της ιατρικής πράξης, τις επαφές με τις αρμόδιες κοινοτικές πηγές υγειονομικής υποστήριξης κ.α. (Carrington, 1996; Shiu, 2003). Η σωστή κατανομή του προσωπικού και ο κατάλληλος προγραμματισμός των υπηρεσιών με βάση της υπάρχουσες ανάγκες θα συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση του φόρτου εργασίας χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα περίθαλψης (Wong et al., 2004). Η αύξηση του φόρτου εργασίας για το υγειονομικό δυναμικό της κοινότητας (γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές κοινότητας) (Morgan et al., 1992; Barrow et al., 1994; Grainger & Griffiths, 1994). Αυτή η αύξηση μπορεί να σημαίνει ότι η μείωση του κόστους από την εφαρμογή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας ίσως είναι πλασματική αφού το κόστος των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας αυξάνει. Ήδη αρκετά χρόνια πριν όλοι σχεδόν οι γενικοί ιατροί που συμμετείχαν σε μελέτη σχετικά με τις αντιλήψεις τους για το χειρουργείο ημέρας (Garraway et al., 1978) είχαν εκφράσει την άποψη ότι έπρεπε να λάβουν επιπρόσθετη αμοιβή για την αύξηση του φόρτου εργασίας. Οι επιφυλάξεις για μεταφορά του κόστους υγείας από το νοσοκομείο στην κοινότητα μπορεί ωστόσο να μην ευσταθούν αφού η εφαρμογή του θεσμού του ΧΜΗ προκαλεί αύξηση της παραγωγικότητας και καλύτερευση της προσφερόμενης ποιότητας φροντίδας (Beech & Larkinson, 1990; Roumeliotis, 1995).

- Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των χειρουργών και των γενικών ιατρών στην κοινότητα, ως προς την έγκαιρη πληροφόρηση των τελευταίων από τους πρώτους για την μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς (Barrow et al., 1994). Τα μειονεκτήματα του θεσμού του χειρουργείου ημέρας παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Μειονεκτήματα του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο, τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου<input type="checkbox"/> Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών<input type="checkbox"/> Ο κίνδυνος (επαν) εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο λόγω των επιπλοκών<input type="checkbox"/> Η εφαρμογή της μεθόδου μόνο σε περιπτώσεις που απαιτούν σύντομη αναισθησία<input type="checkbox"/> Η μη εξοικείωση χειρουργού και ασθενή λόγω της σύντομης παραμονής<input type="checkbox"/> Η ύπαρξη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού<input type="checkbox"/> Η παραβίαση της τυχόν επιθυμίας του ασθενούς για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη<input type="checkbox"/> Η διενέργεια χειρουργείων ημέρας μόνο σε ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα οργανικά, κοινωνικά και δημογραφικά κριτήρια<input type="checkbox"/> Η αύξηση του φόρτου εργασίας στο υγειονομικό δυναμικό της κοινότητας<input type="checkbox"/> Η αύξηση του φόρτου εργασίας στα χειρουργεία ημέρας<input type="checkbox"/> Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ χειρουργών και γενικών ιατρών |
|---|

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Τύπος Ερευνητικού Σχεδίου

Η απόψεις των ιατρών-χειρουργών των δημοσίων νοσοκομείων σχετικά με το θεσμό του Χ.Μ.Η. αποτελεί ένα ερευνητικό ζήτημα που ελάχιστα έχει διερευνηθεί στην χώρα μας. Για το σκοπό αυτό, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε στο μεγαλύτερο τμήμα της στατιστικής ανάλυσης περιγραφική στατιστική η οποία παρέχει τη δυνατότητα να περιγραφεί το εν λόγω ερευνητικό ζήτημα και να αναδείξει τις σημαντικότερες πληροφορίες, αντιλήψεις και προθέσεις συμπεριφοράς των ιατρών-χειρουργών των δημοσίων νοσοκομείων.

3.2 Δειγματοληψία

Όλοι οι ιατροί που προσφέρουν υπηρεσίες στα προαναφερόμενα νοσηλευτικά ιδρύματα και σε κάποια από τις ειδικότητες που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα

κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (Robson, C., 2007). Ο πληθυσμός του δείγματος ήταν 145 άτομα από τα οποία τα 127 αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Οι 127 ιατροί αντιπροσωπεύουν 13 ιατρικές ειδικότητες και εργάζονται στα δυο δημόσια Νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης: το Πα.Γ.Ν.Η. και το Βενιζέλειο-Πανάνειο νοσοκομείο. Αναλυτικά, κάθε μέλος του δείγματος έπρεπε να πληρεί τα κάτωθι συγκεκριμένα κριτήρια προκειμένου να συμμετάσχει στην έρευνα:

1. Να έχει επίσημη άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και να κατέχει οργανική θέση σε κάποιο από τα αναφερθέντα δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου,
2. Να είναι πρόθυμο να συμμετάσχει στη μελέτη με ελεύθερη βούληση,
3. Να έχει λάβει μια από τις παρακάτω ιατρικές ειδικότητες: 1) Γεν. Χειρουργός, 2) Γυναικολόγος, 3) Δερματολόγος, 4) Ορθοπαιδικός, 5) Πλαστικός Χειρουργός, 6) Αναισθησιολόγος, 7) Οφθαλμίατρος, 8) Ουρολόγος, 9) Παιδοχειρουργός, 10) ΩΡΛ, 11) Νευροχειρουργός, 12) Αγγειοχειρουργός, 13) Γναθοχειρουργός.

3.3 Διασφάλιση των Ηθικών Δικαιωμάτων του Δείγματος – Συλλογή Στοιχείων

Μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου της μελέτης από το εκπαιδευτικό προσωπικό του Πανεπιστημίου Κρήτης ο ερευνητής κατέθεσε το πρωτόκολλο προς νέα έγκριση στα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τα οποία θα προερχόταν το δείγμα. Μετά την εξασφάλιση και της δεύτερης έγκρισης, ο ερευνητής ήρθε σ' επικοινωνία με τους συμμετέχοντες στην έρευνα και χορηγήθηκε προς συμπλήρωση το ερωτηματολόγιο σ' εκείνους από τους ιατρούς οι οποίοι πληρούσαν όλες τις προϋποθέσεις (κριτήρια) επιλογής του δείγματος που είχαν προκαθοριστεί. Ακολούθως και μετά από την πάροδο εύλογου χρονικού διαστήματος (το οποίο κυμάνθηκε από 8-10 ημέρες), ο ερευνητής επέστρεψε στις κλινικές για να συλλέξει τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Διανεμήθηκαν συνολικά 145 ερωτηματολόγια εκ των οποίων 18 ιατροί δεν παρέδωσαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια το ποσοστό συνεπώς απόκρισης της μελέτη ήταν αρκετά υψηλό (87.5%).

3.4 Ερωτηματολόγιο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου «Γνώσεις και απόψεις νοσοκομειακών ιατρών για τα Χειρουργεία Μιας Ημέρας (Χ.Μ.Η.), το οποίο αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της μελέτης (επισυνάπτεται στο παράρτημα). Με τις ερωτήσεις 2-3 συλλέχθηκαν στοιχεία για την κοινωνικο-δημογραφική κατάσταση των ιατρών που συμμετείχαν στην μελέτη (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) ενώ με τις ερωτήσεις 1,4,5 και 6 συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την επαγγελματική τους κατάσταση (νοσοκομείο-εργοδότης, έτη προϋπηρεσίας, θέση εργασίας, ειδικότητα). Οι ερωτήσεις 7-9 παρείχαν πληροφορίες που αφορούσαν το κατά πόσον είναι εξοικειωμένοι και θετικοί οι ιατροί με τον θεσμό τον ΧΜΗ. Στοιχεία για τις αντιλήψεις των ιατρών αναφορικά με τα οφέλη και τα αρνητικά αποτελέσματα που ενδεχομένως να προκύψουν από το θεσμό τόσο για το νοσοκομείο όσο και για τον ασθενή συλλέχθηκαν με τις ερωτήσεις 10-13 ενώ πληροφορίες για το τι θεωρείται απαραίτητο για τη πιθανή οργάνωση και λειτουργία χειρουργείου ημέρας στον επαγγελματικό τους χώρο συγκεντρώθηκαν με την ερώτηση 14. Οι απόψεις των ιατρών μετρήθηκαν με πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, που θεωρείται και η πιο κατάλληλη για την μέτρηση απόψεων. Η κάθε πιθανή απάντηση αριθμούνταν από 1 που αντιστοιχούσε σε καθόλου μέχρι 5 που ισοδυναμούσε με πάρα πολύ. Foddy W. (1993). Oppenheim, A (1992).

3.5 Πιλοτική Μελέτη

Για τον έλεγχο της καταλληλότητας του ερωτηματολογίου της έρευνας σε ζητήματα που άπτονται στην διατύπωση, κατανόηση και σειρά των ερωτήσεων διενεργήθηκε προκαταρκτική έρευνα πριν την διεξαγωγή της κυρίας μελέτης (Bryman, A., (2004). Η μικρής-κλίμακας αυτή μελέτη πραγματοποιήθηκε στο ένα από τα 2 νοσηλευτικά ιδρύματα που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα (Βενιζέλειο-Πανάνειο) και περιελάμβανε 9 ιατρούς-χειρουργούς (2 οφθαλμιάτρους, 2 αναισθησιολόγους και 5 γενικούς χειρουργούς) από τους οποίους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να σχολιάσουν τυχόν ασάφειες ή λάθη. Εκτός από κάποια σχόλια που αφορούσαν στην αναδιάταξη λίγων ερωτήσεων (κοινωνικο-δημογραφικής φύσεως), οι απαντήσεις

των ιατρών έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο δεν χρειαζόταν κάποια περαιτέρω τροποποίηση.

3.6 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας περιλάμβανε περιγραφική στατιστική και την εφαρμογή του μη-παραμετρικού κριτηρίου του X^2 (Chi-Square test). Περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις (συχνότητες, ποσοστά, γραφήματα) χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση όλων των ερωτήσεων με απώτερο σκοπό να σκιαγραφηθούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος και οι απόψεις των ερωτηθέντων σε σχέση με την πληροφόρηση, τις αντιλήψεις και την πρόθεση συμπεριφοράς με το εν λόγω ερευνητικό ζήτημα.

Το X^2 (Chi-Square test) εφαρμόστηκε για τον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ υποομάδων του δείγματος (ως προς το νοσοκομείο-εργοδότη, την θέση εργασίας, την ειδικότητα κ.α.) και τη σχέση του με συγκεκριμένες απόψεις. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο $\alpha=5\%$. Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε μόνο για τον βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων από το δείγμα στη φάση της πιλοτικής έρευνας.

3.7 Περιορισμοί Έρευνας

Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης περιορίζεται από το γεγονός ότι, για πρακτικούς λόγους, η συλλογή των στοιχείων βασίστηκε μόνο σε 2 από τα πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στην ευρύτερη περιοχή της Κρήτης.

Η αξιοπιστία των απαντήσεων σχετίζεται άμεσα με την προθυμία των ιατρών-χειρουργών που αποτέλεσαν το δείγμα να καταγράψουν τις πραγματικές τους σκέψεις και αντιλήψεις και την ικανότητά τους να ανακαλέσουν γεγονότα του παρελθόντος.

Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων δεν έχει ελεγχθεί ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες ούτε έχει σταθμιστεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάζονται παρακάτω περιγράφονται με τη σειρά εμφάνισης των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο.

1. Συμμετοχή ιατρών ανά νοσοκομείο

Το νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο συμμετείχε με τους περισσότερους ιατρούς στην έρευνα ήταν το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσ/μείο Ηρακλείου με 78 (61,4%) άτομα και ακολούθησε το Βενιζέλειο- Πανάνειο Νοσ/μείο Ηρακλείου με 49 (38,6%) άτομα.

2. Φύλο δείγματος

Εκατόν είκοσι επτά (127) ιατροί συμμετείχαν συνολικά στην έρευνα. Η πλειοψηφία αυτών ήταν άνδρες (n=96, ποσοστό 75,6%) ενώ ένα σημαντικό μικρότερο ποσοστό ήταν γυναίκες (n=31, ποσοστό 24,4%).

3. Ηλικίες δείγματος

Διαχωρίζοντας τις ηλικίες του δείγματος σε 3 κατηγορίες διαπιστώνουμε ότι στις ηλικίες 36-45 συμμετείχαν 49 άτομα, στις ηλικίες 46-55 έχουμε 50 άτομα και στις ηλικίες 55-65 συμμετείχαν 28 άτομα.

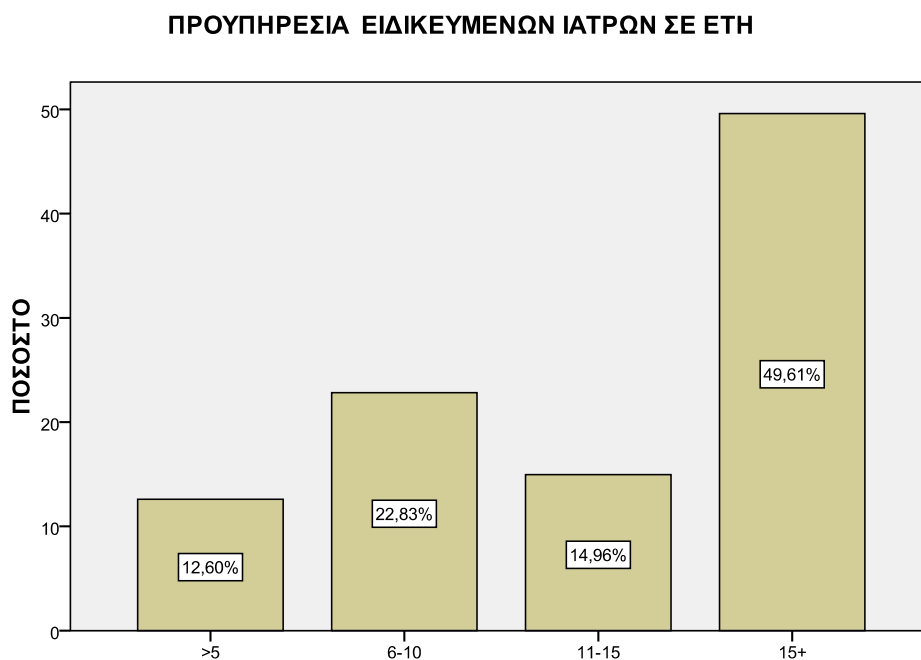
Πίνακας 4. Ηλικίες δείγματος

ΗΛΙΚΙΕΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		
ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
36-45	49	38,6%
46-55	50	39,4%
56-65	28	22%
ΣΥΝΟΛΟ	127	100,0

4. Προϋπηρεσία

Τα έτη προϋπηρεσίας του δείγματος ως ειδικευμένοι περιγράφονται στον Πίνακα 5. Όπως προκύπτει οι περισσότεροι ιατροί έχουν 15+ έτη προϋπηρεσίας (49,61%) ενώ ελάχιστοι έχουν >5 έτη προϋπηρεσίας.

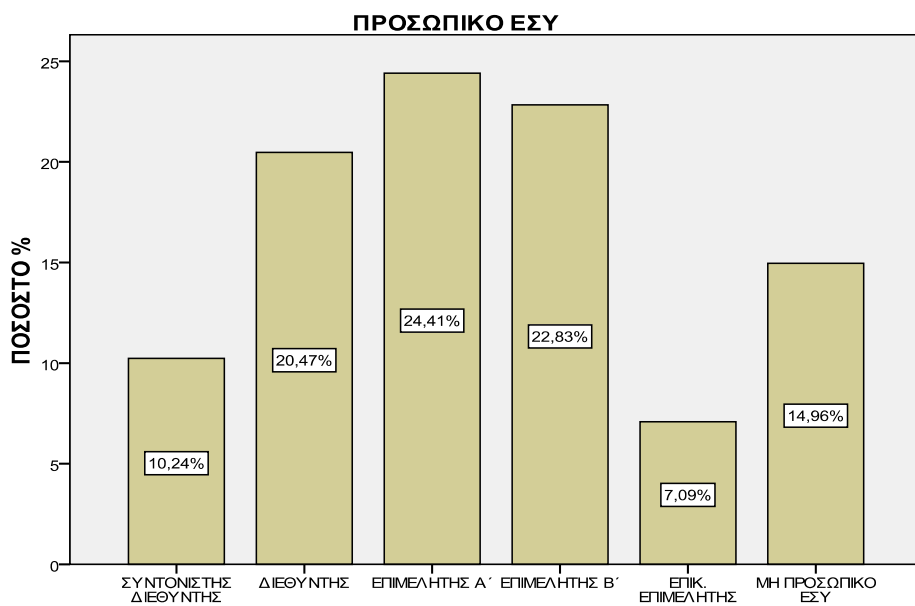
Σχήμα 1. Προϋπηρεσία ιατρών ως ειδικευμένοι



5. Οργανικές θέσεις δείγματος

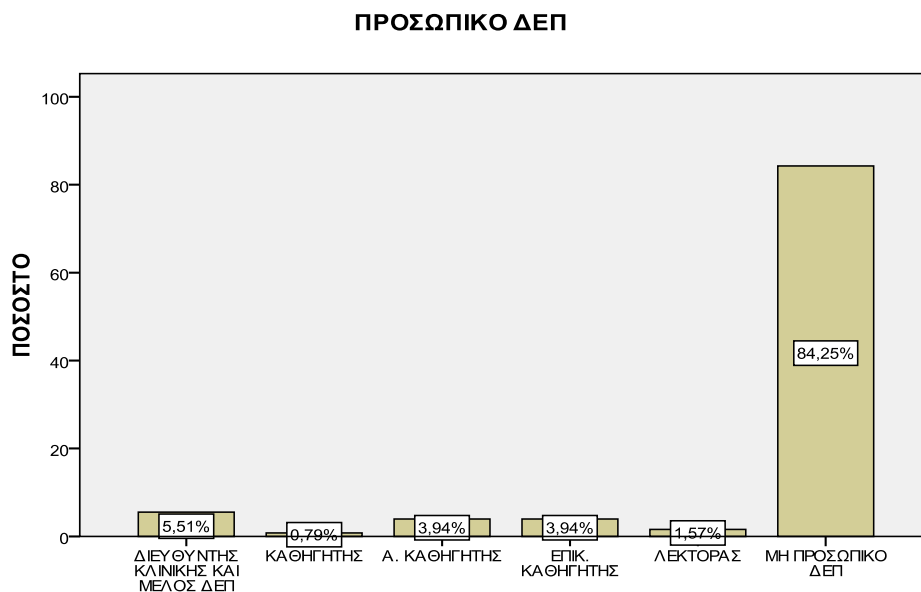
Αναφορικά με τους ιατρούς που υπηρετούσαν στο ΕΣΥ, κατά την περίοδο της μελέτης, οι περισσότεροι ιατροί ανήκαν στην βαθμίδα του Επιμελητή Α' (24,4%) και το μικρότερο ποσοστό ήταν Επικουρικοί επιμελητές (7,09%) (Σχήμα 2). Επί του συνόλου το προσωπικό ΕΣΥ αποτέλεσε το 84,25% του δείγματος ενώ τα μέλη ΔΕΠ το 15,75%.

Σχήμα 2. Κατανομή Προσωπικού ΕΣΥ



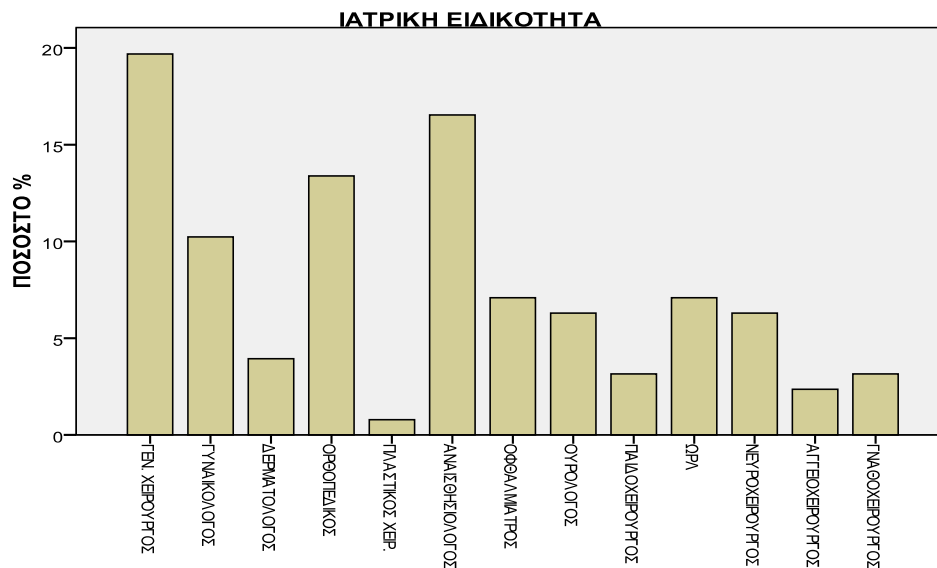
Όσον αφορά τα μέλη ΔΕΠ, οι περισσότεροι ιατροί ανήκαν και στη βαθμίδα των Επίκουρων καθηγητών και οι λιγότεροι στην βαθμίδα του καθηγητή.

Σχήμα 3. Κατανομή Προσωπικού ΔΕΠ σε σχέση με το σύνολο του δείγματος



6. Ιατρικές ειδικότητες

Σχήμα 4. Κατανομή ιατρικών ειδικοτήτων.



Ως προς την ιατρική ειδικότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γενικοί χειρουργοί (19,7%) και αναισθησιολόγοι (16,5%), ενώ το μικρότερο ποσοστό ήταν πλαστικοί χειρουργοί (0,8%).

7. Πληροφόρηση Δείγματος για ΧΜΗ

Υπενθυμίζεται ότι η πληροφόρηση των ιατρών του δείγματος αφορά αν αυτοί γνωρίζουν την ύπαρξη περιστατικών στην ειδικότητα τους που μπορούν να γίνουν σε χειρουργείο ημέρας. Οι απαντήσεις του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

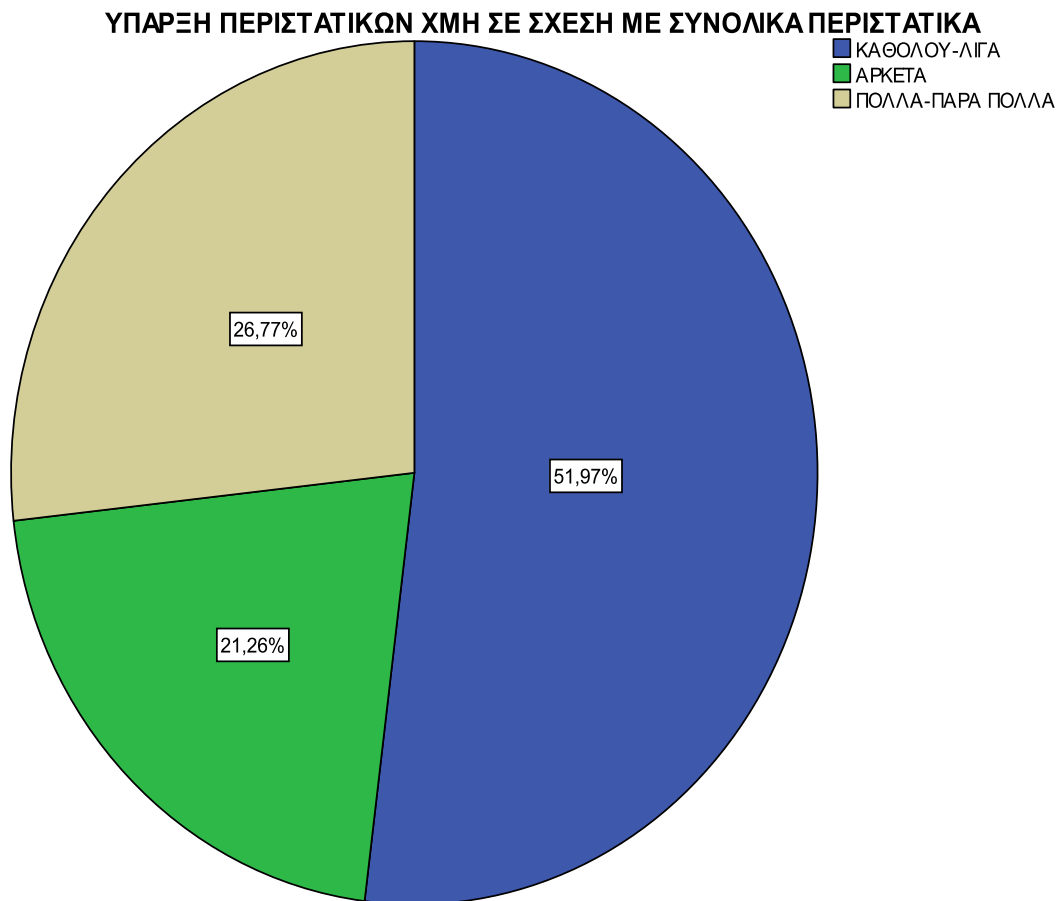
Πίνακας 5. Γνώσεις ιατρών σχετικά με ύπαρξη περιστατικών ΧΜΗ

ΥΠΑΡΞΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΜΗ		
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	123	96,9
ΟΧΙ	1	0,8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	2,4
ΣΥΝΟΛΟ	127	100,0

8. Πλήθος τακτικών περιστατικών που μπορούν δυνητικά να γίνουν σε ΧΜΗ.

Η ερώτηση αναζητά την άποψη των ιατρών αναφορικά με το πλήθος των περιστατικών που μπορούν να γίνουν σε ΧΜΗ σε σχέση με αυτά του γενικού συνόλου των περιστατικών (ανεξαρτήτως τρόπου αναισθησίας)

Σχήμα 5. Δυνητικά περιστατικά ΧΜΗ



Όπως παρατηρείται στο παραπάνω διάγραμμα το 52% των ιατρών αναφέρει ότι το πλήθος των περιστατικών που μπορούν να πραγματοποιηθούν σε ΧΜΗ σε σχέση με το σύνολο των περιστατικών της κλινικής τους (ανεξαρτήτως τρόπου αναισθησίας) είναι μηδενικό ή ελάχιστο. Το 21,3% αναφέρει ότι υπάρχουν κάποια περιστατικά – ούτε πολλά ούτε λίγα- και το 26,7% αναφέρει πολλά και πάρα πολλά περιστατικά που μπορούν να διενεργηθούν σε ΧΜΗ σχέση με τα συνολικά περιστατικά.

9. Απόψεις ιατρών για πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ

Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ως προς την ανάπτυξη ΧΜΗ

ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΧΜΗ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	89	70,1
ΟΧΙ	21	16,5
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	17	13,4
ΣΥΝΟΛΟ	127	100,0

Από τους 127 ιατρούς που ερωτήθηκαν αν είναι θετικοί στην ανάπτυξη των ΧΜΗ το 70,1% απάντησαν θετικά, 16,5% δήλωσαν ενάντια ενώ 13,4% απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν.

Αντιλήψεις Δείγματος για τα ΧΜΗ

Οι απαντήσεις των ιατρών στις ερωτήσεις 10 και 11 αφορούσαν τη στάση τους σχετικά με το κόστος, το κοινωνικοοικονομικό όφελος του ασθενή και τα κλινικά αποτελέσματα. Υπενθυμίζεται ότι η ερώτηση 10 αντιστοιχεί στην κλινική πρακτική όπου ένας ασθενής νοσηλεύεται για μία συγκεκριμένη επέμβαση και εξέρχεται από το νοσοκομείο την ίδια ημέρα (κλινική πρακτική ΧΜΗ) ενώ η ερώτηση 11 αντιστοιχεί στην κλινική πρακτική όπου ο ίδιος ασθενής νοσηλεύεται για την ίδια επέμβαση πάνω από μια ημέρα (παραδοσιακή κλινική πρακτική).

Πίνακας 7. Κατανομή των ιατρών του δείγματος ως προς τις αντιλήψεις τους για το χειρουργείο ημέρας (ερώτηση 10) και την παραδοσιακή κλινική πρακτική (ερώτηση 11) σε σχέση με συγκεκριμένα κριτήρια (N=127).

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
	ΧΜΗ	ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ	70,9	12,6
ΑΡΚΕΤΟ	15,7	19,7
ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13,4	67,7
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
	ΧΜΗ	ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ	6,3	40,9
ΑΡΚΕΤΟ	17,3	33,1
ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	76,4	26

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
	ΧΜΗ	ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ	70,9	12,6
ΑΡΚΕΤΟ	15,7	19,7
ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13,4	67,7
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
ΚΛΙΝΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
	ΧΜΗ	ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ	7,9	23,6
ΑΡΚΕΤΟ	63	69,3
ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	29,1	7,1
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Όπως προκύπτει από τον πίνακα η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών δήλωσε ότι η μέθοδος του χειρουργείου ημέρας υπερτερεί σημαντικά της παραδοσιακής μεθόδου ενδο-νοσοκομειακής περιθαλψης τόσο ως προς το οικονομικό όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος όσο και ως προς το κοινωνικό και οικονομικό όφελος του ασθενούς. Περισσότεροι από τους μισούς ιατρούς τάχθηκαν επίσης υπέρ του ΧΜΗ ως προς την αποτελεσματικότητά του στη συνολική θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς παρόλο που μεγάλο ποσοστό αυτών ανέφερε ότι και οι δύο πρακτικές έχουν καλά κλινικά αποτελέσματα.

Ερώτηση 12. Στην επόμενη ερώτηση οι ιατροί κλήθηκαν να αναφέρουν τους παράγοντες στους οποίους τα ΧΜΗ επιφέρουν θετικό αντίκτυπο.

Πίνακας 8. Θετικό αντίκτυπο από την ανάπτυξη των ΧΜΗ

ΘΕΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΧΜΗ				
	ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ ΘΕΤΙΚΟ	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΟ ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	8	10,2	88,2	100
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΣ- ΙΑΤΡΟΥΣ	11,8	67,7	20,5	100
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	0,8	9,4	89,8	100

ΘΕΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΧΜΗ				
	ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ ΘΕΤΙΚΟ	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΟ ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΘΕΤΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	8	10,2	88,2	100
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΣ- ΙΑΤΡΟΥΣ	11,8	67,7	20,5	100
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	0,8	9,4	89,8	100
ΡΟΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ	0,8	18,9	80,3	100
ΕΙΚΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	3,1	17,3	79,5	100
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	1,6	18,1	80,3	100
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	2,4	26,8	70,9	100
ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΥΛΙΚΩΝ	35,4	63	1,6	100

Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα η μεγαλύτερη πλειοψηφία των ιατρών θεωρεί ότι τα ΧΜΗ έχουν πολύ θετικό αντίκτυπο για όλους τους εμπλεκόμενους στο σύστημα υγείας και ευεργετεί και το ίδιο το σύστημα. Από τους παράγοντες που απολαμβάνουν πολύ και πάρα πολύ θετικά αποτελέσματα από τα ΧΜΗ, κατά τους ιατρούς, οι πρώτοι είναι η οικογένεια του ασθενούς και οι ίδιοι οι ασθενείς με ποσοστά 89,8% και 88,2% αντίστοιχα. Ως λιγότερο θετικός αντίκτυπος από τα ΧΜΗ αναφέρεται ότι έχουν οι εταιρείες προμήθειες υλικών και οι ίδιοι οι ιατροί.

Ερώτηση 13. Η επόμενη ερώτηση αναζητά τους παράγοντες οι οποίοι από την ανάπτυξη των ΧΜΗ μπορούν να επιφέρουν αρνητικό αντίκτυπο.

Πίνακας 9. Αρνητικό αντίκτυπο από την ανάπτυξη των ΧΜΗ

ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΧΜΗ				
	ΚΑΘΟΛΟΥ-ΛΙΓΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΟΥΤΕ ΘΕΤΙΚΟ – ΟΥΤΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΑΡΝΗΤΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	46,5	13,4	40,2	100

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΓΕΙΟΝ. ΥΛΙΚΟΥ	46,5	15	38,6	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ	21,3	61,4	17,3	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	17,3	55,9	26,8	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	15,7	49,6	34,6	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	10,2	48,8	40,9	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	7,9	50,5	53,6	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΙΤΗΣΗΣ	42,5	36,2	21,3	100
ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	90,6	5,5	3,9	100
ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	63,8	15,7	20,5	100
ΑΥΞΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	77,2	16,5	6,3	100

Οι ιατροί αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο από την ανάπτυξη των ΧΜΗ το επωμίζεται το τμήμα καθαριότητας (53,6%) και το βοηθητικό προσωπικό(40,9%), επίσης δεν θεωρούν ότι η ανάπτυξη των ΧΜΗ έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αύξηση του κινδύνου των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (90,6%) ούτε στην επιβάρυνση του ιατρικού προσωπικού (63.8%).

Ερώτηση 14. Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αποσκοπεί στο να εκμαιεύσει τις ανάγκες των ιατρών ώστε να λειτουργήσει απρόσκοπτα ο θεσμός των ΧΜΗ.

Πίνακας 10. Ανάγκες για ανάπτυξη των ΧΜΗ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΧΜΗ

	ΚΑΘΟΛΟΥ- ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΕΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	60,6	19,7	19,7	100
ΝΕΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	74	9,4	16,5	100
ΝΕΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ	69,3	12,6	18,1	100
ΝΕΑ ΦΟΡΕΙΑ	71,7	11	17,3	100
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	48	22,8	29,1	100
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	66,9	8,7	24,4	100
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	24,4	35,4	40,2	100
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΙΘΟΥΣΑΣ	6,3	5,5	88,2	100

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11 η πιο απαραίτητη παράμετρος που πρέπει να καλυφθεί για να ξεκινήσουν τα ΧΜΗ είναι η διαμόρφωση χειρουργικής αίθουσας (8,2%). Επίσης το 40% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι είναι πολύ έως πάρα πολύ σημαντικό να προσληφθεί πρόσθετο βοηθητικό προσωπικό (νοσοκόμοι, τραυματιοφορείς κ.α.). Καθόλου ή ελάχιστα απαραίτητη θεωρήθηκε η αγοράς νέων φορειών (71,7%) και νέων χειρουργικών τραπεζιών (69,3%).

Συσχετίσεις μεταξύ των Μεταβλητών

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε πολλές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που προέκυψαν από την ανάλυση των μεταβλητών περιγράφονται παρακάτω.

4.2 Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και αντιλήψεων ιατρών

Από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις αντιλήψεις των ιατρών για την ανάπτυξη των ΧΜΗ

$(X^2=6,283, df=2, p=0,043)$. Οι άντρες ιατροί ήταν περισσότερο θετικοί στην ανάπτυξη των ΧΜΗ σε αντίθεση με τις γυναίκες ιατρούς που ήταν πιο επιφυλακτικές.

4.3 Συσχετίσεις μεταξύ επαγγελματικών χαρακτηριστικών και αντιλήψεων ιατρών

Η εφαρμογή των πινάκων συνάφειας έδειξε με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ότι οι αντιλήψεις του δείγματος σχετικά με τα οφέλη του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο και τον ασθενή επηρεάζονταν από ένα πλήθος επαγγελματικών χαρακτηριστικών των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη. Συσχετίζοντας την ιατρική ειδικότητα με τα οφέλη του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο και τον ασθενή προέκυψε ότι με σειρά φθίνουσας αρνητικότητας των αντιλήψεων για την επιβάρυνση του κόστους του νοσοκομείου, οι ιατρικές ειδικότητες είχαν ως ακολούθως: Δερματολόγοι, παιδοχειρουργοί, πλαστικοί χειρουργοί και αγγειοχειρουργοί ($X^2=36,205, df=24, p=0,052$). Δηλαδή οι παραπάνω ειδικότητες θεωρούν ότι το νοσοκομείο δεν επιβαρύνεται από πλευράς κόστους από τη λειτουργία των ΧΜΗ.

Για να χρησιμοποιηθεί εκτενέστερα η στατιστική μέθοδος των πινάκων συνάφειας πραγματοποιήθηκε μια σύντμηση των ιατρικών ειδικοτήτων που συμμετείχαν στο δείγμα, όπως αυτή προβλέπεται από τα νοσοκομειακά οργανογράμματα. Επιστημονικοί λόγοι προβλέπουν σε κάθε νοσοκομείο την ομαδοποίηση επιμέρους ειδικοτήτων, με βάση την επιστημονική τους συνάφεια, που έχει ως σκοπό την αποτελεσματικότερη οργάνωση και διοίκηση τους. Οι δυο τομείς που σχηματίζονται από τις ειδικότητες που συμμετείχαν στην μελέτη είναι:

Πίνακας 11. Κατανομή ειδικοτήτων κατά χειρουργικό τομέα

Α΄ Χειρουργικός Τομέας	
Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας	Κλινική Χειρουργικής Παιδών
Κλινική Γενικής Χειρουργικής	Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Κλινική χειρουργικής Καρδιάς-Θώρακος-Αγγείων	Ουρολογική Κλινική
Β΄ Χειρουργικός Τομέας	
Ορθοπαιδική Κλινική	Νευροχειρουργική Κλινική
Κλινική ΩΡΛ	Οφθαλμολογική Κλινική
Αναισθησιολογική Κλινική	Γναθοπροσωπική Χειρουργική κλινική

Η συσχέτιση του Α΄ και Β΄ χειρουργικού τομέα με την πρόθεση ανάπτυξης των ΧΜΗ ανέδειξε (Πίνακας 13) με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\chi^2=9,729$, $df=4$, $p=0,045$) ότι οι ερωτώμενοι του Α΄ χειρουργικού τομέα ήταν πιο θετικοί στην πρόθεση ανάπτυξης των ΧΜΗ (83%) σε σχέση με τους συμμετέχοντες του Β΄ χειρουργικού τομέα (59,4%).

Πίνακας 12. Πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ κατά χειρουργικό τομέα

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΧΜΗ Χ2						
			ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΧΜΗ			ΣΥΝΟΛΟ %
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
ΧΕΙΡΟΥΡΓ.	ΑΧ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	83,0%	7,5%	9,4%	100,0%
ΤΟΜΕΙΣ	ΒΧ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	59,4%	24,6%	15,9%	100,0%

Περαιτέρω οι δυο χειρουργικοί τομείς ελέγχθηκαν σε σχέση με το εκλαμβανόμενο θετικό αντίκτυπο που έχει σε διάφορους παράγοντες μια πιθανή εφαρμογή των ΧΜΗ. Οι ερωτηθέντες του Α΄ Χειρουργικού Τομέα (ΑΧ Τομέα) εξέφρασαν θετικότερα σχόλια (92,5%) για το ευεργετικό αντίκτυπο των ΧΜΗ στο γενικότερο σύστημα υγείας σε σχέση με τους ερωτηθέντες του Β΄ Χειρουργικού τομέα (ΒΧ Τομέα) (67,6%), ($\chi^2=11,443$, $df=4$, $p=0,022$). Το 47,8% των ιατρών του ΒΧ Τομέα δήλωσαν ότι οι εταιρείες προμήθειας υλικού θα εισπράξουν καθόλου ή ελάχιστο θετικό αντίκτυπο από την εφαρμογή των ΧΜΗ. Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες από τον ΒΧ Τομέα αναφέρθηκαν στο ίδιο γεγονός με ποσοστό μόλις 20,8% ($\chi^2=12,164$, $df=4$, $p=0,016$).

Εξερευνώντας τη στάση των ιατρών απέναντι στο αρνητικό αντίκτυπο που ενδέχεται να επιφέρει η εφαρμογή των ΧΜΗ σχετίστηκαν οι δυο χειρουργικοί τομείς με μια σειρά από πιθανά αρνητικά αποτελέσματα που ενδέχεται να φέρουν τα ΧΜΗ.

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων και υγειονομικού υλικού σχεδόν το 55% των ιατρών του ΑΧ Τομέα απάντησαν από ελάχιστο έως καθόλου. Αντίστοιχα, περίπου 36% του ΒΧ Τομέα δήλωσε ότι η κατανάλωση της αύξησης των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού θα αυξηθεί από ελάχιστο έως καθόλου ($\chi^2=10,117$, $df=4$, $p=0,039$). Αναφορικά με την επιβάρυνση του βοηθητικού προσωπικού το 28,3% των ιατρών του ΑΧ τομέα υποστήριξαν ότι το βοηθητικό προσωπικό θα επιβαρυνθεί πολύ ή και πάρα πολύ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών του ΒΧ τομέα ήταν 50,7%. ($\chi^2=11,625$, $df=4$,

$p=0,020$). Τέλος, σχετικά με την επιβάρυνση των ιατρών από την εφαρμογή των ΧΜΗ, το 75,5% του ΑΧ τομέα δήλωσε ότι θα επιβαρυνθεί από ελάχιστα έως καθόλου ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον ΒΧ τομέα ήταν 52,2% ($X^2=12,065$, $df=4$, $p=0,017$).

Εφαρμόζοντας τη στατιστική μέθοδος των πινάκων συνάφειας και στην εκμαίευση των αναγκών των ιατρών για να εφαρμοστούν τα ΧΜΗ σχετίστηκε ο Α΄ και Β΄ χειρουργικός τομέας με τις ανάγκες και προϋποθέσεις λειτουργίας των ΧΜΗ.

Το 60,4 % του ΑΧ τομέα αποφάνθηκε ότι χρειάζονται από καθόλου ως ελάχιστοι νέοι νοσηλευτές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον ΒΧ τομέα ήταν 37,7% ($X^2=11,298$, $df=4$, $p=0,023$). Οι περισσότεροι ιατροί του ΑΧ τομέα (83%) δήλωσαν ότι χρειάζονται από καθόλου ως ελάχιστοι νέοι ιατροί, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τον ΒΧ τομέα ήταν 52,2% ($X^2=18,865$, $df=4$, $p=0,002$).

Για την διεύρυνση της δυνατότητας της εφαρμογής αυτής της μελέτης κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί μια επιλεγμένη συσχέτιση στο X^2 . Επιλέχθηκαν 4 ειδικότητες οι οποίες αναφέρονται στον περισσότερο πληθυσμό και διαχειρίζονται τον περισσότερο χειρουργικό χρόνο, οι Γεν. Χειρουργοί, οι Γυναικολόγοι, οι Ορθοπαιδικοί και οι Ουρολόγοι. Αυτές οι ειδικότητες θα ελεγχθούν για τις προθέσεις τους όσον αφορά την ανάπτυξη των ΧΜΗ, τις πεποιθήσεις τους για το θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο που ενδέχεται να έχει η εφαρμογή των ΧΜΗ και τις ανάγκες που πιστεύουν αυτοί ότι πρέπει να καλυφθούν ώστε να ξεκινήσουν τα ΧΜΗ απρόσκοπτα.

Πίνακας 13. Επιλεγμένες ιατρικές ειδικότητες και πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ

ΓΕΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ-ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ-ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΧΜΗ					
		ΠΡΟΘΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΧΜΗ			ΣΥΝΟΛΟ %
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
4 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	82,3%	9,7%	8,1%	100,0%
ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	58,5%	23,1%	18,5%	100,0%

Όπως περιγράφεται στον πίνακα 13 οι 4 επιλεγμένες ειδικότητες είναι σαφέστατα πιο θετικές στην ανάπτυξη των ΧΜΗ (82,3%) σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες που είναι λιγότερο θετικοί. ($58,5\%$)($X^2=8,572$, $df=2$, $p=0,014$).

Εξετάζοντας το θετικό αντίκτυπο της ανάπτυξης των ΧΜΗ, οι 4 επιλεγμένες ειδικότητες αναφέρουν κατά 91,9% ότι θα ωφεληθεί πολύ ή και πάρα πολύ η ροή των χειρουργικών περιστατικών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις υπόλοιπες ειδικότητες είναι 69,2% ($\chi^2=10,513$, $df=2$, $p=0,005$). Αντίστοιχα θετικά σχόλια από τις 4 επιλεγμένες ειδικότητες πραγματοποιήθηκαν με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ενώ τα αντίστοιχα σχόλια από τις υπόλοιπες ειδικότητες ήταν μετρίως θετικά ή και αρνητικά.

Εφαρμόζοντας το χ^2 για το πιθανό αρνητικό αντίκτυπο της ανάπτυξης των ΧΜΗ στις επιλεγμένες και στις υπόλοιπες ειδικότητες είχαμε τα παρακάτω αποτελέσματα. Σαν πολύ ή και πάρα πολύ αρνητικό αντίκτυπο αναφέρθηκε από τις υπόλοιπες ειδικότητες (52,%) η αύξηση της κατανάλωσης του φαρμάκου και του υγειονομικού υλικού. Αντίστοιχα, οι 4 ειδικότητες αναφέρθηκαν αρνητικά για τους αντίστοιχους παράγοντες με ποσοστό 27,4% ($\chi^2=9,473$, $df=2$, $p=0,009$). Επιπρόσθετα, αναδείχτηκε με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ότι οι υπόλοιπες ειδικότητες θεωρούν ότι θα υπάρξει μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο στην επιβάρυνση της αποστείρωσης (41,3%), του νοσηλευτικού προσωπικού (49,2%) του βοηθητικού προσωπικού (52,3%), της καθαριότητας (55,4%) και του τμήματος σίτισης (27,7%) σε σχέση με τις 4 επιλεγμένες χειρουργικές ειδικότητες όπου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν πολύ χαμηλά (11,3%) (19,4%), (29%), (21%) και (14,5).

Οι ανάγκες που προέκυψαν από τις αναφορές των ιατρών, με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, σχετικά με την ανάπτυξη των ΧΜΗ είχαν επίσης διαφοροποίηση ανάμεσα στις 4 επιλεγμένες ειδικότητες και τις υπόλοιπες ειδικότητες. Οι υπόλοιπες ειδικότητες υπογράμμισαν πιο έντονα την ανάγκη για πρόσθετο προσωπικό όλων των βαθμίδων ενώ οι 4 ειδικότητες δεν θεώρησαν το πρόσθετο προσωπικό απαραίτητη ανάγκη.

Πίνακας 14. Ανάγκες 4 επιλεγμένων ειδικοτήτων και υπόλοιπων ειδικοτήτων για ανάπτυξη των ΧΜΗ

ΑΝΑΓΚΕΣ 4 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΧΜΗ			
	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΠΟΣΟΣΤΟ %	

	ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΑΓΚΗΣ	4 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	29,1%	43,1%	χ^2 (X =9,473, df=2, p=0,009)
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9,7%	38,5%	χ^2 (X =16,649, df=2, p=0,000)
ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΟΛΥ- ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27,4%	52,3%	χ^2 (X =10,634, df=2, p=0,005)

Όπως διαφαίνεται στον πίνακα 14, οι 4 επιλεγμένες ειδικότητες (Γεν. Χειρουργοί, Γυναικολόγοι, Ορθοπαιδικοί και Ουρολόγοι) πιστεύουν ότι το πρόσθετο προσωπικό σε όλες τις βαθμίδες των νοσοκομείων τους δεν είναι απαραίτητο ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες πιστεύουν ότι να υπάρξει επιπλέον προσωπικό είναι βασική προτεραιότητα για την λειτουργία των ΧΜΗ.

Εν κατακλείδι, εξετάστηκε η συσχέτιση πολλών άλλων παραγόντων όπως επί παραδείγματι η αξιολόγηση των ΧΜΗ σε σχέση με την προϋπηρεσία και την κατηγορία προσωπικού και η εξερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην ειδικότητα και το εκλαμβανόμενο κοινωνικοοικονομικό όφελος προς τον ασθενή. Όμως, τα αποτελέσματα που βρέθηκαν από το chi-square δεν ήταν στατιστικά σημαντικά και για αυτό το λόγο δεν παρουσιάστηκαν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι απόψεις που καταγράφηκαν ήταν ασήμαντες ή λανθασμένες.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Σύμφωνα με εκτεταμένες ερευνητικές πρακτικές και θεωρητικές αναφορές, το χειρουργείο ημέρας αντιπροσωπεύει μία ωφέλιμη εναλλακτική μέθοδο εξυπηρέτησης των υγειονομικών αναγκών του πολίτη χωρίς να υπάρχει κίνδυνος έκπτωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Για το λόγο αυτό, οι πολιτικές και υγειονομικές αρχές που φέρουν την ευθύνη για μείωση των δαπανών υγείας με ταυτόχρονη μεγιστοποίηση του οφέλους για την υγεία του πληθυσμού πρέπει να σχεδιάσουν σωστά τις στρατηγικές που απαιτούνται για την εφαρμογή κι επέκταση του θεσμού του ΧΜΗ.

Έρευνες σε αρκετές χώρες έχουν δείξει ότι οι απόψεις του ιατρικού πληθυσμού μπορεί να είναι ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες στην

ανάπτυξη και καθιέρωση των χειρουργείων ημέρας (Barrow et al., 1994; Madnok, 1992; Morgan et al., 1992). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία, οι αντιλήψεις των ιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων που εξετάστηκαν δεν φαίνεται να είναι πρόβλημα στην επίτευξη του στόχου επέκτασης του θεσμού του χειρουργείου ημέρας. Αυτό προκύπτει τόσο από την θετική στάση των συμμετεχόντων στο θεσμό του χειρουργείου ημέρας όσο και από τις ελάχιστες απαιτήσεις που προβάλλει ώστε να ξεκινήσει ο θεσμός. Το χαμηλό ποσοστό των λιγότερο θετικών αντιλήψεων που καταγράφηκε δεν δείχνει παρά μόνο τη διαφοροποίηση στη γνώμη που μπορεί να έχουν οι ιατροί και που πιθανόν να αντικατοπτρίζει μία ευρύτερη απόκλιση που υπάρχει στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

Οι ιατροί που ήταν θετικοί για τα οφέλη του θεσμού επηρεάζονται από αρκετούς δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και από πολλά χαρακτηριστικά που αφορούσαν την επαγγελματική τους φύση. Είναι αναμενόμενο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Morgan et al., 1992), οι γνώμες των ιατρών να επηρεάζονται από παράγοντες προσδιοριστικούς του κάθε ατόμου ή να διαφέρουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της χειρουργικής επέμβασης. Σε αυτήν την έρευνα αρνητικότερες αντιλήψεις είχαν οι γυναίκες ιατροί και οι αναισθησιολόγοι.

Αναλύοντας τη συσχέτιση των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες διατηρούν διαφορετικές προθέσεις σχετικά με την ανάπτυξη των ΧΜΗ αλλά και διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με το θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο που θα επιφέρει η λειτουργία των ΧΜΗ στο δημόσιο νοσοκομείο.

Από τον διαχωρισμό που έγινε, βάσει οργανογραμμάτων των νοσοκομείων και επιστημονικής συνάφειας προέκυψε ότι οι ιατροί του Α' χειρουργικού τομέα - σε αντίθεση με τους ιατρούς του Β' χειρουργικού τομέα, είναι πολύ πιο θετικοί ως προς την ανάπτυξη του θεσμού των ΧΜΗ και πιστεύουν ότι η εφαρμογή του ΧΜΗ θα επιφέρει πολύ θετικό αντίκτυπο στο σύστημα υγείας. Αντιστοίχως, αναφορικά με το αρνητικό αντίκτυπο που ενδέχεται να εισπράξουν τα νοσοκομεία από την ανάπτυξη των ΧΜΗ οι ιατροί του Α' χειρουργικού τομέα πιστεύουν ότι ούτε οι καταναλώσεις φαρμάκων και υγειονομικού υλικού θα αυξηθούν ουσιαστικά αλλά ούτε και οι ιατροί και το υποστηρικτικό προς αυτούς

περιβάλλον (αποστείρωση, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό, καθαριότητα και σίτιση) θα επιβαρυνθεί. Αντίθετα οι ιατροί του Α΄ χειρουργικού τομέα πιστεύουν ότι και το κόστος λειτουργίας θα αυξηθεί αλλά και το προσωπικό σε όλες τις βαθμίδες θα επιβαρυνθεί από την ανάπτυξη των ΧΜΗ. Ως αναμενόμενο, οι ιατροί του Α΄ χειρουργικού τομέα δηλώνουν έτοιμοι να συμμετάσχουν στη λειτουργία των ΧΜΗ χωρίς να εγείρουν ιδιαίτερη αξίωση υποστήριξης από το σύστημα πλην μιας ειδικά διαμορφωμένης χειρουργικής αίθουσας σε αντίθεση με τους ιατρούς του Β΄ χειρουργικού τομέα που θέτουν σαν βασικές ανάγκες για λειτουργία των ΧΜΗ την παρουσία πρόσθετου προσωπικού όλων των κατηγοριών (επιστημονικό, διοικητικό προσωπικό).

Εμβαθύνοντας περαιτέρω στην ανάλυση της συσχέτισης των επαγγελματικών χαρακτηριστικών αποπειράθηκε η συσχέτιση των 4 ειδικοτήτων που έχουν πιο ευρεία αποδοχή στον πληθυσμό από την άποψη ότι διαχειρίζονται τα περισσότερα χειρουργικά περιστατικά στον πληθυσμό. Οι ιατροί που επιλέχθηκαν (Γεν. Χειρουργοί, Γυναικολόγοι, Ορθοπεδικοί και Ουρολόγοι) ελέγχθηκαν για τις θετικές ή αρνητικές αντιλήψεις τους σχετικά με τα ΧΜΗ και τις ανάγκες που δήλωναν ότι έχουν για να λειτουργήσουν τα ΧΜΗ συγκρινόμενοι με όλες τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν κατέδειξαν ότι οι 4 αυτές ειδικότητες έχουν απόλυτα θετική αντίληψη για το θεσμό των ΧΜΗ και τα οφέλη του, βρίσκουν στην ισχυρή τους πλειοψηφία ελάχιστα ή και καθόλου αρνητικά επακόλουθα από την ανάπτυξη τους και πιστεύουν ότι ο θεσμός είναι έτοιμος να λειτουργήσει ουσιαστικά χωρίς καθόλου παρεμβάσεις και επιπλέον επενδύσεις. Αντίθετα οι υπόλοιπε ειδικότητες θεωρούν ότι τα ΧΜΗ έχουν κάποια οφέλη αλλά η ανάπτυξη τους επισύρει και την αυξημένη κατανάλωση υλικών και φαρμάκων και επιβαρύνει το προσωπικό όλων των βαθμίδων και για να λειτουργήσουν απρόσκοπτα επιβάλλεται πρόσθετο προσωπικό όλων των βαθμίδων.

Μελλοντικές έρευνες θεωρούνται απαραίτητες για την αξιολόγηση των αιτιών που ευθύνονται για αυτές τις αντιλήψεις, ενώ η διαρκής εκπαίδευση με θεωρητικά σεμινάρια και η δια βίου μάθηση μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωσή τους. Με τη σειρά της, η βελτίωση των αντιλήψεων θα οδηγήσει στη διεύρυνση της ανθρώπινης βάσης υποστήριξης του θεσμού του Χ.Μ.Η.

5.2 Χρησιμότητα των Αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι χρήσιμα τόσο στους τομείς της υγειονομικής εκπαίδευσης και έρευνας όσο στον τομέα της ιατρικής πράξης και στην χάραξη υγειονομικής πολιτικής.

Η ανάπτυξη και καθιέρωση του θεσμού του ΧΜΗ στη χώρα μας απαιτεί κυρίως την ύπαρξη πολιτικής βούλησης για την αντιμετώπιση του ζητήματος αλλά και την συναίνεση και απρόσκοπτη συνεργασία όλων των υγειονομικών παραγόντων. Η επίσημη πολιτεία οφείλει να αναπτύξει συγκεκριμένη στρατηγική για την ανάπτυξη και υποστήριξη του ΧΜΗ και να προβεί άμεσα στη νομοθετική ρύθμιση σε ότι αφορά την λειτουργία του. Οι υγειονομικοί φορείς, από την πλευρά τους και ύστερα από μελέτη των συνθηκών που υφίστανται στον εργασιακό χώρο πρέπει να προβούν στην καταγραφή των προβλημάτων και την παρουσίαση τεκμηριωμένων προτάσεων. Εμπόδιο στην υλοποίηση αυτών των προτάσεων ωστόσο μπορεί να σταθεί ο παραδοσιακός τρόπος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών του συστήματος υγείας (Ρουμελιώτης, 2001). Η εξεύρεση πόρων που θα διατεθούν ειδικά για τη δημιουργία, οργάνωση και στελέχωση των Χ.Μ.Η. πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα όλων όσων συμμετέχουν στον καθορισμό της πολιτικής της υγείας. Έμφαση επίσης πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη της τοπικής αυτοδιοίκησης και στην παροχή πρωτοβουλιών και κινήτρων ώστε να είναι δυνατή η διοικητική και διαχειριστική αποκέντρωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία (Wong et al., 2004), η μελετημένη κατανομή των ανθρώπινων πόρων αι ο σωστός προγραμματισμός των υπηρεσιών θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες τόσο για την ανακούφιση από το φόρτο εργασίας που συνεπάγεται η εφαρμογή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας όσο και για τη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας.

5.3 Κλινικές Εφαρμογές της Έρευνας

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η μετακίνηση από την παραδοσιακή μέθοδο της ενδο-νοσοκομειακής περίθαλψης στη σύγχρονη επεμβατική τεχνική του χειρουργείου ημέρας κάνει αναγκαία την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών φροντίδας και την σωστή οργάνωσή τους. Ανάμεσα στις άλλες προϋποθέσεις που απαιτούνται, κυρίαρχο ρόλο παίζει η δημιουργία και ανάπτυξη διασυνδέσεων με

τις υγειονομικές πηγές υποστήριξης της κοινότητας (π.χ., γενικοί ιατροί, νοσηλευτές υγείας, κέντρα υγείας κ.λ.π.) για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς και τη συνέχιση της φροντίδας και θεραπείας στο σπίτι.

Σημαντικά βήματα πρέπει να γίνουν επίσης προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των συστημάτων πληροφορικής στο τομέα της υγείας προκειμένου να υπάρξει μια σαφής, αξιόπιστη και ολοκληρωμένη εικόνα των πραγματικών αναγκών φροντίδας και θεραπείας του ελληνικού λαού. Μόνο έτσι θα είναι δυνατή η σωστή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική διαχείριση και κατανομή των οικονομικών πόρων οι οποίοι, ούτως ή άλλως, είναι λίγοι και ανεπαρκείς. Συγκεκριμένα ως προς το χειρουργείο ημέρας, η ανάπτυξη των συστημάτων πληροφορικής και οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές θα χρησιμεύσουν όχι μόνο στη συλλογή, οργάνωση και ταξινόμηση των πληροφοριών αλλά και στην παροχή υποστήριξης στις καθημερινές δραστηριότητες του νοσηλευτικού, διοικητικού και ιατρικού δυναμικού που εργάζεται στο Χ.Μ.Η. (Shiu, 2003).

Η εφαρμογή του νέου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας έχει προκαλέσει πολλές συζητήσεις σχετικά με τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των ασθενών στα χειρουργεία ημέρας, τα ποσοστά των εισαγωγών και επανεισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο εξαιτίας επιπλοκών καθώς και την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας που προκαλούν αυτές οι εισαγωγές (Bain et al., 1999; Coley et al., 2002; Margovsky, 2000). Αυτός είναι ένας ακόμη λόγος έτσι ώστε η επέκταση εφαρμογής του θεσμού του Χ.Μ.Η. σε εθνικό επίπεδο να συνοδεύεται από επέκταση του συστήματος συλλογής στατιστικών στοιχείων και καταγραφής πληροφοριών που αφορούν τους δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται ήδη στο εξωτερικό (ASGE, 1999; ASCE, 2000). Η ευρεία εφαρμογή αυτής της πρακτικής θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων που θα επιτρέψει στατιστικές συγκρίσεις τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Η προσπάθεια ανάπτυξης οργανωμένων χειρουργείων ημέρας στη χώρα μας και όσον αφορά το πρακτικό μέρος μπορεί αρχικά να βασιστεί στα πρότυπα λειτουργίας τους που εφαρμόζονται σε χώρες με προηγμένες υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, όπως συμβουλεύουν οι επιστημονικοί σύλλογοι των χειρουργών διεθνώς (Robaux et.al., 2002), η αντιμετώπιση του πόνου και η μείωση της συχνότητας εμφάνισής του ως μετεγχειρητική επιπλοκή προϋποθέτει τη σύνταξη

πρωτοκόλλου προκειμένου να διασφαλίζεται η επαρκής κάλυψη του ασθενούς με τα κατάλληλα αναλγητικά. Μία οργανωμένη μονάδα χειρουργείου ημέρας πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την έκδοση και διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων γύρω από τον τρόπο λειτουργίας του, τον προγραμματισμό των επεμβάσεων καθώς και τις οδηγίες για το σπίτι. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες (Waghorn & McKee, 2000), οι ασθενείς που υπόκεινται σε επεμβάσεις χειρουργείου ημέρας πιστεύουν ότι τέτοια ενημερωτικά φυλλάδια είναι πολύ χρήσιμα και αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, οποιαδήποτε οργανωμένο τμήμα χειρουργείου ημέρας θα πρέπει να δίνει την ευκαιρία στους ασθενείς να εκφράζουν τη γνώμη τους για τη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας και θεραπείας. Σε αρκετές μονάδες ΧΜΗ της Β. Αμερικής έχει ληφθεί μέριμνα για τη δημιουργία ειδικού τμήματος όπου το προσωπικό δέχεται τα παράπονα των ασθενών και συζητά τις υποδείξεις τους. Η τακτική αυτή φαίνεται πως συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης τόσο των ασθενών από τη προσφερόμενη φροντίδα μιας ημέρας όσο και του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού που είναι υπεύθυνο γι' αυτήν (Edmondson & Waters, 1995). Απαιτείται επίσης η ύπαρξη συγκεκριμένης πολιτικής (ανάπτυξη πρωτοκόλλου) που να καθορίζει τις προϋποθέσεις εξόδου του ασθενούς μετά το χειρουργείο ημέρας προκειμένου να επιτευχθούν τα μέγιστα προσδοκώμενα οφέλη για την υγεία του. Η πολιτική αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τη σφαιρική εκτίμηση της οργανικής κατάστασης του ασθενούς, την παροχή όλων των πληροφοριών και συμβουλών που απαιτούνται για τη μετεγχειρητική φροντίδα καθώς και την αξιολόγηση της ετοιμότητας της οικογένειας και της καταλληλότητας του οικιακού περιβάλλοντος να δεχθεί τον ασθενή. Όπως επισημαίνει η βιβλιογραφία (Markovic et al., 2002), η μεταφορά του ασθενούς στο σπίτι δέον να αποφεύγεται πριν εξασφαλιστούν εκείνες οι πηγές κοινοτικής υποστήριξης που θα του προσφέρουν την απαιτούμενη πρακτική και ψυχολογική βοήθεια. Έτσι όταν ένας χειρουργικός ασθενής που νοσηλεύεται ως περιστατικό μιας ημέρας, για παράδειγμα, διαμένει μόνος του ή τα μέλη της οικογένειάς του δεν δύνανται να προσφέρουν την απαραίτητη βοήθεια και υποστήριξη είναι προτιμότερο να εισάγεται στο νοσοκομείο μέχρι την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του (Korttila, 1999).

Τα διεθνή πρότυπα λειτουργίας των χειρουργείων ημέρας που θ' ακολουθηθούν στην αρχική φάση των οργανωμένων Χ.Μ.Η. πρέπει να είναι αρκετά ευέλικτα ώστε να επιδέχονται τις όποιες τροποποιήσεις απαιτηθούν με βάση πιθανές εξειδικευμένες ανάγκες των ασθενών που θ' ανακύψουν στην πράξη.

5.4 Εφαρμογές της Έρευνας στην Εκπαίδευση

Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα επιτυχίας του θεσμού του χειρουργείου ημέρας, η εκπαίδευση των ιατρών (αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας όπως οι διοικητικοί και οι νοσηλευτές) πρέπει να υποστεί αναδιάρθρωση ώστε να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις πολύπλευρες διαστάσεις των υγειονομικών ζητημάτων. Η ιατρική εκπαίδευση πρέπει –μεταξύ των άλλων- να περιλαμβάνει:

- μαθήματα διοίκησης και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας,
- την διδασκαλία κριτηρίων ποιότητας των ιατρικών διαδικασιών αφού πολλοί ιατροί, εκτός από κλινικά, θα γίνουν και διοικητικά στελέχη
- κατάλληλη θεωρητική και κλινική κατάρτιση για την διενέργεια και φροντίδα ιατρικών πράξεων χειρουργείου ημέρας.

Στο σύνολό της, η ιατρική εκπαίδευση πρέπει να επικεντρωθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εστιάζοντας λιγότερο στην νοσοκομειακή περίθαλψη και περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα.

Είναι αναγκαία η αναδιάρθρωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να προετοιμαστούν υγειονομικά στελέχη (ιατροί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) που να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να καλύπτουν με σφαιρικό τρόπο τις πολύπλευρες ανάγκες του ασθενούς μετά την εμπειρία ενός χειρουργείου ημέρας. Επιπλέον πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση και ενημέρωση των φοιτητών-ιατρών (αλλά και των ήδη επαγγελματιών) γύρω από τα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας ώστε να γίνει αποδεκτή χωρίς ιδιαίτερες τριβές και προβλήματα η αύξηση της ευθύνης και του φόρτου εργασίας που συνεπάγεται η εφαρμογή και διεύρυνση του θεσμού του Χ.Μ.Η. Τέλος, μέσα στα πλαίσια της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης αλλά και της επαγγελματικής επιμόρφωσης, έμφαση πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη του θεσμού του γενικού ιατρού και του νοσηλευτή κοινότητας.

5.5 Ερευνητικές Εφαρμογές της Μελέτης

Στον χώρο της υγειονομικής έρευνας απαιτείται η διενέργεια διαπιστωτικών μελετών ευρείας κλίμακας ώστε να καταστεί γνωστή σε βάθος η ελληνική πραγματικότητα στον τομέα των χειρουργείων ημέρας. Τέτοιες μελέτες πρέπει να συμπεριλάβουν και τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ιδιωτικού τομέα αφού οι αντιλήψεις για τις υπηρεσίες χειρουργείου ημέρας είναι αναμενόμενο να επηρεάζονται από τις οικονομικές συνθήκες του πλαισίου μέσα στο οποίο παρέχονται (Morgan et al., 1992). Η βιβλιογραφία (Madnok, 1992) επισημαίνει ότι μελέτες για την έκταση εφαρμογής του χειρουργείου ημέρας πρέπει να συλλέξουν στοιχεία για κάθε χειρουργό χωριστά και όχι αθροιστικά για κάθε ειδικότητα. Αυτό συμβαίνει διότι μια αρθροιστική μεθοδολογία μπορεί να δημιουργήσει εσφαλμένη εντύπωση δεδομένου ότι ένας μικρός αριθμός χειρουργών από μια συγκεκριμένη ειδικότητα μπορεί να σηκώνει όλο το βάρος των χειρουργείων ημέρας ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συναδέλφων τους να μην δέχεται να συμμετέχει σε αυτά. Η συγκέντρωση στοιχείων ανά χειρουργό θα υποδείξει εκείνους οι οποίοι καθυστερούν την εφαρμογή του θεσμού και τους λόγους που το κάνουν.

Μεγάλο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η βαθύτερη διερεύνηση του θέματος με σκοπό την επιβεβαίωση ή απόρριψη των ευρημάτων αυτής της μελέτης. Αν μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες εντοπίσουν τυχόν επιφυλάξεις του ιατρικού κόσμου για την εφαρμογή του θεσμού του χειρουργείου ημέρας, πρέπει να εξεταστεί η αιτία αφού, σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Barrow et al., 1994), οι επιφυλάξεις αυτές μπορεί να προέρχονται από πολλές πηγές. Περαιτέρω διερεύνηση χρειάζεται η στάση ειδικότερα των χειρουργών που έχουν αρνητική αντίληψη απέναντι στο Χ.Μ.Η. διότι συχνά, λόγω ανασφάλειας, φαίνονται απρόθυμοι να αλλάζουν την πρακτική τους σε προχωρημένη ηλικία ή πιστεύουν ότι ο θεσμός εξυπηρετεί μόνο οικονομικούς σκοπούς (Morgan et al., 1992).

Αρκετές έρευνες από άλλες χώρες δείχνουν ότι οι αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις των διοικητικών στελεχών των υπηρεσιών υγείας συνιστούν ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια (Beech & Morgan, 1992) στην ανάπτυξη και

επέκταση του θεσμού του χειρουργείου ημέρας. Δεδομένου ότι πολλά από τα διοικητικά στελέχη των υπηρεσιών υγείας συμμετέχουν στα κέντρα σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων για την υγεία, η ενημέρωσή τους για την αναγκαιότητα εφαρμογής του θεσμού και η διερεύνηση των αντιλήψεών τους γι' αυτόν είναι αναγκαία. Σε παλαιότερες μελέτες, τα στελέχη αυτά έχουν εκφράσει φόβους ότι η εφαρμογή του χειρουργείου ημέρας θα αυξήσει την επαγγελματική δραστηριότητα (προσφορά και ζήτηση) μέσα στα πλαίσια ενός προϋπολογισμού που είναι ήδη περιορισμένος (Audit Commission, 1992).

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα

Τα αναχώματα που παρατηρούνται στο τομέα της πρακτικής εφαρμογής αλλά και οι ελλείψεις στους τομείς της έρευνας και εκπαίδευσης των ιατρών, διοικητικών, νοσηλευτών σχετικά με τα ΧΜΗ είναι πολύ σημαντικές. Ως συνέπεια των αλλαγών που συμβαίνουν διεθνώς στο χώρο της υγείας, ο τρόπος παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας αλλάζει ριζικά και στη χώρα μας. Η σημαντική έλλειψη σε ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους επιβάλλει την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη κατανομή και χρησιμοποίησή τους. Ο εξοπλισμός των χειρουργικών μονάδων ημερήσιας νοσηλείας που λειτουργούν αυτόνομα με τα αναγκαία ηλεκτρονικά μέσα υψηλής τεχνολογίας και η επάνδρωσή τους με το κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό θεωρείται ως λύση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας που αναπόφευκτα προκύπτει. Τόσο η διεθνής υγειονομική πραγματικότητα όσο και η μέχρι σήμερα εμπειρία στον ελληνικό χώρο δείχνουν πως το ΧΜΗ μπορεί να είναι μία πολλά υποσχόμενη εναλλακτική μορφή περίθαλψης και φροντίδας. Αυτό συμβαίνει διότι το χειρουργείο ημέρας φαίνεται πως έχει τη δυνατότητα να συνδυάσει αρμονικά τόσο την προσδοκία της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής για βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας όσο και την επιθυμία των επαγγελματιών υγείας για προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς με τη παροχή φροντίδας και θεραπείας υψηλής ποιότητας.

Όπως έχει επισημανθεί κατ' επανάληψη, ουσιαστική ανάγκη δημιουργίας νέων νοσηλευτικών κλινών για την κάλυψη των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού δεν υπάρχει (Stathis, 1995). Αυτό που προβάλλει ως υψηλά

βαθμολογημένη λύση είναι ο επανασχεδιασμός της πολιτικής υγείας και η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων που ήδη υπάρχουν.

Το ξεκίνημα μιας νέας, για τη χώρα μας, μορφής παροχής υγειονομικών υπηρεσιών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, αλλά πρωταρχικά επηρεάζεται από τους ανθρώπους που θα «κάνουν τη δουλειά». Μεγάλη μερίδα ιατρών είναι θετικά διακείμενοι προς τον θεσμό των ΧΜΗ και πιστεύουν ακράδαντα στα ευεργετήματα που προσφέρει στους ασθενείς, στο σύστημα υγείας στο οικείο περιβάλλον των ασθενών και τους ίδιους ενώ ένα μικρό μέρος από αυτούς πιστεύει ότι ο θεσμός θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην επιβάρυνση του προσωπικού όλων των κατηγοριών. Διαχωρίζοντας τους συμμετέχοντες σε Α' και Β' χειρουργικό τομέα και ακόμα περισσότερο όταν συγκρίνουμε τις αντιλήψεις των 4 επιλεγμένων ιατρικών ειδικοτήτων σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες διαπιστώνουμε ότι οι ιατροί που ανήκουν στον Α' χειρουργικό τομέα και πολύ περισσότερο οι 4 επιλεγμένες ειδικότητες είναι πιο θετικοί προς τον θεσμό των ΧΜΗ σε σχέση με τους ιατρούς του Β' Χειρουργικού τομέα και τις υπόλοιπες ειδικότητες και πιστεύουν ότι ο θεσμός θα λειτουργήσει με ελάχιστες προσθήκες ή επενδύσεις. Αναλύοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά των ιατρών που ασπάζονται πιο θετικά τον θεσμό διαπιστώνουμε ότι αυτές οι ειδικότητες διαχειρίζονται τα περισσότερα χειρουργικά περιστατικά, εξυπηρετούν το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού που έχει ανάγκη χειρουργικής επέμβασης και πρακτικά εφαρμόζουν ελάχιστα το ΧΜΗ. Συμπερασματικά, αυτές είναι οι ειδικότητες που θέλουν, μπορούν και δεν έχουν αναπτυχθεί ως προς τη λειτουργία του χειρουργείου ημέρας. Αυτές οι ιατρικές ειδικότητες αποτελούν το «κοινό στόχο» που μπορεί να επικεντρωθεί μια προσπάθεια ανάπτυξης του θεσμού των ΧΜΗ.

6.2 Προτάσεις

Η διερεύνηση των προθέσεων και των στάσεων όλων των εμπλεκόμενων πρέπει απαραίτητα να προηγείται του σχεδιασμού του θεσμού και της εισαγωγής των όποιων διαρθρωτικών μέτρων. Εν συνέχεια πρέπει να εφαρμοστεί μια δεσμίδα ενημερωτικών μέτρων για την αντιμετώπιση των αρνητικών στάσεων και προθέσεων. Η σφαιρική αυτή προσέγγιση του εντοπισμού των επιφυλάξεων και

των προβληματισμών των ανθρώπων που απαρτίζουν ή/και χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τη «θεωρία συνεχούς βελτίωσης» («theory of continuous improvement»). Η προσέγγιση αυτή διαφοροποιείται σημαντικά από προηγούμενες προσεγγίσεις στις οποίες οι προκαθορισμένοι στόχοι και οι ρυθμιστικές στρατηγικές εφαρμόζονταν ως το μοναδικό μέσον επίτευξης αλλαγών και βελτίωσης της ποιότητας, χωρίς να δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη γνώμη αυτών που καθορίζουν με την στάση τους και την συμπεριφορά τους την όποια αλλαγή σχεδιάζεται και επιχειρείται.

Υπό την έννοια αυτή, η εφαρμογή των ΧΜΗ επικεντρώνεται στην ικανότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να ανιχνεύουν τις αλλαγές και να αναγνωρίζουν τις επίκαιρες για παροχή νοσηλείας μεθόδους εκτός του παραδοσιακού ενδονοσοκομειακού περιβάλλοντος, πρωτίστως όμως σημαντικό ρόλο για την θετική έκβαση τους κατέχει η διερεύνηση των προθέσεων όλων των ενδιαφερομένων μερών. Η εφαρμογή του νέου αυτού θεσμού προϋποθέτει την μετατόπιση της ιατρικής ευθύνης για τη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς από τα μέλη της ομάδας υγείας του νοσοκομείου στα μέλη της ομάδας υγείας της κοινότητας (γενικός ιατρός, νοσηλευτής κοινότητας, αγροτικός ιατρός). Ο βαθμός στον οποίο θα εφαρμοσθεί το χειρουργείο ημέρας και η επιτυχία του εξαρτάται από την προθυμία των λειτουργών υγείας της κοινότητας να αναλάβουν αυτή την επιπρόσθετη ευθύνη. Ιδιαίτερη σημασία έχουν ειδικότερα οι πεποιθήσεις των γενικών ιατρών και διότι αποτελούν βασικά μέλη της κοινοτικής ομάδας υγείας αλλά και διότι οι αντιλήψεις και οι συμβουλές τους επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και τους ασθενείς στην απόφασή τους να δεχτούν ή όχι κάποιες ιατρικές υπηρεσίες με τη μορφή χειρουργείου ημέρας (Barrow et al., 1994).

Όσον αφορά τη χώρα μας, θα πρέπει να ξεκινήσουμε από μηδενική βάση μια συντεταγμένη προσπάθεια ανάπτυξης του θεσμού των ΧΜΗ. Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαίο να γίνουν τα εξής:

- Εισαγωγή εξελιγμένων πληροφοριακών συστημάτων.
- Εφαρμογή αξιόπιστων και αποτελεσματικών συστημάτων προγραμματισμού των ασθενών και ελέγχου των ακυρώσεων.
- Εισαγωγή νέων μορφών διοίκησης όπως είναι η διοίκηση συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας (Continuous Quality Improvement) και η διοίκηση ολικής ποιότητας (Total Quality Management), εργαλεία τα οποία αποδεδειγμένα μπορούν

να οδηγήσουν σε αύξηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

- Ενίσχυση των διοικητικών και οργανωτικών λειτουργιών των μονάδων, ιδιαίτερα σε θέματα ροής των ασθενών.
- Καθιέρωση σαφών κριτηρίων για την επιλογή των ασθενών και την έξοδο τους από τη μονάδα.
- Βελτίωση της μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών και του ελέγχου των μετεγχειρητικών συμπτωμάτων.
- Εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Εφαρμογή προγραμμάτων υποχρεωτικής εκπαίδευσης των νέων χειρουργών και αναισθησιολόγων σε ζητήματα ΧΜΗ
- Εφαρμογή προγραμμάτων υποκίνησης του προσωπικού, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις συνθήκες υψηλής έντασης εργασίας.
- Παροχή επαρκούς πληροφόρησης στους ασθενείς, σε προφορική και έντυπη μορφή και λόγο κατανοητό, για ότι αφορά την πορεία τους μέσα στη μονάδα του ΧΜΗ, αλλά και για μετά την έξοδό τους από αυτή.
- Εφαρμογή στρατηγικών ενημέρωσης του κοινού για το θεσμό του ΧΜΗ και τα πλεονεκτήματα που μπορεί να του προσφέρει.
- Αναδιοργάνωση και ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με βάση το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, με στόχο αφενός την ορθολογική ρύθμιση των ροών των ασθενών, και αφετέρου τη μεταβίβαση δραστηριοτήτων που σήμερα διενεργούνται σε νοσοκομειακό επίπεδο.
- Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
- Επανασχεδιασμός της ακολουθούμενης πολιτικής υγείας και διάθεση των απαραίτητων οικονομικών πόρων.
- Ανακατανομή των διαθέσιμων ανθρωπίνων και τεχνολογικών πόρων με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Εκσυγχρονισμός του προγράμματος εκπαίδευσης τόσο των νέων ιατρών όσο και των φοιτητών της Ιατρικής.
- Διερεύνηση των παραμέτρων και των συνεπειών από την εφαρμογή του θεσμού του ΧΜΗ

- Διερεύνηση της πρόθεσης συμπεριφοράς απέναντι στο θεσμό όλων των εμπλεκόμενων μερών.
- Πιλοτική εφαρμογή του θεσμού σε επιλεγμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, εύστοχο θα ήταν να μην γίνει κανένα βήμα προς την κατεύθυνση ευρείας εξάπλωσης των χειρουργείων ημέρας σε ευρύ επίπεδο πριν να μελετηθεί ο βαθμός στον οποίο οι υπάρχουσες υγειονομικές πηγές που λειτουργούν στην κοινότητα έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν μία τέτοια κίνηση.

Σημαντική πρωτοβουλία θα αποτελούσε η εκκίνηση μιας πιλοτικής προσπάθειας σε κάποια νοσοκομεία που γενικότερα είναι στελεχωμένα με προσωπικό με προοδευτικές αντιλήψεις. Η προσπάθεια θα εστιαζόταν στις 4 χειρουργικές ειδικότητες που παρουσιάστηκαν στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και είχαν πάρα πολύ θετική αντίληψη για την ανάπτυξη των ΧΜΗ (Γεν. Χειρουργοί, Γυναικολόγοι, Ορθοπεδικοί και Ουρολόγοι) και σε συνεργασία με λίγους προοδευτικούς αναισθησιολόγους, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό και διοικητικούς υπαλλήλους θα μπορούσαν να ξεκινήσουν το εγχείρημα και να το εδραιώσουν σε βάθος χρόνου ανοίγοντας το δρόμο για την επέκταση του θεσμού των ΧΜΗ.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

A.A.G.B.I., Association of Anaesthetics of Great Britain and Ireland. (2001).

“Standards of Day Case Surgery: The Anaesthetist’s Role in Promoting High Quality Care”, AAGBI: London.

Adams D. (1991). “ Day Surgery puts new face on patient care, Hospital and Healthcare”, by “ On Call Surgery”. Ed 2nd, USA .

Allison S. & Latham G. (1991). “Same day admission surgery: Teamwork is the key to this dual approach in surgery”, Canadian Nurse 87(11), 25.

American Psychological Association-APA. (1988). “Publication Manual of the Psychological American Association”, 4th ed. Washington, DC: APA.

ASGE Committee on Outcomes Research. (2000). “Quality and outcomes

Assessment in gastrointestinal endoscopy”, *Gastrointestinal Endoscopy* 52(6)147-153.

ASGE-American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (1999). “ Guidelines for clinical application”, *Gastrointestinal Endoscopy* 45(9), 842-844.

Avis M. (1992). “Silent partners. Patients’ views about choice and decision making in a day unit”, *British Journal of Theatre Nursing* 2(7), 8-11.

Audit Comission (1992). " All in a Day's Work", An Audit of Day surgery in England and Wales, HMSO.

Bain J., Kelly H., Snadden D. & Staines H. (1999). “ Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes”, *Quality of Health Care* 8(2), 86-91.

Barrow S., Fisher A.D., Seex D.M. & Abdul M.S. (1994). “General practitioner attitudes to day surgery”, *Journal of Public Health Medicine* 16(3), 318-320.

Beech R. & Larkinson J. (1990). “Estimating the financial savings from Maintaining the level of acute services with fewer hospital beds”, *International Journal of Health Planning and Management* 5(2), 43-49.

Beech R. & Morgan M. (1992). “Constraints on innovatory practice: the case of day surgery in the NHS”, *International Journal of Health Planning and Management* 7(2), 133-148.

Becker MH., Drachman RH., & Kirscht SP.(1974). " A new approach to explaining sic-role behavior in low-income publications, *American Journal of Public Health*, 64(3), 205 - 216.

Berwick D.M. (1989). “Continuous improvement as an ideal in health care”, *New England Journal of Medicine* 320(1), 53-56.

Blatt A. & Chen S. (2003). “Day-only laparoscopic cholecystectomy in a regional teaching hospital”, *ANZ Journal of Surgery* 73(5), 321-325.

Bryman, A., (2004). “Social research methods” (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Βολτέας Σ.Κ. & Νιάκας Δ. (2003). “Η αναγκαιότητα Χειρουργικής Μίας Ημέρας σε τμήμα γενικής χειρουργικής: Το παράδειγμα του νοσοκομείου «Ιπποκράτειο» Αθήνας”, Στο Πρακτικά 4^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, σ. 189-197. Αθήνα: Mediforce.

Carrington S. (1996). “Day Surgery in Bristol”, *British Journal of Theatre Nursing*, 12-15.

- Chapman R. (1991).** “It’s better by day, Hospital Development 101(5270), 1820.
- Chye E.P., Young I.G., Osborne G.A. & Rudkin G.E. (1998).** “Outcomes after same-day oral surgery: a review of 1,180 cases in a major teaching hospital”, Journal of Oral and Maxilloface Surgery 51(8), 846-849.
- Coley K.C., Williams B.A., DaPos S.V., Chen C. & Smith R.B. (2002).** “Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs”, Journal of Clinical Anesthesia 14(5), 349-353.
- Costa M.J. (2001).** “The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients”, AORN Journal 74(6), 874-881.
- Department of Health, Australia. (1999).** “Strengthening day surgery: Lessons in practice from some Australian case studies”, Sydney: Department of Health.
- Department of Health, Australia. (2002).** “Day surgery: Operational guide”, Sydney: Department of Health.
- Edmondson M. & Waters G. (1995).** “Day surgery: handling patients’ complaints”, Nursing Standards 9(47), 25-28.
- Farquharson E.F. (1955).** “Early ambulation with special reference to herniorrhapy as an out-patient procedure”, Lancet 1955, ii, 517-519.
- Fenton-Lee D., Riach E. & Cooke T. (1998).** “Patient acceptance of day surgery”, Annals of Royal College of Surgery of England 76(5), 332-334.
- Fitzpatrick J.M., Selby T.T. & While A.E. (1998).** “Patients’ experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery”, Br. J. of Nursing 7(18), 1107-1115.
- Foddy W. (1993).** “Constructing questions for interviews and questionnaires: theory and practice in social research”, Cambridge: Cambridge University Press.
- Fortier J., Chung F. & Su J. (1998).** “Unanticipated admission after ambulatory surgery---a prospective study”, Canadian Journal of Anaesthesia 45(7), 612-619.
- Foulger V. (1999).** “Patients’ views of day-case cardiac catheterization”, Professional Nurse 12(7), 478-480.
- Frankel S., Coast J., Baker T. & Collins C. (1991).** “ For debate: booked admissions as a replacement for waiting lists in the new NHS”, British Medical Journal 303, 1257-1258.
- Ghosh S. & Sallam S. (1999).** “Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery”, British Journal of Surgery,

81(1), 1635-1638.

Grainger C. & Griffiths R. (1994). “Day surgery—how much is possible? A Delphi consensus among surgeons”, *Public Health* 108(4), 257-266.

Grenier B., Dubreuil M., Siao D. & Meymat Y. (1998). “Pediatric day case anaesthesia: estimate of its quality at home”, *Pediatric Anaesthesia* 8(6), 485-489.

Grogaard B., Kimsas E. & Raeder J. (2001). “Wound infection in day-surgery”,

Scandinavian Journal of Caring Sciences 9(2), 109-112. **Garraway WM.,**

Ruckley CV., & Prescott RJ.,(1978). " General practitioners' **Response to day care surgery** ", *Practitioner*, 221(1321), 22-25. **Harasheh B.S. (2001).**

“Unexpected admission following a day case surgery”, *Saudi Medical Journal* 22(10), 882-884.

Heath P., Ogg T., Hall C. (1990). “ The cost of day surgery”, *Health Trends* 22(3), 109-111.

Hitchcock M. & Ogg T.W. (1995). | “Anaesthesia for day-case surgery”, *British Journal of Hospital Medicine* 54(5), 202-206.

Hoare J. (1992). “ Day Surgery”, *Health Services Management* 88(4), 12-14.

Hunters J.D., Chambers W.A. & Penny K.I. (2000). “Minor morbidity after day-case surgery”, *Scottish Medical Journal* 43(2), 54-56.

Θεοδώρου Μ. (1995). “ Εναλλακτικές Μορφές Περιθαλψης ”, στο *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα* , Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ., Σούλης Σ. Κεφ.4ο, σελ. 123 -129.

Jonas D.A. (2003). “ Parent’s management of their child’s pain in the home following day surgery”, *Journal of Child Health Care* 7(3), 150-162.

Kokinsky E., Thornberg E., Ostlund A.L. & Larsson L.E. (1999). “ Postoperative comfort in pediatric outpatient surgery”, *Paediatric Anaesthesia* 9(3), 243-251.

Korttila K. (1999). “ Recovery from outpatient anaesthesia. Factors affecting outcomes”, *Anaesthesia* 50(Suppl), 22-28.

Madnok K. (1992). “Surgeons’ views of day surgery: is there a consensus among providers? ”, *Journal of Public Health Medicine* 14(4), 420-422.

Margovsky A. (2000). “Unplanned admission in day-case surgery as a clinical indicator of quality assurance”, *Australian & New Zealand Journal of Surgery* 70(3), 216-220.

- Markovic M., Bandyopadhyay M., Vu T & Manderson L. (2002).** “Gynaecological day surgery and quality of care”, *Australian Health Review* 25(3), 52-59.
- Marks S.D., Greenlick M.R., Hurtado A.V., Johnson J.D. & Henderson J. (1980).** “Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction”, *Medical Care*, 18(2), 127-146.
- Mofidi R., Bello A.O., Mofidi A, Khan Z., Aly S. & Joyce W.P. (2000).** “Feasibility of day case varicose vein surgery in a district general hospital”, *Irish Journal of Medical Science* 169(1), 37-39.
- Moore J., Ziebland S. & Kennedy S. (2002).** “People sometimes react funny if they’re not told enough’: women’s views about the risks of diagnostic laparoscopy”, *Health Expectations* 5(4), 302-309.
- Morgan M., Beech R., Reynolds A., Swan A.V. & Devlin H.B. (1992).** “Surgeons’ views of day surgery: is there a consensus among providers?”, *Journal of Public Health Medicine* 14(2), 192-198.
- Nicholl J.H. (1909).** “The surgery of infancy”, *British Medical Journal* 2, 753-754.
- Nordin P., Zetterstrom H., Gunnarsson U. & Nilsson E. (2003).** “Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair: multicentre randomized trial”, *Lancet* 362(9387), 853-858.
- O’Connor S.J., Gibbert R.W. & West P. (1991).** “Patient satisfaction with day surgery”, *Australian Clinical Review* 11(4), 143-149.
- Odell M.J. & Durham J.S. (2003).** “Parotid surgery in an outpatient setting: the Vancouver Hospital experience”, *Journal of Otolaryngology* 32(5), 298-301.
- Oppenheim, A (1992).** “Questionnaire design, interviewing and attitude measurement”, London: Pinter
- Πολύζος Ν. (1994).** “Μελέτη σχεδιασμού και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας”,
Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Robaux S., Bouaziz H., Cornet C., Boivin J.M., Lefevre N. & Laxenaire M.C. (2002).** “Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot study of general practitioners’ views”, *Anesthetic Analgesia* 95(5), 1258- 1262.
- Robinson R. (1994).** “Day shift”, *Health Service Journal*, Feb. 17;104(5390): 28-9.

- Robson, C., (2007).** “Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές”, Αθήνα: Gutenberg.
- Roumeliotis Gr. (1995).** “The establishment of ODS in the Greek NHS hospitals ”,
- Ρουμελιώτης Γ. (2001).** “Το Χειρουργείο Μιας Ημέρας στο Κόσμο και στην Ελλάδα”, Επιθεώρηση Υγείας, 5, 15-16, 46.
- services. (1992).** “Guidelines for day case surgery”, 2nd ed. London: Royal College of Surgeons.
- Rosenstock IM.(1974).** " The Health Belief Model and Preventive Health Behavior" Health Education Monograph, 2(4), 354-386.
- Rudkin G.E., Osborne G.A. & Doyle C.E. (1993).** “Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital”, Medical Journal of Australia 158(5), 308-312.
- Shiu S. (2003).** “The use of computer systems dedicated to Day Surgery”, British Journal of Theatre Nursing, 5(1), 19-21.
- Stathis G. (1995).** “Major problems of the Greek Healthcare System”, Health Review Publications.
- Tham C. & Koh K.F. (2002).**“ Unanticipated admission after day surgery”,
- Royal College of Surgeons of England, Commission on the provision of surgical**
- Singapore Medical Journal 43(10), 522-526.
- Thomas H. & Hare M.J. (1997).** “Day case laparoscopic sterilization—time for a rethink?”, British Journal of Obstetrics and Gynecology 94(5), 445-448.
- Twersky R.S. (1998).** Ambulatory surgery update, Canadian Journal of Anaesthesia 45(2), R76-R90.
- Waghorn A. & McKee M. (2000).** Understanding patients’ views of a surgical outpatient clinic, Journal of Evaluation of Clinical Practice 6(3), 273-279.
- Wong L.S., Kaukuntla H.K., Lam F.T. & Fraser I.A. (2004).** A survey of patientsatisfaction after day case surgery, International Journal of Clinical Practice 53(3), 189-191.

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (Χ.Μ.Η.)

Φραγκιαδάκης Στέφανος
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Επιβλέποντες: **Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής, Παν. Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή: **Χ. Μελάς**, Καθηγητής Εφαρμοσμένης
Πληροφορικής, Τ.Ε.Ι. Κρήτης

Εισαγωγικό σημείωμα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων, προθέσεων και αντιλήψεων των ιατρών-χειρουργών των δημόσιων νοσοκομείων σχετικά με την εφαρμογή του θεσμού του Χειρουργείου Μιας Ημέρας (Χ.Μ.Η.), δεδομένου ότι η επιτυχία της εισαγωγής οιασδήποτε νέας μορφής υγειονομικών υπηρεσιών στο Ε.Σ.Υ. βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις αντιλήψεις που έχουν για αυτήν εκείνοι που (θα) τις προσφέρουν. Παράλληλα αναζητείται η περιγραφή της υπάρχουσας πραγματικότητας αναφορικά με την ανάπτυξη και λειτουργία των Χ.Μ.Η. που έχει ως στόχο να συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων γύρω από την έκταση εφαρμογής του χειρουργείου ημέρας.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής

Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι σημαντική στην προσπάθεια αυτή.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας!!!

Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο Ε Ρ Ε Υ Ν Α Σ

A/A:

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΓΙΑ ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ (ΧΜΗ)**

1. Επωνυμία νοσηλευτικού ιδρύματος

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| A. Πα.Γ.Ν.Η. | <input type="checkbox"/> |
| B. Βενιζέλειο-Πανάνειο | <input type="checkbox"/> |

2. Φύλο

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. Άρρεν | <input type="checkbox"/> |
| 2. Θήλυ | <input type="checkbox"/> |

3. Έτος Γέννησης

4. Έτη προϋπηρεσίας ως ειδικευμένος

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Κάτω από 5 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 6 – 10 | <input type="checkbox"/> |
| 3. 11 – 15 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 15 και άνω | <input type="checkbox"/> |

5. Κατηγορία

<u>Προσωπικό Ε.Σ.Υ.</u>		<u>Μέλη Δ.Ε.Π.</u>	
1. Συντονιστής Διευθυντής	<input type="checkbox"/>	1. Διευθυντής Κλινικής	<input type="checkbox"/>
2. Διευθυντής	<input type="checkbox"/>	2. Καθηγητής	<input type="checkbox"/>
3. Επιμελητής Α	<input type="checkbox"/>	3. Αν. Καθηγητής	<input type="checkbox"/>
4. Επιμελητής Β	<input type="checkbox"/>	4. Επίκ. Καθηγητής	<input type="checkbox"/>
5. Επικουρικός	<input type="checkbox"/>	5. Λέκτορας	<input type="checkbox"/>

6. Ιατρική ειδικότητα:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Γεν. Χειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 2. Γυναικολόγος | <input type="checkbox"/> |
| 3. Δερματολόγος | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ορθοπαιδικός | <input type="checkbox"/> |
| 5. Πλαστικός Χειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 6. Αναισθησιολόγος | <input type="checkbox"/> |
| 7. Οφθαλμίατρος | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ουρολόγος | <input type="checkbox"/> |
| 9. Παιδοχειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 10. ΩΡΛ | <input type="checkbox"/> |
| 11. Θωρακοχειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 12. Καρδιοχειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 13. Νευροχειρουργός | <input type="checkbox"/> |
| 14. Αγγειοχειρουργός | <input type="checkbox"/> |

7. Υπάρχουν στην ειδικότητά σας περιστατικά που μπορούν να γίνουν σε ΧΜΗ;

1. Ναι	<input type="checkbox"/>
2. Όχι	<input type="checkbox"/>
3. Δεν γνωρίζω	<input type="checkbox"/>

8. Εκτιμήστε στην παρακάτω κλίμακα το πλήθος των τακτικών περιστατικών ΧΜΗ της κλινικής σας σε σχέση με το σύνολο των περιστατικών της κλινικής σας (ανεξαρτήτως τρόπου αναισθησίας).

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολλά)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9. Είστε θετικός στην ανάπτυξη Χ.Μ.Η. στο Νοσοκομείο που υπηρετείτε;

1. Ναι	<input type="checkbox"/>
2. Όχι	<input type="checkbox"/>
3. Δεν γνωρίζω	<input type="checkbox"/>

10. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα Χ.Μ.Η. :

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ) τις παρακάτω εκδοχές:

	1	2	3	4	5
1.Επιβαρύνουν το κόστος λειτουργίας του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Προσφέρουν κοινωνικοοικονομικό όφελος στον ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Βελτιώνουν τα κλινικά αποτελέσματα του ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι τα χειρουργεία που πραγματοποιούνται σε γενικό χειρουργείο ενώ θα μπορούσαν να πραγματοποιούνται σε Χ.Μ.Η.:

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ) τις παρακάτω εκδοχές:

	1	2	3	4	5
1.Επιβαρύνουν το κόστος λειτουργίας του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Προσφέρουν κοινωνικοοικονομικό όφελος στον ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Βελτιώνουν τα κλινικά αποτελέσματα του ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Η ανάπτυξη Χ.Μ.Η στο νοσοκομείο σας κατά την άποψή σας έχουν θετικό αντίκτυπο :

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ) τις παρακάτω εκδοχές:

	1	2	3	4	5
<u>Στους ασθενείς</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στους χειρουργούς ιατρούς</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στη ροή περιστατικών των γενικών χειρουργείων</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στην γενική εικόνα και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο σύστημα Υγείας</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στα ασφαλιστικά ταμεία</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στις εταιρείες προμήθειας υλικών</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Άλλα (Βαθμολογήστε)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Η ανάπτυξη Χ.Μ.Η. στο Νοσοκομείο σας κατά την άποψή σας έχει αρνητικό αντίκτυπο :

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ) τις παρακάτω εκδοχές:

	1	2	3	4	5
<u>Στην κατανάλωση φαρμάκων</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στην κατανάλωση υγειονομικού υλικού</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στις κλινικές νοσηλείας ασθενών</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο νοσηλευτικό προσωπικό</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο τμήμα αποστείρωσης</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο βοηθητικό προσωπικό</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στην τμήμα καθαριότητας</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο τμήμα σίτισης</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στον κίνδυνο λοιμώξεων</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στην επιβάρυνση των ιατρών</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Στο κόστος της επέμβασης</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Άλλα (Βαθμολογήστε)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να ξεκινήσουν τα Χ.Μ.Η.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Βαθμολογήστε σε κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως 5 (πάρα πολύ) τις παρακάτω εκδοχές:

	1	2	3	4	5
1 <u>Νέος εξοπλισμός</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <u>Νέα χειρουργικά εργαλεία</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <u>Νέα χειρουργικά τραπέζια</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <u>Νέα φορεία</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <u>Πρόσθετο Νοσηλευτικό Προσωπικό</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <u>Πρόσθετο Ιατρικό προσωπικό</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <u>Πρόσθετο βοηθητικό Προσωπικό</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <u>Διαμόρφωση χειρουργικής αίθουσας</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετογή και τον χρόνο σας!

Παράρτημα 2. ΣΧΗΜΑΤΑ**ΣΧΗΜΑΤΑ**

A/A Σχήματος	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
Σχήμα 1.	Προϋπηρεσία ειδικευμένων ιατρών σε έτη	29
Σχήμα 2.	Κατανομή προσωπικού ΕΣΥ	30
Σχήμα 3.	Κατανομή προσωπικού ΔΕΠ	30
Σχήμα 4.	Κατανομή ιατρικών ειδικοτήτων	31
Σχήμα 5.	Ύπαρξη περιστατικών ΧΜΗ σε σχέση με συνολικά περιστατικά (ανεξάρτητα με τρόπο αναισθησίας)	32

Παράρτημα 3. ΠΙΝΑΚΕΣ**ΠΙΝΑΚΕΣ**

A/A Πίνακα	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
Πίνακας 1.	Ενδεικτικός κατάλογος των επεμβάσεων που διενεργούνται στο ΧΜΗ ανά ιατρική ειδικότητα.	17
Πίνακας 2.	Πλεονεκτήματα του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο, τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας.	21
Πίνακας 3.	Μειονεκτήματα του Χ.Μ.Η. για το νοσοκομείο, τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας.	24
Πίνακας 4.	Ηλικίες δείγματος	28
Πίνακας 5.	Γνώσεις ιατρών σχετικά με ύπαρξη περιστατικών ΧΜΗ	31
Πίνακας 6.	Κατανομή δείγματος ως προς την πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ	33
Πίνακας 7.	Κατανομή των ιατρών του δείγματος ως προς τις αντιλήψεις τους για το χειρουργείο ημέρας και την παραδοσιακή κλινική πρακτική σε σχέση με συγκεκριμένα κριτήρια	33
Πίνακας 8.	Απόψεις ιατρών για θετικό αντίκτυπο από την ανάπτυξη ΧΜΗ	34
Πίνακας 9.	Απόψεις ιατρών για αρνητικό αντίκτυπο από την ανάπτυξη ΧΜΗ	35
Πίνακας 10.	Ανάγκες ιατρών για την ανάπτυξη ΧΜΗ	36
Πίνακας 11.	Κατανομή ειδικοτήτων κατά χειρουργικό τομέα	38
Πίνακας 12.	Πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ κατά χειρουργικό τομέα	39
Πίνακας 13.	Επιλεγμένες ιατρικές ειδικότητες και πρόθεση ανάπτυξης ΧΜΗ	40
Πίνακας 14.	Ανάγκες 4 επιλεγμένων ειδικοτήτων σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες για την ανάπτυξη των ΧΜΗ	41

