



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΚΥΡΙΤΣΗ ΧΡΥΣΑΝΘΗ 4016

ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ 3992

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

Θεσσαλονίκη, 2019



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ	10
1.1 Διατροφή	10
1.2 Ποιότητα τροφής	12
1.3 Υγεία	13
1.4 Κακή θρέψη	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΠΕΡΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	17
2.1 Προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	17
2.2 Οι λόγοι για τους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγείας ..	18
2.3 Οι προσδοκίες των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας	18
2.4 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα	19
2.5 Οι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	20
2.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ελληνική οικονομία	21
2.7 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	22
2.7.1 Οφέλη για τον ασθενή	22
2.7.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας	23
2.7.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	25
3.1 Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών στο νοσοκομείο	25
3.2 Το κόστος της ποιότητας στις μονάδες υγείας	30



3.3 Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	32
3.4 ISO και ποιότητα μονάδων και υπηρεσιών υγείας	34
3.5 Δομή Νοσοκομείου	36
3.7 Λειτουργίες της διοίκησης του νοσοκομείου	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	45
4.1 Τμήμα Διατροφής.....	45
4.1 Το επάγγελμα του διαιτολόγου	46
4.3 Δραστηριότητες του γραφείου διατροφής	49
4.4 Στελέχωση του γραφείου διατροφής	49
4.5 Συμβουλευτικά γραφεία διατροφής	59
4.6. Διατροφική φροντίδα στην Ευρώπη.....	60
4.7 Κλινική διατροφή στην Ελλάδα.....	65
4.8 Διαδικασία διατροφικής φροντίδας και παρέμβασης	66
4.9 Εκτίμηση διατροφικών αναγκών	76
4.9.1 Σχεδιασμός και εφαρμογή της διατροφικής παρέμβασης.....	76
4.9.2 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της διατροφικής φροντίδας.....	77
4.9.3 Διατροφική εκπαίδευση	79
4.9.4 Ποιότητα παροχής υπηρεσιών του τμήματος διατροφής.....	81
4.9.5 Ασφάλεια τροφίμων.....	83
4.9.6 Συμπεράσματα περί διατροφής	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων με διάφορα άτομα καθένα από τα οποία έπαιξε σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και στο αποτέλεσμά της. Αξίζει, λοιπόν, να ευχαριστήσουμε τα πρόσωπα που συνέβαλαν στο να επιτευχθεί αυτή η έρευνα.

Αρχικά, την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κα. Γραμματικοπούλου Μαρία, για την παρεχόμενη και συνεχή καθοδήγηση, την υποστήριξή της αλλά και την αδιάκοπη ενθάρρυνσή της σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Επιπλέον, την κα. Παπαμήτσου Θεοδώρα, για την άμεση ανταπόκρισή της σε οποιαδήποτε δυσκολία υπήρξε κατά την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας αλλά και τις συμβουλές της που μας βοηθούσαν σε κάθε βήμα μας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Θεοδωρίδη Ξενοφών, που πρόσφερε την βοήθειά του στην τελειοποίηση της στατιστικής ανάλυσης καθώς και τα «εφόδια» που χρειαζόμασταν στο να πετύχουμε το παρόν επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τέλος, την κα. Πουρζιτάκη Χρύσα, η οποία στήριζε την προσπάθειά μας από την αρχή, προσφέροντάς μας οδηγίες και πληροφορίες στη συγγραφή της εργασίας μας.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία εντάσσεται στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακών εργασιών του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης της Σχολής Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής, ειδικότερα του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας. Ο τίτλος της Πτυχιακής Εργασίας είναι: «Ποιότητα Παρεχόμενης Διατροφής στην Τριτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη» σε συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ».

Σκοπός της εργασίας είναι αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των νοσηλευόμενων, η αρέσκειά τους τόσο ανάλογα με το είδος όσο και με την ποιότητα των γευμάτων. Επίσης, σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα διακατέχει η παράμετρος της ψυχολογίας των ασθενών που υποβοηθά την όρεξη αλλά και την διάθεσή τους.

Το δείγμα είναι 131 ασθενείς στους οποίους δόθηκε να απαντηθεί ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τα γενικά χαρακτηριστικά του νοσηλευόμενου (ηλικία, εκπαίδευση), ανθρωπομετρικά στοιχεία, (ύψος, βάρος, περίμετρο μέσης) το ερωτηματολόγιο με δείκτη τον κίνδυνο υποσιτισμού (MUST), το ερωτηματολόγιο της όρεξης (CNAQ), το ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη και το άγχος (Hospital Anxiety and Depression Scale) και το ερωτηματολόγιο παρεχόμενης διατροφής (Meal Assessment Tool).

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι ότι 125 ασθενείς από τους 131 είχαν χαμηλό σκορ υποθρεψίας, η ψυχολογία τους με βάση την κατάθλιψη σε 93 ασθενείς βρίσκεται σε χαμηλό σκορ που σημαίνει ότι σε γενικές γραμμές νιώθουν καλά. Επίσης προκύπτει ότι 92 ασθενείς, δήλωσαν ότι το άγχος τους κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών ανέφερε ότι έχει καλή όρεξη που διαφοροποιείται ανάλογα από τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών βαθμολόγησε υψηλά την ποιότητα του κρέατος, του ψαριού, των λαχανικών και των συνοδευτικών. Συμπερασματικά, η διατροφική προσέγγιση προς τους ασθενείς από το νοσοκομείο



δείχνει την αρκετά υψηλή ικανοποίησή τους ποιοτικά, ακόμη και σε μέτρια επίπεδα ψυχολογικής κατάστασης.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Διατροφή, Ποιότητα, Διατροφική φροντίδα, Νοσοκομειακή φροντίδα, Ασθενείς, Παρεχόμενη Διατροφή, Υγειονομική Περίθαλψη, Ψυχολογία, Νοσοκομείο.



ABSTRACT

The present inquiry is part of the undergraduate research of the Technological Educational Institute of Thessaloniki of the Food Science and Nutrition Department, the Department of Nutrition and Dietetics. The title is "Quality of Nutrition Provided in Tertiary Healthcare System" in collaboration with the University Hospital of Thessaloniki "ΑΗΕΠΑ".

The purpose is to evaluate the nutritional status of the patients, their liking according to the quality of the meals. An important role in the results is also the parameter of patient psychology that assists appetite and mood.

The sample is 131 patients who received a questionnaire consisting of: general characteristics of the patient (age, education), anthropometric data (height, weight, waist circumference), questionnaire with the risk of malnutrition (MUST), the appetite questionnaire (CNAQ), the depression and anxiety questionnaire (Hospital Anxiety and Depression Scale), and the provided nutrition questionnaire (Meal Assessment Tool).

The results are that 125 patients out of 131 had a low underweight score, their depression based in their psychology in 93 patients is at a low score, which means they generally feel good. It also appears that 92 patients reported that their anxiety levels are low. In addition, the majority of patients reported having good appetite that differentiates according to the health problems they face. Finally, most of the patients rated the meat, fish, vegetables and the potatoes/pasta/rice quality high. In conclusion, the nutritional approach towards patients from the hospital shows their satisfaction about the quality quite high, even at moderate levels of psychological state.

KEYWORDS: Nutrition, Quality, Dietary care, Hospital care, Patients, Provided nutrition, Healthcare system, Psychology, Hospital.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη (400 π.Χ.): «το φαγητό πρέπει να είναι το φάρμακό σας και το φάρμακό σας πρέπει να είναι το φαγητό σας». Αν ακολουθούσαμε τη συμβουλή του, πιθανόν σήμερα να μην είχαμε τόσα πολλά σοβαρά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα της διατροφής. Γνωρίζουμε ότι πολλές σοβαρές ασθένειες που συγκαταλέγονται μέσα στις κυριότερες αιτίες θανάτου έχουν άμεση σχέση με την κακή διατροφή. Οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αλλά και ο σακχαρώδης διαβήτης έχουν άμεση σχέση με την ποιότητα και ποσότητα τροφής που λαμβάνουμε. Η παχυσαρκία αποτελεί μια παγκόσμια μάστιγα που αποτελεί πηγή πολλών κακών. Τι μπορούμε λοιπόν να κάνουμε για να βελτιώσουμε την κατάσταση; Παν μέτρον άριστον, είναι το κλειδί, θα μας έλεγε ο Ιπποκράτης. Μια ισορροπημένη διατροφή, με τις σωστές αναλογίες σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη, χωρίς βέβαια υπερβολές όσον αφορά στην ποσότητα, μπορούν να μας προσφέρουν πολλά στη διατήρηση της υγείας μας. Οι βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία, οι πολύτιμες φυτοχημικές ουσίες, οι φυτικές ίνες είναι απαραίτητα στοιχεία που μόνο τα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να μας τα προσφέρουν στις ποιότητες και στις ποσότητες που τις έχει ανάγκη ο οργανισμός μας (Swendseid, 1981).

Αδιαμφισβήτητα, η ισορροπημένη διατροφή βοηθά στη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας. Πιο αναλυτικά, η διατροφή αυτή παρέχει στο σώμα απαραίτητα συστατικά: υγρά, επαρκή αμινοξέα από πρωτεΐνες, λιπαρά, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και επαρκείς θερμίδες. Οι προϋποθέσεις για μια ισορροπημένη διατροφή συναντώνται σε μία ποικιλία φυτικής και ζωικής προέλευσης. Η υγιεινή διατροφή υποστηρίζει τις ενεργειακές απαιτήσεις και παρέχει στον άνθρωπο ιδανική θρέψη χωρίς έκθεση σε τοξικά και υπερβολική πρόσληψη βάρους από την κατανάλωση υπέρμετρων ποσοτήτων. Επιπλέον, όταν η έλλειψη θερμίδων δεν αποτελεί σημαντικό ζήτημα, η κατάλληλα ισορροπημένη διατροφή (σε συνδυασμό με σωματική άσκηση) θεωρείται ότι μειώνει τον κίνδυνο για παχυσαρκία, παθήσεις τις καρδιάς, διαβήτη τύπου 2, υπέρταση και καρκίνο (FAO/WHO, 2004).



Η υγιεινή διατροφή είναι απλή, σύμφωνα με τον Marion Nestle, ο οποίος εκφράζει τη γενική άποψη μεταξύ των επιστημόνων που μελετούν τη διατροφή:

«Οι βασικές αρχές της καλής διατροφής είναι τόσο απλές που μπορώ να τις συνοψίσω σε δέκα μόνο λέξεις: να τρως λιγότερα, να κινείσαι περισσότερο, να τρως πολλά φρούτα και λαχανικά. Δηλαδή, συνοπτικά, σε πέντε λέξεις: να μην επιλέγεις πρόχειρο φαγητό. Ακολούθησε αυτές τις οδηγίες και θα έχεις καταφέρει την πρόληψη των κυριότερων ασθενειών - της στεφανιαίας καρδιακής νόσου, ορισμένων μορφών καρκίνου, του διαβήτη, του εγκεφαλικού επεισοδίου, της οστεοπόρωσης και πολλών άλλων. Φαίνεται να είναι οι πιο πολύπλοκες διαιτητικές συστάσεις πολλών υγειονομικών οργανώσεων και εθνικών και διεθνών κυβερνήσεων - οι σαράντα βασικές συστάσεις των κατευθυντήριων γραμμών του 2005 για τα διαιτητικά προϊόντα. Αν και μπορεί να αισθανθείτε ότι οι συμβουλές για τη διατροφή αλλάζουν διαρκώς, οι βασικές ιδέες πίσω από τις τέσσερις οδηγίες μου δεν έχουν αλλάξει σε μισό αιώνα. Και αφήνουν αρκετό χώρο για την απόλαυση των τροφίμων» (FAO/WHO, 2004).

Σύμφωνα με τον David Katz: «μια δίαιτα με μικρή περιεκτικότητα σε επεξεργασμένα τρόφιμα, κυρίως φυτικής προέλευσης, προάγει την υγεία και την πρόληψη των ασθενειών και είναι σύμφωνη με τα σημαντικότερα συστατικά των φαινομενικά διακριτών διαιτητικών προσεγγίσεων. Για το λόγο αυτό, η υγιεινή διατροφή πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας μας, λόγω των θετικών αποτελεσμάτων στην ανθρώπινη υγεία» (FAO/WHO, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

1.1 Διατροφή

Η διατροφή είναι η επιστήμη που ερμηνεύει την αλληλεπίδραση των θρεπτικών και άλλων ουσιών στα τρόφιμα σε σχέση με τη διατήρηση, την ανάπτυξη, την αναπαραγωγή, την υγεία και τις ασθένειες ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την πρόσληψη τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απέκκριση (Gran, 1991). Η διατροφή ενός οργανισμού είναι αυτό που τρώει, το οποίο καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και την γευστικότητα των τροφίμων. Για τους ανθρώπους, μια υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει την προετοιμασία τρόπων διατροφής και μεθόδων αποθήκευσης που διατηρούν τα θρεπτικά συστατικά από την οξείδωση, τη θερμότητα ή την έκπλυση και μειώνει τον κίνδυνο τροφικών ασθενειών (Chan, 2014).

Στον άνθρωπο, μια ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να προκαλέσει ασθένειες που σχετίζονται με την έλλειψη όπως η τύφλωση, η αναιμία, το σκορβούτο, η πρόωρη γέννηση, ο τοκετός και ο κρετινισμός ή υπερβολικές συνθήκες θνησιμότητας για την υγεία όπως η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο. Τέτοιες κοινές χρόνιες συστηματικές ασθένειες όπως η καρδιαγγειακή νόσο, ο διαβήτης, και η οστεοπόρωση. Η υποξεία μπορεί να οδηγήσει σε σπατάλες σε οξείες περιπτώσεις, και η κατάπαυση του μαρασμού σε χρόνιες περιπτώσεις υποσιτισμού (Chan, 2014).

Η ετυμολογία της λέξης παραπέμπει σε τροφή μέσω ενός συστήματος ή κάποιας οδού (δια+ τροφή). Τι είναι η τροφή; Κάθε οργανική ή ανόργανη ουσία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από έναν οργανισμό προκειμένου για τη θρέψη του. Τι είναι θρέψη; Αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία τα τρόφιμα μεταβολίζονται από τον οργανισμό, δηλαδή περιλαμβάνει την πρόσληψη



της τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απέκκρισή της. Επομένως, η διατροφή του ανθρώπου είναι το σύνολο των τροφίμων (και ροφημάτων) που επιλέγει να καταναλώσει κάποιος για τη διατήρησή του στη ζωή. Τα τρόφιμα είναι όλα τα προϊόντα φυτικής ή ζωικής προέλευσης που με επεξεργασία ή χωρίς καταναλώνονται από τον ανθρώπινο οργανισμό για την ανάπτυξη, διατήρηση και ανάπλαση των ιστών του, καθώς περιέχουν ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Η διατροφή αποτελεί πλέον μια επιστήμη της Βιοϊατρικής και συχνά συνδέεται με την πρόληψη. Δεν πρέπει να συγχέεται με τη δίαιτα. Γενικά η δίαιτα και τα διάφορα ειδικά σχεδιασμένα διαιτολόγια έχουν κάποιο συγκεκριμένο στόχο συνήθως την απώλεια ή πρόσληψη βάρους προκειμένου για την αντιμετώπιση ή θεραπεία κάποιας ασθένειας. Ισορροπημένη διατροφή είναι η διατροφή που εξασφαλίζει ποικιλία και μέτρο. Ποικιλία σημαίνει να περιέχει διαφορετικά τρόφιμα από όλες τις ομάδες καθημερινά. Το μέτρο αφορά τα τρόφιμα που λαμβάνονται να είναι στην κατάλληλη ποσότητα και αναλογία ώστε να αντιστοιχούν στις ανάγκες του ατόμου που την ακολουθεί. Οι ανάγκες κάθε ατόμου εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως σωματικό βάρος, ύψος, σύσταση σώματος, φύλο, ηλικία, επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, κατάσταση υγείας, κοκ. Η εφαρμογή της ισορροπημένης διατροφής έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση σταθερού φυσιολογικού βάρους και την προστασία της υγείας. Γνωστό παράδειγμα ισορροπημένης διατροφής είναι η μεσογειακή διατροφή. Αντίθετα, η κακή διατροφή μπορεί να αποβεί επιζήμια για τον οργανισμό προκαλώντας είτε ασθένειες ανεπάρκειας (π.χ. αναιμία, σκορβούτο), είτε οδηγώντας σε καταστάσεις που απειλούν την υγεία, όπως παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο. Υποθρεψία είναι η χρόνια κατάσταση κατά την οποία δεν καλύπτονται οι ενεργειακές ή και θρεπτικές ανάγκες ενός ατόμου (Chan, 2014).



1.2 Ποιότητα τροφής

Η ποιότητα των τροφίμων αναφέρεται στις φυσικές ιδιότητες ενός προϊόντος διατροφής, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης, της υφής και της γεύσης καθώς και των μικροβιακών πτυχών. Το πιο σημαντικό είναι ότι η ποιότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το προϊόν αντιλαμβάνεται ο τελικός καταναλωτής με προϊόντα υψηλότερης ποιότητας που διοχετεύουν υψηλότερες τιμές στην αγορά (Akkermanetal 2010). Οι καταναλωτές αναμένουν ότι τα τρόφιμα θα είναι ασφαλή, ωστόσο η ασφάλεια θεωρείται αξιόπιστη δεδομένου ότι η ποιότητα ή η ασφάλεια των τροφίμων συχνά δεν μπορεί να διακρίνεται πριν από την κατανάλωση. Ωστόσο, η διασφάλιση της ποιότητας με τη μορφή ανεξάρτητης πιστοποίησης ότι τα προϊόντα τροφίμων έχουν ελεγχθεί για να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τα ισχύοντα πρότυπα μπορεί να σηματοδοτήσει προϊόντα υψηλής διατροφικής ποιότητας (Grant, 1991).

Σύμφωνα με τον Wright (1997) η «ποιότητα» σαν γενικότερη έννοια, αφορά κάποια αγαθά και υπηρεσίες, που σχετίζονται με την ευημερία (πραγματική και αντιληπτή) των καταναλωτών. Καθώς ο ορισμός της ποιότητας είναι κατά κάποιο τρόπο αυθαίρετος, παραδείγματος χάριν ο ορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία αφορά τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο, τις ημέρες νοσηλείας ή κάποιο συνδυασμό των υπηρεσιών, που παρέχονται στους εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς, η διαδικασία αποτίμησής της είναι εξαιρετικά σύνθετη. Εξίσου δύσκολος είναι και ο ορισμός της ποσότητας της υγείας των καταναλωτών. Εάν ορίσουμε την ποσότητα ως χειρουργικές εισαγωγές, τότε η κατά μέσο όρο διαμονή θα ήταν μια διάσταση της ποιότητας, η γενίκευση της μόλυνσης των πληγών θα ήταν μια διάσταση ποσότητας και η ικανοποίηση των ασθενών μια τρίτη διάσταση (Grant, 1991).

Δίνοντας κάποιους ορισμούς της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας, προκύπτει μια σειρά κατάταξης για τους καταναλωτές. Παραδείγματος χάριν, η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα θα ταίριαζε σε αυτή την κατηγορία. Υπάρχουν επίσης «ποσότητες», οι οποίες δεν έχουν αυτή την κατάταξη για παράδειγμα το



χρώμα των τοίχων, η θερμοκρασία του δωματίου ή ακόμα και η διάρκεια παραμονής. Το ότι οι άνθρωποι προτιμούν περισσότερο κάποια χαρακτηριστικά από κάποια άλλα, δε σημαίνει απαραίτητα, πως η αγορά πρέπει ή θα έπρεπε να μεγιστοποιήσει την ποιότητα σε αυτή τη διάσταση. Το βέλτιστο επίπεδο της ποιότητας, εφόσον έχει δοθεί μια συνολική ποσότητα, είναι αυτό το επίπεδο, στο οποίο το οριακό όφελος από την επιπρόσθετη ποιότητα ισούται με το οριακό κόστος της επιπρόσθετης ποιότητας (Chan, 2014).

1.3 Υγεία

Ως Σύστημα Υγείας ορίζεται ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένοι οι πόροι που χρησιμοποιούνται στον τομέα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα, ξεκινώντας από το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης και προχωρώντας, μέσω του ενδιάμεσου, στο κεντρικό επίπεδο (τοπικό-επαρχιακό-περιφερειακό). Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε φιλελεύθερα, μικτά και εθνικά. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας στηρίζουν το οργανωτικό πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύστημα τιμών, το οποίο διαμορφώνει την αγορά των υπηρεσιών υγείας (τέτοιο σύστημα χρησιμοποιούν οι ΗΠΑ) . Τα μικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας / ασθένειας (τέτοιου είδους συστήματα υγείας χρησιμοποιούν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες) . Στα εθνικά συστήματα υγείας το κράτος έχει τον άμεσο έλεγχο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας και υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση και χρήση χωρίς επιβάρυνση των υπηρεσιών αυτών (Κυριόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με τους Σούλης, Σαρρής, κ.ά. (2001) σύστημα υγείας ορίζεται «ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Ένας ακόμη ορισμός που δίνουν οι παραπάνω συγγραφείς για το σύστημα υγείας είναι «το πλέγμα των



παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας» (Βερλέντζας, 1999).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και αλληλοεξαρτώνται. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι (Κυριόπουλος, 2003):

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του
2. Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας
3. Η παραγωγή κάλυψης των δαπανών.

1.4 Κακή θρέψη

Η κακή θρέψη (δυσθρεψία) αποτελεί σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας την ανισορροπία μεταξύ της προσλαμβανόμενης ενέργειας και θρεπτικών ουσιών και των απαιτήσεων του σώματος για να εξασφαλισθούν η ανάπτυξη, συντήρηση και η ομαλή ολοκλήρωση συγκεκριμένων λειτουργιών» και υφίσταται όταν οι αποθήκες του σώματος σε μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά έχουν αδειάσει (Θεοδώρου, 2001).

Η δυσθρεψία δεν αποτελεί φαινόμενο που αφορά μόνο τις πιο «φτωχές» χώρες της Ευρώπης, όπως είναι η χώρα μας, αλλά εμφανίζεται μέσα από στατιστικά στοιχεία και σε πιο προηγμένες και «πλούσιες» χώρες. Αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία και την οικονομία, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και παγκοσμίως, καθώς πλήττει έως και 15% των ασθενών γενικά, το 40% των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο και το 60% των ατόμων που ζουν στα γηροκομεία, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης που παρουσιάστηκαν από τους



φορείς European Nutrition Health Alliance και European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Τα βασικότερα προβλήματα στην παροχή ορθής σίτισης και στην αποφυγή της δυσθρεψίας (hospital malnutrition) είναι: η απουσία διατροφικής αξιολόγησης και εκτίμησης διατροφικού κινδύνου, η απουσία ομάδας θρέψης στο νοσοκομείο, η υποτίμηση του ρόλου της διατροφής στην πορεία της νόσου, ο μειωμένος αριθμός κλινικών διαιτολόγων στα νοσοκομεία και ο υποτιμημένος ρόλος τους, η μη εφαρμογή των διατροφικών πρωτοκόλλων, οι μη κατάλληλες συνθήκες παρασκευής φαγητού και το (συχνά) ανειδίκευτο προσωπικό εστίασης, η μειωμένη δαπάνη για προϊόντα εντερικής σίτισης μέσω των φαρμακείων και η έξαρση χορήγησης των λεγόμενων «περαστών» τροφών (στον τομέα αυτό απαιτείται η απλοποίηση των διαδικασιών έγκρισης και χορήγησης των ειδικών αυτών σκευασμάτων διατροφής από τα ασφαλιστικά ταμεία, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η ολοκληρωμένη θεραπεία των ασθενών). Παρατηρείται συχνά σε νοσηλευόμενους ασθενείς ότι, ενώ η θεραπεία στην οποία υποβάλλονται ολοκληρώνεται με επιτυχία, η γενικότερη έκβαση της υγείας τους κινδυνεύει σημαντικά, εάν παράλληλα δεν υπάρχει σωστή θρεπτική υποστήριξη. Η σωστή θρεπτική κατάσταση των ασθενών είναι μία πολύ σημαντική παράμετρος για τη θετική έκβαση της υγείας τους. Κακή θρέψη συναντάται στο 25-65% των νοσηλευόμενων ασθενών, με ένα 15% εξ αυτών να παρουσιάζουν σοβαρή κακή θρέψη. Συνοδεύεται από αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα, επιβραδύνεται η ανάρρωση, παρατείνεται η παραμονή τους στο νοσοκομείο και φυσικά αυξάνεται κατά πολύ το κόστος νοσηλείας τους (Θεοδώρου, 2001).

Οι διαταραχές θρέψης όμως, είναι αναστρέψιμες καταστάσεις σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις και με την κατάλληλη υποστήριξη οι ασθενείς αυτοί βελτιώνονται. Η διατροφική υποστήριξη κάθε ασθενούς θα πρέπει λοιπόν να είναι αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας του. Η έγκαιρη αναγνώριση της κακής θρέψης και η σωστή εκτίμηση και εφαρμογή των μεθόδων υποστήριξης αποτελούν βασική προϋπόθεση για ένα επιτυχές αποτέλεσμα, για την αποφυγή επιπλοκών και για την τελική μείωση του κόστους νοσηλείας (Θεοδώρου, 2001).



Η αποφυγή υποσιτισμού στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς αποτελεί προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Τα τελευταία χρόνια είναι σαφώς αναγνωρισμένος ο ουσιαστικός ρόλος της διατροφής στην προαγωγή της υγείας. Για πολλές δεκαετίες ελλείπει κοινά αποδεκτών οδηγιών και προτύπων τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, το έργο της διατροφικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ασθενών ήταν δύσκολο. Επιπλέον άλλος ένας καθοριστικός παράγοντας ήταν η για πολλά χρόνια έλλειψη επαρκώς εκπαιδευμένου προσωπικού στα Νοσοκομεία. Στις μέρες μας η εξέλιξη είναι ραγδαία. Τα Νοσοκομεία στελεχώνονται με νέο καταρτισμένο προσωπικό και οι διεθνείς οργανισμοί έχουν εκδώσει συγκεκριμένες οδηγίες διατροφικής αντιμετώπισης των περισσότερων ασθενειών. Συνεπώς υπάρχουν διαθέσιμα σημαντικά εργαλεία που κάνουν ευκολότερη τη δουλειά της ομάδας διατροφής. Η διατροφή του ασθενούς είναι μια πολυδιάστατη προσέγγιση και χρειάζεται μία ομάδα που να αποτελείται από τον θεράποντα ιατρό, τον ειδικό κλινικό διαιτολόγο, τον φαρμακοποιό και το νοσηλεύτη. Η επιτυχία της διατροφικής υποστήριξης όχι μόνο των υποθρεπτικών ασθενών, αλλά και όλων των νοσηλευόμενων ασθενών, βασίζεται στην καλή συνεργασία αυτής της ομάδας, στην καθημερινή παρακολούθηση των ασθενών και στην σωστή χρήση των πρωτοκόλλων σίτισης (Θεοδωρακοπούλου, 2012).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΠΕΡΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.1 Προσδοκία για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν την τελευταία εικοσαετία μια τριπλή πρόκληση (Rana, 2009):

α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδων υγείας και περίθαλψης σε όλους,

β) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και

γ) την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητα.

Απάντηση στην τριπλή αυτή πρόκληση επιχειρείται να δοθεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή και εφαρμογή διάφορων πολιτικών, όπως με (Rana, 2009):

- την εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγεία, σε συνδυασμό με την προσπάθεια περιφερειακής ανάπτυξης,
- την εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας,
- τη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.ά.

Σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις αυτές διαδραμάτισε και η επιδίωξη των οργανωμένων κοινωνιών να συμμορφωθούν με τον στόχο 31 της πολιτικής «Υγεία για όλους ως το 2000» που υιοθέτησε ο ΠΟΥ το 1980. Σύμφωνα με τον στόχο αυτό, όλα τα κράτη-μέλη θα έπρεπε, στο πλαίσιο των υγειονομικών συστημάτων, να είχαν



εγκαθιδρύσει έως το έτος 1990, αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας (FAO/WHO 2004).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απασχολεί σήμερα όλο και πιο έντονα τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών αλλά και τους ίδιους τους χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών. Το αίτημα για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διαχρονικό, αλλά τόσο η διεκδίκηση/απόκτησή της, όσο και η προσφορά της ήταν περιορισμένες γεωγραφικά, διαφοροποιούνταν ανάλογα με την κοινωνική τάξη στην οποία απευθύνονταν και σχετιζόνταν άμεσα με το επίπεδο κάθε χώρας (οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό). Σήμερα, το αίτημα αυτό είναι καθολικό, καθώς διαπιστώνεται από όλες τις κοινωνικές τάξεις στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες (Grant, 1991).

2.2 Οι λόγοι για τους οποίους προσφεύγουν οι πολίτες στις υπηρεσίες υγείας

Το αίτημα για ποιότητα επεκτείνεται σήμερα σε ολοένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενό του διευρύνεται διαρκώς. Εξελικτικά, οι προσδοκίες των ατόμων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους αναφέρονται στη διατήρηση της καλής υγείας με προληπτικές δράσεις, στην αποκατάσταση της υγείας που διαταράχτηκε περιοδικά, στη βελτίωση των λειτουργιών που διαταράσσονται με την πάροδο του χρόνου, στην παράταση του ορίου ζωής, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και στην αλλαγή/βελτίωση ατομικών χαρακτηριστικών (αισθητική εμφάνιση, ύψος, παχυσαρκία κ.ά.) (Kneisl, 2009).

2.3 Οι προσδοκίες των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς και οι οικείοι τους και κατ' επέκταση η κοινωνία έχουν σήμερα κάποιες βασικές προσδοκίες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, που



εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών. Έτσι, οι πολίτες πρέπει να (Grant, 1991):

- έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
- βρίσκουν αποτελεσματική ανταπόκριση (διαγνωστική, θεραπευτική ή συμβουλευτική) από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος και σύμφωνα πάντοτε με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας,
- έχουν επαρκή πληροφόρηση και δικαίωμα επιλογής,
- έχουν εξασφαλίσει ότι το κόστος δεν είναι για αυτούς απαγορευτικό ή ότι καλύπτεται από το κράτος ή από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι προσδοκίες αυτές είναι διαχρονικές, σήμερα όμως έχουν διευρυνθεί. Έτσι, είναι πλέον καθολική κοινωνική απαίτηση να εξασφαλίζονται για τους ασθενείς:
 - ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητάς τους,
 - πολιτισμένες – άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους διανομής – διατροφής, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.4 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σήμερα

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί μια παραγωγική διαδικασία, το προϊόν της οποίας παράγεται και διατίθεται σε μια αγορά που, παρά τις ιδιομορφίες της σε σχέση με τις κλασικές αγορές άλλων αγαθών και υπηρεσιών, δεν παύει να είναι αγορά. Το προϊόν, δηλαδή η ατομική και συλλογική υγεία και έμμεσα οι υπηρεσίες υγείας, αποτελεί επιθυμητό αγαθό (Grant, 1991).

Η πρόληψη των ασθενειών, η αποκατάσταση, η βελτίωση ή η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών προϋποθέτουν την ύπαρξη



αποτελεσματικών υπηρεσιών. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και επιβίωση του ανθρώπου έχει ως αποτέλεσμα οι ανάγκες για φροντίδα υγείας να θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας και ο άνθρωπος να προσπαθεί να τις ικανοποιεί με κάθε τρόπο (Grant, 1991).

Αν επομένως, η ποιότητα αποτελεί σήμερα βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει η εξασφάλιση ποιότητας σε υπηρεσίες οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του, όπως οι υπηρεσίες υγείας (Grant, 1991).

2.5 Οι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει, επίσης, δυσκολίες, που οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Από μερικούς υποστηρίζεται ότι η ποιότητα στην περίπτωση των φροντίδων υγείας δύσκολα γίνεται αντιληπτή και για αυτό δεν μπορεί να εκτιμηθεί. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι μπορεί βέβαια να καταμετρηθεί από ορισμένες πλευρές, είναι όμως απροσδιόριστη από άλλες (Σιγάλας, 1999).

Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι (Σιγάλας, 1999):

- η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή
- το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών
- ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών

αποτελεσμάτων στην υγεία είναι αποδέκτες με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Σιγάλας, 1999).

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά ποιότητας

Καταλληλότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με τη δεδομένη την παρούσα γνώση
Διαθεσιμότητα	Βαθμός στον οποίο η καταλληλότητα φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες τους ασθενούς που εξυπηρετείται
Συνέχεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου
Αποτελεσματικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
Δραστικότητα	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή, φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
Αποδοτικότητα	Αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας
Σεβασμός και Φροντίδα	Βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του
Ασφάλεια	Βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

2.6 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ελληνική οικονομία

Συνοψίζοντας τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητά τους καταγράφεται στην ελληνική κοινωνία ως (Σιγάλας, 1999):

- αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας,



- μειωμένη γραφειοκρατία όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,
- δημόσια αναγνώριση (φήμη) της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και των συγκεκριμένων φορέων της (κυρίως των γιατρών),
- αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας
- γενικότερη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, κυρίως όσον αφορά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τον ασθενή,
- ξενοδοχειακή υποδομή, η οποία εξαρτάται από το μέγεθος των θαλάμων, το είδος και την κατάσταση του εξοπλισμού, τη διατροφή, την καθαριότητα, τον ελεύθερο χώρο,
- πολιτισμένο περιβάλλον, γενικότερα.

2.7 Η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

2.7.1 Οφέλη για τον ασθενή

Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας για τον ασθενή είναι τα εξής (Γιαννακούλια, 2005):

- **Υγειονομικά οφέλη.** Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποτροπή τυχόν επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής, λοιμώξεων κ.λπ.
- **Ψυχολογικά οφέλη.** Έχουν σχέση με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σε αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη.



• **Οικονομικά οφέλη.** Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με τη βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

2.7.2 Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς κ.ά.) συνίστανται κυρίως (Γιαννακούλια, 2005):

- στην αποτελεσματικότητα του έργου τους,
- στη νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους,
- στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους,
- στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους, στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος,
- στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα.

2.7.3 Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποκομίζουν τα παρακάτω οφέλη από την ποιότητα (Γιαννακούλια, 2005):

- Οικονομικά οφέλη. Οφείλονται στη μείωση του λειτουργικού κόστους, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων. Η βελτίωση της



ποιότητας των υπηρεσιών οδηγεί σε περιορισμό του συνολικού χρόνου νοσηλείας και στην αποφυγή διενέργειας περιττών εξετάσεων ή θεραπευτικών αγωγών που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες, αφού τα προβλήματα των ασθενών αφενός εντοπίζονται γρήγορα και με ακρίβεια και αφετέρου αντιμετωπίζονται άμεσα. Έτσι, οι πόροι που εξοικονομούνται μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για έρευνα, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού κ.ά. (Γιαννακούλια, 2005)

- Λειτουργικά οφέλη. Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας.
- Αναγνώριση και φήμη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

3.1 Η διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών στο νοσοκομείο

Όλες οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά στο νοσοκομείο συνδέονται άμεσα με τους αντικειμενικούς στόχους που είναι η σωστή διάγνωση των ασθενειών, η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών και η πλήρης ξενοδοχειακή τους υποστήριξη κατά τη διάρκεια της παραμονής τους σε αυτό. Ουσιαστική παράμετρος στην προσπάθεια οργάνωσης και συντονισμού των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται στο νοσοκομείο αποτελεί η ορθολογική διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών – εφοδίων στις εγκαταστάσεις του (Δικαίος, 1999).

Ο αριθμός των ανθρώπων που διακινούνται σήμερα στο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα μεγάλος και κατατάσσεται στις ακόλουθες κατηγορίες (Δικαίος, 1999):

- Εσωτερικοί ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και πρέπει να μεταφερθούν σε κάποιο εργαστήριο για τη διενέργεια εξετάσεων, στα χειρουργεία για επέμβαση, σε άλλη κλινική του νοσοκομείου για συνέχιση της νοσηλείας τους, ή ακόμη πρέπει να μεταβούν οι ίδιοι σε κάποια υπηρεσία του νοσοκομείου.
- Εξωτερικοί ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ημέρας για διάφορες εξετάσεις ή και θεραπεία, δεν χρειάζεται όμως να εισαχθούν για νοσηλεία.
- Προμηθευτές του νοσοκομείου (υγειονομικού υλικού, φαρμακευτικού υλικού, τροφίμων, τεχνικών και άλλων υλικών).



- Εξωτερικοί συνεργάτες του νοσοκομείου (σύμβουλοι, αντιπρόσωποι φαρμακευτικών και άλλων εταιριών, εξωτερικά συνεργεία συντήρησης των εγκαταστάσεων και μηχανημάτων του κ.λπ.).
 - Επισκέπτες των ασθενών που νοσηλεύονται.
 - Συνοδοί των ασθενών, που είναι συνήθως και συγγενείς τους.
 - Φοιτητές και σπουδαστές επιστημών υγείας, στην περίπτωση που το νοσοκομείο είναι εκπαιδευτικό (πανεπιστημιακό).

Εξίσου μεγάλος είναι ο όγκος των υλικών που διακινούνται κάθε μέρα στο νοσοκομείο. Υγειονομικό υλικό, φάρμακα, τεχνικά υλικά, υλικά καθαριότητας κ.λπ. παραδίδονται από τους προμηθευτές στις κατά είδος αποθήκες του νοσοκομείου και στη συνέχεια διανέμονται από εκεί στις διάφορες κλινικές και στα τμήματα που τα χρειάζονται για την λειτουργία τους. Ακόμη, η τροφοδοσία από τα μαγειρεία των κλινικών για τη σίτιση των ασθενών, η μεταφορά του ακάθαρτου και καθαρού ιματισμού, η απομάκρυνση των απορριμμάτων και άλλες παρόμοιες λειτουργίες απαιτούν, επίσης, τη διακίνηση μεγάλου όγκου υλικών (Δικαίος, 1999).

Η ελλιπής ή κακή διαχείριση της διακίνησης ανθρώπων και υλικών οδηγεί αναπόφευκτα σε (Δικαίος, 1999):

- συμφόρηση,
- παρεμπόδιση της ανάπτυξης δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή,
 - δημιουργία πολλών «νεκρών» χρόνων,
 - κακής ποιότητας υπηρεσίες,
 - κακή εξυπηρέτηση όλων εκείνων που έρχονται σε επαφή με το νοσοκομείο.

Ένας σωστός σχεδιασμός συνεπάγεται ότι η κατασκευή του νοσοκομείου έχει γίνει κατά τέτοιο τρόπο ώστε να (Δικαίος, 1999):



- επιτρέπει την ανάπτυξη όλων εκείνων των δραστηριοτήτων που συνθέτουν τις λειτουργίες του (ιατρική, νοσηλευτική, ερευνητική, εκπαιδευτική, ξενοδοχειακή, διοικητική, οικονομική, τεχνική κ.λπ.),
- εξασφαλίζει ταχύτητα, αποφυγή σύγχυσης και ομαλότητα κατά την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων αυτών,
- εξασφαλίζει τη δυνατότητα «επικοινωνίας» μεταξύ των δραστηριοτήτων,
- επιτρέπει τη συνεχή ροή των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τη λήψη των αποφάσεων, επιτρέπει την απρόσκοπτη διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων, κάθε φορά που αυτό επιβάλλεται από την εξέλιξη είτε της ιατρικής και τεχνολογίας, είτε των αντιλήψεων για την υγεία.

Ο αριθμός των κλινών που μπορεί να υπάρχουν σε ένα θάλαμο νοσηλείας ασθενών, σε σχέση με την επιφάνειά του σε τετραγωνικά μέτρα, ο συνολικός αριθμός των κλινών που θα πρέπει να διαθέτει κάθε κλινική του νοσοκομείου. Επίσης, σε σχέση με τη συνολική επιφάνεια του σε τετραγωνικά μέτρα που πρέπει να αναλογεί σε κάθε κλίνη, η απόσταση του χώρου νοσηλείας της κάθε κλινικής από τους θαλάμους νοσηλείας των ασθενών της. Η κατάλληλη χωροθέτηση των βοηθητικών χώρων της κλινικής, η χωροθέτηση των τμημάτων του νοσοκομείου με κριτήριο την ελαχιστοποίηση των διαδρομών κ.λπ. αποτελούν ουσιαστικές παραμέτρους, οι οποίες πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κατά τον σχεδιασμό των κτιριακών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου. Επομένως, οι συνθήκες περίθαλψης και διαβίωσης των ασθενών να είναι οι καλύτερες δυνατές, να αποφεύγονται περιττές ή μεγάλες και μη αναγκαίες μετακινήσεις του προσωπικού και να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του νοσοκομείου. Ειδικότερα, σε σχέση με τη διακίνηση των ανθρώπων και των υλικών, ο κτιριακός σχεδιασμός του νοσοκομείου θα πρέπει να εξασφαλίζει, σε όλους όσοι χρησιμοποιούν τους χώρους του, τη γρήγορη και εύκολη πρόσβαση στα διάφορα τμήματά του, κυρίως στα τμήματα εκείνα που επισκέπτονται πολλοί ασθενείς και κοινό (π.χ. το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων). Ο σωστός σχεδιασμός θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη γρήγορη και εύκολη



διακίνηση μεταξύ των διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου, ειδικά μεταξύ αυτών που έχουν ισχυρές αλληλεξαρτήσεις (π.χ. των κλινικών με τα διάφορα εργαστήρια, της χειρουργικής κλινικής με τα χειρουργεία και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Ακόμη, ο σχεδιασμός πρέπει να προβλέπει την τήρηση των απαραίτητων προδιαγραφών για την ασφάλεια των ασθενών, του προσωπικού και των εγκαταστάσεων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (π.χ. σεισμού, πυρκαγιάς) όπως και πυροδιαμερίσματα, τις οδούς και εξόδους ασφαλούς και γρήγορης διαφυγής κ.λπ. (Δικαίος, 1999).

Η κατάλληλη σήμανση και οι σωστές οδηγίες είναι στοιχεία απολύτως απαραίτητα σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου. Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που επισκέπτονται το νοσοκομείο είναι ασθενείς, δηλαδή άτομα με προβλήματα, εξαιτίας των οποίων μπορούν να κατανοήσουν και να ακολουθήσουν μόνο τις απλούστερες οδηγίες. Επίσης, οι επισκέπτες δεν είναι εξοικειωμένοι ούτε με τους χώρους του νοσοκομείου ούτε με τον τρόπο λειτουργίας του. Επόμενο είναι λοιπόν σε ένα νοσοκομείο με κακή αρχιτεκτονική, όπου δεν υπάρχει και η σωστή σήμανση, να δημιουργούνται προβλήματα όπως συμφόρηση και εκνευρισμός, δυσαρέσκεια και επιπρόσθετη απασχόληση του προσωπικού να κατευθύνει τους επισκέπτες στον προορισμό τους (Δικαίος, 1999).

Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, η σωστή οργάνωση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα στα νοσοκομεία δε φαίνεται να είχε απασχολήσει τους αρμόδιους φορείς (Υπουργείο Υγείας, διοικήσεις νοσοκομείων κ.ά.), παρόλο που τα προβλήματα, εξαιτίας της απουσίας της, ήταν και εξακολουθούν να είναι έντονα. Η απουσία από τα περισσότερα ελληνικά νοσοκομεία σωστού σχεδιασμού στις κτιριακές τους εγκαταστάσεις και απρογραμματίστες επεμβάσεις που έγιναν και εξακολουθούν να γίνονται ακόμη και σήμερα ενοχοποιούνται για την κακή διαχείριση της διακίνησης των ανθρώπων και των υλικών μέσα σε αυτά (Δικαίος, 1999).



Η συμφόρηση που επικρατεί συνήθως στα τακτικά και επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία των ελληνικών νοσοκομείων, η απροειδοποίητη και αυθαίρετη εμφάνιση και εισαγωγή ασθενών (κυρίως σε περιφερειακά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης), οι προσπάθειες για παραβίαση της σειράς ή για την επιλογή συγκεκριμένης κλινικής ή γιατρού της προτίμησης του ασθενή ή των συγγενών του, οι παρεμβάσεις με «πλάγια» μέσα για επιτάχυνση των διαδικασιών (π.χ. της χειρουργικής επέμβασης) ή για «καλύτερη» αντιμετώπιση, οι καθυστερήσεις στη διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων ή των χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες πρέπει να υποβληθούν οι ασθενείς, ο απρογραμμάτιστος και συχνά ελλιπής εφοδιασμός των κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου με υλικά, η πλημμελής τροφοδοσία των κλινικών κ.λπ. είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα νοσοκομεία στη χώρα μας. Επίσης, είναι γνωστή σε όλους η εικόνα της συμφόρησης των νοσοκομείων από συγγενείς που πηγαινοέρχονται στους διαδρόμους ή καταλαμβάνουν τους θαλάμους των ασθενών, εικόνα που πολύ συχνά χαρακτηρίζεται ως τριτοκοσμική (Δικαίος, 1999).

Για να αντιμετωπιστούν σωστά όλα αυτά τα προβλήματα και για να αποκτήσουν τα νοσοκομεία στην Ελλάδα αποτελεσματική λειτουργία και πολιτισμένη εμφάνιση, απαιτούνται (Δικαίος, 1999):

- Κεντρική απόφαση και θέσπιση συγκεκριμένων προδιαγραφών και κανόνων, που θα αφορούν στη διακίνηση των ανθρώπων και των υλικών μέσα στα νοσοκομεία.
- Βούληση των υπευθύνων οργάνων της πολιτείας και των νοσοκομείων για την εφαρμογή τους.
- Απαγόρευση των αυθαίρετων και απρογραμμάτιστων επεμβάσεων στις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Οι επεμβάσεις που τυχόν απαιτούνται θα μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο εφόσον ενταχθούν στον συνολικό σχεδιασμό του νοσοκομείου και εγκριθούν από επιτροπή ειδικών επιστημόνων.



- Καθιέρωση στα νοσοκομεία συγκεκριμένου χρόνου για την ενημέρωση των συγγενών των ασθενών και αυστηρή τήρησή του. Οι συγγενείς των ασθενών ζητούν να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας των δικών τους και την πορεία της θεραπείας τους. Αυτό όμως θα πρέπει να γίνεται από τους θεράποντες γιατρούς σε συγκεκριμένες ώρες και σε συγκεκριμένο χώρο.
- Ενημέρωση όλων των πολιτών για το πλαίσιο της αγωγής υγείας, για το πόσο βλαβερό αλλά και άσκοπο είναι να επισκέπτονται τα νοσοκομεία οποιαδήποτε ώρα της ημέρας.

3.2 Το κόστος της ποιότητας στις μονάδες υγείας

Ενδεχομένως να φαίνεται αντιφατικό το γεγονός ότι ποιότητα σημαίνει τελικά μικρότερο κόστος. Κάτι τέτοιο μπορεί να υποστηριχτεί με τα εξής επιχειρήματα (Δικαίος, 1999):

1. Τη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών έχει δύο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια που μπορεί να έχει η φροντίδα. Η δεύτερη, αντίθετα, αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις (επεμβάσεις, εξετάσεις κ.λπ.). Η έλλειψη επαρκών φροντίδων σαφώς περιορίζει το επίπεδο της ποιότητας, εξίσου όμως επικίνδυνη και τελικά εις βάρος της ποιότητας είναι και η πρακτική των περιττών και κυρίως μη τεκμηριωμένων εξετάσεων και γενικώς ιατρικών πράξεων.

2. Το οικονομικό κόστος της ποιότητας. Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαδικασία διαπίστευσης κ.λπ. Αυτή είναι η μία πλευρά και η μία παράμετρος του κόστους ποιότητας, δηλαδή το κόστος επίτευξης της ποιότητας. Η στρατηγική σημασία όμως της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό το κόστος επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία και



ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως το «υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Έτσι, το κόστος ποιότητας αναλύεται σε κόστος επίτευξης της ποιότητας και σε κόστος έλλειψης ποιότητας.

A) Κόστος επίτευξης της ποιότητας

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες (Δικαίος, 1999):

- Εκπαίδευσης
- Βελτίωσης υποδομής
- Εισαγωγής συστημάτων ποιότητας
- Μέτρησης και γενικότερα αξιολόγησης επιπέδου ποιότητας
- Εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας
- Εξάλειψης αιτίων κακής ποιότητας

B) Κόστος έλλειψης ποιότητας

Το κόστος έλλειψης ποιότητας κατά τον Philip Crosby, είναι αυτό που θα απέφευγε ο οργανισμός, εάν κάθε προϊόν ή υπηρεσία που προσφέρει ή και κάθε δραστηριότητα για την παραγωγή και διάθεσή τους ή κάθε δραστηριότητα υποστήριξης εκτελείται άψογα κάθε φορά την πρώτη φορά. Μερικά παραδείγματα κόστους έλλειψης ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου είναι (Δικαίος, 1999):

- Παράταση νοσηλείας
- Επανάληψη εξετάσεων
- Ακύρωση χειρουργικής επέμβασης
- Μη προγραμματισμένη επανεγχείρηση
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
- Ανεπιθύμητα συμβάντα από λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή από μετάγγιση.



3.3 Το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας που σημειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες –χωρίς να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα-, σε συνδυασμό με τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, οδήγησε στην ανάληψη πρωτοβουλιών από μέρους των διεθνών οργανισμών και των κυβερνήσεων των χωρών για την εφαρμογή πολιτικού ελέγχου των δαπανών τους για την υγεία, δημόσιων και ιδιωτικών, και γενικότερα των κοινωνικών τους δαπανών. Κοινός στόχος όλων των συστημάτων υγείας, παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, είναι πλέον η συγκράτηση του επιμέρους κόστους παροχής των υπηρεσιών υγείας (Δικαίος, 1999).

Το κόστος έχει αναδειχτεί τις τελευταίες δεκαετίες σε καθοριστική παράμετρο για τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και αποτελεί το βασικό είδος πληροφορίας για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση κάθε δραστηριότητας (Δικαίος, 1999).

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι το κόστος που δημιουργείται είτε επειδή δεν πραγματοποιούνται εξ αρχής οι ενδεδειγμένες και σωστές ενέργειες για την παροχή της υπηρεσίας, είτε επειδή εφαρμόζονται λανθασμένα. Η χαμηλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει επιπτώσεις στην έγκαιρη αντιμετώπιση και γρήγορη θεραπεία του ασθενή, καθώς και στο λειτουργικό κόστος της μονάδας παροχής των υπηρεσιών αυτών. Η παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή εξαιτίας της χαμηλής ή κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνεπάγεται και επιπλέον αρνητικές επιπτώσεις. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν (Δικαίος, 1999):

- τον ίδιο τον ασθενή, π.χ. πιθανή εμπλοκή του υγειονομικού του προβλήματος εξαιτίας νοσοκομειακής λοίμωξης, οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της μακράς απουσίας του από την εργασία, ψυχολογική επιβάρυνση κ.λπ.,



- τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, π.χ. δέσμευση των διαθέσιμων κλινών της και γενικά περιορισμός των δραστηριοτήτων της εις βάρος της ικανοποίησης των αναγκών άλλων ασθενών,
- το κοινωνικό σύνολο, π.χ. άσκοπη αύξηση των νοσοκομειακών δαπανών, απώλεια παραγωγικότητας κ.λπ.

Επιπλέον, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερο, ακόμη και ανυπολόγιστο, σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί σωματική βλάβη ή χάσει τη ζωή του, εξαιτίας εσφαλμένης ή καθυστερημένης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος (Δικαίος, 1999).

Επιστήμονες, ειδικοί σε θέματα ποιότητας, υπολογίζουν ότι σε οργανισμούς με καλή διοίκηση και διαχείριση, το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών μπορεί να φτάσει μέχρι και ποσοστό 30% των εσόδων τους. Ακόμη, επισημαίνουν ότι περίπου το 1/4 του προσωπικού τους απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά (Δικαίος, 1999).

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν είτε την επανάληψη των ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή είτε στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών και δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα, αλλά επεκτείνεται και στον περιορισμό που προκαλεί η χαμηλή ποιότητα στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους είναι αναγκασμένο να διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή, θα μπορούσε σίγουρα να παράγει και να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή άλλους ασθενείς. Κάθε βελτίωση, επομένως, της ποιότητας των υπηρεσιών του έχει ως αποτέλεσμα και την άμεση αύξηση της παραγωγικότητάς του (Φαμέλη, 2005).



Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις που υπάρχουν στον οργανισμό που δημιουργείται κατά τη σύστασή τους. Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας (Φαμέλη, 2005).

3.4 ISO και ποιότητα μονάδων και υπηρεσιών υγείας

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO (International Organization for Standardization) είναι μια διεθνής ομοσπονδία των εθνικών οργανισμών τυποποίησης αποτελούμενη από 147 οργανισμούς. Τα διεθνή πρότυπα συστημάτων ποιότητας της σειράς ISO 9000 πρωτοεκδόθηκαν το 1987 σαν αποτέλεσμα πολυετούς προσπάθειας καθιέρωσης διεθνών προτύπων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Η αρχική αναθεώρηση έγινε το 1994 και το 2000, όπου το αναθεωρημένο πρότυπο ISO-9001/2000 αντικατέστησε τα επιμέρους πρότυπα ISO-9001-3/94 (Φαμέλη, 2005).

Τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες σχετιζόμενους με τις οργανωτικές δομές των φορέων, τον τύπο του ιδρύματος υγείας, τη φύση των υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές. Οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες καθώς το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001/2000 αποτελεί μια λογική σύνθεση όλων των διαφορετικών εθνικών προσεγγίσεων. Ωστόσο, κάθε φορέας θα πρέπει να αναπτύξει και εφαρμόσει ένα σύστημα για την ποιότητα, προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και δομημένο έτσι ώστε να καλύπτει και να χαρακτηρίζει το εύρος των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών (Φαμέλη, 2005).

Ανεξάρτητα από το πεδίο αναφοράς του, το σύστημα για την ποιότητα θα πρέπει να καλύπτει όλα τα στάδια της παροχής των υπηρεσιών, από το σχεδιασμό μέχρι την αξιολόγησή τους και να αναφέρεται επαρκώς στις τρεις βασικές συνιστώσες (Φαμέλη, 2005):

- Υποδομή: άνθρωποι, τεχνογνωσία, περιβάλλον χώρος, ιατροτεχνολογική υποδομή, εγκαταστάσεις κ.λπ.



- Διεργασίες: σύνολο μεθόδων και τεχνικών που εφαρμόζονται σε επίπεδο μεμονωμένης κλινικής, εργαστηρίου κ.λπ., αλλά και διατομεακά με εμπλοκή περισσότερων τμημάτων, τομέων και υπηρεσιών.
- Αποτελέσματα: δείκτες παρακολούθησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ISO στις υπηρεσίες υγείας

Τα οφέλη που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή του προτύπου ISO 9001/2000 είναι τα εξής (Φαμέλη, 2005) :

- ✓ Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- ✓ Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών
- ✓ Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση λειτουργικού κόστους
- ✓ Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών
- ✓ Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας
- ✓ Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση
- ✓ Βελτίωση συνθηκών εργασίας
- ✓ Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης
- ✓ Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων
- ✓ Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων από τη λειτουργία των νοσοκομείων στο περιβάλλον

Οι αδυναμίες του ISO 9001 είναι οι εξής (Φαμέλη, 2005) :

- Εμπλέκει αρκετή γραφειοκρατία
- Είναι χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών που χρησιμοποιεί το πρότυπο
- Καθορίζει την περιγραφή των θέσεων εργασίας, γεγονός που δημιουργεί ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό
- Είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας



- Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίησή του και απαιτεί αναδιοργάνωση του οργανισμού και εκπαίδευση του προσωπικού.

3.5 Δομή Νοσοκομείου

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται επακριβώς (Περλέγκος 2004) :

- Η επωνυμία του
- Ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους
- Οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, καθώς και τα εργαστήριά της
 - Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής – Οικονομικής και Τεχνικής – Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους
 - Οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους
 - Ο αριθμός και οι ειδικότητες του προσωπικού
 - Η οργάνωση του νοσοκομειακού φαρμακείου

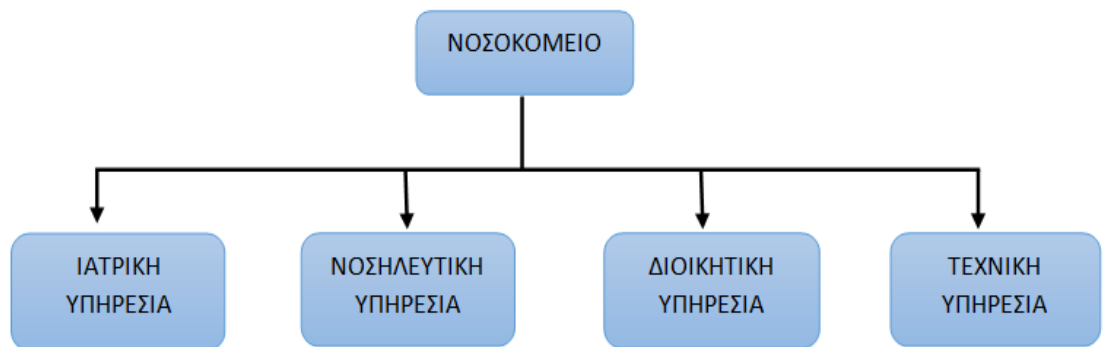
Σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται υποχρεωτικά ειδικό γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Περλέγκος, 2004).

Κάθε νοσοκομείο, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη, απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες (Περλέγκος, 2004) :

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική – Οικονομική

• Τεχνική – Ξενοδοχειακή

Τέλος, στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται στον Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Προμηθειών (Περλέγκος, 2004).



Διάγραμμα 1: Υπηρεσίες νοσοκομείου

α) Ιατρική Υπηρεσία

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγονται ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι – ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας. Ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της υπηρεσίας, της οποίας είναι και διοικητικός προϊστάμενος. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς και τμήματα. Οι βασικοί τομείς είναι (Περλέγκος, 2004):

1. Παθολογικός
2. Χειρουργικός
3. Εργαστηριακός
4. Ψυχικής Υγείας



β) Νοσηλευτική Υπηρεσία

Οι δραστηριότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας διακρίνονται σε νοσηλευτικές, διοικητικές και εκπαιδευτικές (Περλέγκος, 2004):

1. Νοσηλευτικές

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και τη τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
- Η παροχή φροντίδας για τη διαβίωση των αρρώστων στο νοσοκομείο, κάτω από γενικά παραδεκτές ανθρώπινες συνθήκες.

2. Διοικητικές

- Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης σε όλο το προσωπικό.
- Η επαρκής στελέχωση των τομέων, τμημάτων και μονάδων για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων σε 24ωρη βάση.
- Ο έλεγχος των παρεχόμενων από το προσωπικό υπηρεσιών.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας για την κάλυψη επειγόντων περιστατικών.
- Η από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

3. Εκπαιδευτικές

- Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού με βάση τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Η υποστήριξη των εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων.
- Η κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

γ) Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία

Οι δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι οι εξής (Περλέγκος, 2004) :

- Συντονισμός των λειτουργιών των άλλων υπηρεσιών
- Υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών
- Διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας
- Εκπαίδευση στελεχών σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης



Η Οικονομική Υπηρεσία ασχολείται με θέματα λογιστικά, μισθοδοσίας, διαχείρισης υλικών, προμηθειών, διαχείρισης περιουσίας και δωρεών, διατροφής, επιστασίας, συγκέντρωσης και ανάλυσης στατιστικών στοιχείων, εκπαίδευσης και επιμόρφωσης κ.τ.λ. (Περλέγκος, 2004).

δ) Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Οι αρμοδιότητες της συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι οι μελέτες έργων και κατασκευές, οι εγκαταστάσεις, οι συντηρήσεις και επισκευές κ.ά. (Περλέγκος, 2004).

Οργανωτική δομή των υπηρεσιών νοσηλείας - περίθαλψης του ασθενούς

Κάθε οργανισμός υγειονομικής φροντίδας, έχει ένα μείγμα παραδοσιακών νέων και αναπτυσσόμενων νοσηλευτικών πρακτικών. Όλοι μοιράζονται ένα κοινό σκοπό, για να βελτιώσουν τις σχέσεις, τη ροή της εργασίας και τα συστήματα για την παροχή της περίθαλψης, βαδίζοντας στα μονοπάτια που οδηγούν στη δημιουργία υγειονομικής φροντίδας για υγιείς κοινότητες. Η νοσηλεία, μπορεί να δομηθεί ως ένα νοσηλευτικό τμήμα, διεύθυνση ή υπηρεσία μέσα στον οργανισμό. Βάσει αυτού του μοντέλου, σχετίζεται με ένα επίπεδο τμήματος, για το συντονισμό των πόρων, του σχεδιασμού και της πολιτικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό, παρέχει υπηρεσίες μέσω των μονάδων παροχής φροντίδας στον ασθενή, τέτοιες όπως είναι οι μονάδες νοσηλείας των εσωτερικών ασθενών, οι μονάδες περιπατητικής φροντίδας, οι μονάδες εξωτερικών ασθενών, καθώς και οι υπηρεσίες εκτάκτων περιστατικών. Ένας νοσηλευτής - διεθυντής μονάδας, είναι υπόλογος για την παροχή φροντίδας. Οι νοσηλευτές, τοποθετούνται σε μια υπηρεσία, στο πλαίσιο της οποίας παραχωρούνται στους ασθενείς. Στους χώρους περιπατητικής φροντίδας, μπορούν να λειτουργήσουν, ως διαχειριστές μιας περίπτωσης. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ασθενών, την ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας, με τη συμβολή άλλων επαγγελματιών της υγειονομικής φροντίδας, καθώς και το σχεδιασμό της συνέχειας της φροντίδας με άλλους. Οι πολιτικές, οι διαδικασίες, οι κανονισμοί και οι περιγραφές εργασίας, διευκολύνουν το συντονισμό της φροντίδας. Οι



νοσηλευτές, με 24ωρη υπευθυνότητα, συντονίζουν τη φροντίδα, εξασφαλίζοντας ότι παρέχεται σύμφωνα με το σχέδιο. Παρέχουν συμβουλές και εκπαίδευση, βοηθούν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και τους προετοιμάζουν για αυτοεξυπηρέτηση, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η προετοιμασία για την έξοδο του ασθενούς, περιλαμβάνει τη διαβεβαίωση, ότι ο ασθενής διαθέτει την κατάλληλη πληροφόρηση, τις παραπομπές, τον εξοπλισμό, καθώς και τα αναλώσιμα υλικά για την περίθαλψη (Περλέγκος, 2004).

Σε αυτή την δομή, ο νοσηλευτής - εκτελεστικός, αντιπροσωπεύει τη νοσηλεία σε σχεδόν κάθε εκτελεστική και διαχειριστική διοίκηση, ιατρούς και ηγέτες της κοινότητας. Σε επίπεδο μονάδας, οι νοσηλευτές - διευθυντές και οι επιτελικοί νοσηλευτές, σχετίζονται κυρίως με τους ιατρούς, εργάζονται με το διαγνωστικό και θεραπευτικό σχέδιο, καθώς και με άλλους που παρέχουν φροντίδα στη μονάδα. Οι σχέσεις με άλλες οντότητες φροντίδας, αρχικά λαμβάνουν χώρα πρωταρχικά στα χαρτιά, μέσω γραπτών σχεδίων εξόδου από το νοσοκομείο και των παραπομπών. Οι επιτελικοί νοσηλευτές, υποστηρίζονται στις λειτουργίες τους, από τους πόρους του τμήματος νοσηλευτικής, περιλαμβανόμενης της κλινικής εκπαίδευσης (προσανατολισμός, πρακτική εξάσκηση και εξέλιξη προσωπικού). Σε όλα τα τμήματα οι ηγέτες υποστήριξης, εργαζόμενοι με το διαχειριστή της μονάδας και τους επιτελικούς νοσηλευτές, διαχειρίζονται την ποιότητα της φροντίδας (Περλέγκος, 2004).

Η δομή της διοίκησης, περιλαμβάνει τον αρχινοσοκόμο και τις κλινικές βοηθητικές υπηρεσίες, όπως είναι η εξέλιξη του προσωπικού, οι προσλήψεις, οι οικονομικές υπηρεσίες, η διασφάλιση της ποιότητας και η ανάπτυξη του σχεδίου. Η διαχείριση της νοσηλείας, περιλαμβάνει τους αρχηγούς που διαχειρίζονται μια ή περισσότερες μονάδες φροντίδας του ασθενούς, οι οποίες ορίζονται σύμφωνα με τον τύπο της φροντίδας που γενικά παρέχεται, όπως είναι η εντατική φροντίδα, η κρίσιμη φροντίδα, η χειρουργική, η παιδιατρική, η μαιευτική ή η ψυχιατρική (Περλέγκος, 2004).



Τα νοσοκομεία, με έναν επαρκή όγκο ασθενών, οι οποίοι χρειάζονται ένα συγκεκριμένο τύπο φροντίδας, μπορούν να έχουν εξειδικευμένες μονάδες. Έκτακτες υπηρεσίες, κλινικές, υπηρεσίες χειρουργών και υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, αποτελούν μέρος του νοσηλευτικού τμήματος. Τα μικρότερα νοσοκομεία, μπορούν να ομαδοποιήσουν τους ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες, ανά ειδικότητα. Ένα από τα θέματα της υποβάθμισης, είναι η κατάταξη σε κατηγορίες της φροντίδας του ασθενούς, προκειμένου να τεθούν οι ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες στην ίδια κατηγορία, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική οργάνωση και η εκμετάλλευση των πόρων (Περλέγκος, 2004).

Βασικές αρχές διοίκησης νοσοκομειακών μονάδων

Η νοσοκομειακή μονάδα, χρειάζεται να έχει έναν ξεχωριστό σκοπό και αποστολή, τα οποία εκφράζονται μέσα από μια σειρά στόχων. Θα πρέπει να θέτει και να υπηρετεί συγκεκριμένους στόχους, για την επίτευξη των μέγιστων δυνατών αποτελεσμάτων. Αποτελεσματική αρχή, των νοσοκομειακών μονάδων, είναι το σταθερό σύστημα των κανόνων. Οι κανόνες του νοσοκομείου, αποτελούν τους οδηγούς ή τα επίσημα όρια, για τις πράξεις που λαμβάνουν χώρα εντός του νοσοκομείου. Όλοι οι οργανισμοί, οφείλουν να αναπτύσσουν μια συστηματική δομή, που να προσδιορίζει τους επίσημους ρόλους. Το νοσοκομειακό μάνατζμεντ (management), απαιτεί την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και στον σχεδιασμό, με στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων. Το μάνατζμεντ του νοσοκομείου, σχετίζεται με δυο αλληλένδετα συστήματα, το νοσοκομείο και το περιβάλλον του. Αντικείμενο του μάνατζμεντ, είναι να επιδρά στα δυο αυτά συστήματα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να καθίσταται δυνατή η εκπλήρωση του σκοπού των νοσοκομειακών μονάδων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τόσο όμως το νοσοκομείο, όσο και το περιβάλλον του, είναι δυο ιδιαίτερα πολύπλοκα συστήματα. Τέτοια συστήματα καθορίζονται από



ιατρικά, τεχνολογικά, οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πολιτικά καταστατικά μεγέθη, είναι ασταθή και δύσκολα επιτρέπουν προβλέψεις (Περλέγκος, 2004).

Οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου είναι πολλές και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητο, η διοίκηση του νοσοκομείου να είναι οργανωτική και αποτελεσματική. Η αποτελεσματική διοίκηση, είναι το αποτέλεσμα και η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Η διοίκηση ενός νοσοκομείου, αποτελεί τον πρωταρχικό ρόλο στη λειτουργία του. Η διοίκηση, ασκείται από μια ομάδα ατόμων, που χαρακτηρίζονται ως ηγετικά στελέχη. Στα στελέχη που ανατίθεται η άσκηση της διοίκησης, πρέπει να έχουν ιδιαίτερες δεξιότητες, τεχνικές ή συνολικής θεώρησης. Το ενδιαφέρον της διοίκησης, επικεντρώνεται στην αύξηση της παραγωγικότητας, στις ανθρώπινες σχέσεις, στη χρήση μαθηματικών μοντέλων και στην κατανόηση των μελών του Οργανισμού. Στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, ο ρόλος της διοίκησης είναι πολύ πιο σημαντικός, αφού από την αποτελεσματικότητά της, εξαρτάται η σωστή και η γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Λόγω της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας αυτών των οργανισμών και της ιδιομορφίας του αγαθού «υγεία», η άσκηση της διοίκησης, απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή και πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες τεχνικές σε κάθε περίπτωση. Οι διοικητικές - οικονομικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται στη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων, εστιάζουν στη διοίκηση - διαχείριση, στην ανάπτυξη σύγχρονων μεθόδων μάνατζμεντ, στην υψηλή διοικητική ικανότητα, στον προγραμματισμό για την κάλυψη αναγκών και στην εξειδικευμένη υποδομή για τριτοβάθμια περίθαλψη (Περλέγκος, 2004).

3.7 Λειτουργίες της διοίκησης του νοσοκομείου

Οι κατατάξεις, μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με το μέγεθος και την πολυπλοκότητα ενός συγκεκριμένου νοσοκομείου. Στην αρχή του αιώνα, ο Γάλλος Henri Fayol, έγραψε ότι όλοι οι διαχειριστές πραγματοποιούν πέντε λειτουργίες: Σχεδιάζουν, οργανώνουν, διοικούν, συντονίζουν και ελέγχουν. Λόγω του ότι τα νοσοκομεία υφίστανται για την επίτευξη κάποιας αποστολής ή σκοπού, κάποιος πρέπει να καθορίσει αυτόν τον σκοπό και τα μέσα για την εκπλήρωση του. Η



λειτουργία του σχεδιασμού, περιλαμβάνει τον καθορισμό των στόχων ενός οργανισμού, την καθιέρωση μιας γενικής στρατηγικής για την επίτευξη αυτών των στόχων, καθώς και την ανάπτυξη μιας περιεκτικής ιεράρχησης σχεδίων, για την ενσωμάτωση και το συντονισμό δραστηριοτήτων. Οι διαχειριστές της διοίκησης, είναι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό της δομής ενός οργανισμού. Η λειτουργία αυτή, καλείται οργάνωση. Περιλαμβάνει, τον προσδιορισμό των καθηκόντων που πρέπει να αναληφθούν, το ποιος θα το εκτελέσει, με ποιο τρόπο θα ομαδοποιηθούν, το ποιος θα δίνει αναφορά σε ποιόν, καθώς και το επίπεδο στο οποίο θα ληφθούν οι αποφάσεις μέσα στον οργανισμό. Κάθε νοσοκομείο διαθέτει ανθρώπους και είναι εργασία της διοίκησης του νοσοκομείου, να καθοδηγεί και να συντονίζει το προσωπικό. Αυτή είναι η λειτουργία της καθοδήγησης. Όταν οι διευθυντές παρέχουν κίνητρα στους υπαλλήλους, κατευθύνουν τις δραστηριότητες άλλων, επιλέγουν το πιο αποτελεσματικό κανάλι επικοινωνίας ή επιλύουν αντιθέσεις μεταξύ των μελών, ασχολούνται με την καθοδήγηση (Περλέγκος, 2004).

Η τελική λειτουργία της διαχείρισης, που εκτελούν οι διοικητικοί, είναι ο έλεγχος. Ακόμα και μετά την τοποθέτηση των στόχων, τη διατύπωση των σχεδίων, την περιγραφή των διαρθρωτικών ρυθμίσεων, την πρόσληψη ανθρώπων, την εκπαίδευση και την παροχή των κινήτρων. Η διοίκηση, πρέπει να παρακολουθεί την απόδοση του οργανισμού. Η πραγματική απόδοση, πρέπει να συγκριθεί με τους προκαθορισμένους στόχους. Εάν παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές αποκλίσεις, αποτελεί ευθύνη της διοίκησης, η απαλοιφή των αιτιών. Η διαδικασία αυτή της παρακολούθησης, σύγκρισης και διόρθωσης, συνιστά τη λειτουργία του ελέγχου (Περλέγκος, 2004).



Σχήμα 3.2: Διοικητική Κατηγοριοποίηση Νοσοκομείου

Όλοι οι διευθυντές, σε κάποιο βαθμό, λαμβάνουν και συλλέγουν πληροφόρηση από τους οργανισμούς και ιδρύματα εκτός των δικών τους. Τυπικά, το κάνουν διαβάζοντας εμπορικά περιοδικά υγειονομικής φροντίδας και συζητώντας με άλλους, προκειμένου να ενημερωθούν για τις αλλαγές στις ανάγκες των ιατρών και για τα σχέδια άλλων νοσοκομείων. Ο Mintzberg, αποκάλεσε αυτό τον ρόλο ελεγκτικό. Οι διευθυντές, επίσης, ενεργούν ως ένας αγωγός μετάδοσης πληροφοριών προς τα μέλη του οργανισμού. Συγκεκριμένα, είναι ο ρόλος του υπευθύνου διάχυσης πληροφοριών. Όταν αντιπροσωπεύουν τον οργανισμό προς τα έξω, οι διευθυντές διαδραματίζουν, επίσης, το ρόλο του εκπροσώπου. Τελικά, ο Mintzberg, διαπίστωσε τέσσερις ρόλους που περιστρέφονται γύρω από τη λήψη των επιλογών. Ως επιχειρηματίες, οι διευθυντές εγκαινιάζουν και επιβλέπουν νέα προγράμματα που θα βελτιώσουν την απόδοση του νοσοκομείου τους. Σαν διαχειριστές ανωμαλιών, οι ίδιοι προβαίνουν σε διορθωτικές πράξεις, κατά την αντιμετώπιση απρόβλεπτων προβλημάτων. Σαν κατανεμητές των πόρων, είναι υπεύθυνοι για τη διανομή του ανθρώπινου, φυσικού και οικονομικού δυναμικού. Τέλος, οι διαχειριστές ενεργούν σαν διαπραγματευτές, όταν συζητούν και συναλλάσσονται με οργανισμούς διατήρησης της υγείας (ΗΜΟ) για να αποκομίσουν τα δικά τους πλεονεκτήματα (Περλέγκος, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

4.1 Τμήμα Διατροφής

Αρμόδιο για τη σίτιση των ασθενών στο Νοσοκομείο είναι το τμήμα Διατροφής. Το τμήμα διατροφής αποτελεί ένα σημαντικό χώρο παροχής υπηρεσιών σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα. Η ανάγκη για τη διασφάλιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών από το τμήμα αυτό προκύπτει από την ανάγκη περιορισμού της σπατάλης και των δυσλειτουργιών ως μέρος της νοσηλευτικής μονάδας. Οι υπηρεσίες σίτισης του τμήματος διατροφής πέρα από την υποστήριξη της διατροφής των ασθενών και του προσωπικού, συμβάλλουν και στη γενικότερη αίσθηση καλής λειτουργίας του νοσοκομείου. Θεωρώντας σαν τελικό προϊόν την παροχή ασφαλών και καλής ποιότητας γευμάτων, υπάρχει μία ικανοποίηση και ευχαρίστηση του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μία πελατειακή σχέση παραγωγού-καταναλωτή ανάμεσα στο Νοσοκομείο, τους ασθενείς και τους εργαζόμενους. Στο τμήμα Διατροφής, ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού με ελεύθερη ή ειδική διαιτητική αγωγή και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών, καθώς και των ασθενών τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων που έχουν ανάγκη από ειδική διαιτητική λήψη. Στο τμήμα εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων εμπλέκονται με τα τρόφιμα από την παραλαβή μέχρι και τη διάθεσή τους. (Π.Δ.87/86 ΦΕΚ.32/86). Η οικονομική λειτουργία και η διοίκηση του τμήματος, εντάσσονται στις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας (Ν.1397/83) (Wolper, 2007).



4.1 Το επάγγελμα του διαιτολόγου

Ένας διαιτολόγος είναι πρόσωπο με ένα νόμιμα αναγνωρισμένο τυπικό προσόν (στη διατροφή και τη διαιτητική) που εφαρμόζει την επιστήμη της διατροφής στις ομάδες σίτισης και εκπαίδευσης των ανθρώπων και ατόμων στην υγεία και την ασθένεια (Wolper, 2007).

Ο επαγγελματίας διαιτολόγος εισέρχεται στην αγορά εργασίας με βασικό του εφόδιο τα επαγγελματικά του δικαιώματα, με δεδομένο το γεγονός ότι ακόμη στη χώρα μας δεν υπάρχει θεσμοθετημένη άδεια άσκησης επαγγέλματος Διαιτολόγου. Τα επαγγελματικά δικαιώματα (Π.Δ. 311/1997 - ΦΕΚ Α', 221/29-10-1997) ορίζουν το καθηκοντολόγιο και τις δυνατότητες καθώς και τους χώρους που μπορεί να εργαστεί ένας διαιτολόγος στην αγορά εργασίας. Σύμφωνα με το παραπάνω Προεδρικό Διάταγμα (Wolper, 2007):

1. Ο πτυχιούχος του τμήματος Διαιτολογίας του Χαροκοπέιου ΑΕΙ Οικιακής Οικονομίας ο οποίος ορίζεται ως «πτυχιούχος διαιτολόγος» με βάση τις εξειδικευμένες γνώσεις στη διατροφή και την κλινική Διαιτολογία, είναι σε θέση (Wolper, 2007):

- να σχεδιάζει, προγραμματίζει, επιβλέπει και υποστηρίζει την εκτέλεση προγραμμάτων διατροφής του υγιούς ή ασθενούντος πληθυσμού, νοσηλευόμενου ή μη, σε χώρους ομαδικής σίτισης (όπως κατασκηνώσεις, νοσοκομεία, παιδικοί σταθμοί, γηροκομεία κλπ.).

- να εκτιμά την κατάσταση θρέψης των ασθενών που νοσηλεύονται σε ειδικές μονάδες (εντατικής θεραπείας, μεταμοσχεύσεων, εμφραγμάτων, αναπνευστικής ανεπάρκειας, τεχνητού νεφρού, συνεχούς περιτοναϊκής κάθαρσης, τεχνητού παγκρέατος ασθενών με HIV λοίμωξη) και να εφαρμόζει ειδικές μεθόδους διατροφικής υποστήριξης (εντερική, παρεντερική διατροφή).

- να σχεδιάζει και να επιβλέπει την εκτέλεση θεραπευτικών διαιτών, βάση ιατρικών οδηγιών.



- να συμμετέχει σε επιστημονικές δραστηριότητες που αφορούν τη διατροφή, τη νόσο και την υγεία του πληθυσμού.
- να εκπαιδεύει σε θέματα διατροφής και διαιτολογίας, προσωπικό που εμπλέκεται καθ' οιονδήποτε τρόπο στην προπαρασκευή, παραλαβή και διακίνηση τροφίμων.
- να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε προσωπικό των κλάδων επαγγελματιών υγείας.
- να συμμετέχει τέλος στην εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού σε θέματα διατροφής, μέσα από προγράμματα που οργανώνονται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς.

2. Ο πτυχιούχος διαιτολόγος, με βάση τις παραπάνω εξειδικευμένες γνώσεις του, μπορεί να απασχολείται, αυτοτελώς ή σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες, σε νοσηλευτικά ιδρύματα και γενικά στους φορείς δημόσιας υγείας (δημόσια και ιδιωτικά Νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα υγείας κλπ), σε φορείς μαζικής σίτισης (γηροκομεία, παιδικοί σταθμοί, φοιτητικές εστίες κλπ) σε ινστιτούτα και κέντρα αδυνατίσματος, σε συμβουλευτικά κέντρα διατροφής, στη βιομηχανία τροφίμων, στην έρευνα και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Wolper, 2007).

Γενικά, οι δυνατότητες απασχόλησης των διαιτολόγων αφορούν δύο βασικούς τομείς, το δημόσιο τομέα και τον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά τη μισθοδοσία των εργαζόμενων στο δημόσιο αυτή κυμαίνεται στα 750 - 900 ευρώ. Μετά την έλευση πενταετίας ανεβαίνει στα 1282€. Όσον αφορά την ασφάλιση είναι του δημοσίου. Στον ιδιωτικό τομέα απασχολούνται περίπου 120 διαιτολόγοι. Βασικότεροι χώροι απασχόλησης των διαιτολόγων στον ιδιωτικό τομέα είναι τα Πολυδύναμα Κέντρα αδυνατίσματος σε ποσοστό 52%, σε αυτόνομα Διαιτολογικά γραφεία σε ποσοστό 32%, σε ιδιωτικά Νοσοκομεία σε ποσοστό 10% και τέλος σε Βιομηχανία Τροφίμων σε ποσοστό 6%. Όσον αφορά τη μισθοδοσία, στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχει θεσμοθετημένη συλλογική σύμβαση εργασίας, οπότε ο μισθός κρίνεται κατά περίπτωση. Συνήθως κυμαίνεται στα 600 - 950 ευρώ. Όσον αφορά την ασφάλιση,



όσοι έχουν σχέση εργαζομένου εργοδότη είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, ενώ όσοι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες είναι ασφαλισμένοι στο ΤΕΒΕ (Μπόσκου, 2001).

Ο ρόλος του διαιτολόγου στην σύγχρονη Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη γίνεται ολοένα και πιο σημαντικός καθώς αυξάνονται οι περιπτώσεις των ασθενειών που σχετίζονται άμεσα με τον παράγοντα διατροφή. Με την κατάλληλη διατροφική αγωγή οι ασθενείς θα προφυλάσσονταν από ενδεχόμενα νέα επεισόδια που θα σήμαινε την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Αν λοιπόν υπήρχε ο απαραίτητος αριθμός διαιτολόγων στα νοσοκομεία αυτό σημαίνει ότι θα μπορούσαν να παρακολουθούν τους ασθενείς, σε συνεργασία με τους ιατρούς, και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο πράγμα το οποίο σημαίνει τη μείωση των επεισοδίων των περισσότερων ασθενών μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο, μείωση των δαπανών από τη χορήγηση φαρμάκων και νοσηλίων και σαφώς καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε ορισμένα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας δεν υπάρχουν καθόλου διαιτολόγοι και στα υπόλοιπα δεν καλύπτονται όλες οι οργανικές θέσεις που προβλέπεται από τον Οργανισμό του κάθε Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Οι θέσεις των διαιτολόγων που προκηρύσσονται είναι ελάχιστες και από αυτές στην συντριπτική πλειοψηφία τους είναι κλάδου ΠΕ. της διατροφικής ομάδας αποτελούν τους κρίκους που πρέπει να συνδέσει ο διαιτολόγος. Ο διαιτολόγος συνεργάζεται με τους γιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό της ομάδας της διατροφικής φροντίδας του νοσοκομείου για να εξασφαλιστεί η παροχή της κατάλληλης διατροφικής φροντίδας στους ασθενείς μέσα στα νοσοκομεία, να εκπαιδεύει το προσωπικό που συμμετέχει στη διαδικασία της διατροφικής φροντίδας και να συντονίζει τις ενέργειες της διατροφικής ομάδας. Το προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει να έχει συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πλαίσιο της διατροφής του ασθενή. Οι επιμέρους ενέργειες των μελών για να δημιουργηθεί η διατροφική αλυσίδα (Μπόσκου, 2001).



Οι διαιτολόγοι επίσης επιβάλλεται να προσφέρουν και τις υπηρεσίες τους στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έτσι ώστε και μετά την ανάρρωση των ασθενών να υπάρχει επαφή με το διαιτολόγο (Μπόσκου, 2001) .

4.3 Δραστηριότητες του γραφείου διατροφής

Σύμφωνα με την εγκύκλιο Α2γ/οικ.2468/87, στο Τμήμα Διατροφής, εντάσσονται οι δραστηριότητες που σχετίζονται με (Βερλέντζας, 1999):

- Τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ελεύθερων διατροφικά ασθενών.
- Την ειδική διαιτητική αγωγή των νοσηλευόμενων ασθενών καθώς και των ασθενών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, μετά από ενυπόγραφη ιατρική εντολή.
- Την πληροφόρηση και εκπαίδευση ασθενών των οποίων το νόσημα χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας.
- Την παραλαβή, αποθήκευση, συντήρηση, παρασκευή και διάθεση τροφής στους ασθενείς και το προσωπικό του νοσοκομείου.
- Τη γνωμοδότηση για θέματα που αφορούν παραλαβές τροφίμων, προμήθειες τροφίμων, ανακαινίσεις χώρων, αγορά τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Τη συνεχή επιμόρφωση των εργαζομένων στο τμήμα σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας τους.
- Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των φοιτητών Διαιτολογίας.
- Την πρακτική άσκηση και ειδίκευση των Διαιτολόγων.

4.4 Στελέχωση του γραφείου διατροφής

Σύμφωνα με την εγκύκλιο Α2γ/οικ.2468/87, Το Γραφείο Διατροφής αποτελείται από (Βερλέντζας, 1999):

- Τον Προϊστάμενο
- Τον Κλινικό Διαιτολόγο



- Το Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων
- Τον Επόπτη Δημόσιας Υγείας
- Τον Τεχνολόγο Διατροφής ή Τεχνολόγο Τροφίμων
- Τον Υπάλληλο Διαχείρισης
- Τον Αποθηκάριο Τροφίμων
- Το Προσωπικό Μαγειρείου
- Το Προσωπικό Εστίασης

Προϊστάμενος

Ο Προϊστάμενος του Γραφείου Διατροφής είναι Κλινικός Διαιτολόγος και είναι υπεύθυνος γενικά για την ομαλή λειτουργία του Τμήματος και συγκεκριμένα για τον προγραμματισμό, καταμερισμό και συντονισμό των εργασιών όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται στο Τμήμα Διατροφής. Εισηγείται στη Διοίκηση για όλα τα θέματα που αφορούν το Τμήμα και για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού του Τμήματος. Είναι αρμόδιος για το έργο αξιολόγησης των εργαζομένων στο Τμήμα και προγραμματίζει, εκπονεί και υλοποιεί την ενδονοσοκομειακή εκπαίδευσή τους. Μεριμνά για την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Σ.Υ. και συντάσσει προαιρετικά προγράμματα εκπαίδευσης για τους εκπαιδευόμενους φοιτητές της Διαιτολογίας (Βερλέντζας, 1999).

Κλινικός Διαιτολόγος

Ο Κλινικός Διαιτολόγος είναι πτυχιούχος Ανώτατης Σχολής Διαιτολογίας και ασχολείται κυρίως με τη σύνταξη των διαιτολογίων. Συντάσσει λοιπόν διατροφικά σχήματα ύστερα από ενυπόγραφη Ιατρική εντολή, διατηρεί διατροφικό ιστορικό για κάθε ασθενή με διαιτητικό πρόβλημα και εκτελεί τις εκάστοτε τροποποιήσεις στις ειδικές δίαιτες όπως παραγγέλλονται από τον θεράποντα ιατρό και σύμφωνα με τις οδηγίες για την πορεία της νόσου. Παρακολουθεί την ιατρική επίσκεψη και συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την καλή παροχή διατροφικής φροντίδας. Συμμετέχει στις επιστημονικές δραστηριότητες του νοσοκομείου που αφορούν τη διατροφή, στην ομάδα εκπαίδευσης των φοιτητών



Διαιτολογίας και στην Επιτροπή Ποιοτικού Ελέγχου Τροφίμων. Ένας Κλινικός Διαιτολόγος επίσης έχει χρέος να εκπαιδεύει και να πληροφορεί τους ασθενείς, κυρίως δε εκείνους με χρόνια διατροφικό πρόβλημα είτε είναι νοσηλευόμενοι, είτε ασθενείς των Εξωτερικών Ιατρείων (Βερλέντζας, 1999).

Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων

Το γραφείο Διαχείρισης τροφίμων στελεχώνεται από διοικητικούς υπαλλήλους και υποστηρίζει γραμματειακά το τμήμα. Είναι υπεύθυνο για την καλή λειτουργία και απόδοση του τμήματος που έχει σχέση με τη διαδικασία προμήθειας, συντήρησης, παρασκευής και διακίνησης τροφίμων, καθώς και την καλή διαχείριση του μη αναλώσιμου υλικού του τμήματος (Βερλέντζας, 1999).

Επόπτης Δημόσιας Υγείας

Ο Επόπτης Δημόσιας Υγείας συνεργάζεται με το Τμήμα Διατροφής και την Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων. Ασκεί τον Υγειονομικό έλεγχο και την ποιοτική παραλαβή τροφίμων, εποπτεύει την υλοποίηση των Υγειονομικών Κανονισμών στους χώρους σίτισης (Μαγειρείο, Τραπεζαρίες, Αποθηκευτικοί - Βοηθητικοί χώροι), την Υγιεινή της ύδρευσης και της αποχέτευσης. Διαφωτίζει και εκπαιδεύει το προσωπικό των Τμημάτων Διατροφής (μάγειροι, αποθηκάριοι, τραπεζοκόμοι) σε θέματα υγιεινής, υγειονομικής συμπεριφοράς και πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Δεν διαθέτουν όλα τα Νοσοκομεία Επόπτη Δημόσιας Υγείας (Βερλέντζας, 1999).

Τεχνολόγος Διατροφής ή Τεχνολόγος Τροφίμων

Ο Τεχνολόγος Διατροφής ή Τεχνολόγος Τροφίμων συντάσσει τις προδιαγραφές για την προμήθεια των τροφίμων και ασκεί τον ποιοτικό έλεγχο παραλαβής τροφίμων. Φροντίζει για την εφαρμογή του ισχύοντος Υγειονομικού Κανονισμού στους χώρους σίτισης και επιβλέπει το σύστημα παραλαβής, παρασκευής, συντήρησης και διακίνησης τροφίμων. Επίσης, συμμετέχει στο πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης (Βερλέντζας, 1999).



Υπάλληλος Διαχείρισης

Ο υπάλληλος διαχείρισης έχει άμεση συνεργασία με το γραφείο Διαιτολόγων. Εκπονεί τη μετάφραση των διαιτητικών εντολών σε ποσότητες, συντάσσει συγκεντρωτικές και αναλυτικές καταστάσεις των εκτελούμενων προγραμμάτων διατροφής, εκπονεί τις παραγγελίες τροφίμων και μη αναλώσιμου υλικού του τμήματος και στηρίζει γραμματειακά το τμήμα. Επίσης συμμετέχει στην ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση σύμφωνα με το αντικείμενο εργασίας, είναι υπεύθυνος για τον δειγματοληπτικό έλεγχο των τροφίμων και λογοδοτεί στον προϊστάμενο του τμήματος (Βερλέντζας, 1999).

Αποθηκάριος τροφίμων

Ο αποθηκάριος τροφίμων είναι διοικητικός υπάλληλος ΔΕ. Διατηρεί καρτέλες εισαγωγής και εξαγωγής τροφίμων, συντάσσει πρωτόκολλο παραλαβής τροφίμων, εκπονεί την ποιοτική παραλαβή των τροφίμων και συντάσσει πρωτόκολλο εσωτερικής διακίνησης τροφίμων (Βερλέντζας, 1999).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ

Αρχιμάγειρας (Α και Β)

Κάνει τον ημερήσιο καταμερισμό των εκτελούμενων παρασκευών, ελέγχει τα εισερχόμενα για παρασκευή τρόφιμα από ποιοτική και ποσοτική άποψη. Υποδεικνύει τους τρόπους παρασκευής σύμφωνα με τις εντολές των διαιτολόγων και είναι υπεύθυνος για την τήρηση όλων των διαιτητικών εντολών, για την τήρηση του υγειονομικού κανονισμού στους χώρους του μαγειρείου, για τη σχολαστική καθαριότητα των χώρων και των σκευών. Έχει τον γενικό έλεγχο της διανομής του φαγητού, συντάσσει το πρόγραμμα εργασίας και αδειών των εργαζομένων στο μαγειρείο σε συνεργασία με τον προϊστάμενο τμήματος. Τέλος συμμετέχει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος σαν εκπαιδευτής ή εκπαιδευόμενος στο αντικείμενο εργασίας του (Καριώτης, 1992).



Μάγειροι Α'

Εκτελούν τις βασικές διατροφικές συνθέσεις, φροντίζουν για την καθημερινή τους εμφάνιση και τηρούν τους κανόνες υγιεινής. Επίσης υλοποιούν τον ημερήσιο καταμερισμό εργασίας και συμμετέχουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος (Καριώτης, 1992).

Μάγειροι Β' και Γ'

Εκτελούν απλούστερες συνθέσεις με βάση τον ημερήσιο καταμερισμό εργασίας και παρακολουθούν το πρόγραμμα εκπαίδευσης του τμήματος (Καριώτης, 1992).

Μάγειροι ειδικών διαιτών

Εκτός των τυπικών προσόντων, απαιτείται και ειδική εκπαίδευση στην Παρασκευή των ειδικών διαιτών. Είναι υπεύθυνοι για το χώρο παρασκευής ειδικών διαιτών, μεταφράζουν και εκτελούν πιστά τις ειδικές ενυπόγραφες εντολές των διαιτολόγων. Τέλος φροντίζουν για τη σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής και συμμετέχουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος (Καριώτης, 1992).

Γαλακτοκόμοι

Παρασκευάζουν όλες τις βασικές συνθέσεις με γάλα και συνεργάζονται με τον μάγειρα ειδικών διαιτών. Φροντίζουν για την Παρασκευή και εκτέλεση του πρωινού καθώς και των ενδιάμεσων γευμάτων και για τη σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής στο χώρο και τα χρησιμοποιούμενα σκεύη. Συμμετέχουν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης του τμήματος (Καριώτης, 1992).

Υπεύθυνος τραπεζοκόμων

Ορίζεται διοικητικός υπάλληλος και σε συνεργασία με τον προϊστάμενο του τμήματος διαμορφώνει το πρόγραμμα εργασίας, αργιών, αδειών και εκπαίδευσης των τραπεζοκόμων. Οι αρμοδιότητες του αφορούν (Καριώτης, 1992):

- τη σωστή τήρηση του προγράμματος εργασίας των τραπεζοκόμων
- τη σωστή εμφάνιση των τραπεζοκόμων (καθαρές στολές κ.τ.λ.)
- την καλή λειτουργία της τραπεζαρίας προσωπικού
- την τήρηση σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό

Ο υπεύθυνος τραπεζοκόμος συνεργάζεται για κάθε θέμα της αρμοδιότητάς του με τον προϊστάμενο του τμήματος διατροφής και συμμετέχει στο πρόγραμμα εκπαίδευσης του τμήματος (Καριώτης, 1992).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΣΤΙΑΣΗΣ



Τραπεζοκόμοι Προσωπικού

Είναι υπεύθυνοι για την καλή λειτουργία της τραπεζαρίας προσωπικού, την τήρηση των συνθηκών υγιεινής και τη φύλαξη του χρησιμοποιούμενου εξοπλισμού. Συμμετέχουν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης (Καριώτης, 1992).

Τραπεζοκόμοι νοσηλευτικών τμημάτων

Είναι υπεύθυνοι για την παραλαβή και μεταφορά των μαγειρευμένων τροφίμων στους ασθενείς τηρώντας όλους τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων. Δεν χορηγούν τροφή σε ασθενή χωρίς υπόδειξη και γραπτή εντολή διαιτολόγου. Εκτελούν τις ενυπόγραφες εντολές διαιτών, μετά από υπόδειξη του κλινικού διαιτολόγου. Είναι υπεύθυνοι για τον καθαρισμό και τη φύλαξη των σκευών διανομής και παρακολουθούντο πρόγραμμα εκπαίδευσης του τμήματος (Καριώτης, 1992).



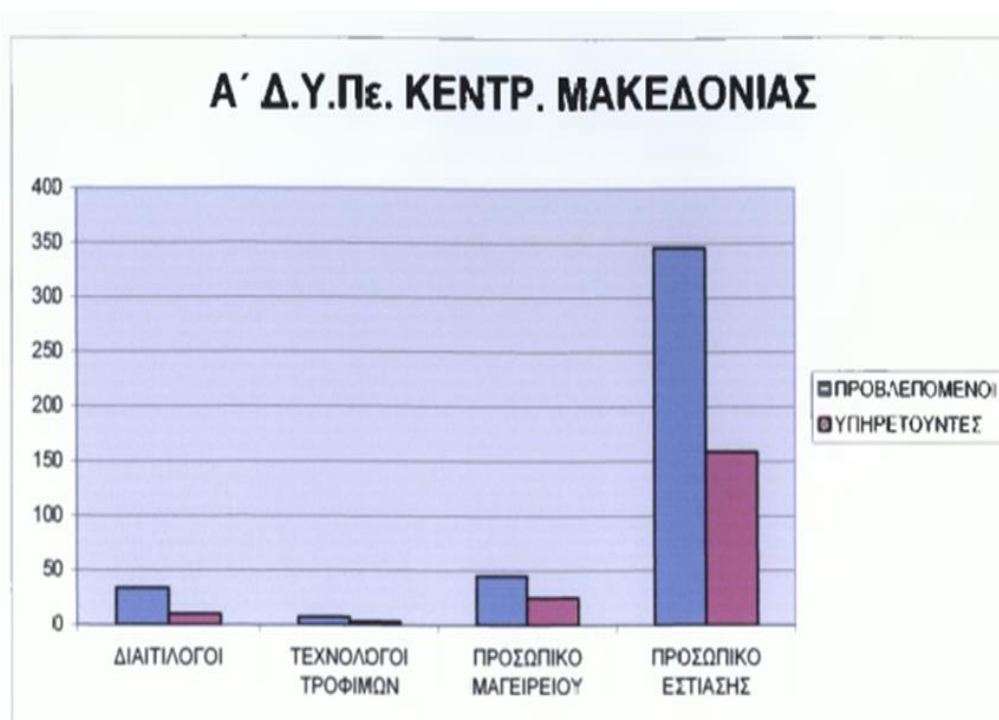
Καθαριστές / -στριες

Βοηθούν στο πλύσιμο και στην προετοιμασία των τροφίμων, καθαρίζουν μετά από κάθε δραστηριότητα τους χώρους του μαγειρείου και παρακολουθούν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος. Πλένουν μετά από κάθε παρασκευή τα κινητά και ακίνητα σκεύη του μαγειρείου, φροντίζουν για την σχολαστική διατήρηση συνθηκών υγείας στους χώρους εργασίας τους και τέλος παρακολουθούν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα του τμήματος (Καριώτης, 1992).

Εργάτης αποθήκης τροφίμων

Τοποθετεί τα τρόφιμα και άλλα είδη σχετικά με τη διατροφή (μη αναλώσιμο υλικό του τμήματος) στους αντίστοιχους αποθηκευτικούς χώρους. Μεταφέρει τρόφιμα και άλλα σχετικά με τη διατροφή στο μαγειρείο, φροντίζει για τη διατήρηση καθαριότητας, τάξης και υγειονομικών συνθηκών αποθήκευσης. Τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προαναφερόμενου προσωπικού, ορίζονται και υλοποιούνται έτσι, μέχρις ότου καθοριστούν τα ειδικότερα καθήκοντα και υποχρεώσεις όλου του προσωπικού των Νοσοκομείων, με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται ο αριθμός των προβλεπόμενων και υπηρετούντων του προσωπικού του Τμήματος Διατροφής (Θεοδωρακοπούλου, 2012).

Γράφημα 4.1





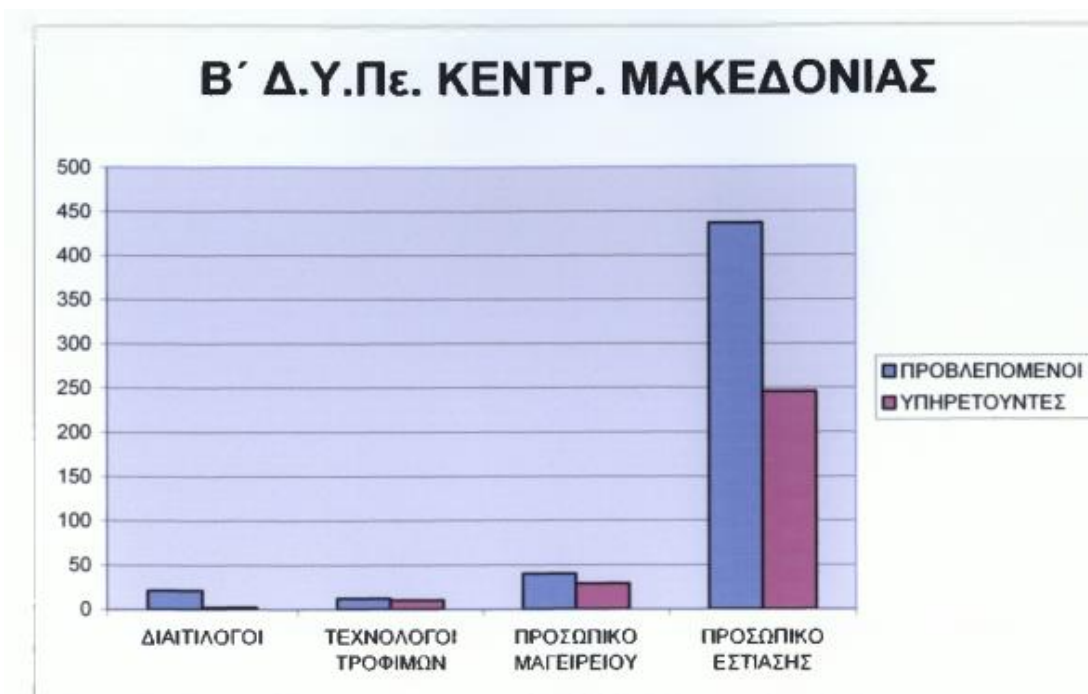
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 : Προσωπικό Τμήματος Διατροφής της Α'Δ.Υ.Πε Κεντρικής Μακεδονίας κατά το χρονολογικό πλαίσιο του **2006**:

Α' Δ.Υ.Πε. ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	34	10	29,4
ΕΠΟΠΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	7	3	42,9
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	-	-	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ	45	25	55,6
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	346	159	46,0

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε όλες τις κατηγορίες του προσωπικού και μόνο το Προσωπικό Μαγειρείου ξεπερνά το 50% (55,6%). Σημαντικότερη έλλειψη παρουσιάζεται στην κατηγορία των Διαιτολόγων με ποσοστό κάλυψης 29,4% και ακολουθεί αυτή του Τεχνολόγου τροφίμων με 42,9% (Θεοδωρακοπούλου, 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: Προσωπικό Τμήματος Διατροφής της ΕΓ Δ.Υ.Πε Κεντρικής Μακεδονίας κατά το χρονολογικό πλαίσιο του **2006**.

Β' Δ.Υ.Πε. ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	21	2	9,5
ΕΠΟΠΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	12	10	83,3
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	-	-	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ	40	29	72,5
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	437	246	56,3



Γράφημα 4.2



Στη Β' Δ.Υ.Πε. Κεντρικής Μακεδονίας με εξαίρεση τους Διαιτολόγους η κάλυψη θέσεων είναι μεγαλύτερη από την Α' Δ.Υ.Πε. Κεντρικής Μακεδονίας και ειδικά στις κατηγορίες των Τεχνολόγων Τροφίμων και του Προσωπικού Μαγειρείου όπου τα ποσοστά κάλυψης ξεπερνούν το 70% (83,3 και 72,5 αντίστοιχα) και κρίνονται ικανοποιητικά. Εντύπωση προκαλεί ο μικρός αριθμός των υπηρετούντων Διαιτολόγων. Πιο συγκεκριμένα, εργάζονται μόνο δύο διαιτολόγοι ενώ οι θέσεις που προβλέπονται είναι διπλάσιες, για μια ειδικότητα που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατροφική φροντίδα των ασθενών, και πάραυτα σ' αυτή τη Δ.Υ.Πε. έχει πολύ χαμηλό ποσοστό κάλυψης θέσεως 9,5% (Θεοδωρακοπούλου, 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: Προσωπικό Τμήματος Διατροφής της Δ.Υ.Πε. Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης κατά το χρονολογικό πλαίσιο του **2006**.

Δ.Υ.Πε. ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	14	4	28,5
ΕΠΟΠΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	-	-	
ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	3	3	100
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	-	-	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ	26	17	65,4
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	201	109	54,2

Γράφημα 4.3



Στον πίνακα 4.3 ο αριθμός των προβλεπόμενων θέσεων είναι μικρότερος από τις προηγούμενες Δ.Υ.Πε. αυτό όμως δεν επηρεάζει τις ελλείψεις προσωπικού ειδικά των Διαιτολόγων όπου το ποσοστό βρίσκεται σε πολύ χαμηλό επίπεδο (28,5 και 37,5%). Μόλις 4 υπηρετούντες Διαιτολόγοι σε 14 προβλεπόμενους στη Δ.Υ.Πε. Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και 3 στους 8 προβλεπόμενους στη Δ.Υ.Πε. Δυτικής Μακεδονίας. Πληρότητα παρατηρείται σε μία μόνο κατηγορία, τους Τεχνολόγους Τροφίμων, όπου υπηρετούν όσοι ακριβώς προβλέπονται από τους οργανισμούς των νοσοκομείων και στις δύο Δ.Υ.Πε (Θεοδωρακοπούλου, 2012).

4.5 Συμβουλευτικά γραφεία διατροφής

Στα πλαίσια πλήρους ανάπτυξης των αρμοδιοτήτων και του αντικειμένου των τμημάτων Διατροφής, που σαφώς καθορίζονται στους οργανισμούς των Νοσοκομείων, δημιουργούνται «Συμβουλευτικά Γραφεία Διατροφής», σε αυτόνομο χώρο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Οι αρμοδιότητες των Συμβουλευτικών Γραφείων Διατροφής, αφορούν τους ασθενείς

των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και τον υγιή πληθυσμό του ευρύτερου χώρου προς το Νοσοκομείο. Συγκεκριμένα (Θεοδωρακοπούλου, 2012):

- Διαμορφώνουν σχήματα ειδικής διαιτητικής αγωγής, ύστερα από σχετική ιατρική εντολή
- Πληροφορούν και εκπαιδεύουν τους ασθενείς που το νόσημά τους χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας
- Πληροφορούν και εκπαιδεύουν τον πληθυσμό της περιοχής κάθε Νοσοκομείου, με ανάπτυξη συγκεκριμένων ομαδικών ή ατομικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας υγείας στη διατροφή, με στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας.



Στελέχωση

Η στελέχωση του Συμβουλευτικού Γραφείου Διατροφής κάθε Νοσοκομείου, γίνεται από τους διαιτολόγους ΠΕ του τμήματος Διατροφής, με πτυχίο Διαιτολογίας Α.Ε.Ι της χώρας ή πτυχίο Ανώτατης Σχολής Οικ. Οικονομίας κατεύθυνσης Διαιτολογίας ή ισότιμο της αλλοδαπής. Υποστηρίζεται γραμματειακά από υπάλληλο Διοικητικό ΔΕ, και τέλος συνεργάζεται με το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό όλων των τομέων των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων. Για την καλή λειτουργία του Συμβουλευτικού Γραφείου Διατροφής υπεύθυνος ορίζεται ο Προϊστάμενος του Τμήματος Διαιτολόγος (Θεοδωρακοπούλου, 2012).

4.6. Διατροφική φροντίδα στην Ευρώπη

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η λήψη της θρεπτικής φροντίδας στα νοσοκομεία της Ευρώπης είναι ανεπαρκής. Υπάρχουν τέσσερα σημαντικά εμπόδια



στην κατάλληλη θρεπτική φροντίδα στα νοσοκομεία κοινά για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (Wolper, 2007).

1. Έλλειψη σαφώς καθορισμένων αρμοδιοτήτων για τον προγραμματισμό και τη διαχείριση της θρεπτικής φροντίδας.
2. Έλλειψη ικανοποιητικής εκπαίδευσης όσον αφορά τη διατροφή μεταξύ όλων των ομάδων προσωπικού.
3. Έλλειψη επιρροής και γνώση των ασθενών.
4. Έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων προσωπικού.

Έλλειψη σαφώς καθορισμένων αρμοδιοτήτων για τον προγραμματισμό και τη διαχείριση της θρεπτικής φροντίδας Οι ευθύνες των κατηγοριών προσωπικού όσον αφορά την θρεπτική φροντίδα δεν είναι σαφώς καθορισμένες. Αυτό σημαίνει ότι τα πρότυπα της πρακτικής για την αξιολόγηση και τον έλεγχο του θρεπτικού κινδύνου των ασθενών πρέπει να ορίζονται σαφώς και να αναπτυχθούν σε εθνικό επίπεδο (Wolper, 2007).

Η ευθύνη του νοσοκομείου όσον αφορά τη θρεπτική φροντίδα και την υποστήριξη του ασθενή περιορίζεται κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Έλλειψη ικανοποιητικού εκπαιδευτικού επιπέδου όσον αφορά τη διατροφή μεταξύ όλων των ομάδων προσωπικού Δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευση μεταξύ όλων των ομάδων προσωπικού που ασχολούνται με τη θρεπτική φροντίδα των ασθενών με αποτέλεσμα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διατροφικής φροντίδας να είναι χαμηλή (Wolper, 2007).

Οι ασθενείς δεν έχουν καμία συμμετοχή στον προγραμματισμό των γευμάτων που καταναλώνουν, καθώς και τη δυνατότητα επιλογής τροφίμων. Επίσης δεν ενημερώνονται για τη σπουδαιότητα που έχει η καλή διατροφή στην επιτυχή θεραπεία. Έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων προσωπικού. Δεν υπάρχει ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας διατροφικής φροντίδας (γιατροί, νοσοκόμοι, διαιτολόγοι κτλ.) που συμμετέχουν στη



θρεπτική υποστήριξη του ασθενή. Στο πλαίσιο της 860ης συνάντησης των Εκπροσώπων των Υπουργών που έγινε στις 12 Νοεμβρίου του 2003, πάρθηκε η απόφαση σχετικά με την παροχή τροφίμων και τη διατροφική φροντίδα στο νοσοκομείο (Wolper, 2007).

Για την απόφαση αυτή η Επιτροπή των Υπουργών έλαβε υπόψη την κατάσταση που επικρατεί στα περισσότερα νοσοκομεία της Ευρώπης και είναι (Wolper, 2007):

- Ο αριθμός των υποσιτιζόμενων ασθενών στα νοσοκομεία της Ευρώπης είναι απαράδεκτα μεγάλος.
- Ο υποσιτισμός ανάμεσα στους ασθενείς του νοσοκομείου οδηγεί σε εκτεταμένες παραμονές στα νοσοκομεία, παρατεταμένη αποκατάσταση, μειωμένη ποιότητα της ζωής και περιττές δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη.

Από τα παραπάνω δεδομένα εκφράζεται η ανάγκη για την βελτίωση της διατροφικής φροντίδας στα νοσοκομεία στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. (Το περιεχόμενο της απόφασης μπορείτε να το διαβάσετε στο παράρτημα).

Μέσα στην Ευρώπη, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ένωσης Διαιτολόγων (European Federation of Associations of Dietitians) οι διαιτολόγοι χωρίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες. Αυτοί είναι (Wolper, 2007) :

- Διοικητικοί Διαιτολόγοι :Είναι οι διαιτολόγοι με εκπαίδευση που εστιάζεται στη διαχείριση των υπηρεσιών τροφίμων με την ευθύνη για τη διαιτητική πρόληψη και τη θεραπεία των ατόμων σε ένα ίδρυμα ή μία κοινότητα.
- Κλινικοί Διαιτολόγοι: Είναι οι διαιτολόγοι με εκπαίδευση που εστιάζεται στην κλινική Διατροφή και Διαιτολόγια με την ευθύνη για τη διαιτητική πρόληψη και εκπαίδευση των ατόμων σε ένα ίδρυμα ή μία κοινότητα.

➤ Γενικοί Διαιτολόγοι: Είναι οι διαιτολόγοι με εκπαίδευση που εστιάζεται στην κλινική Διατροφή και Διαιτολογία και στη διαχείριση των υπηρεσιών τροφίμων με γενικές ευθύνες και για τις δύο πτυχές σε ένα ίδρυμα ή μία κοινότητα (Wolper, 2007).

Πίνακας 4.4 :Διαιτολόγοι στην Ευρώπη

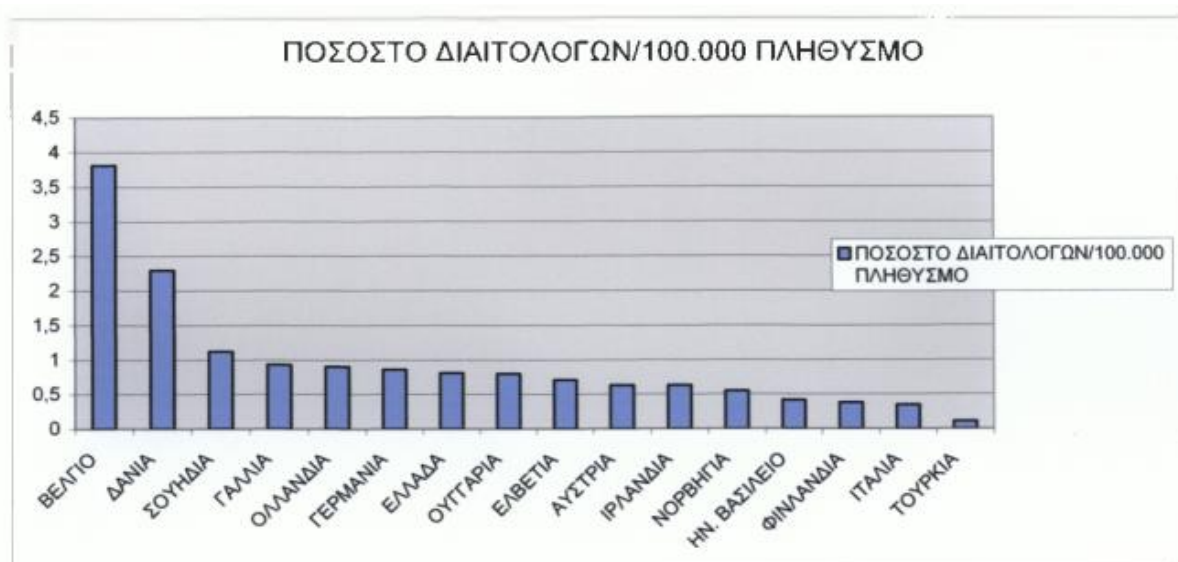
ΧΩΡΑ	ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ/ ΧΡΟΝΟ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ (ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ)	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ/ 100.000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΒΕΛΓΙΟ	400	10,5			400	3,81
ΔΑΝΙΑ	120	5,2	60	60		2,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	100	8,9	50	50		1,12
ΓΑΛΛΙΑ	585	63			585	0,93
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	120-150	>15			120-150	0,8-1,00
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	700	81			700	0,86
ΕΛΛΑΔΑ	90	11,0		40	50	0,81
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	70-90	10,0			70-90	0,70-0,90
ΕΛΒΕΤΙΑ	50	7,0		50		0,71
ΑΥΣΤΡΙΑ	50	8			50	0,63
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	24	3,8		24		0,63
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	25	4,5	25			0,55
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	250	59,7		250		0,42
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	20	5,2		20		0,38

ΙΤΑΛΙΑ	200	57			200	0,35
ΤΟΥΡΚΙΑ	70	65			70	0,11

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.4 σε καμία χώρα στην Ευρώπη δεν υπάρχουν και οι τρεις κατηγορίες διαιτολόγων. Διοικητικοί Διαιτολόγοι υπάρχουν μόνο στη Δανία, στη Σουηδία και στη Νορβηγία. Η Δανία και η Σουηδία απασχολούν Διοικητικούς και κλινικούς Διαιτολόγους. Οι περισσότερες χώρες απασχολούν Γενικούς Διαιτολόγους (εννέα χώρες) και ακολουθούν οι Κλινικοί διαιτολόγοι που απασχολούνται σε επτά χώρες (Wolper, 2007).

Στην Ελλάδα εργάζονται μόνο Κλινικοί και Γενικοί Διαιτολόγοι. Με 3,81 διαιτολόγους/ 100.000 κατοίκους το Βέλγιο αποτελεί η χώρα με τους περισσότερους πτυχιούχους Διαιτολόγους ανά έτος σε σύγκριση με τον πληθυσμό. Ακολουθούν η Δανία με 2,3 διαιτολόγους/ 100.000 κατοίκους και η Σουηδία με 1,12 διαιτολόγους/100.000. Αντίθετα το μικρότερο πλήθος πτυχιούχων Διαιτολόγων το χρόνο ανά πληθυσμό, συναντάμε στην Τουρκία (0,11/100.000), στην Ιταλία (0,35/100.000), στη Φινλανδία (0,38/100.000) και το Ηνωμένο Βασίλειο (0,42/100.000). Σύμφωνα με παλαιά δεδομένα (του 2003) οι Διαιτολόγοι που αποφοιτούν κάθε χρόνο στην Ελλάδα είναι 90 (0,81/100.000). Οι 50 είναι Γενικοί και οι 40 Κλινικοί. Το ποσοστό αυτό είναι το έβδομο μεγαλύτερο ανάμεσα σε 16 χώρες. Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα , σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, που απασχολεί Γενικούς και Κλινικούς Διαιτολόγους (Wolper, 2007).

Γράφημα 4.5





4.7 Κλινική διατροφή στην Ελλάδα

Στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής πράξης είναι σύνηθες φαινόμενο να υποεκτιμώνται ή και να παραμελούνται οι παράγοντες που έχουν σχέση με την πρόσληψη τροφής, ως δευτερεύοντες. Το φαινόμενο αυτό αντανακλάται με σαφήνεια στα υψηλά ποσοστά υποθρεψίας που παρατηρούνται σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Γιαννακούλια, 2005).

Συχνά οι ασθενείς στα νοσοκομεία υποσιτίζονται σοβαρά. Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 έχουν γίνει επανειλημμένα αναφορές που αφορούν στον υποσιτισμό χειρουργημένων και μη ασθενών, καρκινοπαθών, σοβαρά νοσούντων νηπίων και παιδιών, ατόμων που χρειάζονται αναπνευστικά μηχανήματα και ηλικιωμένων ασθενών σε αναρρωτήρια. Παρ' ότι πολλές από αυτές τις παρατηρήσεις εξηγούνται από την παρουσία νοσηρών καταστάσεων που παρεμβαίνουν στην κατάσταση θρέψης των ασθενών, η παραμονή στο νοσοκομείο σαφώς αυξάνει τον κίνδυνο υποθρεψίας. Όσο περισσότερο παραμείνουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να υποσιτισθούν (Γιαννακούλια, 2005).

Έχει αποδειχθεί ότι το 30% των νοσηλευομένων σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές πάσχει από κάποιου βαθμού υποθρεψία. Η παρουσία κακής θρέψης συνοδεύεται από αύξηση των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο και αυξημένη κατά 25% νοσηρότητα και 5% θνησιμότητα. Γενικά η κακή θρέψη αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα ασιτίας ή συστηματικής φλεγμονώδους κατάστασης. Ως κακή θρέψη ορίζεται κάθε διαταραχή της θρεπτικής κατάστασης συμπεριλαμβανομένων των μεμονωμένων διατροφικών ελλείψεων, των μεταβολικών διαταραχών και της υπερθρεψίας (Γιαννακούλια, 2005).



4.8 Διαδικασία διατροφικής φροντίδας και παρέμβασης

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο διαιτολόγος θα έπρεπε να εφαρμόζει μία λεπτομερή εκτίμηση της διατροφής σε κάθε ασθενή. Στην πραγματικότητα όμως αυτό είναι αδύνατο να γίνει στα ελληνικά νοσοκομεία. Οι διαιτολόγοι που υπηρετούν είναι πολύ λίγοι και δεν έχουν το χρόνο να επισκέπτονται προσωπικά όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζονται αμέσως τα άτομα που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο. Στη συνέχεια θα μπορεί να γίνει λεπτομερέστερος έλεγχος στα άτομα αυτά και να σχεδιαστεί η επέμβαση στον τρόπο διατροφής τους, όπως απαιτείται. Λόγω αυτής της σημαντικής έλλειψης προσωπικού Διαιτολόγων, η διερεύνηση διατροφής κάποιου ατόμου γίνεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Γιαννακούλια, 2005).

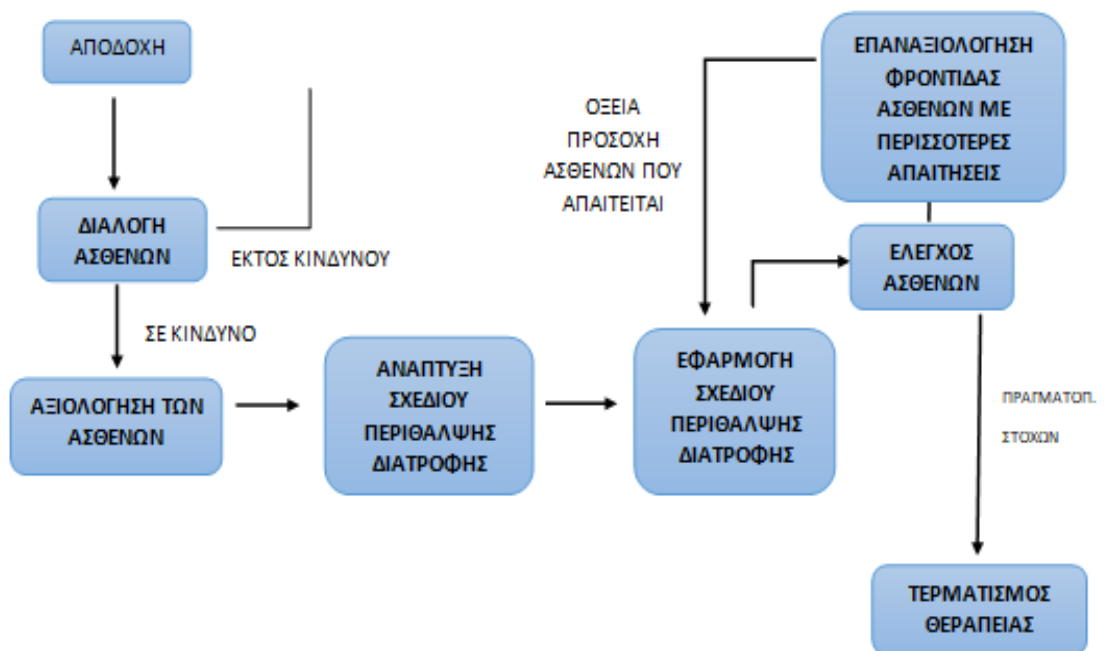
Δεν ακολουθείται σε όλα τα νοσοκομεία η ίδια διαδικασία για τη διατροφή του ασθενή. Οι αρμοδιότητες και το αντικείμενο των τμημάτων διατροφής καθορίζονται σαφώς στους οργανισμούς των νοσοκομείων και ανάλογα με τις ανάγκες τους. Στα περισσότερα νοσοκομεία (λόγω ελλείψεως προσωπικού του τμήματος διατροφής) οι βασικές ενέργειες είναι οι ακόλουθες: Ο γιατρός εξετάζει τον ασθενή και υπογράφει την διάγνωση για την πάθηση σε κάποιο έντυπο. Τα έντυπα αυτά συλλέγονται από κάθε κλινική και στέλνονται στο διαιτολόγο. Ο διαιτολόγος με την χρήση τυποποιημένων μενού ανάλογα με την αναγραφόμενη πάθηση αποφασίζει για τη δίαιτα του ασθενή (Γιαννακούλια, 2005).

Μόνο, όταν ο γιατρός (σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό) παραπέμπει τον ασθενή τότε ο διαιτολόγος τον επισκέπτεται προσωπικά και συλλέγοντας τις απαραίτητες πληροφορίες (ιστορικό, κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις) αποφασίζει για την διατροφική υποστήριξη του ασθενή (Γιαννακούλια, 2005).

Τα στάδια της Διαδικασίας της Διατροφικής Φροντίδας, αναλυτικότερα, είναι (Γιαννακούλια, 2005):

1. Αξιολόγηση διατροφικής κατάστασης του ασθενή

- Ανίχνευση διατροφικού κινδύνου
 - Συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών που αφορούν το ιατρικό διατροφικό και κοινωνικό ιστορικό του ασθενή, κλινική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις.
2. Εκτίμηση Διατροφικών προβλημάτων
 - Αξιολόγηση αναγκών
 - Διατροφική διάγνωση
 3. Σχεδιασμός και εφαρμογή διατροφικής παρέμβασης
 - Οι πληροφορίες της αξιολόγησης μεταφράζονται σε στρατηγικές και δραστηριότητες, ώστε να καλυφθούν οι στόχοι κατά προτεραιότητα
 4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της διατροφικής φροντίδας
 - Επιτεύχθηκαν οι στόχοι;
 - Υπάρχουν και άλλοι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν για να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενή.



Σχήμα 1: Διαδικασία Διατροφικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο



Διατροφική Αξιολόγηση

Η Διατροφική Αξιολόγηση είναι το πρώτο και το σημαντικότερο στάδιο της διατροφικής διαδικασίας και παρέμβασης. Το στάδιο αυτό είναι η βάση πάνω στην οποία θα αναπτυχθούν τα επόμενα στάδια, γι' αυτό ακολουθεί εκτενής αναφορά (Shelley, 2010).

Ορισμός: Η Διατροφική Αξιολόγηση είναι ο προσδιορισμός της διατροφικής κατάστασης ενός ατόμου μέσω της ανάλυσης του ιατρικού, διατροφικού και κοινωνικοοικονομικού ιστορικού, των ανθρωπομετρικών δεδομένων και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων και θρεπτικών συστατικών (Shelley, 2010).

Διατροφική κατάσταση είναι η κατάσταση σώματος ως αποτέλεσμα της πρόσληψης και της αξιοποίησης των θρεπτικών συστατικών. Εκφράζει το βαθμό στον οποίο οι φυσιολογικές ανάγκες για θρεπτικά συστατικά καλύπτονται. Η διατροφική αξιολόγηση περιλαμβάνει δύο στάδια (Shelley, 2010):

- την ανίχνευση διατροφικού κινδύνου για απλή εντόπιση ατόμων με υποθρεψία ή ατόμων σε κίνδυνο για υποθρεψία
- την πλήρη διατροφική αξιολόγηση

1. Ανίχνευση Διατροφικού Κινδύνου

Η ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου είναι η σύντομη διατροφική αξιολόγηση σε σταθερή βάση, με σκοπό να αναγνωρισθούν τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για επιπλοκές που σχετίζονται με τη διατροφή. Εφαρμόζεται είτε στην κοινότητα είτε σε μονάδες φροντίδας και απαιτεί ελάχιστη προσπάθεια από το υπάρχον προσωπικό ως μέρος της καθιερωμένης αξιολόγησης. Η διαφορά με την πλήρη διατροφική αξιολόγηση είναι ότι η ανίχνευση αποτελεί σύντομη αρχική αξιολόγηση, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί εκτενής αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης στα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο ή υπάρχει ανάγκη (Shelley, 2010).



Συνήθως η ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου δίνει πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση του ασθενούς στην οποία βρίσκεται τώρα. Αν η κατάστασή του είναι σταθερή και αν πρόκειται να γίνει χειρότερη όπως επίσης και αν η πρόοδος της ασθένειας επιταχύνει τις διατροφικές ελλείψεις (Shelley, 2010).

Η ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου είναι απαραίτητη για τους παρακάτω λόγους (Shelley, 2010):

- Η κακή διατροφική κατάσταση είναι σύνηθες φαινόμενο μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών ή ατόμων που βρίσκονται σε μονάδες φροντίδας.
- Η διατροφική κατάσταση υποβαθμίζεται κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.
- Η υποθρεψία επηρεάζει σημαντικά την κατάσταση του ασθενή
- Η υποθρεψία είτε δεν αναγνωρίζεται είτε αναγνωρίζεται σε προχωρημένο στάδιο.

Πλεονεκτήματα (Shelley 2010):

- Πρώιμη ανίχνευση διατροφικών προβλημάτων
- Πρώιμη αντιμετώπιση ώστε να αποφεύγονται σοβαρές επιπτώσεις
- Εξοικονόμηση πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων στις υπηρεσίες υγείας)
- Χαρακτηρίζεται από καλή σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας
- Συλλογή και ερμηνεία στοιχείων που σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου με στόχο την κατάλληλη παρέμβαση

Μειονεκτήματα (Shelley, 2010):

- Δεν μπορεί να υπάρξει διάκριση σε πολύ κοινές και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις όπως σε άτομα 3ης ηλικίας, σε άτομα με χρόνιες ασθένειες κτλ.

Υπεύθυνοι για την ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου είναι οι νοσηλευτές ή οι γιατροί και οι διαιτολόγοι. Οι νοσηλευτές ή οι γιατροί βλέπουν όλες τις



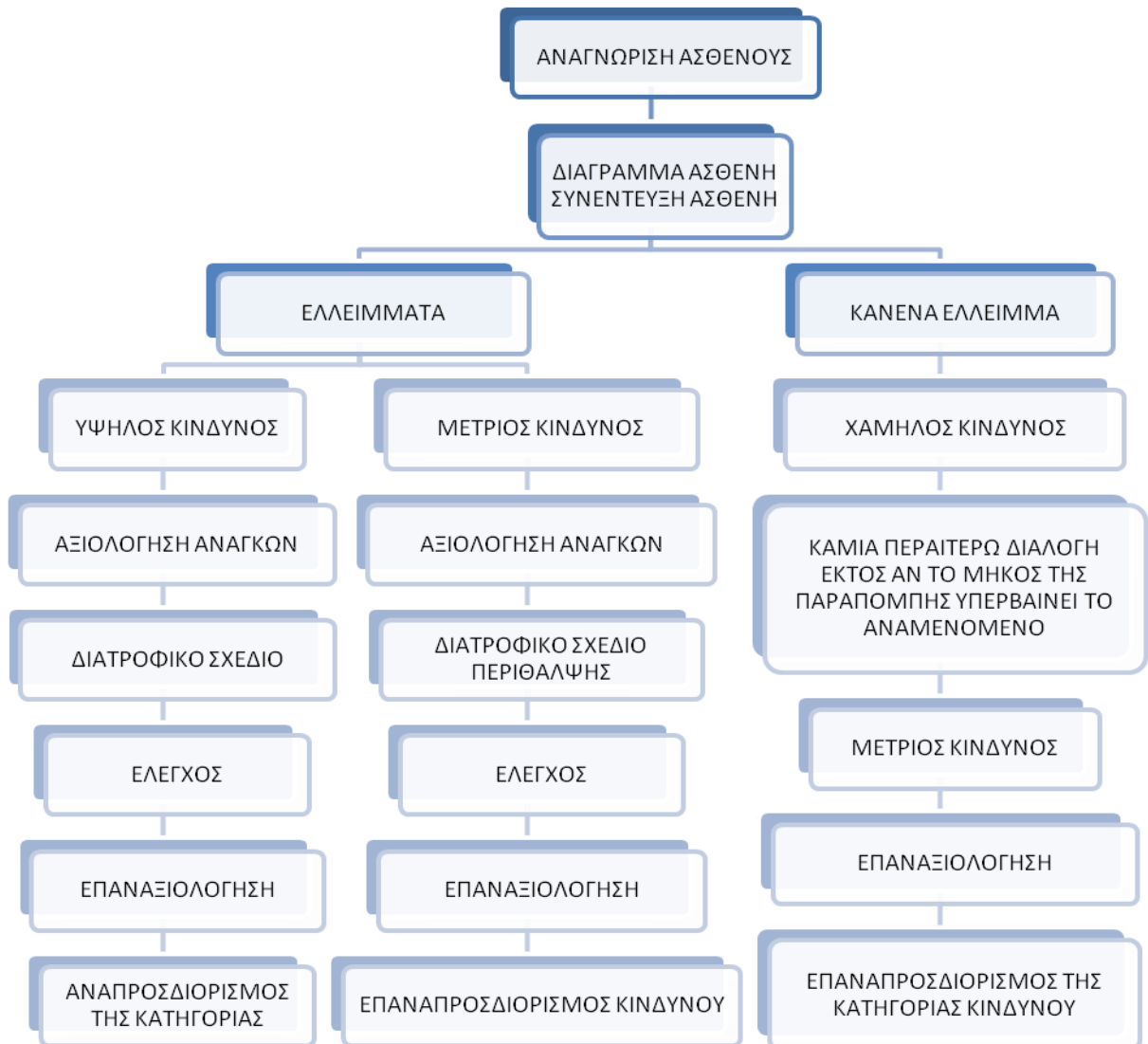
εισαγωγές των ασθενών και στα πλαίσια της καθιερωμένης αξιολόγησης, μπορούν να κάνουν απλές παρατηρήσεις και ερωτήσεις σχετικά με τη διατροφική κατάσταση, την πρόσληψη τροφής και το σωματικό βάρος. Οι διαιτολόγοι έχουν τις γνώσεις και την εκπαίδευση αλλά ο αριθμός τους δεν επαρκεί για την διατροφική αξιολόγηση όλων των ασθενών. Επομένως ο ρόλος τους είναι να επιβλέπουν τη διαδικασία και να προωθούν την αξιολόγηση του διατροφικού κινδύνου (Shelley, 2010).

Τα αποτελέσματα της ανίχνευσης του διατροφικού κινδύνου μπορεί να είναι ένα από τα παρακάτω (Shelley, 2010):

- Ο ασθενής δεν διατρέχει κίνδυνο, αλλά πρέπει να επαναξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο και οργανώνεται συγκεκριμένο σχέδιο διατροφικής φροντίδας
- Ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο αλλά τα μεταβολικά και τα λειτουργικά του προβλήματα δεν επιτρέπουν σχέδιο διατροφικής φροντίδας.
- Υπάρχει αμφιβολία αν ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο.

Στις δύο τελευταίες περιπτώσεις απαιτείται παραπομπή για περαιτέρω λεπτομερή αξιολόγηση. Η ανίχνευση του Διατροφικού κινδύνου στη διαδικασία της διατροφικής φροντίδας παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα (Shelley, 2010):

Σχήμα 2: Ανίχνευση Διατροφικού κινδύνου από τη νοσηλευτική ομάδα.



Πηγή: Grant A, Dehoog S. Nutritional assessment and support. 4th ed. Seattle, 1991 (selfpublished)

2. Πλήρης Διατροφική Αξιολόγηση

Η μελέτη δεικτών με σκοπό την εντόπιση με πιο καθοριστικό τρόπο της πιθανής παρουσίας, της φύσης και της έκτασης διαταραγμένης διατροφικής κατάστασης αποτελούν την πλήρη διατροφική αξιολόγηση (Grant, 1991).

Στόχοι της πλήρους διατροφικής αξιολόγησης (Grant, 1991):

- Να εντοπίσει τα άτομα που απαιτούν θρεπτική υποστήριξη



- Να προσδιορίσει την κατάλληλη διατροφική υποστήριξη
- Να παρακολουθήσει τη νεξέλιξη και τη ναποτελεσματικότητα των παρεμβ

άσεων

Συστατικά της πλήρους διατροφικής αξιολόγησης (Grant, 1991):

- Ιατρικό, κοινωνικό και διατροφικό ιστορικό
- Ανθρωπομετρικά στοιχεία
- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Κλινική και φυσική εξέταση
- Διερεύνηση της χρήσης φαρμάκων

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το ιστορικό της κατάστασης θρέψης πρέπει να αποκαλύπτει τους ιατρικούς, διαιτητικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον υποσιτισμό ή να συντελέσουν στην ανεπιτυχή πρόγνωση νόσου. Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζεται το είδος των πληροφοριών που απαιτούνται για το ιστορικό 68 προκειμένου να γίνει η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του εξεταζόμενου. Ένα λεπτομερές ιστορικό μπορεί επίσης να δώσει στοιχεία στο διαιτολόγο για πιθανά μελλοντικά προβλήματα που πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω (Bevilacqua, 2013).



Υποκατηγορίες του ιστορικού που χρησιμοποιούνται για τη διατροφική αξιολόγηση (Bevilacqua, 2013):

ΤΥΠΟΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΤΟΜΙΚΕΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ, ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ Ή ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΜΕΝΩΝ ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΩΝ

Διατροφικό ιστορικό

Ένα διατροφικό ιστορικό παρέχει μία καταγραφή πληροφοριών για τις διατροφικές συνήθειες που μπορούν να βοηθήσουν το διαιτολόγο να αναγνωρίσει πιθανές διατροφικές ανισορροπίες και παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσληψη τροφής. Πληροφορίες για τις διατροφικές συνήθειες παρέχουν επίσης το κατάλληλο υπόβαθρο για να τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι (Bevilacqua, 2013).

Το μέσο για να συλλεχθούν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του ασθενή είναι η συνέντευξη. Ένας ικανός διαιτολόγος χρησιμοποιεί τη συνέντευξη όχι μόνο για να συλλέξει γεγονότα, αλλά και για να δημιουργήσει μία επικοινωνία με τον εξεταζόμενο προκειμένου να αξιολογηθούν τα κίνητρα, η εκπαίδευση και το



επίπεδο των ικανοτήτων του. Είναι αναγκαίο μέσω της συνέντευξης να γίνει η συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για συνήθειες ή προσωπικά γεγονότα που επηρεάζονται από σύνθετους ιατρικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ψυχολογικούς, θρησκευτικούς και οικονομικούς παράγοντες (Bevilacqua, 2013).

Παρακάτω ακολουθεί παρουσίαση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή αυτών των πληροφοριών, την χρησιμότητα και την καταλληλότητα της κάθε μεθόδου κατά περίπτωση αλλά και για τον τρόπο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την κάθε μέθοδο (Bevilacqua, 2013).

Μέθοδοι

Οι κυριότερες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την καταγραφή της τροφής που καταναλώνουν τα άτομα είναι (Bevilacqua, 2013):

- Ανάκληση εικοσιτετράωρου
- Ημερολόγιο καταγραφής τροφίμων
- Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων

Η μέθοδος της ανάκλησης εικοσιτετράωρου

Στη μέθοδο αυτή οι ερωτώμενοι, οι γονείς τους ή τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη διατροφή αυτών που δεν μπορούν να σιτίζονται μόνοι τους, καλούνται από το διαιτολόγο να θυμηθούν με κάθε λεπτομέρεια τι ακριβώς κατανάλωσαν τις προηγούμενες εικοσιτέσσερις ώρες ή την προηγούμενη μέρα. Η ανάκληση εικοσιτετράωρου (αναφερόμαστε σε μία ανάκληση) είναι η πιο κατάλληλη για την αξιολόγηση της μέσης κατανάλωσης τροφίμων και θρεπτικών συστατικών, ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, εξαιρουμένων των ατόμων με φτωχή μνήμη και των παιδιών. Η μέθοδος αυτή είναι σύντομη σχετικά ανέξοδη και μπορεί να εφαρμοστεί και σε αναλφάβητους ανθρώπους (Bevilacqua, 2013).



Ημερολόγιο καταγραφής τροφίμων

Σε αυτή τη μέθοδο ο ερωτώμενος καλείται να καταγράψει την κατανάλωση όλων των τροφίμων και των ποσοτήτων τους για κάποια προκαθορισμένη χρονική περίοδο (3-7 ημέρες). Καταγράφονται επίσης, η λεπτομερής περιγραφή των τροφίμων και ο τρόπος προετοιμασίας (Bevilacqua, 2013).

Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων

Ένα ερωτηματολόγιο κατανάλωσης τροφίμων έχει σχεδιασθεί για να λαμβάνει ποιοτικές, περιγραφικές πληροφορίες για τη συνήθη κατανάλωση τροφίμων αλλά δεν μπορεί να παρέχει ποσοτικές πληροφορίες.

Ο στόχος των ερωτηματολογίων συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων είναι να αξιολογηθεί η συχνότητα με την οποία συγκεκριμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων καταναλώνονται κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης χρονικής περιόδου (π.χ. ημερησίως, εβδομαδιαίως, μηνιαίως, ετησίως) (Bevilacqua, 2013).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της διατροφικής αξιολόγησης. Όπως και άλλοι τρόποι διατροφικής αξιολόγησης έτσι και κλινική εξέταση απαιτεί γνώσεις, ικανότητες και σωστή κρίση. Πολλά κλινικά ευρήματα δεν είναι ξεκάθαρα και παρόλο που μπορεί να υποδεικνύουν μία κακή διατροφική κατάσταση μπορεί να είναι και τα συμπτώματα μίας τελείως διαφορετικής κατάστασης που δεν σχετίζεται με τη διατροφή. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τα κλινικά ευρήματα δεν πρέπει να αξιολογούνται μεμονωμένα, αλλά σε συνδυασμό με άλλα ευρήματα της διατροφικής αξιολόγησης προκειμένου να επιβεβαιωθεί μία αρχική εκτίμηση αυτής. Τα κλινικά ευρήματα μαζί με το ιστορικό μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για τη διατροφική κατάσταση του ατόμου (Bevilacqua, 2013).



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Το εργαστήριο βοηθά στην επιβεβαίωση των ενδείξεων του διατροφικού κινδύνου που προέκυψαν από το ιστορικό της κατάστασης θρέψης και τη σωματική εξέταση του ασθενούς. Σπάνια, ωστόσο, μπορούν μόνο τους να παίξουν αποφασιστικό ρόλο στη διάγνωση. Κανένα εργαστηριακό τεστ μόνο του δεν μπορεί να αποτελέσει επαρκές μέτρο εκτίμησης της κατάστασης θρέψης του ατόμου. Τα αποτελέσματα του εργαστηρίου πρέπει να συνεκτιμώνται με άλλους παράγοντες (Bevilacqua, 2013).

4.9 Εκτίμηση διατροφικών αναγκών

Η εκτίμηση των διατροφικών αναγκών αποτελεί το δεύτερο στάδιο στη διαδικασία της Διατροφικής Φροντίδας. Σ' αυτό το στάδιο ο διαιτολόγος αφού συλλέξει τις απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν τη διατροφική κατάσταση του ασθενή προχωράει στην εκτίμηση των διατροφικών του αναγκών με σκοπό να εντοπίσει το πρόβλημα και να επιλέξει την κατάλληλη διαιτητική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει (Bevilacqua, 2013):

1. Εκτίμηση ενεργειακών αναγκών.
2. Εκτίμηση των αναγκών σε πρωτεΐνες.
3. Εκτίμηση των αναγκών σε υγρά.
4. Εκτίμηση των αναγκών σε βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία

στην κλινική πρακτική.

4.9.1 Σχεδιασμός και εφαρμογή της διατροφικής παρέμβασης

Ο ειδικός πριν προχωρήσει στη μελέτη και εφαρμογή της ειδικής διατροφής του ασθενή, θα πρέπει να γνωρίζει τι ασθένεια είναι, τα συμπτώματά της και τα χαρακτηριστικά της. Ο διαιτολόγος για να καθορίσει τη δίαιτα του αρρώστου, δεν πρέπει να βασιστεί μόνο σε οδηγίες γιατρού, βιβλία και θεωρίες, μονόπλευρες αντιλήψεις για την πάθηση του οργανισμού, αλλά με βάση όλα αυτά και τη γενική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής, συμπεριλαμβανόμενης και της προσωπικότητας του ασθενή, θα ενεργήσει κατάλληλα και θα αποφασίσει τη διαιτητική αγωγή.



Οι ασθενείς οι οποίοι δεν βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο ακολουθούν ελεύθερη δίαιτα ενώ οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο ακολουθούν ειδική δίαιτα (Bevilacqua, 2013).

Ελεύθερη δίαιτα:

Γενική ή ελεύθερη, κανονική δίαιτα ονομάζεται η δίαιτα που δίνεται σε όλους τους υγιείς και αρρώστους που η κατάστασή τους δεν απαιτεί ειδική διαιτητική αγωγή (Bevilacqua, 2013).

Ειδική δίαιτα

Ειδική δίαιτα ονομάζεται η δίαιτα που δίνεται στους ασθενείς εκείνους που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο και πρέπει να ακολουθήσουν κάποια ειδική δίαιτα ανάλογα με την κατάστασή τους (Bevilacqua, 2013).

Ομάδες ασχολούμενες με την θρεπτική υποστήριξη

Όταν η εντερική και παρεντερική διατροφή χορηγείται υπό την επιτήρηση ομάδων που ασχολούνται ειδικά με το θέμα, σημειώνονται λιγότερες μεταβολικές και μηχανικής φύσης επιπλοκές, μειώνεται το κόστος και οι ασθενείς περιθάλπονται καλύτερα και συνεπέστερα. Στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα, οι ομάδες περιλαμβάνουν κάποιο συνδυασμό γιατρών (π.χ. χειρουργό, παθολόγο, παιδίατρο), αδελφών νοσοκόμων, διαιτολόγων και φαρμακοποιών, ο καθένας από τους οποίους έχει ατομικές και κοινές με τους άλλους ευθύνες για την ανάπτυξη διαιτητικών προγραμμάτων και για τον έλεγχο της κατάστασης των ασθενών στους οποίους εφαρμόζεται εντερική και παρεντερική διατροφή (Bevilacqua, 2013).

4.9.2 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της διατροφικής φροντίδας

Σ' αυτό το στάδιο που είναι και το τελευταίο της διατροφικής παρέμβασης γίνεται η επανεκτίμηση των στόχων που έχουν τεθεί και η επιβεβαίωση για την πραγματοποίησή τους, συγκρίνοντας τους επιθυμητούς στόχους με τα



αποτελέσματα που τελικά θα προκόψουν. Η επανεκτίμηση των στόχων περιλαμβάνει (Bevilacqua, 2013):

- Επανάληψη της αρχικής εκτίμησης
- Επανεκτίμηση των στόχων υπό το φως της διατροφικής θεραπείας και των αλλαγών στη μεταβολική/ κλινική κατάσταση
- Επαναβεβαίωση των στόχων και του σχεδίου θεραπείας.

Ομάδα Διατροφικής Φροντίδας

Στη διαδικασία διατροφικής φροντίδας απαιτείται η συνεργασία πολλών επιστημόνων του χώρου της υγείας. Πιο συγκεκριμένα (Bevilacqua, 2013):

Ο ιατρός

- Κάνει διάγνωση των ιατρικών προβλημάτων
- Πραγματοποιεί τις ιατρικές διαδικασίες
- Συντονίζει και συνταγογραφεί τη θεραπεία
- Εγκρίνει κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα
- Συνεργάζεται και συμβουλευέται άλλους ιατρούς

Ο νοσηλευτής

- Αξιολογεί τις νοσηλευτικές ανάγκες
- Πραγματοποιεί την άμεση νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή
- Εξηγεί τις θεραπευτικές διαδικασίες
- Εκπαιδεύει τον ασθενή όσον αφορά την ιατρική φροντίδα
- Λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της ομάδας διατροφικής φροντίδας και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο φαρμακοποιός

- Συστήνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή



- Προσδιορίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων καθώς και αυτές μεταξύ θρεπτικών συστατικών και φαρμάκων
- Αναγνωρίζει τις επιπλοκές που σχετίζονται με τα φάρμακα
- Εκπαιδεύει τον ασθενή όσον αφορά την φαρμακευτική υποστήριξη
- Λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της ομάδας διατροφικής φροντίδας και του φαρμακείου

Ο Διαιτολόγος

- Αξιολογεί τη διατροφική κατάσταση
- Προσδιορίζει τις ανάγκες του ασθενή σε θρεπτικά συστατικά
- Συστήνει την κατάλληλη διαιτητική αγωγή
- Επαναξιολογεί τον ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Εκπαιδεύει τον ασθενή όσον αφορά τη δίαιτά του
- Λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ της ομάδας διατροφικής φροντίδας και του Τμήματος Διατροφής.

4.9.3 Διατροφική εκπαίδευση

Ο ρόλος της διατροφής είναι πολύ σημαντικός στην υγεία του ανθρώπου αλλά και στην πρόληψη των ασθενειών. Έρευνες για τη διατροφή έχουν δείξει ότι με την κατάλληλη διατροφική αγωγή μπορεί να σημειωθεί σημαντική βελτίωση στην υγεία των ανθρώπων που πάσχουν από κάποια ασθένεια αλλά και στη μείωση της θνησιμότητας από κάποιες παθήσεις (Bevilacqua, 2013).

Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν και υπάρχει μεγάλη ανάγκη οι λειτουργοί υγείας να κατανοήσουν τη σημασία της διατροφής στην πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας των ανθρώπων. Η διατροφική εκπαίδευση για τους λειτουργούς υγείας θα μπορούσε να διαδραματίσει έναν επιπλέον ρόλο στην αναγνώριση των προβλημάτων των ασθενών. Παραδοσιακά η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού πραγματοποιείται σε Πανεπιστήμια με τμήματα εκπαίδευσης νοσηλευτών, που εδρεύουν σε νοσοκομεία, όπου η διατροφή διδασκόταν συχνά



από μέλη του διαιτολογικού τμήματος. Από τη στιγμή, που η διατροφική παρέμβαση είναι μέρος της ιατρικής πράξης, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι γνωστές των διατροφικών θεμάτων (Bevilacqua, 2013).

Παρατηρούνται σημαντικές διακρατικές διαφορές όσον αφορά στη διατροφική εκπαίδευση στη Γερμανία και τη Μ. Βρετανία, με το παράδειγμα των Γερμανών, οι οποίοι δίνουν μεγάλη έμφαση στη μέριμνα της ειδικής σίτισης και διατροφικής παρέμβασης στους ασθενείς έναντι ενός συστήματος υγείας στη Μ. Βρετανία, που θεωρείται πρότυπο, αλλά διαφαίνεται ότι έχει βασικές ελλείψεις. Απόδειξη της πρωτοπορίας των Γερμανών αποτελεί η καταγραφή συστάσεων σύμφωνα με τις αρχές του συνεδρίου της Heidelberg, όπου δίνεται έμφαση και προτεραιότητα στη σημασία της διατροφικής αγωγής σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης και φροντίδας (Bevilacqua, 2013).

Στη Μ. Βρετανία το ιατρικό επάγγελμα παραμένει «εκτός ενημέρωσης» για το ρόλο της διατροφής στην πρόληψη ασθενειών. Το 1990, η έκθεση σχετικά με την πρόληψη της Σ.Ν. σε ένα πρόγραμμα σπουδών της Ιατρικής Σχολής, ανέφερε ότι ένα μεγάλο μέρος της ακαδημαϊκής και επαγγελματικής ιατρικής ικανότητας παραδέχεται ότι δεν έγινε καμία ενέργεια για τη διδασκαλία της διατροφής. Μελέτες στη Μ. Βρετανία εμφανίζουν την ύπαρξη σημαντικών κενών στις γνώσεις διατροφής των ιατρών και των νοσηλευτών. Αυτές οι μελέτες αναφέρουν ότι οι γνώσεις για θέματα διατροφής είναι επαρκείς, αλλά η μετάφραση αυτών σε πρακτικές διατροφικές συμβουλές είναι περισσότερο δύσκολη. Σε πολλές περιπτώσεις παρόλο που οι ιατροί αποδέχονται το ρόλο της διατροφής ως ένα σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της υγείας, παρατηρείται απροθυμία πραγματοποίησης οποιαδήποτε διατροφικής παρέμβασης στην καθημερινή τους εργασία (Bevilacqua, 2013).

Η διατροφή σε διάφορες διαδικασίες θεραπείας νοσημάτων θεωρήθηκε πολύ σημαντική. Τόσο το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας των Η.Γ.Α. όσο και της Ελλάδας δίνουν έμφαση στη σημασία της διατροφικής αξιολόγησης και θεραπείας από τους λειτουργούς υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών. Έτσι είναι



περισσότερη σημαντική η συμβολή τους από τη στιγμή, που το νοσηλευτικό προσωπικό κατείχε πάντα ένα σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των διατροφικών θεμάτων των ασθενών στην έναρξη της διατροφικής αξιολόγησης, στην παρακολούθηση της θεραπείας και στην ενίσχυση της εργασίας των ειδικών διατροφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ιατρική Σχολή των Αθηνών διδάσκεται προαιρετικά το μάθημα της Κλινικής Διατροφής στα πλαίσια των μαθημάτων επιλογής του προγράμματος σπουδών (Bevilacqua, 2013).

Στην Ελλάδα υπάρχει Διατροφική Εκπαίδευση των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων λειτουργών υγείας σε προπτυχιακό επίπεδο. Ο ρόλος του τμήματος Διατροφής - Διαιτολογίας πρέπει να είναι συντονιστικός σε συνεργασία με άλλα πανεπιστήμια και Νοσηλευτικά Ιδρύματα για την εκπαίδευση όλων των λειτουργών υγείας σε όλες τις βαθμίδες της πρόληψης και φροντίδας (Γιαννακούλια, 2005).

4.9.4 Ποιότητα παροχής υπηρεσιών του τμήματος διατροφής.

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί πλεονέκτημα στρατηγικής σημασίας για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών του Τμήματος Διατροφής λόγω της συνεχούς εμπλοκής του στην θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών. Με το νέο νόμο βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ. (Ν.2889/01) προτείνεται η συγκρότηση τμημάτων (Γιαννακούλια, 2005).

- Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας και
- Έρευνας και Ανάπτυξης που υπάγονται στην Διεύθυνση Προγραμματισμού και
- Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Τα τμήματα αυτά έχουν οριζόντια εμπλοκή με τα Τμήματα Διατροφής όλων των Μονάδων Υγείας που υπάγονται στη Δ.Υ.Πε. και μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη και διασφάλιση ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας.



Τα νοσοκομεία στην Ευρώπη και την Αμερική έχουν ήδη μπει σε διαδικασίες πιστοποίησης των υπηρεσιών τους γεγονός που αποτελεί πρόκληση και για τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM) είναι η εφαρμογή της φιλοσοφίας της συνεχούς αναβάθμισης της ποιότητας και η πιστοποίηση κατά ISO είναι ένα εργαλείο που διευκολύνει, μέσα από την τήρηση των όρων μιας διμερούς σύμβασης, να μπει ο οργανισμός ή η εταιρεία στη λογική και στη διαδικασία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Στην φροντίδα υγείας η ποιότητα μπορεί ενδεικτικά να οριστεί σε σχέση με τον ασθενή, στους επαγγελματίες της υγείας και την διοίκηση (Γιαννακούλια, 2005).

Το Τμήμα Διατροφής αποτελεί έναν από τους πιο νευραλγικούς χώρους του νοσοκομείου και οι διαδικασίες σίτισης και εστίασης μερικές από τις πιο πολύπλοκες παραγωγικές διαδικασίες του νοσοκομειακού τομέα. Παρά τις αντίξοες πολλές φορές συνθήκες, ο διαιτολόγος έχει καθήκον να παράγει ασφαλή φαγητά με καθορισμένη θρεπτική αξία και ποιότητα, έτσι ώστε να ικανοποιήσει τις διατροφικές ανάγκες των ασθενών (Γιαννακούλια, 2005).

Επίσης, ο ίδιος ο ασθενής συχνά αισθάνεται παγιδευμένος σε ένα ξένο περιβάλλον το οποίο καθιστά αναγκαία την απαίτηση να ζωτικός συνδεδετικός κρίκος παραγωγού - καταναλωτή ανάμεσα στις δραστηριότητες της νοσηλευτικής μονάδας. Η λειτουργική διασύνδεση του τμήματος με όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και η εμπλοκή ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων στις διαδικασίες σίτισης οδηγεί στην πεποίθηση ότι δεν αρκεί η εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας μόνο στο ίδιο το τμήμα, αλλά απαιτείται συνολική εφαρμογή της σε επίπεδο υπηρεσίας ή και νοσοκομείου ακόμα.. Βέβαια την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί κάθε τμήμα να την αναλάβει ως ένα βαθμό και μεμονωμένα (Γιαννακούλια, 2005).



4.9.5 Ασφάλεια τροφίμων

Η παρασκευή, η μεταποίηση, η παραγωγή, η συσκευασία, η αποθήκευση, η μεταφορά, η διανομή, η διακίνηση και η προσφορά προς πώληση ή η διάθεση των τροφίμων οφείλουν να πραγματοποιούνται με υγιεινό τρόπο (Κυριόπουλος, 2003).

Οι υπεύθυνοι των επιχειρήσεων τροφίμων οφείλουν να εφαρμόζουν, να διατηρούν και να αναθεωρούν μία μόνιμη διαδικασία, η οποία αναπτύσσεται και υλοποιείται σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος Ανάλυσης Κινδύνων και Κρίσιμων Σημείων Ελέγχου (HACCP). Το σύστημα αυτό είναι μία συστηματική και επιστημονική προσέγγιση στον έλεγχο των Διεργασιών. Σχεδιάζεται με σκοπό την εξάλειψη προβλημάτων έχοντας επιβεβαιώσει την ύπαρξη σημείων ελέγχου σε κάθε στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας, όπου είναι δυνατόν να παρουσιαστούν επικίνδυνες ή κρίσιμες καταστάσεις (Κυριόπουλος, 2003).

Αρχές HACCP

1. Εντοπίζονται οι τυχόν κίνδυνοι για την ασφάλεια των τροφίμων οι οποίοι πρέπει να προληφθούν, να εξλειφθούν ή να μειωθούν σε αποδεκτά επίπεδα, με σκοπό την παραγωγή ασφαλών τροφίμων.
2. Εντοπίζονται τα κρίσιμα σημεία ελέγχου στο στάδιο ή στα στάδια, στα οποία ο έλεγχος είναι ουσιαστικής σημασίας για την πρόληψη ή την εξάλειψη ενός κινδύνου για την ασφάλεια των τροφίμων ή για την μείωσή του, ώστε να καταστεί δυνατή η επίτευξη του στόχου παραγωγής ασφαλών τροφίμων.
3. Καθορίζονται κρίσιμα όρια στα κρίσιμα σημεία ελέγχου, με τα οποία χωρίζεται το αποδεκτό από το μη αποδεκτό, όσο αφορά την πρόληψη, την εξάλειψη ή τη μείωση των κινδύνων που έχουν εντοπιστεί.
4. Καθορίζονται και εφαρμόζονται αποτελεσματικές διαδικασίες παρακολούθησης στα κρίσιμα σημεία ελέγχου.
5. Καθορίζονται τα διορθωτικά μέτρα, όταν η παρακολούθηση υποδεικνύει ότι ένα κρίσιμο σημείο βρίσκεται εκτός ελέγχου.



Το σύστημα HACCP είναι απαραίτητο στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα άτομα που νοσηλεύονται έχουν μειωμένη αντίσταση σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, οπότε τα τρόφιμα που καταναλώνουν κατά τη διαμονή τους στο νοσοκομείο θα πρέπει να είναι απόλυτα ασφαλή (Βερλέντζας, 1999).

Οι παραδοσιακές μέθοδοι επιθεώρησης της υγιεινής των τροφίμων δεν επαρκούν για την εξασφάλιση ασφαλούς προϊόντος προς κατανάλωση. Το προσωπικό επιθεώρησης δεν είναι αρκετό. Ωστόσο η επιθεώρηση δεν αποτελεί διασφάλιση της ποιότητας γιατί είναι μόνο ένας έλεγχος της στιγμής. Επιπλέον η χαμηλού επιπέδου μόλυνση δεν εντοπίζεται με τις παραδοσιακές μεθόδους (Βερλέντζας, 1999).

Οι υπεύθυνοι των επιχειρήσεων τροφίμων καθορίζουν διαδικασίες για να επαληθεύονται ότι οι αρχές του HACCP λειτουργούν αποτελεσματικά. Οι διαδικασίες επαλήθευσης πρέπει να εκτελούνται περιοδικά και κάθε φορά που η λειτουργία της επιχείρησης τροφίμων μεταβάλλεται με τρόπο που θα μπορούσε να επηρεάσει δυσμενώς την ασφάλεια τροφίμων. Οι υπεύθυνοι των επιχειρήσεων τροφίμων προβλέπουν τη χρήση εγγράφων και την τήρηση αρχείων, αναλόγως με τη φύση και το μέγεθος της επιχείρησης τροφίμων ώστε να εξασφαλίζεται η ουσιαστική εφαρμογή των μέτρων και να καθίστανται δυνατοί οι επίσημοι έλεγχοι (Βερλέντζας, 1999).

Πλεονεκτήματα εφαρμογής HACCP (Βερλέντζας, 1999)

- Αύξηση της εμπιστοσύνης των ασθενών προς το νοσοκομείο
- Μείωση των νομικών και ασφαλιστικών κοστών, λόγω κάλυψης της νομικής υποχρέωσης που απορρέει από την οδηγία 93/43/ΕΟΚ
- Μείωση παραγωγικού κόστους
- Βελτιωμένη σύνθεση προϊόντος
- Αντιμετώπιση υποθρεψίας
- Πρόληψη εμφάνισης τροφικών ασθενειών
- Αποκατάσταση υγείας του ασθενή



Αρμόδιος φορέας για τον έλεγχο της τήρησης των γενικών κανόνων υγιεινής των τροφίμων είναι το ΝΠΔΔ, Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ). Ο ΕΦΕΤ ελέγχει την ανάπτυξη, εφαρμογή και τήρηση των αρχών του ΗΛΟΟΡ και των παραπάνω υποχρεώσεων που έχουν οι επιχειρήσεις τροφίμων. Συγκεκριμένα διενεργεί ελέγχους για να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση των επιχειρήσεων τροφίμων προς τις υπάρχουσες διατάξεις (Φαμέλη, 2005).

Εάν κατά τη διεξαγωγή των ελέγχων διαπιστωθεί ότι με την μη τήρηση των διατάξεων διακυβεύεται η ασφάλεια ή η υγιεινή των τροφίμων, ο ΕΦΕΤ μεριμνά για η λήψη αναγκαίων μέτρων που μπορεί να περιλαμβάνουν την απόσυρση ή και την καταστροφή των τροφίμων ή την αναστολή της λειτουργίας ολόκληρης ή μέρους της επιχείρησης για κατάλληλη χρονική περίοδο, σύμφωνα με τις διατάξεις.

Τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα τα οποία αφορά ο έλεγχος, έχουν δικαίωμα προσφυγής κατά των παραπάνω μέτρων (Φαμέλη, 2005).

Παρόλη την αναγκαιότητα και τη νομική υποχρέωση της εφαρμογής του συστήματος HACCP από τα νοσοκομεία ελάχιστα ελληνικά νοσοκομεία το έχουν εφαρμόσει. Δεν υπάρχει κάποιο εθνικό μητρώο στο οποίο μπορεί να ανατρέξει κανείς για να βρει τις υγειονομικές μονάδες που έχουν πιστοποίηση HACCP. Σύμφωνα με δημοσίευση της εφημερίδας «Ευρυτανικά Νέα» πέντε με έξι νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα έχουν πιστοποίηση HACCP και ανάμεσά τους το νοσοκομείο του Καρπενησιού για το οποίο μιλούσε και το άρθρο της εφημερίδας (Φαμέλη, 2005).

4.9.6 Συμπεράσματα περί διατροφής

Η ανάγκη για την διασφάλιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και η σημαντική έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού του τμήματος διατροφής αποτυπώνουν την κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά την σίτιση των ασθενών (Φαμέλη, 2005).



Ιδιαίτερα σημαντική είναι η έλλειψη Διαιτολόγων για δύο λόγους. Ο πρώτος λόγος αφορά το χαμηλό ποσοστό κάλυψης θέσεων σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό του τμήματος διατροφής, ειδικά στις Δ.Υ.Πε. της επαρχίας. Λόγω της έλλειψης αυτής ο Διαιτολόγος δεν μπορεί, ενώ είναι ο αρμόδιος, να εφαρμόσει τη διατροφική παρέμβαση σε κάθε ασθενή προσωπικά (Φαμέλη, 2005).

Ο δεύτερος είναι ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν στην διατροφική φροντίδα των ασθενών. Ο Διαιτολόγος είναι ο συνδετικός κρίκος των ενεργειών της ομάδας της διατροφικής φροντίδας. Συντονίζει, ελέγχει και συμβουλεύει την ομάδα και τους ασθενείς για να εξασφαλιστεί η παροχή της κατάλληλης διατροφικής φροντίδας (Φαμέλη, 2005).

Η διατροφική εκπαίδευση του προσωπικού που συμμετέχει στη διαδικασία διατροφικής φροντίδας και παρέμβασης είναι ελλιπής, πράγμα που δεν βοηθά στην παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών διατροφής. Στην Ελλάδα η διατροφική εκπαίδευση των λειτουργών υγείας βρίσκεται σε προπτυχιακό επίπεδο (Φαμέλη, 2005).

Στην Ευρώπη υπάρχει μεγάλος αριθμός υποσιτιζόμενων νοσηλευόμενων ασθενών. Ο υποσιτισμός οδηγεί σε εκτεταμένες παραμονές στα νοσοκομεία, μειωμένη ποιότητα ζωής και περιττές δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη μέρος της οποίας είναι η διατροφική φροντίδα (Φαμέλη, 2005).

Η ανίχνευση διατροφικού κινδύνου, ως μέρος της Διατροφικής Αξιολόγησης, βοηθά στην πρώιμη ανίχνευση διατροφικών προβλημάτων ώστε να αποφεύγονται σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή και στην εξοικονόμηση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για το νοσοκομείο (Φαμέλη, 2005).

Οι αρχές του HACCP είναι εργαλεία για την εξασφάλιση της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών σίτισης των ασθενών. Υπεύθυνος για τον έλεγχο της τήρησης των γενικών κανόνων υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων σύμφωνα με τις αρχές του HACCP, είναι ο ΕΦΕΤ (Φαμέλη, 2005).



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Ελάχιστα ελληνικά νοσοκομεία εφαρμόζουν το σύστημα HACCP που σημαίνει ότι υπάρχουν αμφιβολίες κατά πόσο τα τρόφιμα που τρώνε οι ασθενείς είναι απόλυτα ασφαλή για την υγεία τους (Φαμέλη, 2005).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε νοσοκομεία της Ελλάδας, και πιο συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, και η πιθανή συσχέτιση αυτής με την ψυχολογία των νοσηλευόμενων ασθενών, τη διάρκεια νοσηλείας, την πρόσβαση σε τροφή εντός του νοσοκομείου και άλλους παράγοντες.

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν νοσηλευόμενοι ενήλικες σε νοσοκομεία της χώρας και πιο συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Επιλέξιμοι ήταν όλοι οι ασθενείς οι οποίοι ήταν άνω των 18 και ήταν σε θέση να απαντήσουν μόνοι τους τις ερωτήσεις, έχοντας πλήρη διαύγεια. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν οι ασθενείς οι οποίοι είχαν αδυναμία στη συνεννόηση και η άρνηση συμμετοχής στην έρευνα από τον ίδιο τον ασθενή, τους συγγενείς ή το ιατρικό προσωπικό που απαρτίζει την εκάστοτε κλινική.

Μελετήθηκαν 131 άτομα, από τα οποία οι 65 ήταν άντρες και οι 66 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 55 ± 16 έτη. Η καταγραφή έγινε κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριο- Απρίλιο του 2019. Κατά βάση μελετήθηκαν ασθενείς που νοσηλεύονταν στην παθολογική κλινική, νευρολογική, χειρουργική και νευροχειρουργική κλινική. Για να μπορέσει να διεκπεραιωθεί η συγκεκριμένη έρευνα μας δόθηκε έγκριση από το επιστημονικό και το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Επιπλέον, λάβαμε άδεια από τη διεύθυνση κάθε κλινικής ώστε να μπορέσουμε να συλλέξουμε τα στοιχεία που χρειαζόμασταν.

Για όλους τους ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα συλλέχθηκαν δημογραφικά δεδομένα από τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν όπως το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια νοσηλείας, το αίτιο εισαγωγής, το μορφωτικό επίπεδο, το βάρος, το ύψος, ο τρικέφαλος, η περίμετρο μέσης, βραχίονα και κνήμης, το βάρος πριν έξι μήνες και το βάρος πριν την εισαγωγή του εκάστοτε συμμετέχοντα στο νοσοκομείο.

Πίνακας 5.1: Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ΜΟ± ΤΑ ή n) (N= 131)

Φύλο (Άντρες/ Γυναίκες)	65/ 66
Ηλικία (έτη)	55.0± 16.05
Διάρκεια νοσηλείας	4.9± 7.4
Εκπαίδευση (Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο/ ΑΕΙ ή ΤΕΙ/ Μεταπτυχιακό)	26/ 22/ 30/ 52/ 1
Επαναλαμβανόμενη νοσηλεία (ΝΑΙ/ ΟΧΙ)	77/ 54

Εργαλεία

Για κάθε συμμετέχοντα συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείου (HADS) επινοήθηκε πριν από 30 χρόνια από τον Zigmond και τον Snaith για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης σε ένα γενικό ιατρικό πληθυσμό ασθενών. Έχει γίνει ένα δημοφιλές εργαλείο για την κλινική πρακτική και την έρευνα. Αξιολογεί τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη, τα οποία συνήθως συνυπάρχουν. Το άγχος δεν αναγνωρίζεται εύκολα από τους κλινικούς ιατρούς, συνεπώς πρέπει να αναζητηθεί ενεργά με κάποια μέσα όπως αυτό το ερωτηματολόγιο. Το άγχος συχνά προηγείται της κατάθλιψης ως απάντηση στους στρεσογόνους παράγοντες με αποτέλεσμα ο εντοπισμός του ατόμου με υψηλό ή αυξανόμενο άγχος να επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να συμβουλεύουν για τα μέτρα έγκαιρης παρέμβασης. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις για άγχος και επτά ερωτήσεις για κατάθλιψη και διαρκεί 2-5 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Παρόλο που τα ερωτήματα σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη



παρεμβάλλονται στο ίδιο ερωτηματολόγιο, είναι ζωτικής σημασίας να βαθμολογούνται ξεχωριστά (Stern et al., 2014).

Επιπρόσθετα αξιολογήθηκε και η παρεχόμενη διατροφή με τη βοήθεια ερωτηματολογίου Meal Assessment Tool (MAT). Με βάση την εξειδικευμένη εμπειρία των ειδικών, προέκυψε μια κλίμακα 7 σημείων που βαθμολογεί τρία είδη γευμάτων (κρέας ή ψάρι, άμυλο δηλαδή πατάτα, ρύζι ή ζυμαρικά και τα λαχανικά) αξιολογώντας την οσμή και τη γεύση σε συνδυασμό με την εμφάνιση και την ποιότητα. Το εργαλείο στη συνέχεια διατέθηκε σε ένα μεγάλο έργο αξιολόγησης γευμάτων και ήταν σε θέση να ανιχνεύσει διαφορές μεταξύ παραλλαγών του ίδιου γεύματος και μεταξύ του ίδιου συστατικού που παρασκευάστηκε με εναλλακτικούς τρόπους. Το MAT αποδείχθηκε επιτυχημένο όσον αφορά τη διάκριση των συστατικών του γεύματος αναφορικά με την ποιότητα, τη γεύση και την εμφάνιση και είναι χρήσιμο για όσους σχεδιάζουν και αξιολογούν τα γεύματα και την ποικιλομορφία που παρουσιάζουν αυτά στο εκάστοτε σύστημα υγείας (Hannan-Jones & Carpa, 2017).

Η πρόσβαση σε τροφή εντός νοσοκομείου επιτεύχθηκε με ένα ερωτηματολόγιο 27 θέσεων οι οποίες μοιράζονται σε πέντε τομείς οι οποίοι είναι το αίσθημα πείνας, τα φυσικά εμπόδια, τα οργανωτικά εμπόδια, οι επιλογές τροφίμων και η ποιότητα τροφίμων (Naithani et al., 2009).

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις περιλαμβάνουν το ύψος, σωματικό βάρος, και περίμετρο μέσης. Η υποθρεψία αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο MUST. Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο MUST αποτελείται από τρία ανεξάρτητα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του συνολικού κινδύνου για υποσιτισμό. Αυτά είναι η τρέχουσα κατάσταση βάρους χρησιμοποιώντας το ΔΜΣ, η μη ηθελημένη απώλεια βάρους τους τελευταίους 3- 6 μήνες και η οξεία επίδραση της νόσου που προκάλεσε πιθανή αποχή από την τροφή για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 5 μέρες. Κάθε παράμετρος μπορεί να βαθμολογηθεί με 0, 1 ή 2. Ο συνολικός κίνδυνος για υποσιτισμό ορίζεται ως χαμηλός με συνολικό σκορ ίσο με 0,



μεσαίος με τελικό σκορ ίσο με 1 ή υψηλός με το σκορ να είναι μεγαλύτερο από 2 (Eliá, 2003).

Η όρεξη των ασθενών αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο CNAQ. Το CNAQ είναι ένα ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων το οποίο δημιουργήθηκε από το Συμβούλιο Διατροφής (Council on Nutrition). Αποτελεί ένα σύντομο και απλό εργαλείο αξιολόγησης της όρεξης, που σε συνδυασμό με το απλοποιημένο ερωτηματολόγιο όρεξης (SNAQ), προβλέπουν την απώλεια βάρους σε ενήλικες και σε ασθενείς με μεγάλη διάρκεια νοσηλείας (Wilson et al., 2005).

Στατιστική Ανάλυση

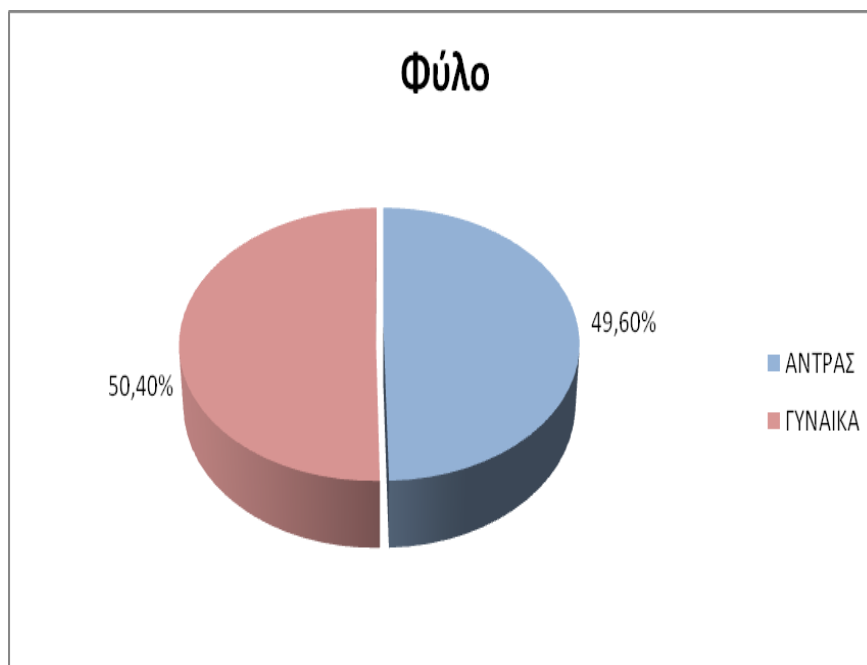
Όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση που έγινε για τα περιγραφικά στατιστικά χρησιμοποιήσαμε student's t- test για τις παραμετρικές μεταβλητές και Pearson's correlation για τις συσχετίσεις. Χρησιμοποιήσαμε, επίσης, και τη δοκιμασία independent samples t- test για να συγκρίνουμε κάποιους παράγοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

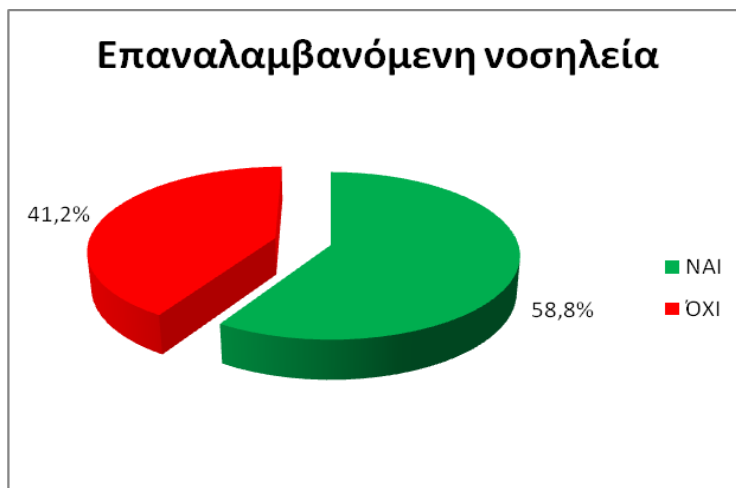
Μελετήθηκαν και αναλύθηκαν 131 ασθενείς εκ των οποίων οι 65 ήταν άντρες και οι 66 γυναίκες (Γράφημα 6.1). Μοναδικό κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα ήταν οι ασθενείς να είναι άνω των 18 και να έχουν πλήρη συνείδηση. Γι' αυτό το λόγο, η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 18 έως 88 ετών.

Μέσω του ερωτηματολογίου που μοιράστηκε και συμπληρώθηκε από τους ασθενείς επισημάναμε κάποια δεδομένα. Ένα από αυτά είναι το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι 26 από αυτά τα άτομα τελείωσαν το δημοτικό, 22 το γυμνάσιο και 30 το λύκειο, ενώ 52 αποφοίτησαν από κάποιο Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ και 1 μόνο έχει κάνει και μεταπτυχιακό.

Επίσης, από τα 131 άτομα που ερευνήσαμε διαπιστώσαμε ότι 77 είχαν νοσηλευτεί ξανά ενώ τα 54 όχι (Γράφημα 6.2).



Γράφημα 6.1



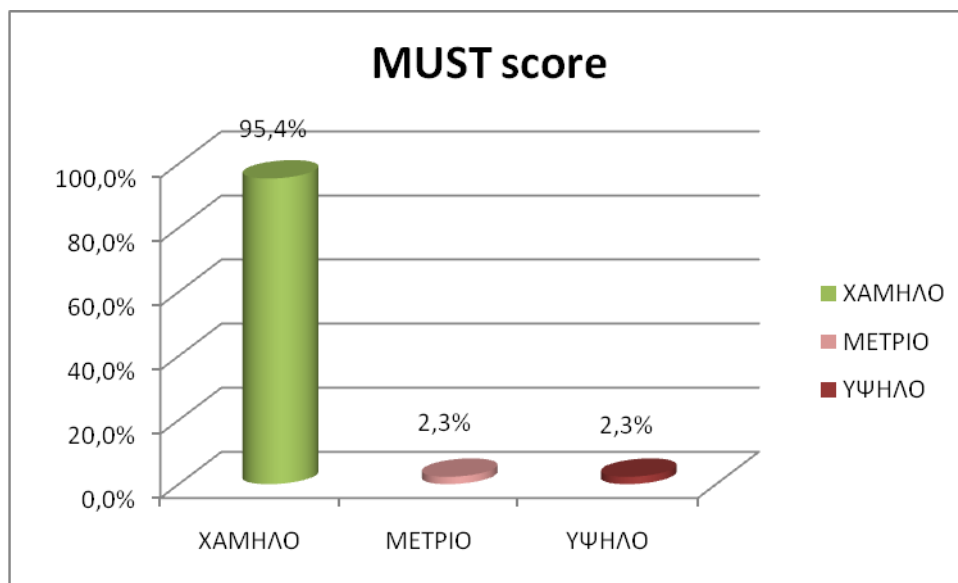
Γράφημα 6.2

Πίνακας 6.1: Ανθρωπομετρικά στοιχεία

	Άντρες (n=65)	Γυναίκες (n=66)	Σύνολο (N=131)
Βάρος (kg)	86,3± 14,87	73± 13,44	79,6± 15,61
Ύψος (cm)	175,5± 6,57	165,5± 7,46	170,5± 8,62
BMI (kg/m²)	28± 4,57	26,6± 4,65	27,3± 4,64
Τρικέφαλος (mm)	19,4± 6,56	19,7± 4,94	19,6± 5,78
Μέση (cm)	102,7± 16,66	92,7± 14,42	97,6± 16,3
Βραχίονας (cm)	36,5± 4,61	35± 4,08	35,7± 4,4
Λαιμός (cm)	42,1± 4,48	39,6± 3,1	40,8± 4,03
Κνήμη (cm)	40,3± 4,57	39,5± 3,6	39,9± 4,11

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις περιλαμβάνουν, όπως βλέπουμε και στον πίνακα 6.1, το ύψος, το σωματικό βάρος, την περίμετρο μέσης καθώς και άλλες μετρήσεις. Πιο συγκεκριμένα μπορούμε να διακρίνουμε ότι το βάρος κυμάνθηκε από 48kg έως 120kg, το ύψος από 150cm έως 192cm, το BMI από 18,3kg/m² έως 45,3kg/m², ο τρικέφαλος από 7mm έως 38mm, η μέση από 69cm έως 141cm, ο βραχίονας από 27cm έως 48cm, ενώ ο λαιμός και η κνήμη από 30cm έως 55cm.

Γράφημα 6.3



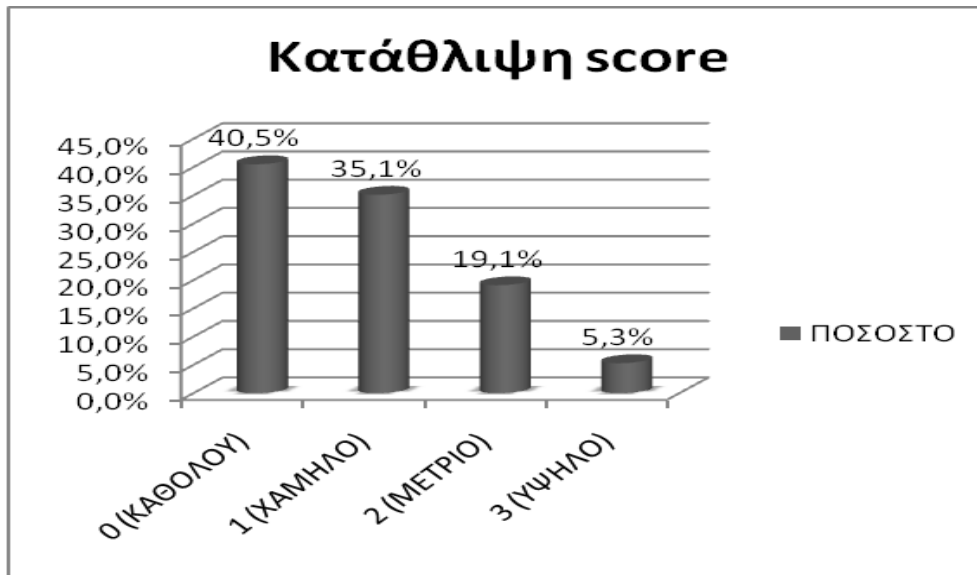
Πίνακας 6.2

N=131		N	%	Μέσος Όρος	Τυπικό Σφάλμα
MUST score	Χαμηλό (0)	125	95,4	0,08	0,03
	Μέτριο (1)	3	2,3		
	Υψηλό (2)	3	2,3		

Από το ερωτηματολόγιο MUST βρέθηκαν τα αποτελέσματα που φαίνονται στον πίνακα 6.2 και στο γράφημα 6.3. Αναλυτικότερα, διαπιστώσαμε ότι από τους 131 συμμετέχοντες οι 125 είχαν χαμηλό σκορ για την υποθρεψία (δηλαδή 0), 3 είχαν μέτριο (δηλαδή 1) και 3 είχαν υψηλό (δηλαδή ≥ 2).

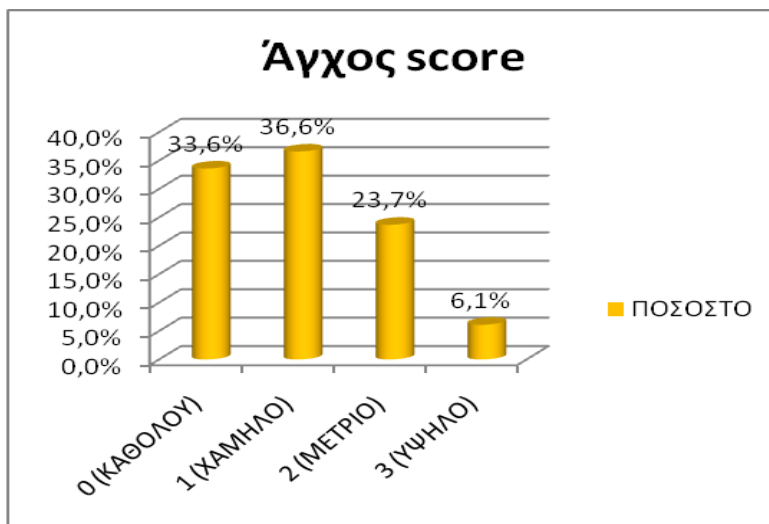
Πίνακας 6.3: Ψυχομετρικά στοιχεία

N= 131		N	%	Μέσος Όρος	Τυπικό Σφάλμα
CNAQ score				28,97	0,57
Κατάθλιψη score	Καθόλου	53	40,5	6,65	0,34
	Χαμηλό	46	35,1		
	Μέτριο	25	19,1		
	Υψηλό	7	5,3		
Άγχος score	Καθόλου	44	33,6	6,72	0,39
	Χαμηλό	48	36,6		
	Μέτριο	31	23,7		
	Υψηλό	8	6,1		



Γράφημα 6.4

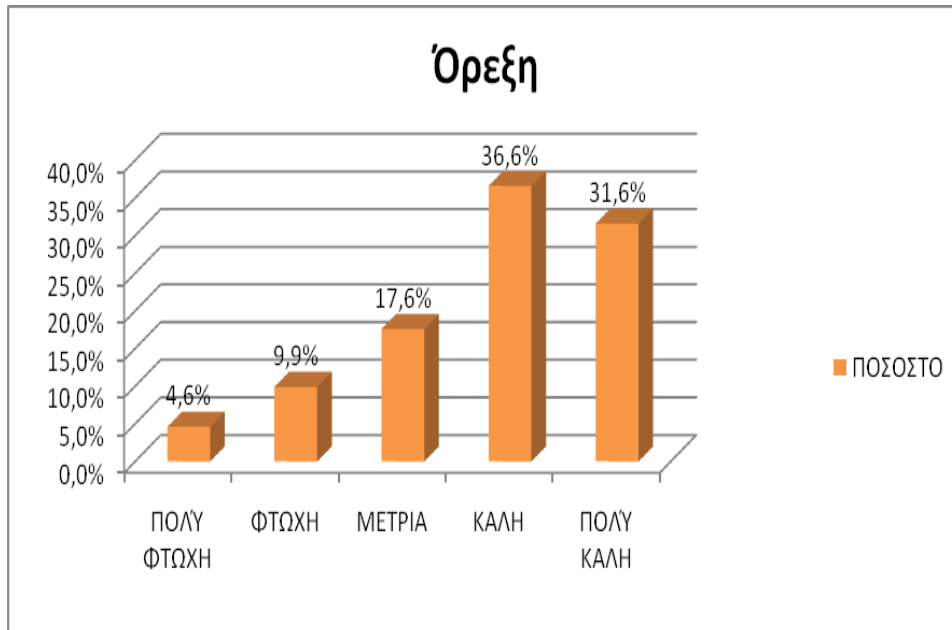
Όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τον πίνακα 6.3 και από το γράφημα 6.4, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (40,5%) είχαν μηδενικό σκορ κατάθλιψης, δηλαδή 53 άτομα από τα 131 δήλωσαν ότι αισθάνονται καλά ψυχολογικά. Κατά συνέπεια βρέθηκε ότι 46 από τους 131 ασθενείς έχουν χαμηλό σκορ κατάθλιψης, οι 25 έχουν μέτριο σκορ κατάθλιψης και μόνο 7 είναι τα άτομα τα οποία έχουν υψηλό σκορ.



Γράφημα 6.5

Σχετικά με το άγχος, από τον πίνακα 6.3 και το γράφημα 6.5, φάνηκε ότι από τα 131 περιστατικά τα 44, δηλαδή το 33,6%, δεν είχαν καθόλου άγχος. Επίσης,

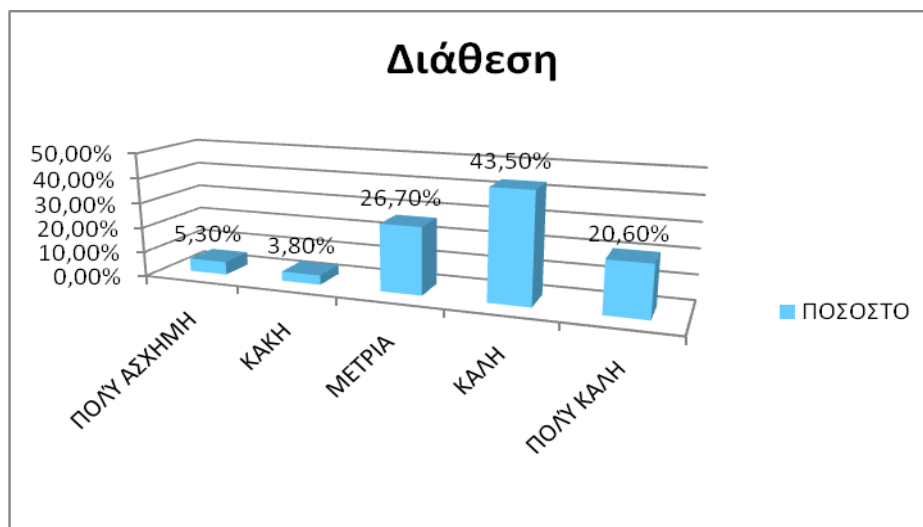
χαμηλό σκορ στο άγχος έδειξε ότι είχε το 36,6% των συμμετεχόντων, που σημαίνει ότι 48 άτομα, ενώ μέτριο και υψηλό σκορ είχαν 31 και 8 άτομα αντίστοιχα.



Γράφημα 6.6

Από το γράφημα 6.6 διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο κομμάτι των νοσηλευόμενων, που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν ότι η όρεξή τους είναι καλή με ποσοστό που ανέρχεται το 36,6%. Ενώ το μικρότερο ποσοστό το έχουν τα άτομα που δήλωσαν ότι η όρεξη τους είναι πολύ φτωχή με 4,6%.

Αντίστοιχα για την ψυχική διάθεση των νοσηλευόμενων η πλειονότητα των συμμετεχόντων, με ποσοστό 43,5%, δήλωσε ότι είναι καλή (Γράφημα 6.7).



Γράφημα 6.7

Με το ερωτηματολόγιο Meal Assessment Tool βαθμολογήθηκαν το κυρίως πιάτο (κρέας ή κοτόπουλο ή ψάρι), το συνοδευτικό (πατάτα ή ρύζι ή ζυμαρικά) και τα λαχανικά ως προς την οσμή και γεύση, την εμφάνιση και την ποιότητα. Αυτό πραγματοποιήθηκε με μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 7, με το 0 να σημαίνει ότι το συγκεκριμένο τρόφιμο δεν καταναλώθηκε και το 7 να αξιολογεί το φαγητό ως τέλειο και αντίστοιχα το 1 να το βαθμολογεί ως πολύ φτωχό.

Πίνακας 6.4

Κρέας/Κοτόπουλο/Ψάρι						
Βαθμολογία	Οσμή και γεύση		Εμφάνιση		Ποιότητα	
	n	%	n	%	n	%
0	3	2,3	3	2,3	3	2,3
1	8	6,1	9	6,9	8	6,1
2	2	1,5	2	1,5	1	0,8
3	9	6,9	11	8,4	12	9,2
4	28	21,4	26	19,8	25	19,1
5	33	25,2	29	22,1	30	22,9
6	26	19,8	29	22,1	31	23,7
7	22	16,8	22	16,8	21	16
Μέσος Όρος	4,79		4,76		4,8	

Στον πίνακα 6.4, που φαίνεται παραπάνω, διακρίνουμε ότι όσον αφορά το κυρίως πιάτο, ως προς την οσμή και γεύση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δηλαδή το 25,2% (33 άτομα στα 131), το βρήκε καλό βαθμολογώντας το με 5 στα 7. Αντίθετα το 1,5% των νοσηλευόμενων το βαθμολόγησαν με 2, ενώ μόνο 3 ήταν τα άτομα που δεν κατανάλωσαν το συγκεκριμένο φαγητό. Όσον αφορά την εμφάνιση το μεγαλύτερο ποσοστό βαθμολόγησε με 5 ή 6 (22,1%), ενώ 2 μόνο άτομα τη βαθμολόγησαν με 2, που σημαίνει ότι το θεώρησαν φτωχό. Τελικά, για την ποιότητα αυτού του φαγητού 31 άτομα το βαθμολόγησαν με 6 θεωρώντας το σχεδόν τέλειο. Η μέση βαθμολογία του κυρίως φαγητού ως προς την οσμή και γεύση είναι 4,79, ως προς την εμφάνιση 4,76 και για την εμφάνιση 4,8.

Πίνακας 6.5

Πατάτα/Ρύζι/Ζυμαρικά						
Βαθμολογία	Οσμή και γεύση		Εμφάνιση		Ποιότητα	
	n	%	n	%	n	%
0	8	6,1	8	6,1	8	6,1
1	4	3,1	3	2,3	4	3,1
2	6	4,6	3	2,3	3	2,3
3	9	6,9	12	9,2	9	6,9
4	30	22,9	33	25,2	30	22,9
5	26	19,8	23	17,6	26	19,8
6	25	19,1	26	19,8	29	22,1
7	23	17,6	23	17,6	22	16,8
Μέσος Όρος	4,61		4,65		4,7	

Αντίθετα με το κυρίως, διακρίνουμε ότι το συνοδευτικό δεν καταναλώθηκε από 8 άτομα (6,1%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (22,9%, 25,2% και 22,9% αντίστοιχα) το βαθμολόγησε με 4 στα 7 ως προς την οσμή- γεύση, εμφάνιση και ποιότητα, καθιστώντας το αυτόματα ως πιάτο μη ικανοποιητικό, μέτριο (πίνακας 6.6). Για την οσμή και γεύση συγκέντρωσε τη βαθμολογία 4,61, για την εμφάνιση 4,65 και για την ποιότητα 4,7. Πράγμα που σημαίνει ότι το συνοδευτικό αξιολογήθηκε ως μέτριο προς καλό (Πίνακας 6.5).

Πίνακας 6.6

Λαχανικά						
Βαθμολογία	Οσμή και γεύση		Εμφάνιση		Ποιότητα	
	n	%	n	%	n	%
0	21	16	21	16	21	16
1	4	3,1	4	3,1	4	3,1
2	5	3,8	5	3,8	3	2,3
3	11	8,4	14	10,7	10	7,6
4	18	13,7	19	14,5	22	16,8
5	26	19,8	21	16	23	17,6
6	24	18,3	24	18,3	26	19,8
7	22	16,8	23	17,6	22	16,8
Μέσος Όρος	4,18		4,14		4,22	

Τέλος, όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.6, τα λαχανικά δεν καταναλώθηκαν από το 16% των συμμετεχόντων, δηλαδή από 21 άτομα, ενώ όσον αφορά την οσμή και γεύση η πλειονότητα (19,8%) το βαθμολόγησαν με 5, πράγμα που σημαίνει ότι το θεώρησαν πολύ καλό. Ως προς την εμφάνιση και την ποιότητα, οι περισσότεροι (24 και 26 άτομα αντίστοιχα) το βαθμολόγησαν με 6, που σημαίνει ότι τους φάνηκε σχεδόν τέλειο. Υπήρξε, ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό που αγγίζει το 3,1%, δηλαδή 4 άτομα, που αξιολόγησαν το πιάτο πολύ φτωχό, βαθμολογώντας το με 1 στα 7.

Πίνακας 6.7

Ικανοποίηση από προσωπικό εστίασης		
Βαθμολογία	n	%
Δεν απάντησαν	1	0,8
Πολύ καλή	53	40,5
Καλή	47	35,9
Μέτρια	21	16
Φτωχή	3	2,3
Πολύ φτωχή	6	4,6

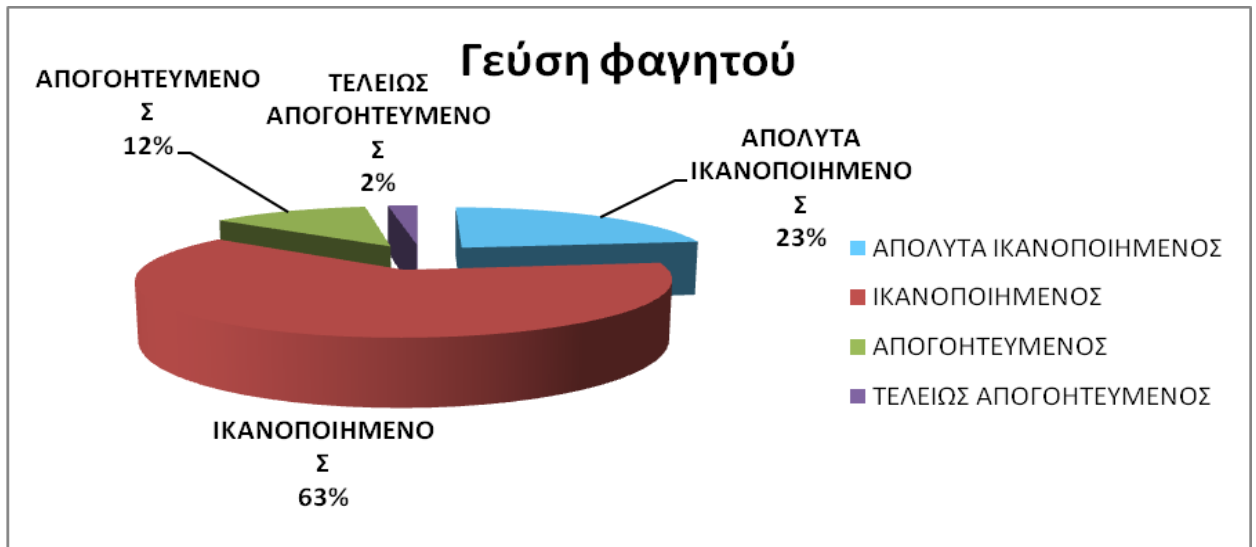
Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την υπηρεσία εστίασης του νοσοκομείου (πίνακας 6.7). Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι 53 άτομα από τα 131 (40,5%) που συμμετείχαν την αξιολόγησαν ως πολύ καλή, τα 47 (35,9%) ως καλή, τα 21 (16%) ως μέτρια, τα 3 (2,3%) ως φτωχή και 6 άτομα (4,6%) την χαρακτήρισαν ως πολύ φτωχή. Ενώ 1 και μοναδικό άτομο επέλεξε να μην απαντήσει.

Πίνακας 6.8

Ικανοποίηση προσδοκιών φαγητού		
Βαθμολογία	n	%
Δεν απάντησαν	2	1,5
Πολύ καλό	32	24,4
Καλό	52	39,7
Μέτριο	23	17,6
Φτωχό	12	9,2
Πολύ φτωχό	10	7,7

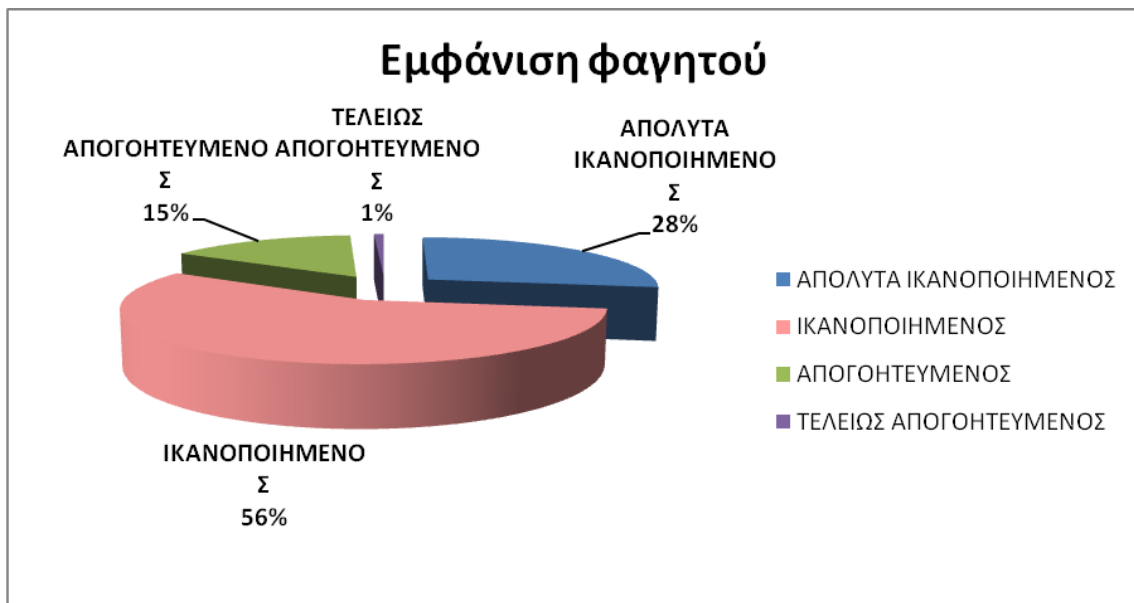
Για το αν το φαγητό ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των ασθενών 32 άτομα (24,4%) απάντησαν ότι ήταν πολύ καλό σχετικά με αυτό που περίμεναν, 52 άτομα (39,7%) απάντησαν ότι ήταν καλό σχετικά με αυτό που περίμεναν, 23 άτομα (17,6%) το χαρακτήρισαν μέτριο, 12 άτομα (9,2%) φτωχό και 10 άτομα (7,7%) ότι ήταν πολύ φτωχό σχετικά με αυτό που περίμεναν. Αντίθετα 2 άτομα (1,5%) προτίμησαν να μην απαντήσουν (Πίνακας 6.8).

Γράφημα 6.8



Από το παραπάνω γράφημα 6.8, μπορούμε να διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (63%) των νοσηλευόμενων έμειναν ικανοποιημένοι από τη γεύση του νοσοκομειακού φαγητού. Ενώ μόνο 2% των συμμετεχόντων στην έρευνα έμειναν τελείως απογοητευμένοι.

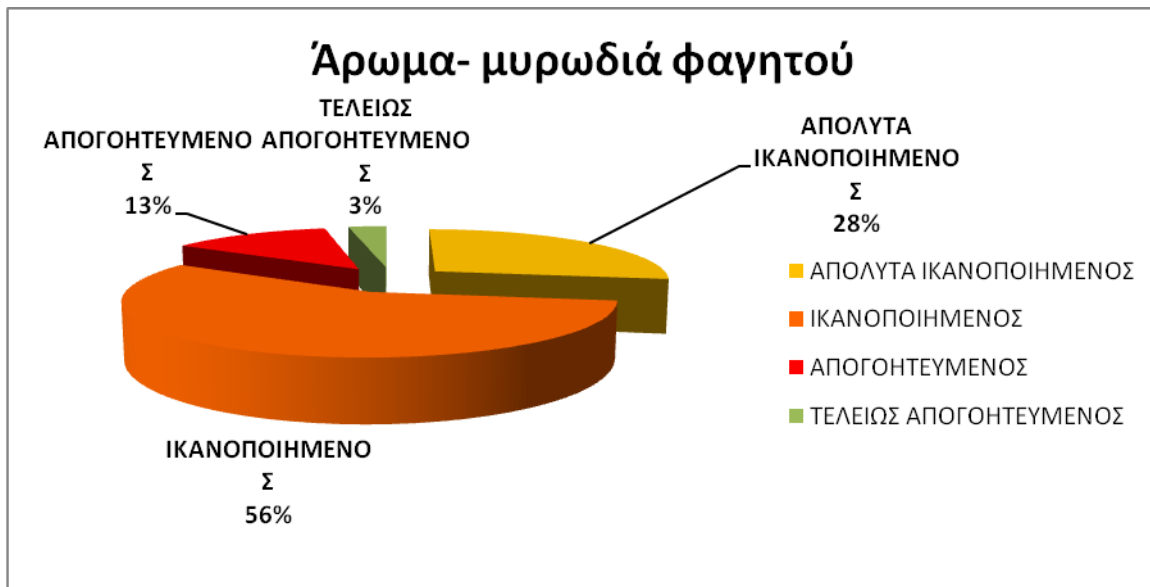
Γράφημα 6.9



Αναφορικά με την ποιότητα εμφάνισης φαγητού, το 56% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι, το 28% ήταν απόλυτα

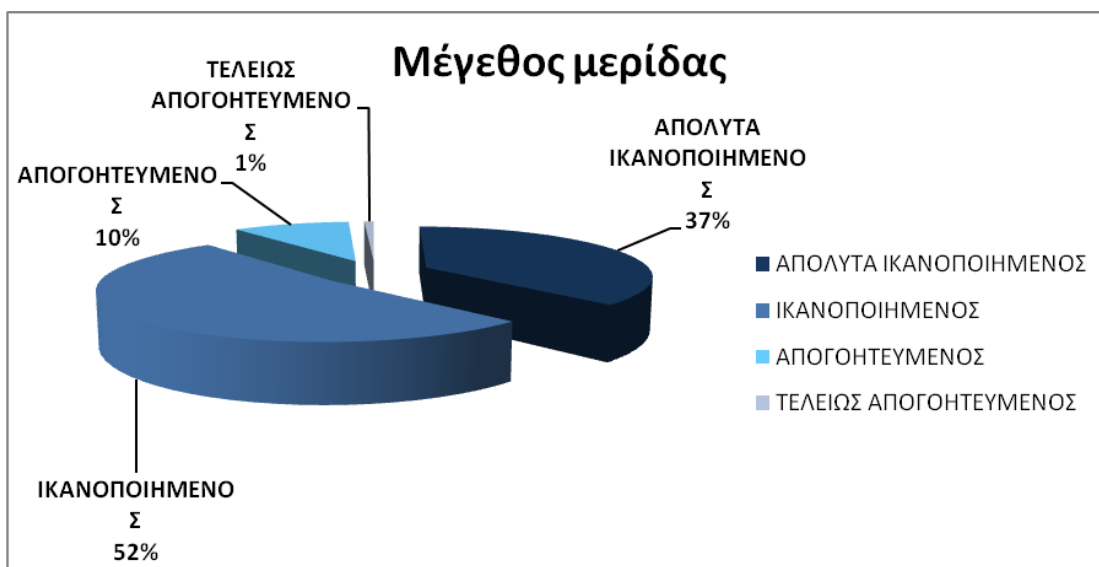
ικανοποιημένοι, το 15% δήλωσαν απογοητευμένοι, ενώ μόνο το 1% των ασθενών δήλωσε τελείως απογοητευμένοι.

Γράφημα 6.10



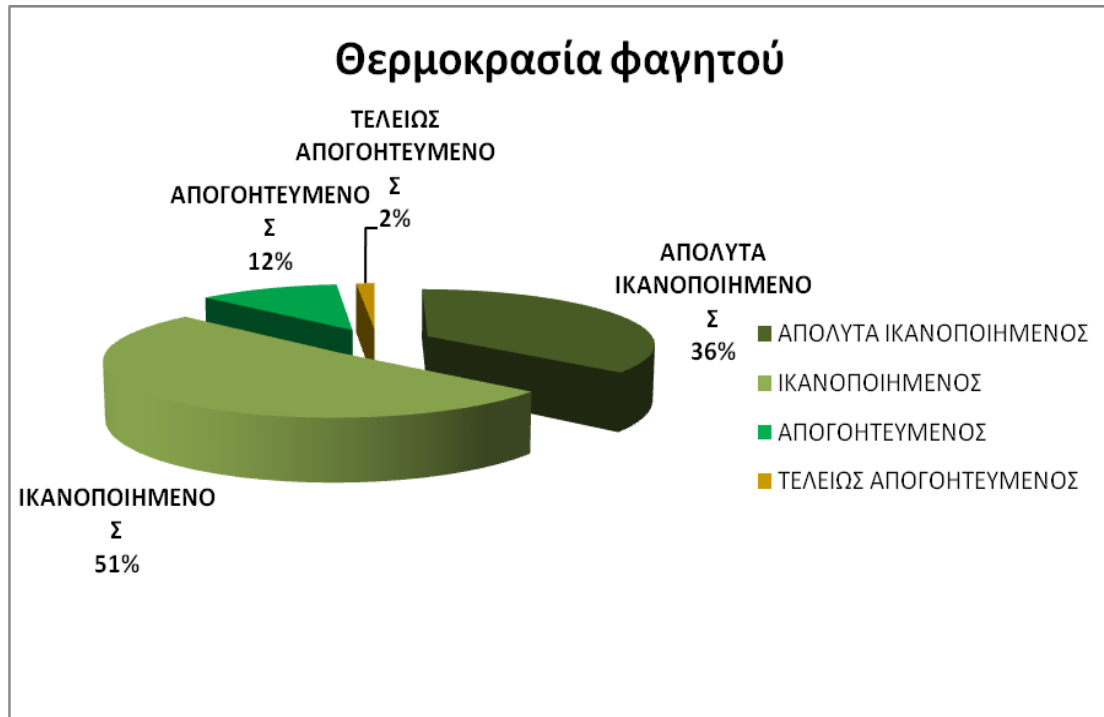
Για το άρωμα και τη μυρωδιά του φαγητού πάνω από τους μισούς ασθενείς (56%) που συμμετείχαν δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι, το 28% ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι. Αντίθετα, το 13% ήταν απογοητευμένοι και 3% τελείως απογοητευμένοι (Γράφημα 6.10).

Γράφημα 6.11



Επίσης, ως προς το μέγεθος της μερίδας η πλειονότητα δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένη, με ποσοστό που ανέρχεται το 52%. Ακολουθούν τα άτομα που δήλωσαν ότι ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι με ποσοστό 37%. Έπειτα, το 10% δήλωσε απογοητευμένο, ενώ μόνο 1% δήλωσε τελείως απογοητευμένο.

Γράφημα 6.12



Στο τέλος, αξιολογήθηκε η θερμοκρασία του φαγητού και τα αποτελέσματα ήταν τα παρακάτω. Το 51% δήλωσε ικανοποιημένο, το 36% δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο, το 12% απογοητευμένο, ενώ πάλι ήταν πολύ μικρό το ποσοστό των ατόμων που ήταν τελείως απογοητευμένοι από την θερμοκρασία του φαγητού που σερβιριζόταν.

Πίνακας 6.9

	Επαναλαμβανόμενη νοσηλεία	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	p- Value
BMI	ΝΑΙ	77	27,2	4,96	0,56	0,669
	ΟΧΙ	54	27,4	4,19	0,57	

Πίνακας 6.10

	Φύλο	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	P- Value
BMI	Άντρας	65	27,9	4,57	0,56	0,988
	Γυναίκα	66	26,6	4,65	0,57	

Από τους πίνακες 6.9 και 6.10 μπορούμε να διακρίνουμε ότι η επαναλαμβανόμενη νοσηλεία και το φύλο αντίστοιχα δεν αποτέλεσαν παράγοντα που διαφοροποίησε το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), $p = 0,660$ και $p = 0,988$, άρα το p είναι μεγαλύτερο από 0,05.

Πίνακας 6.11

Κλίμακα Χαράς	Επαναλαμβανόμενη νοσηλεία	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	ρ- Value
	ΝΑΙ	77	110	9,88	1,12	0,469
	ΟΧΙ	54	111,2	10,83	1,47	

Πίνακας 6.12

Κλίμακα Χαράς	Πρόβλημα υγείας	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	P- Value
	ΟΞΥ	21	107,9	6,89	1,50	0,463
	ΧΡΟΝΙΟ	102	110,3	10,45	1,03	

Παράλληλα, φάνηκε ότι η επαναλαμβανόμενη νοσηλεία και το είδος του προβλήματος υγείας (οξύ ή χρόνια) επίσης δεν αποτέλεσαν παράγοντα που επηρέασε ή διαφοροποίησε την κλίμακα χαράς, δηλαδή το πόσο ευτυχισμένοι ή όχι ήταν οι νοσηλευόμενοι με $p = 0,469$ και $p = 0,463$ αντίστοιχα (πίνακας 6.11 και 6.12).

Πίνακας 6.13

CNAQ score	Επαναλαμβανόμενη νοσηλεία	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	ρ- value
	ΝΑΙ	77	28,2	4,29	0,49	0,199
	ΟΧΙ	54	29,9	8,82	1,20	

Πίνακας 6.14

CNAQ score	Πρόβλημα υγείας	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	p- Value
	ΟΞΥ	21	29,7	3,40	0,74	0,029
	ΧΡΟΝΙΟ	102	28,1	4,58	0,45	

Όσον αφορά την όρεξη, από τους πίνακες 6.13 και 6.14 βρέθηκε ότι η επαναλαμβανόμενη νοσηλεία δεν διαφοροποίησε το CNAQ score ($p= 0,199$). Αντίθετα, το είδος του προβλήματος υγείας (οξύ ή χρόνια) ήταν ένας παράγοντας ο οποίος διαφοροποίησε την όρεξη των ασθενών.

Πίνακας 6.15

Διάρκεια νοσηλείας	Πρόβλημα υγείας	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	p- Value
	ΟΞΥ	21	3,8	2,21	0,48	0,664
	ΧΡΟΝΙΟ	102	4,9	7,78	0,77	

Τέλος, όπως φαίνεται και στον πίνακα 6.15, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το πρόβλημα υγείας δεν αποτέλεσε παράγοντα που διαφοροποίησε τη διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο ($p= 0,664$).



Η δοκιμασία που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση ήταν Pearson's correlation. Από την ανάλυση που κάναμε βρέθηκε ότι το CNAQ score συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το κρέας όσον αφορά την οσμή και τη γεύση ($p= 0,006$), την ποιότητα ($p= 0,007$) και την εμφάνιση ($p= 0,010$). Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη όρεξη είχαν τόσο πιο υψηλή βαθμολογία είχαν βάλει στο κρέας.

Το σκορ κατάθλιψης, που κυμαίνεται από 0- 16, συσχετίζεται αρνητικά στατιστικώς σημαντικά με την οσμή- γεύση ($p= 0,022$), εμφάνιση ($p= 0.025$) και ποιότητα ($p= 0.024$) της πατάτας ή των ζυμαρικών (συνοδευτικά). Με άλλα λόγια, βλέπουμε ότι όσο μεγαλύτερο σκορ έχουν στην κατάθλιψη, τόσο χαμηλότερη βαθμολογία βάζουν στο συνοδευτικό.

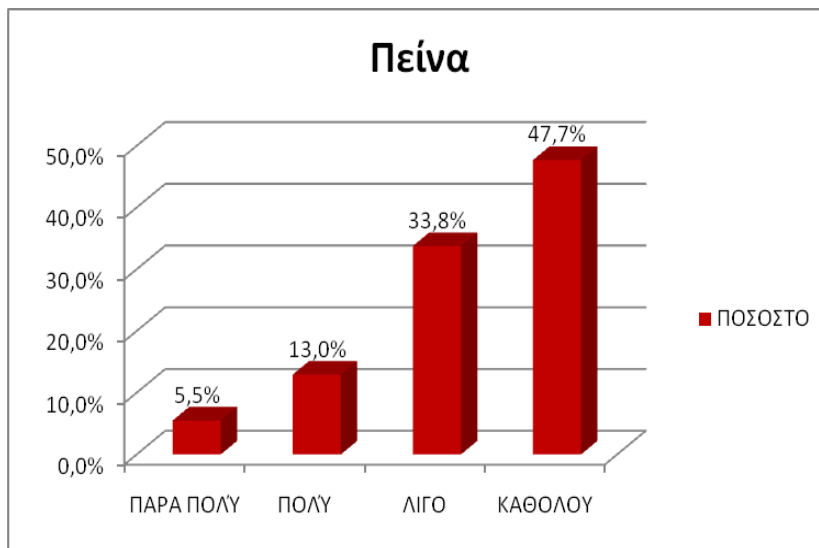
Παράλληλα, το σκορ άγχους φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά στατιστικώς σημαντικά με την οσμή- γεύση ($p= 0,035$) και την ποιότητα ($p= 0,039$) του κρέατος. Επιπλέον, όπως και η κατάθλιψη, συσχετίζεται αρνητικά με την οσμή- γεύση ($p= 0,017$), την εμφάνιση ($p= 0,024$) και την ποιότητα ($p= 0,010$) του συνοδευτικού (πατάτα /ζυμαρικά).

Βρέθηκε, επίσης, ότι οι παράμετροι οσμή- γεύση, εμφάνιση και ποιότητα του κρέατος και της πατάτας/ ζυμαρικό είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους με $p < 0,001$. Συγκεκριμένα, αυτό σημαίνει ότι όσοι έβαλαν καλή βαθμολογία στα χαρακτηριστικά του κρέατος, έβαλαν υψηλή και στα χαρακτηριστικά του συνοδευτικού.

Στη συνέχεια, έγινε συσχέτιση της διάρκειας νοσηλείας αλλά και του επιπέδου εκπαίδευσης των ασθενών με την αντίληψη της ποιότητας. Όπως φάνηκε δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Αντίθετα, υπάρχει μεγάλη θετική συσχέτιση στο πώς απάντησαν για την ποιότητα μεταξύ των ερωτήσεων, δηλαδή όποιος έβαζε υψηλή βαθμολογία σε μία ερώτηση/κατηγορία όπως κρέας οσμή, γεύση, έβαζε και στις άλλες ερωτήσεις και το αντίθετο.

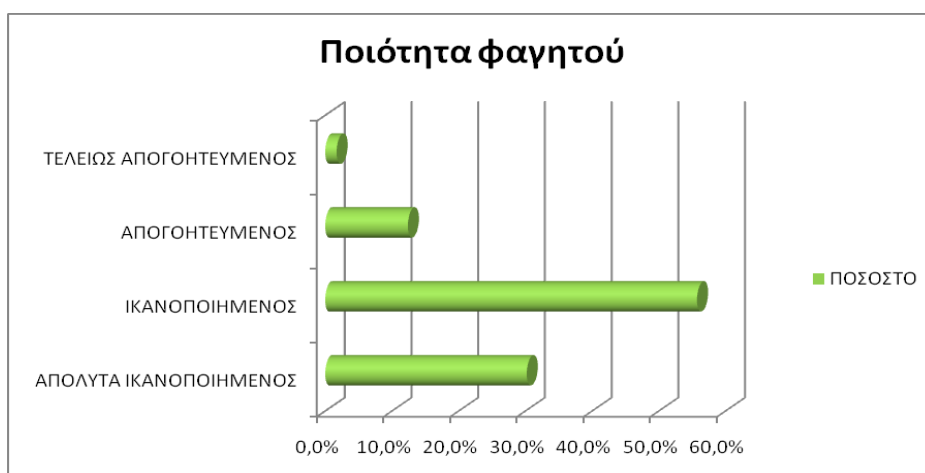
Στις ερωτήσεις που αφορούν την πείνα (ερωτήσεις Α), υπάρχει πολύ μεγάλη συσχέτιση στην υψηλή βαθμολογία με την αντίληψη της ποιότητας.



Γράφημα 6.7

Αντίθετα στις ερωτήσεις που αφορούν τα φυσικά εμπόδια (ερωτήσεις Φ), τα οργανωτικά εμπόδια και την επιλογή του φαγητού (ερωτήσεις Ο) δεν υπάρχει συσχέτιση με την αντίληψη της ποιότητας.

Τέλος, στις ερωτήσεις για την ικανοποίηση των ασθενών στο φαγητό (ερωτήσεις Π) σε σχέση με την αντίληψη της ποιότητας, υπάρχει πολύ μεγάλη αρνητική συσχέτιση, στατιστικώς σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι όσοι έβαλαν υψηλή βαθμολογία στις παραμέτρους του κρέατος, του συνοδευτικού και των λαχανικών, έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από την ποιότητα του φαγητού.



Γράφημα 6.8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία είχε σαν σκοπό να δείξει την πιθανή σχέση που μπορεί να έχει με την ψυχολογία των νοσηλευόμενων ασθενών, η διάρκεια νοσηλείας, η πρόσβαση σε τροφή εντός του νοσοκομείου, η όρεξη των ασθενών και κατά συνέπεια η τελική βαθμολογία του νοσοκομειακού φαγητού και της υπηρεσίας εστίασης σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το μέγεθος της μελέτης θεωρείται ικανοποιητικό καθώς σε αντίστοιχες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε Ηνωμένο Βασίλειο και Καναδά η συμμετοχή ήταν ανάλογη (Hartwell et al., 2001; Dude et al., 1994).

Η κατανομή του φύλου στο δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν 65 άνδρες και 66 γυναίκες και βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ τους ως προς τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά τους ($p < 0.05$ για το βάρος, ύψος, ΔΜΣ, τρικέφαλο, περίμετρο μέσης, βραχίονα, περίμετρο λαιμού, περίμετρο γάμπας, βάρος προ εξαμήνου και βάρος προ εισαγωγής). Ο παράγοντας του φύλου επίσης σχετίζεται με τη συνολική βαθμολογία που έλαβαν οι ασθενείς στην κλίμακα ανίχνευσης κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες ($p = 0.028$). Επιπλέον ο παράγοντας φύλου σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών καθώς στη μελέτη των Messina et al. το 2012 οι γυναίκες ασθενείς εμφανίζονταν πιο επικριτικές από τους άνδρες οι οποίοι είχαν 53% μεγαλύτερη πιθανότητα από τις γυναίκες να έχουν θετική στάση απέναντι στην ποιότητα της υπηρεσίας εστίασης του νοσοκομείου (Messina, 2013). Με βάση τα αποτελέσματα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, έρευνες με παρόμοιο αντικείμενο μελέτης έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών (ηλικία, φύλο, όρεξη, διάρκεια νοσηλείας) και της συνολικής ικανοποίησής τους από της υπηρεσίες εστίασης (Hartwell et al., 2007; Fallon et al., 2008; DeLuco et al., 1990).



Τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμμετείχαν έδειξαν ότι συνολικά είχαν υψηλό BMI (οι άνδρες $28 \pm 4,57$ και οι γυναίκες $26,6 \pm 4,65$). Σε ό,τι αφορά την ανίχνευση υποσιτισμού στους ασθενείς που νοσηλεύονται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, τα άτομα που είχαν δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) μεγαλύτερο από 20 kg/m^2 είχαν μηδενικό συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς είχαν χαμηλό κίνδυνο υποσιτισμού. Συνολικά το 95.4% των ασθενών εμφάνισαν χαμηλή βαθμολογία στο MUST score. Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, βρέθηκε ότι μόνο 2,3% των συμμετεχόντων είχε υψηλό κίνδυνο υποσιτισμού, δηλαδή ότι μόνο 3 άτομα από τα 131 έχρηζαν άμεσης διατροφικής υποστήριξης.

Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα διαφοροποιείται από τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, καθώς σε μελέτη με 2970 ασθενείς από τους Doundoulakis και συν (2017) αξιολογήθηκε ο κίνδυνος υποσιτισμού σε νοσηλευόμενους ασθενείς με 3 διαφορετικές δοκιμασίες ανίχνευσης (screening test) το Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), το Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), και το Mini Nutritional Assessment-Screening Form (MNA-SF) και τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 25.3% με το NRS-2002, 22.9% με το MUST, και 60.5% με το MNA-SF. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος υποσιτισμού των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία είναι τεκμηριωμένος από διάφορες εργασίες και αυξάνει με την ηλικία (ιδιαίτερα αυξημένος μετά τα 80). Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας πιθανώς να οφείλεται στη μικρή διάρκεια νοσηλείας των συμμετεχόντων (4.9 ± 7.4 ημέρες) στην παρούσα μελέτη. Αντίστοιχο χρονικό διάστημα διαμονή των ασθενών είχε και η μελέτη των Messina που διερευνούσε την ικανοποίησή τους από την υπηρεσία εστίασης των νοσοκομείων και αναφέρεται ότι είχαν νοσηλεία μικρότερη της μίας εβδομάδας (Messina et al., 2012).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Δουνδουλάκη και των συνεργατών του το 2017 που διεξήχθη σε 34 ελληνικά δημόσια νοσοκομεία με στόχο να αξιολογηθεί ο διατροφικός κίνδυνος που διατρέχουν τα άτομα με εκτενή διάρκεια νοσηλείας έγινε



έλεγχος διατροφής για 2970 ασθενείς (52% άνδρες, $55,3 \pm 20,1$ ετών). Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος υποσιτισμού στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, η πρώιμη διάγνωση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την αποτελεσματική και την έγκαιρη αντιμετώπισή του από τους ειδικούς του νοσοκομείου (Doundoulakis, 2017).

Επιπλέον σημαντική επίδραση στον κίνδυνο υποσιτισμού έχει το αίτιο νοσηλείας, καθώς έχει βρεθεί ότι οι ογκολογικοί ασθενείς είναι υψηλού κινδύνου και ακολουθούν οι χειρουργικοί ασθενείς. Μάλιστα, το ποσοστό υποσιτισμού στους νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς φθάνει μέχρι και το 71% (Shaw et al., 2015).

Ενδιαφέρον, επίσης, αποτελεί το γεγονός ότι όσοι είχαν υψηλό σκορ στην όρεξη, είχαν χαμηλό σκορ κατάθλιψης και άγχους και αντίστροφα. Το σκορ για την όρεξη βρέθηκε από το ερωτηματολόγιο CNAQ (Wilson et al., 2005) και το σκορ κατάθλιψης και άγχους από το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Stern et al., 2014). Αντίθετα, τα άτομα που είχαν το μεγαλύτερο σκορ στο άγχος και στην κατάθλιψη είχαν βαθμολογήσει αρνητικά το φαγητό και την υπηρεσία εστίασης του νοσοκομείου. Το παραπάνω εύρημα σημαίνει ότι η ψυχολογία των νοσηλευόμενων ήταν ένας πολύ σημαντικός παράγοντας και έπαιξε σπουδαίο ρόλο στη βαθμολογία επηρεάζοντας αρνητικά την όρεξη, τη διάθεση και κατά συνέπεια τη γεύση και τον βαθμό ικανοποίησής τους από το νοσοκομειακό φαγητό.

Η ανορεξία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου που οδηγεί σε μειωμένη λήψη τροφής με αποτέλεσμα την έλλειψη λήψης σημαντικών βιταμινών και ιχνοστοιχείων που καταλήγουν σε επιπλέον επιδείνωση της ήδη ευαίσθητης υγείας των ατόμων με τέτοιου τύπου διαταραχές (Rolls, 1995). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν τόσο θετικές όσο και αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της ψυχικής διάθεσης και της όρεξης των ασθενών. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάθλιψη οδήγησε σε ανορεξία ενώ σε άλλες στην υπερκατανάλωση τροφής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Rolls, 1995), αναφέρεται συχνά μειωμένη όρεξη με καταγεγραμμένο



CNAQ score < 28 σε καταθλιπτικούς ή σε ασθενείς με έντονη αγχώδη συνδρομή με σημαντικό κίνδυνο υποσιτισμού Δεν υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ των 2 φύλλων (69,4% για τους άνδρες και 70,6% για τις γυναίκες). Σε ένα μικρότερο ποσοστό είναι υπέρβαροι στο 27% ή παχύσαρκοι σε ποσοστό 4% (Rolls, 1995).

Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, τον υποσιτισμό και το αίσθημα κορεσμού και πείνας αποτελούν αντικείμενο πολυάριθμων ερευνών. Η κατάθλιψη αποτελεί μία πολυπαραγοντική νόσο της οποίας η πολλαπλή αιτιολογία, η ετερογένεια της κλινικής πορείας και η ασαφής κάποιες φορές συμπτωματολογία την καθιστούν ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα. Η μελέτη των Jongenelis, K. και συνεργάτες ανέδειξε την ηλικία, τις διαταραχές όρασης, το εγκεφαλικό επεισόδιο, τις κινητικές διαταραχές, τα αρνητικά κοινωνικά γεγονότα, τη μοναχικότητα ως ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για κατάθλιψη (Jongenelis, 2004).

Οι διαταραχές συμπεριφοράς με τη μορφή κατάθλιψης είτε εκείνη της αγχώδους συνδρομής και η συσχέτισή τους με την (υπερβολική ή μειωμένη) λήψη τροφής έχει πυροδοτήσει πλήθος εργασιών όπου η αύξηση η μείωση της όρεξης και του βάρους σώματος έχουν ήδη καταγραφεί ως αντιδιαμετρικοί διαγνωστικοί δείκτες στο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο (Diagnostic and Statistic Manual - DSM). Μια σχετικά πρόσφατη εργασία των Kyle Simmons και συνεργάτες μελέτησε εάν η αύξηση ή μείωση της όρεξης σε καταθλιπτικούς ασθενείς σχετιζόταν με διαφορετική δραστηριότητα στον εγκεφαλικό φλοιό ως απάντηση στο ερέθισμα της τροφής. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι η αυξημένη λήψη τροφής σχετιζόμενη με την κατάθλιψη είχε θετική συσχέτιση με υπερδραστηριότητα μιας περιοχής του εγκεφάλου ενώ η μειωμένη όρεξη καταθλιπτικής αιτιολογίας σχετιζόταν με υπολειτουργία της νήσου του εγκεφάλου (Simmons et al., 2016).

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε ότι οι ασθενείς με υψηλό σκορ άγχους και κατάθλιψης βαθμολόγησαν αρνητικά τόσο το φαγητό όσο και τις υπηρεσίες εστίασης γεγονός που πιθανώς να εξηγείται από το μειωμένο αίσθημα όρεξης που



είχαν. Στον αντίποδα όσο περισσότερη όρεξη είχαν οι ερωτώμενοι ασθενείς τόσο θετικότερα αξιολόγησαν το φαγητό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Γενικά, οι ασθενείς στο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης στα τρόφιμα. Στόχος έρευνας που έγινε στη Σκωτία ήταν να διερευνηθεί η πρόσβαση των νοσηλευόμενων ασθενών στην τροφή. Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι οι αναλογίες των ασθενών σε κάθε τομέα ήταν 30% για την πείνα, 24% για τα φυσικά εμπόδια, 29% για τα οργανωτικά εμπόδια, 24% για επιλογή τροφίμων και για την ποιότητα των τροφίμων 21%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, οι ασθενείς οι οποίοι αξιολογούσαν αρνητικά την υγεία τους αντιμετώπιζαν αυξημένα προβλήματα όσον αφορά στο αίσθημα της πείνας. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι γηραιότεροι σε ηλικία ασθενείς και οι ασθενείς με εγκεφαλικό πρόβλημα αντιμετώπιζαν προβλήματα με τα φυσικά εμπόδια, δηλαδή πόσο εύκολο ή δύσκολο ήταν να καταναλώσουν το φαγητό τους (Naithani, 2009). Σε αντιδιαστολή, στο δικό μας δείγμα βρέθηκε ότι όσοι είχαν αυξημένο το αίσθημα της πείνας, είχαν καλή διάθεση και είχαν βαθμολογήσει πολύ υψηλά το παρεχόμενο φαγητό. Όσον αφορά στα φυσικά εμπόδια και τα οργανωτικά εμπόδια δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση ούτε με την ηλικία, ούτε με το αίτιο εισαγωγής στο νοσοκομείο που να επηρεάζει αρνητικά το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών ως προς την υπηρεσία εστίασης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Parasuraman, 1988), μία από τις αιτίες υποσιτισμού των νοσηλευόμενων ασθενών είναι η δυσκολία έως αδυναμία πρόσβασης στην τροφή (πχ κατακεκλιμένοι, ασθενείς με σοβαρές διαταραχές βάδισης, χειρουργημένοι ασθενείς χωρίς υποστήριξη από συνοδούς). Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευόμενους ασθενείς αναφέρουν έντονο αίσθημα πείνας κατά τη διάρκεια της μέρας και αυτό δεν συσχετίζεται με το φύλο ή την ηλικία. Όπως αναφέρουν και στη δική μας μελέτη, το πρωινό και το γεύμα σερβίρεται αρκετά νωρίς και η ποσότητα είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα να αισθάνονται πεινασμένοι σε μεγάλο διάστημα της μέρας. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παραγγέλνουν από ταχυφαγεία εκτός νοσοκομείου αλλά τότε η διατροφή δεν είναι η ενδεδειγμένη και είναι πιθανό να επηρεάζει σημαντικά την έκβαση της νόσου.



Μια άλλη παράμετρος είναι ο χρόνος που διατίθεται στον ασθενή για να καταναλώσει το γεύμα του. Εάν δεν είναι αρκετός η ποσότητα που παίρνει είναι περιορισμένη και αυτό σε συνδυασμό με τα παραπάνω επιτείνει το πρόβλημα. Ιδιαίτερο ζήτημα αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης (Parasuraman, 1988).

Αντίστοιχα αποτελέσματα είχαμε και στη δική μας μελέτη όπου οι περισσότεροι ασθενείς ανεξάρτητα με το φύλο ή την ηλικία δήλωναν ευχαριστημένοι με την ποιότητα και εστίαζαν περισσότερο στην ποσότητα και την συχνότητα των γευμάτων.

Στη μελέτη μας οι ασθενείς εμφάνιζαν σε ποσοστό 36.6% όρεξη και 31.6% πολύ καλή όρεξη, ενώ το μικρότερο ποσοστό το έχουν τα άτομα που δήλωσαν ότι η όρεξη τους είναι πολύ φτωχή με 4,6%. Τα προαναφερθέντα ποσοστά συμφωνούν με τη μελέτη των Messina όπου το ποσοστό των ασθενών που είχαν φυσιολογική όρεξη ήταν 57% (Messina, 2013). Επιπροσθέτως, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι όσο περισσότερη όρεξη είχαν οι ασθενείς τόσο πιο ωραίο τους φάνηκε το φαγητό και πιο συγκεκριμένα το κυρίως πιάτο που ήταν κάποιο κρέας ή ψάρι. Οι προοπτικές των ασθενών σχετικά με τα γεύματα είναι κρίσιμες για τη λήψη αποτελεσματικών αποφάσεων σχετικά με την παροχή γευμάτων στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας υπάρχει συσχέτιση της υψηλής ικανοποίησης από την ποιότητα της υπηρεσίας εστίασης και το προσφερόμενο φαγητό με το αίσθημα πείνας που καταγράφηκε στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Τα παραπάνω συμφωνούν με τη βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αισθήματος πείνας που είχαν οι ασθενείς και της συνολικής ικανοποίησής τους από την υπηρεσία εστίασης (Messina, 2013).

Η ποιότητα της παρεχόμενης τροφής αποτελεί παράμετρο καθοριστική, αν και υποτιμημένη, για την πορεία των ασθενών και την καλύτερη έκβαση της νόσου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας οι ασθενείς που έβαλαν υψηλή βαθμολογία στην όψη, την οσμή και την ποιότητα του κρέατος, των λαχανικών και των συνοδευτικών, είχαν συνολικά υψηλή ικανοποίηση. Τα δεδομένα μας συμφωνούν



με τη βιβλιογραφία όπου με βάση μια έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν με 98 ασθενείς, η δυσαρέσκεια των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα αφορούσε την ποιότητα και την ποσότητα των τροφίμων και είχαν άμεση σχέση με προσωπικούς παράγοντες και προβλήματα που συσχετιζόνταν με το νοσοκομείο (Jessri, 2011).

Παράλληλα, σε μία έρευνα που έγινε στην Αυστραλία με 1807 ασθενείς βρέθηκε ότι ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός ατόμων αξιολόγησε τη συνολική υπηρεσία και τα γεύματα ως "πολύ καλό". Συμπερασματικά, φάνηκε ότι η γεύση των γευμάτων αποτέλεσε τον πιο σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης από τη συνολική υπηρεσία εστίασης (Wright et al., 2006). Το 1994, με βάση τη βιβλιογραφία και τη μελέτη του Dube και των συνεργατών του, η οποία έλαβε χώρα στον Καναδά, με 132 ασθενείς, αναφέρει ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τα γεύματα κρίθηκε κυρίως από την ποιότητα των τροφίμων. Όσο πιο ικανοποιημένα ήταν τα άτομα από τα γεύματα, τόσο πιο καλά αξιολογούσαν την ποιότητα του φαγητού, μπορούσαν επίσης να προσαρμοστούν πιο εύκολα στο χώρο και είχαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο προσωπικό εστίασης, στις τραπεζοκόμες (Dude, 1994).

Αργότερα, σύμφωνα με μία έρευνα που έγινε στον Καναδά και πήραν μέρος 65 άτομα έδειξε ότι η εμφάνιση των γευμάτων ήταν σχεδόν το μοναδικό κριτήριο που είχαν και επηρέαζε τη συνολική υπηρεσία του φαγητού. Αναλυτικότερα, οι περισσότεροι από τους μισούς χαρακτήρισαν τα γεύματα ως καλά/ τέλεια (O'Hara, 1997).

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ελβετία, το 86% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένο ή απόλυτα ικανοποιημένο. Αυτό συνέβη γιατί υπήρχε μεγάλη συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης με το μέγεθος της μερίδας, το δικαίωμα επιλογής φαγητού, το άρωμα και τη γεύση (Stanga, 2003). Επίσης, σε μια έρευνα στην Αυστραλία, με σύνολο συμμετεχόντων 1807 ασθενείς, βρέθηκε ότι οι τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι η ποιότητα του φαγητού, η ποιότητα της υπηρεσίας εστίασης, το προσωπικό και το περιβάλλον (Carra, 2005).



Τα περισσότερα ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την ποιότητα των νοσοκομειακών γευμάτων εστιάζουν στις προσδοκίες των ασθενών, την παρουσίαση της τροφής και την ικανοποίηση του ασθενούς. Εργασίες αναφέρουν ότι η αξιολόγηση της τροφής από τους εσωτερικούς ασθενείς βασίζεται σε παράγοντες όπως γεύση, θερμοκρασία, σερβίρισμα, μέγεθος μερίδας, δυνατότητα επιλογής μενού ή όχι. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η θερμοκρασία του φαγητού αποτελεί το πιο συχνά αναφερόμενο θέμα (Tranter, 2009).

Επιπροσθέτως, ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές που βρίσκονται μακριά από την κεντρική κουζίνα παραπονιούνται για την θερμοκρασία των γευμάτων. Πολλοί συγγραφείς έχουν ήδη αποδείξει ότι ο τρόπος που διανέμεται το φαγητό επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, νοσοκομεία τα οποία χρησιμοποιούν τροχήλατους θερμοθάλαμους για την διανομή των γευμάτων παρέχουν φαγητό με καλύτερη υφή, θερμοκρασία και γεύση (Hartwell et al., 2007; Edwards et al., 200; O'Hara et al., 1997; Reglier-Pouper et al., 2005).

Στη Μαδρίτη τα τρία τέταρτα (75%) των συμμετεχόντων, αντίστοιχης μελέτης, δήλωσαν είτε ικανοποιημένοι, ή πολύ ικανοποιημένοι. Ο λόγος που συνέβη αυτό ήταν η άμεση στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της υπηρεσίας διανομής φαγητού με τη γεύση και την θερμοκρασία του γεύματος και πιο συγκεκριμένα με τα πιάτα που περιείχαν σούπα ή ψάρι (Fernández-Martínez, 2013).

Η ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία εστίασης στη μελέτη μας ήταν υψηλή καθώς το 40,5% που συμμετείχαν την αξιολόγησαν ως πολύ καλή και 35,9% ως καλή. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η συγκεκριμένη παράμετρος είναι σημαντική, καθώς οι διαπροσωπικές ή υπηρεσιακές σχέσεις (καθαριότητα, φιλική συμπεριφορά, ευγένεια, εξυπηρετικό νοσηλευτικό προσωπικό) που αναπτύσσονται μέσα στο νοσοκομείο μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο για το βαθμό ικανοποίησής τους (Gregoire, 1994; Tomes, 1995).



Παρόλ' αυτά, οι προσδοκίες των ασθενών είναι ήδη χαμηλές είτε γιατί θεωρούν εκ προοιμίου ότι το “νοσοκομειακό” φαγητό είναι χαμηλής ποιότητας είτε διότι τους απασχολεί περισσότερο το πρόβλημα της υγείας τους με αποτέλεσμα να μην δίνουν βαρύτητα στην παρεχόμενη ποιότητα του φαγητού και να συμβιβάζονται με ένα μέτριας ποιότητας γεύμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να παίρνουμε θετικές απαντήσεις για τα παρεχόμενα γεύματα χωρίς πολλές φορές αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Για το λόγο αυτό, το 39,9% των συμμετεχόντων μας δήλωσαν ότι το νοσοκομειακό φαγητό ήταν καλό σχετικά με αυτό που περίμεναν, ενώ μόνο στο 7,7% το φαγητό φάνηκε πολύ φτωχό σχετικά με αυτό που περίμεναν. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αρκετές έρευνες που είχαν ως αντικείμενο μόνο την ποιότητα του νοσοκομειακού φαγητού διαπίστωσαν ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν ήταν κατά βάση λιγότερο θετικά. Η συνολική ικανοποίηση αξιολογήθηκε ισότιμα ως πολύ καλή/ καλή από το ένα τρίτο του δείγματος, μέτρια από το άλλο ένα τρίτο και φτωχή/πολύ φτωχή από το υπόλοιπο ένα τρίτο (Messina, 2013).

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι υπηρεσίες νοσοκομειακού φαγητού παραμένουν ευρέως διαδεδομένες σε ολόκληρο τον κόσμο. Μια μελέτη διεξήχθη στη Μέκκα της Σαουδικής Αραβίας για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις υπηρεσίες εστίασης σε δείγμα γενικών νοσοκομείων. Διεξήχθη, λοιπόν, μια διατομεακή μελέτη σε τέσσερα γενικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων 250 ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 78,8% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι συνολικά με την ποιότητα του νοσοκομειακού φαγητού. Διαπιστώθηκε θετικός συσχετισμός μεταξύ του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης και των διαφόρων πτυχών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες εστίασης. Οι τρεις κύριοι παράγοντες που είχαν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση ήταν η γεύση των τροφίμων, η επιλογή φαγητού και η εμφάνιση. Συμπερασματικά βρέθηκε ότι το χαμηλό εισόδημα, η γεύση και θερμοκρασία του φαγητού, η συμπεριφορά του προσωπικού εστίασης και το γεγονός ότι δεν τους διέκοπταν την ώρα που έτρωγαν, συνέβαλαν σημαντικά στην ικανοποίησή τους (Amany, 2012).



Εν κατακλείδι, αποτελεί γεγονός ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένας σημαντικός δείκτης αξιολόγησης ενός νοσοκομείου χωρίς ωστόσο η διατροφή να παίρνει το μερίδιο που της αναλογεί σε αυτή την αξιολόγηση. Η νοσοκομειακή φροντίδα, οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός του νοσοκομείου φαίνεται ότι επιβαρύνουν την γενική ικανοποίηση του ασθενούς.

Από μια αναδρομή στη βιβλιογραφία γίνεται φανερό ότι ενώ υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες για τις υπηρεσίες υγείας είναι σχετικά λίγες εκείνες που αναφέρονται στη διατροφή παρόλο που ο ρόλος της στην αποθεραπεία, την αποκατάσταση και τη μείωση των ημερών νοσηλείας αναγνωρίζεται από όλους ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς όσον αφορά την παρεχόμενη διατροφή του και την υπηρεσία εστίασης στο νοσοκομείο σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και στάση. Ένα αξιοσημείωτο παράδειγμα ήταν ότι οι χαμηλόμισθοι είχαν πιο εύκολα θετική αξιολόγηση.

Παραδόξως το είδος της δίαιτας (ειδική νοσοκομειακή ή ελεύθερη δίαιτα) δεν επηρέασε την βαθμολογία. Αυτό στηρίζεται εκτός άλλων και από μερικές εργασίες που φαίνονται στη βιβλιογραφία μας οι οποίες υποστηρίζουν ότι εάν μια δίαιτα δίνεται για θεραπευτικούς σκοπούς έχει το ίδιο επίπεδο ικανοποίησης με την ελεύθερη δίαιτα.

Παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, υπάρχουν περιορισμοί οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Αρχικά, στη συγκεκριμένη έρευνα εντάχθηκαν ασθενείς με διαφορετική παθολογία και αίτιο εισαγωγής, γεγονός που διαφοροποιούσε το δαιτολόγιο του εκάστοτε συμμετέχοντα με αποτέλεσμα να είναι διαφορετικά τα κριτήρια που βαθμολογούσαν διότι κάποια γεύματα δεν είχαν καμία σχέση μεταξύ τους. Τέλος, ήταν πολύ μεγάλο το εύρος των ηλικιών και υπήρχε μεγάλο φάσμα μεταξύ των επιλογών και των γεύσεων.



Παρόλο που το θέμα της έρευνάς μας μοιάζει αρκετά συγκεκριμένο, τα περιθώρια για μελλοντική έρευνα είναι αρκετά και ξεπερνούν τα τυπικά όρια. Πολυκεντρικές μελέτες σε περισσότερους ασθενείς και χωρίς περιορισμούς είναι απαραίτητες ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπερασματικά, η δική μας μελέτη έδειξε μια συνολική θετική ανταπόκριση των ασθενών στο παρεχόμενο διαιτολόγιο ανεξαρτήτως επιλογής φαγητού. Οι ασθενείς με επιβαρυσμένη ψυχική υγεία και κατά συνέπεια και διάθεση είχαν στο σύνολό τους αρνητική στάση απέναντι στο προσωπικό του νοσοκομείου και στο παρεχόμενο φαγητό. Παραδόξως το είδος της δίαιτας, τα φυσικά εμπόδια και τα οργανωτικά εμπόδια δεν επηρέασαν την βαθμολογία ικανοποίησής τους. Η διατροφική προσέγγιση προς τους ασθενείς από το νοσοκομείο δείχνει την αρκετά υψηλή ικανοποίησή τους ποιοτικά, ακόμη και σε μέτρια επίπεδα ψυχολογικής κατάστασης.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AF, S. (2014). *The hospital anxiety and depression scale*. London: Occup Med.
- Amany M. Abdelhafez, L. A. (2012). *Analysis of factors affecting the satisfaction levels of patients toward food services at General Hospitals in Makkah*. American Journal of Medicine and Medical Sciences.
- B. J. Rolls, K. A. (1995). *Age-related impairments in the regulation of food intake*. The American Journal of Clinical Nutrition.
- Capra S, W. O. (2005). *The acute hospital food service patients satisfaction questionnaire: the development of a valid and reliable tool to measure patients satisfaction with acute care hospital*. Foodservice Res Int.
- Chan, D. M. (2014). Nutrition. WHO.
- Doundoulakis I, P. K. (2017). *Screening for malnutrition among people accessing health services at greek public hospitals*. JPEN J Parenter Enteral Nutr.
- Dude L, T. E. (1994). *Determining the complexity of patient satisfaction with food services*. J Am Diet Assoc.
- E., S. (1981). *ESSENTIAL AMINO ACID REQUIREMENTS: A REVIEW*. Los Angeles.
- Europe, T. C. (2019). *Human rights in biomedicine for legal and health professionals*. Toulouse, France.
- FAO/WHO. (2004). *Fruit and Vegetables*. Japan.
- Fernández-Martínez B, A.-P. A.-S.-V. (2013). *Predictors of patients satisfaction with the food services in a public hospital in Madrid*. Rev Calid Asist.
- Grant A., D. S. (1991). *“Nutritional assesment and support”*. Seattle.
- Hartwell. (n.d.). *A preliminary assessment of two hospital food service systems using parameters of food safety and consumer opinion*. J R Soc Promot Health.
- Hartwell HJ, E. J. (2007). *Plate versus bulk trolley food service in a hospital: comparison of patients satisfaction*. Nutrition 23, 211-218.
- Jessri M, M. P. (2011). *A qualitative difference. Patient's views of hospital food service in Iran*. Appetite.
- Joint Collection Development Policy: human nutrition and food. (1998). *THE NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE*.



- Jongenelis, K. P. (2004). *Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home-patients*. The Aged study.
- Kneisl, C. W. (2009). *Contemporary Psychiatric: Mental Health Nursing*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- M. Bevilacqua, F. G. (2013). Advances in analysis of instrumental food sensory quality data. *ScienceDirect*.
- MB, G. (1994).) *Quality of patient meal service in hospitals: delivery of meals by dietary employees vs delivery by nursing employees*. . J Am Diet Assoc.
- Messin G, F. R. (2013). *Patients evaluation of hospital food service quality*. Italy: Public Health Nutrition .
- Naithani S, T. J. (2009). *Experiences of food access in hospital. A new questionnaire measure*. Clin Nutr.
- O'Hara PA, H. D. (1997). *Taste, temperature and presentation predict satisfaction with food services in a Canadian continuing-care hospital*. J Am Diet Assoc.
- Parasuraman A, Z. V. (1988). *Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality* . J Retailing.
- Rana, D. &. (2009). *Psychology for Nurses*.
- Shaw C, F. C. (2015). *Comparison of novel, simple nutrition screening tool for adult oncology in patients and the malnutrition screening tool (mst) against the patient- generated subjective global assessment*. Support care cancer.
- Shelley, E. (2010). *Hospital Patient Behavior: Reactance, Helpless or Control*. Journal of Social Issues 35(1): 156-184.
- Stanga Z, Z. Y. (2003). *Hospital food: a survey of patients perceptions*. Clinical Nutrition.
- Swendseid. (1981). *ESSENTIAL AMINO ACID REQUIREMENTS A REVIEW*.
- Tranter MA, G. M. (2009). *Can patient-written comments help explain patient satisfaction with food quality?* J Am Diet Assoc.
- Wolper, L. F. (2007). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β, Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας*.
- Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος: Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Βασιλάκη, Ε. Τ. (2001). *Το Στρες, το Άγχος και η Αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Βερλέντζας Δ., Τ. Δ. (1999). « *Θέματα Διατροφής Διαιτολογίας* ». Αθήνα.



- Γιαννακούλια. (2005). « Σημειώσεις: Εισαγωγή στην κλινική διατροφή ». Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
- Δικαίος Κ., Κ. Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεοδώρου Μ., Σ. Μ. (2001). <<Συστήματα Υγείας>>. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Καριώτης. (1992). *Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας και Βιοιατρική Τεχνολογία*, Εκδόσεις Euroclinica.
- Κυριόπουλος Γ., Λ. Χ. (2003). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Μαρία Θεοδωρακοπούλου, Χ. Δ. (2012). "Η πρόληψη της δυσθρεψίας έχει οφέλη και για την οικονομία". *medNutrition*.
- Μπόσκου Γ., Π. Δ. (2001). « Διασφάλιση ποιότητας στο τμήμα Διατροφής Νοσοκομειακής Μονάδας». Θεσσαλονίκη: Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας.
- Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α. (2012). *Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη: Σύγχρονες Τάσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Παπαδάτου, Δ. &. (2012). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Περλέγκος. (2004). Η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας.
- Σιγάλας Ι., Α. Δ. (1999). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας - Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικής*. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.
- Φαμέλη. (2005). *Το μοντέλο του EFQM και η εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες*.