

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Ποιότητα παρεχόμενης νοσοκομειακής διατροφής

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας, Τεχνολογίας Τροφίμων & Διατροφής

Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας



Θέμα: Ποιότητα παρεχόμενης διατροφής και ψυχολογία των ασθενών στο Νοσοκομείο «Γ.Γεννηματάς»

Φοιτήτρια:

Κανταρτζόγλου Γεωργία (ΑΜ: 3997)

Επιβλέπων Καθηγητής: Σ. Καλογιάννης

Θεσσαλονίκη 2018

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή μου κύριο Καλογιάννη Σταύρο για την άμεση πάντα ανταπόκρισή του σε κάθε μου απορία, για την αποδοχή στην ομάδα των πτυχιακών εργασιών του καθώς και για τις σημαντικές συμβουλές του ώστε να φέρω αυτή την εργασία εις πέρας.

Στη συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου στην κυρία Γραμματικοπούλου Μαρία για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συστάσεις και συμβουλές της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τις Προϊσταμένες της εκάστοτε κλινικής του Νοσοκομείου Γ. Γεννηματάς για την εμπιστοσύνη που έδειξαν και τη βοήθεια που μου παρείχαν για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, τον αδερφό μου και τους φίλους μου για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και υποστήριξη κατά την περίοδο συγγραφής και εκπόνησης της εργασίας αυτής.

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας, Τεχνολογίας Τροφίμων & Διατροφής

Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας



Θέμα: Ποιότητα παρεχόμενης νοσοκομειακής διατροφής

Φοιτήτρια:

Κανταρτζόγλου Γεωργία (ΑΜ: 3997)

Επιβλέπων Καθηγητής: Σ. Καλογιάννης

Θεσσαλονίκη 2018

Περίληψη

Σκοπός: Η έρευνα είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής διατροφής καθώς και το πώς επηρεάζονται οι ασθενείς από το άγχος τους κατά τη διάρκεια αξιολόγησης

Δείγμα/ μέθοδος: Συνολικά χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο 195 νοσηλευόμενων ασθενών εκ των οποίων 101 ήταν οι άνδρες και 94 ήταν οι γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 55.9 ± 18.2 έτη. Το δείγμα συλλέχθηκε από το Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς. Η αξιολόγηση γευμάτων για τους ασθενείς του νοσοκομείου έγινε με το ερωτηματολόγιο MAT και ο βαθμός άγχους και κατάθλιψης των ασθενών του Νοσοκομείου αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο (HADS). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Η κρίση των νοσηλευόμενων ασθενών φάνηκε να μην επηρεάζεται ούτε από το φύλο τους ούτε από τον δείκτη μάζας του σώματός τους. Ωστόσο, οι παράγοντες που επηρέασαν το πώς βαθμολόγησαν οι ασθενείς την ποιότητα της τροφής που τους παρασχέθηκε, ήταν το επίπεδο άγχος τους καθώς και η διάρκεια νοσηλείας τους στο Νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των ασθενών με τα επίπεδα νοσοκομειακού άγχους καθώς και με την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, παρόλα αυτά περαιτέρω μελέτες είναι αναγκαίες.

Λέξεις κλειδιά: ασθενείς, άγχος, διάρκεια νοσηλείας, ποιότητα διατροφής

Summary

Purpose: Aim of the study was to evaluate the reception of hospital rations by patients and its correlation to their anxiety during hospitalization.

Sample / Method: A total of 195 hospitalized patients were used, of which 101 were male and 94 were female. The mean age of the participants was 55.9 ± 18.2 years. The sample was collected from G. Gennimatas Hospital. The assessment of the meals for the hospital patients was done with the MAT questionnaire and the degree of anxiety and depression of the hospital patients was evaluated with the questionnaire which included the HADS (Anxiety and Depression Scale). Statistical analysis was performed using SPSS.

Results: The responses of hospitalized patients did not appear to be influenced by either sex or body mass index. However, the factors that influenced how patients rated the quality of the food they were given were their level of stress as well as the duration of their hospitalization at the Hospital.

Conclusions: There was a correlation between patients with levels of hospital anxiety and length of stay in the hospital, yet further studies are necessary.

Key words: patients, anxiety, duration of hospitalization, quality of diet

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	4
Summary	5
Πίνακας περιεχομένων.....	6
Περιεχόμενα Πινάκων-Σχημάτων	7
Συνοτομογραφίες	8
Εισαγωγή.....	9
Πώς ορίζεται η ποιότητα	9
Νοσοκομειακή υπηρεσία διατροφής για τη φροντίδα των ασθενών.....	9
Επαρκής και φτωχή διατροφική πρόσληψη.....	11
Μελέτες στους νοσοκομειακούς ασθενείς για βελτίωση της νοσοκομειακής υπηρεσίας	13
Προσδοκίες και ικανοποίηση των ασθενών.....	14
Διατροφική σύνθεση νοσοκομειακών γευμάτων	16
Αξιολόγηση ποιότητας νοσοκομειακών γευμάτων	17
Αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών με ερωτηματολόγια.....	19
Συμπερασματικά	22
Μεθοδολογία	24
Δείγμα	24
Αξιολόγηση γευμάτων.....	24
Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο(HADS)	25
Κοινωνικά χαρακτηριστικά	25
Ανθρωπομετρία.....	26
Μετάφραση.....	26
Στατιστική ανάλυση.....	26
Αποτελέσματα- Συζήτηση.....	27
Συμπεράσματα.....	40
Παράρτημα.....	41
Βιβλιογραφία.....	46

Περιεχόμενα Πινάκων-Σχημάτων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος (N=195 συμμετέχοντες νοσηλεύόμενοι ασθενείς) ...	27
Πίνακας 2. Προτίμηση και αποδοχή των ποιοτικών χαρακτηριστικών του φαγητού ανάλογα με το φύλο (Ανδρας/ Γυναίκα).....	29
Πίνακας 3. Προτίμηση και αποδοχή των ποιοτικών χαρακτηριστικών του φαγητού ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (Ελλειποβαρής/Νορμοβαρής/Υπέρβαρος-Παχύσαρκος)	31
Πίνακας 4. Διαφορετικές επιλογές των ασθενών στο φαγητό (οσμή- γεύση, εμφάνιση, ποιότητα) με βάση το νοσοκομειακό άγχος.....	34
Πίνακας 5. Συσχέτιση του χρονικού διαστήματος παραμονής στο νοσοκομείο σε σχέση με την αξιολόγηση των ασθενών για την ποιότητα τροφίμων.....	39

Συντομογραφίες

ACHFSPQ: Acute Care Hospital Foodservice Patient Satisfaction Questionnaire

SERQUAL: SERVICE QUALity

MAT: Meal Assessment Tool

PAT: Profile Accumulation Technique

WHFSPQ: Wesley Hospital Foodservice Patient Satisfaction Questionnaire

PIQ: Parkside Inpatient Questionnaire

IHD: Ischemic heart disease

CFA: Chartered Financial Analyst

ΔΜΣ :Δείκτης Μάζας Σώματος

AHRQ :Agency for Healthcare Research and Quality

Εισαγωγή

Πώς ορίζεται η ποιότητα

Η ποιότητα υπηρεσίας της νοσοκομειακής φροντίδας είναι ένα από τα πιο συναφή είδη υγειονομικής περιθάλψης για την ποιότητα όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ένας τρόπος μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Αναγνωρίζεται σημαντικά ότι τα τρόφιμα και οι άλλες πτυχές της διανομής τροφίμων είναι σημαντικά στοιχεία της συνολικής αντίληψης της νοσηλείας των ασθενών και ότι οι ομάδες υγειονομικής περιθάλψης έχουν καθημερινή δέσμευση να παρέχουν τα κατάλληλα τρόφιμα στους ασθενείς. Παροχή υπηρεσιών εστίασης που όχι μόνο συναντά αλλά και υπερβαίνει τις προσδοκίες του ασθενή, θεωρείται απαραίτητη για μια ποιοτική υπηρεσία (Oglio et al., 2015).

Όπως ο Parasuraman et al. (1985) υποστήριξε, η ποιότητα είναι "μια φευγαλέα και ακατανόητη κατασκευή" και δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί. Η αμερικανική κοινωνία για την ποιότητα όρισε την ποιότητα με δύο τρόπους: "τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που φέρουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δηλωμένες ή υπονοούμενες ανάγκες και ένα προϊόν ή υπηρεσία που είναι απαλλαγμένη από ελαττώματα". Στη βιβλιογραφία υπηρεσιών μάρκετινγκ, η ποιότητα της υπηρεσίας θεωρείται ως υπηρεσία που ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, τις προσδοκίες (Parasuraman et al., 1988). Λαμβάνοντας υπόψη αυτούς τους ορισμούς της ποιότητας και της τους στόχους των νοσοκομειακών τμημάτων, του νοσοκομείου η ποιότητα των υπηρεσιών εστίασης μπορεί να οριστεί ως υπηρεσία εστίασης που ικανοποιεί διατροφικές απαιτήσεις των ασθενών.

Νοσοκομειακή υπηρεσία διατροφής για τη φροντίδα των ασθενών

Οι υπηρεσίες νοσοκομειακής διατροφής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάκαμψη των ασθενών και την ευεξία. Η ποιότητα των υπηρεσιών τροφίμων μπορεί επίσης να επηρεάσει την ικανοποίηση των ασθενών με τους συνολική νοσοκομειακή εμπειρία (McLymont et al., 2003; Williams et al., 1998). Με τον ανταγωνισμό της βιομηχανίας υγειονομικής περιθάλψης να βρίσκεται σε άνοδο, πολλές νοσοκομειακές επιχειρήσεις τροφίμων αναζητούν τρόπους βελτίωσης της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι στόχοι μιας νοσοκομειακής υπηρεσίας είναι να παρέχουν στους νοσηλευόμενους θρεπτικά γεύματα που είναι ευεργετικά για την ανάρρωση και την υγεία τους, καθώς επίσης να τους δώσουν ένα παράδειγμα υγιεινής διατροφής με μενού προσαρμοσμένα στην κατάσταση υγείας των ασθενών. Όταν τα γεύματα σχεδιάζονται προσεκτικά και προσαρμόζονται για την κάλυψη των ειδικών αναγκών των ασθενών και όταν οι ασθενείς καταναλώνουν αυτά που τους παρέχονται, αυτοί οι στόχοι μπορεί να θεωρηθεί πως έχουν επιτευχθεί (Hong et al., 1996; Kim et al., 2008). Κατά συνέπεια, οι Hong και Kirk (1995) δήλωσαν ότι η κατανάλωση του γεύματος από τους νοσηλευόμενους ήταν ένας καλός δείκτης της κατάστασης της διατροφής και της ικανοποίησης της υπηρεσίας τροφίμων. Επιπλέον, η ποιότητα τροφίμων είναι γνωστό ότι επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο (Demir & Celik, 2002; Sheehan-Smith, 2006).

Τα περισσότερα γεύματα νοσοκομειακών ασθενών θεωρούνται κανονικά γεύματα διατροφής. Αυτά τα γεύματα δεν απαιτούνται για την επίτευξη πλήρων προτύπων διατροφής για μια υγιεινή διατροφή. Παρόλο που υπάρχουν προγράμματα για τη βελτίωση της διατροφής στα νοσοκομειακά τρόφιμα, η εστίαση είναι στις ρυθμίσεις λιανικού εμπορίου όπως οι μηχανές αυτόματης πώλησης και οι καφετέριες έναντι των γευμάτων των ασθενών. Η Πρωτοβουλία της Νέας Υόρκης για την Υγιεινή των Νοσοκομείων (HHFI) παρέχει πρότυπα διατροφής για τακτικά γεύματα διατροφής που μπορούν να υιοθετήσουν τα νοσοκομεία, εκτός από τα πρότυπα λιανικής.

Τα νοσοκομειακά γεύματα αποτελούν κρίσιμο συστατικό της φροντίδας που παρέχεται σε εσωτερικούς ασθενείς και βελτιώνουν την ευημερία των ασθενών (McLymont et al., 2003; Williams et al., 1998). Η παροχή γευμάτων είναι μέρος της ρουτίνας της φροντίδας των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο, προσθέτοντας περισσότερη «φιλοξενία» στις υπηρεσίες. Έχει αποδειχθεί ότι μεγάλο μέρος της συνολικής ικανοποίησης της διαμονής στο νοσοκομείο συνδέεται με τη διατροφή του νοσοκομείου. Ένα ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών εξαρτώνται αποκλειστικά από τα τρόφιμα του νοσοκομείου για τις διατροφικές τους ανάγκες (Stanga et al., 2003). Αυτό απαιτεί από τα νοσοκομεία να διατηρούν την ποιότητα και την θρεπτική αξία των τροφίμων που σερβίρονται.

Επαρκής και φτωχή διατροφική πρόσληψη

Η επαρκής σίτιση, επομένως, πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τη φροντίδα των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο (Kondrup, 2004). Η κλινική σημασία έχει επισημανθεί από την επικράτηση υποσιτισμού σε νοσοκομεία (πάνω από το 50% των ασθενών) (Norman et al., 2008) και τη σχέση μεταξύ ανεπαρκούς διατροφής και αυξημένης θνησιμότητας (πάνω από 8 φορές) και παρατεταμένη διάρκεια παραμονής (Hiesmayr et al., 2009; Tsaousi et al., 2014). Αν και η σωστή διατροφή, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, είναι σχετική με την ανάκτηση του ασθενούς (Hiesmayr et al., 2015; Jeejeebhoy et al., 2015), η επικράτηση της μειωμένης πρόσληψης γεύματος κυμαίνεται μεταξύ 50% και 60% (Hiesmayr et al., 2009; Jeejeebhoy et al., 2015; Agarwal et al., 2012; Schindler et al., 2010) και η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής ακολουθείται σπάνια από παρεμβάσεις διατροφής (Schindler et al., 2010).

Από την άλλη, η φτωχή διατροφική πρόσληψη συμπεριλαμβάνεται στις κύριες αιτίες θανάτου και επιβάρυνσης των ασθενειών στις Ηνωμένες Πολιτείες, (US Burden of Disease Collaborators, 2013) και αυξανόμενη έμφαση δόθηκε στη σημασία των περιβαλλοντικών παρεμβάσεων υποστήριξης της υγιεινής διατροφής. Οι σημαντικοί φορείς δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM), έχουν εντοπίσει ιδρύματα υγειονομικής περιθαλψής ως βασικούς χώρους για την πρόληψη της παχυσαρκίας και νόσων σχετιζόμενων με τη διατροφή, υιοθετώντας πολιτικές και πρακτικές για τη βελτίωση του περιβάλλοντος της διατροφής, αν και η έμφαση δόθηκε κυρίως στο περιβάλλον λιανικού εμπορίου όπως οι καφετέριες και οι μηχανές αυτόματης πώλησης, και όχι στα γεύματα ασθενών.

Η επαρκής πρόσληψη διατροφής είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας του νοσοκομειακού ασθενούς. Γενικότερα, ο υποσιτισμός σχετίζεται με απώλεια μυϊκής δύναμης και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων των επιπλοκών, των ποσοστών μόλυνσης και θνησιμότητα (Giner et al., 1996; Johansen et al., 2004). Η προώθηση της βέλτιστης διατροφικής κατάστασης μέσω των ποιοτικών νοσοκομειακών υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη ανάκαμψη και μειωμένη διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να είναι μεγάλη (Giner et al., 1996; Johansen et al., 2004).

Ο υποσιτισμός είναι κοινός στους νοσηλευόμενους ασθενείς (McWhirter & Pennington, 1994). Αυτοί οι ασθενείς έχουν παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο και

μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών και λοιμώξεων. Επιπλέον, η νοσοκομειακή τροφή μπορεί να προσφέρει ένα παράδειγμα υγιεινής διατροφής προς το κοινό γεγονός που τους βοηθά να διαμορφώνουν τη διατροφική συμπεριφορά τους. Αντιθέτως, τα ακατάλληλα νοσοκομειακά γεύματα μπορούν να δημιουργήσουν μια σημαντική απειλή για την υγεία του ασθενούς. Το φαγητό που παρέχεται από το νοσοκομείο μπορεί να μην πληροί τις ειδικές διατροφικές ανάγκες ή μια λάθος θεραπευτική αγωγή διαίτα θα μπορούσε να αποδοθεί στον ασθενή, με αποτέλεσμα τον υποσιτισμό και τον κακό έλεγχο της κατάστασης της νόσου. Επίσης μόλυνση των τροφίμων με παθογόνους οργανισμούς μπορεί να θέσει δυνητικά σοβαρούς κινδύνους για την υγεία.

Παρά τον ουσιαστικό αυτό ρόλο βελτίωσης της υγείας των ασθενών και τη διευκόλυνση της γρήγορης ανάκαμψης, η διατροφική φροντίδα και οι υπηρεσίες τροφίμων είναι μια υποανάπτυκτη πτυχή της παροχής περίθαλψης σε πολλούς (Diez-Garcia et al., 2012). Ωστόσο, τα υπάρχοντα στοιχεία υποδηλώνουν επίσης ότι μπορούν να γίνουν αξιοσημείωτες βελτιώσεις που θα επιτευχθούν στις υπηρεσίες αυτές, διατηρώντας παράλληλα το κόστος σταθερό.

Το 2010 εκτιμάται ότι 524 εκατομμύρια άνθρωποι, ή οκτώ τοις εκατό του παγκόσμιου πληθυσμού, ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός αναμένεται να τριπλασιαστεί στα 1,5 δισεκατομμύρια που ισοδυναμεί με το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού. Η αυξημένη μακροζωία είναι συνώνυμη με αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών και πολλαπλών νοσημάτων και έχει οδηγήσει σε μια ταχέως αυξανόμενη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Agarwal et al, 2016). Οι αναφορές υποδεικνύουν αυτήν την περίοδο τους ηλικιωμένους να καταλαμβάνουν τουλάχιστον το 40% των νοσοκομειακών κλινών (McKee & Healy, 2002), καθιστώντας σημαντικούς τους χρήστες των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Παρά ταύτα, τα γεύματα ασθενών αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό τροφής που παρέχεται στα νοσοκομεία, με μέσο όρο από πάνω από 1,7 εκατομμύρια δολάρια που δαπανήθηκαν ανά αμερικανικό νοσοκομείο για αγορές τροφίμων το 2004-2011 (Watters et al., 2015). Με τη βελτίωση της διατροφικής ποιότητας των τροφίμων που αγοράζονται και εξυπηρετούν τους ασθενείς, τα νοσοκομεία βρίσκονται σε ιδανική θέση όχι μόνο για τη βελτίωση της διατροφής των ασθενών, αλλά και για τη χρήση της τεράστιας αγοραστικής δύναμης να επηρεάζει τη διαθεσιμότητα της προσφοράς από την πλευρά της προσφοράς υγιεινών προϊόντων.

Μελέτες στους νοσοκομειακούς ασθενείς για βελτίωση της νοσοκομειακής υπηρεσίας

Πολλές πολυκεντρικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι ο υποσιτισμός κυμαίνεται στο 23-60% των ηλικιωμένων ασθενών που γίνονται δεκτοί σε νοσοκομεία οξείας περίθαλψης, με εκτιμώμενο τον διατροφικό κίνδυνο (Agarwall et al., 2012; Correia & Waitzberg, 2003; Imoberforf et al, 2009; Pirlich et al, 2005; Waitzberg et al., 2001). Ο υποσιτισμός σχετίζεται με κακές κλινικές εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένων της παρατεταμένης διάρκειας διαμονής (LOS), συχνές επανεισδοχές και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Agarwal et al, 2012; Agarwal et al, 2013; Norman et al., 2008). Αν και η αιτιολογία του υποσιτισμού σε παλαιότερους ασθενείς με οξεία περίθαλψη είναι περίπλοκη και πολυπαραγοντική (Agarwal et al., 2013; Boer et al., 2013), ανεπαρκής διατροφική πρόσληψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και μετά την εκφόρτωση μπορεί να επιδεινώσει τον υποσιτισμό (Agarwal et al., 2012; Dupertuis et al., 2003; Hiesmayr et al., 2009).

Οι μελέτες επικεντρώθηκαν στις εμπειρίες των ασθενών με την πρόσβαση των τροφίμων (Naithani et al., 2008), σε θέματα διατροφής (Holst et al., 2010), στην οργανοληπτική ποιότητα των τροφίμων (Sorensen et al., 2012) και στην εμπειρία από τις ώρες των γευμάτων (Hartwell et al., 2013) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ωστόσο, προς όφελος των γνώσεών μας, οι προοπτικές όσον αφορά τους λόγους κακής γαστρονομίας δεν έχουν προηγουμένως επιδιωχθεί από ηλικιωμένους που τρώνε φτωχά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Οι αιτίες, λοιπόν, της ανεπαρκούς διατροφής στα νοσοκομεία είναι πολύπλευρες. Η ασθένεια, αυτή καθ'εαυτή, συχνά συνοδεύεται από απώλεια της όρεξης και λειτουργική εξασθένηση. Η νοσοκομειακή οργάνωση της παροχής τροφίμων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πρόσληψη τροφής και τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Έτσι, παράγοντες περιλαμβάνουν τη δυσαρέσκεια των ασθενών σχετικά με τα γεύματα και τις ώρες των γευμάτων (Keller et al., 2015), τη μη διαθεσιμότητα του προσωπικού για βοήθεια στη σίτιση (Huxtable & Palmer, 2013), τις ρουτίνες διαφυγής και τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση της διατροφικής φροντίδας (Schindler et al., 2010), την ανεπαρκή συνειδητοποίηση και την ανεπαρκή κατάρτιση του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης (Mowe et al., 2006).

Δεδομένου ότι η βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης γίνεται όλο και πιο ανταγωνιστική και οι ασθενείς γίνονται όλο και περισσότερο επιλεκτικοί όσον αφορά την ποιότητα, η βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης έχει επαναπροσδιορίσει τους ασθενείς,

αναγνωρίζοντάς τους ως πελάτες (Kleeb, 1998; Lau & Greogire, 1998). Το ανταγωνιστικό περιβάλλον έχει αναγκάσει τους διαιτολόγους να παρέχουν υπηρεσίες τροφίμων υψηλότερης ποιότητας με περιορισμένο αριθμό πόρων.

Η υγειονομική περιθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ο μεγαλύτερος κλάδος των υπηρεσιών στον κόσμο και αυτό υπάρχει σε ένα δυναμικό, ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπου η ανάγκη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών με περιορισμένους πόρους είναι ζωτικής σημασίας (Drain, 2001; Kizer, 2001; Fallon et al., 2008). Η ποιότητα της υπηρεσίας τροφίμων συσχετίζεται σημαντικά με την συνολική ικανοποίηση του ασθενή (Sheehan-Smith, 2006). Ως εκ τούτου, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι σε πολλά νοσοκομεία οι οργανώσεις τροφίμων αλλάζουν για να επικεντρωθούν περισσότερο στη φροντίδα των ασθενών σε μια προσπάθεια να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους (Buzalka, 2008; Drain, 2001; Urden, 2002). Στην εξαιρετικά επιθετική βιομηχανία υγειονομικής περιθαλψης, η νοσοκομειακή υπηρεσία είναι έτοιμη να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην απόκτηση του μεριδίου αγοράς.

Κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία είναι μοναδική και οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμοστούν στις ανάγκες του συγκεκριμένου νοσοκομειακού πληθυσμού (Wright et al., 2006).

Προσδοκίες και ικανοποίηση των ασθενών

Οι περισσότερες έρευνες, λοιπόν, στην ποιότητα των υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας, μέχρι σήμερα, έχουν επικεντρωθεί στις προσδοκίες των ασθενών, στις αντιλήψεις για τις επιδόσεις, και την ικανοποίηση. Αν και οι ασθενείς καθορίζουν και την αξιολόγηση της ποιότητας, τα ευρήματα που βασίζονται στις έρευνες των ασθενών δεν παρέχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το τι προκαλεί προβλήματα στην ποιότητα ή ποιοι επαγγελματίες του κλάδου τροφίμων πρέπει να βελτιωθούν από την άποψη της ποιότητας. Το νοσοκομείο είναι ένα σύστημα όπου τα υποσυστήματα, συμπεριλαμβανομένης της προμήθειας, της παραγωγής, της διανομής / της υπηρεσίας, και της ασφάλειας είναι αλληλένδετες (Gregoire & Spears, 2007). Έτσι, μια απόφαση σε ένα μέρος μπορεί να επηρεάσει ένα άλλο μέρος του συστήματος, και η ποιότητα πρέπει να διαχειρίζεται με ολοκληρωμένο τρόπο.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περιθαλψης (Fitzpatrick & Taylor, 1994). Κατά την εξέταση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από νοσοκομεία, η ικανοποίηση των υπηρεσιών

εστίασης μπορεί μερικές φορές να περάσει απαρατήρητη, καθώς η νοσηλευτική και η ιατρική ποιότητα και η ποιότητα της τεχνικής ιατρικής περίθαλψης εντοπίζονται πιο συχνά στην έρευνα.

Έχει αναφερθεί ότι οι εσωτερικοί ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών εστίασης με βάση διάφορους παράγοντες όπως γεύση, διατροφή, θερμοκρασία, μέγεθος της μερίδας, το χρόνο του φαγητού και τις συμπεριφορές των ατόμων που σερβίρουν (Kim et al.2008; Jung et al., 2007).

Ωστόσο, τα γεύματα μπορούν, και θα πρέπει να θεωρούνται μέρος των θεραπευτικών υπηρεσιών, ως γεύματα να συμβάλλουν στη γενική ικανοποίηση με τις υπηρεσίες, στη διατροφική κατάσταση και τη μείωση της διάρκειας παραμονής (Allard et al., 2015; Rollins & Dobak, 2017).

Η παροχή νοσοκομειακού φαγητού συμβάλλει σημαντικά στην ευημερία και στην ανάκαμψη των ασθενών, υποστηρίζοντάς τους φυσικά και συναισθηματικά μέσω της παραμονής τους. Ωστόσο, ο υποσιτισμός είναι ένα πρόβλημα σε ορισμένα νοσοκομεία, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς (Compan et al, 1999; Morley & Silver, 1995).

Η αισθητική ποιότητα επηρεάζει την πρόσληψη τροφής και συνεπώς τη θρεπτική κατάσταση(O'Hara et al., 1997; Sahin et al., 2007). Οι άντρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την ποιότητα των τροφίμων και υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση της φρεσιάδας (Kokkinakos, 2001). Η ασθένεια και η ηλικία μπορεί να αλλάξουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των τροφίμων (Engelund et al., 2007).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες τροφίμων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, θεωρείται σημαντική, καθώς βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης διατροφής. Επιβεβαιώνεται παράλληλα ότι οι απόψεις των ασθενών για τη διατροφή τους, λαμβάνονται υπ όψιν στο χώρο του νοσοκομείου. Η γνώση και η υπέρβαση των προσδοκιών των ασθενών είναι ουσιαστικές για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Το φαγητό και ο τρόπος με τον οποίο σερβίρεται συχνά επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών με όλη την εμπειρία του νοσοκομείου (Gregoire, 1994).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αποτελούν συχνό παγκόσμιο φαινόμενο (Capra et al, 2005). Είναι επίσης σημαντικό να εντοπιστούν συγκεκριμένες πτυχές των γευμάτων τα οποία συμβάλλουν στη γενική ικανοποίηση και την αύξηση της κατανάλωσης.

Η κάλυψη των αναγκών διατροφής των ασθενών σε μια κατάσταση οξείας φροντίδας είναι δύσκολη με αρκετούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της όρεξης των ασθενών και

των κλινικών συμπτωμάτων, την πρόσβαση σε τρόφιμα και την διαθεσιμότητα, την ποιότητα του μενού, την επιλογή των τροφίμων και τις ιδιαίτερες προτιμήσεις των ασθενών (Keller et al, 2015). Επομένως, υπάρχει μια εστίαση στις υπηρεσίες τροφίμων των νοσοκομείων για την δυναμική αύξηση της διατροφικής πρόσληψης των ασθενών.

Ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως (Capra et al., 2005) παρέχει στοιχεία γύρω από τέσσερα κατασκευάσματα: την ποιότητα των τροφίμων, την ποιότητα υπηρεσιών γευμάτων, τα θέματα προσωπικού / υπηρεσιών και το φυσικό περιβάλλον καθώς και τη συνολική ικανοποίηση από την υπηρεσία. Δεν περιλαμβάνει ειδικά γεύματα ή συστατικά γεύματος, αλλά αντιμετωπίζει θέματα όπως τη θερμοκρασία των γευμάτων και των ποτών, το επίπεδο επιλογής και την ποικιλία ως συνεισφορά στην ποιότητα των τροφίμων και στην ποιότητα των υπηρεσιών γευμάτων. Προηγούμενες μελέτες αναγνώρισαν ότι το κρέας που είναι σκληρό και ξηρό είναι ένα σημαντικό ζήτημα σε ένα γενικό επίπεδο (Fallon et al., 2008), αλλά όχι σε σχέση με συγκεκριμένα γεύματα.

Παρά τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία που αποδεικνύει ότι οι ασθενείς είναι γενικά ικανοποιημένοι με τη συνολική ποιότητα των τροφίμων που παρέχονται στα νοσοκομεία (Naithani et al., 2008; Stanga et al., 2003; Fallon et al., 2008), η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής έχει συχνά αναφερθεί στον ηλικιωμένο νοσοκομειακό πληθυσμό (Agarwal et al., 2012; Agarwal et al., 2013; Oliveira & Leandro, 2011; Patel & Martin 2008; Mudge et al., 2011). Η κακή διατροφική πρόσληψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είχε ανεξάρτητα συσχετιστεί με την αυξημένη νοσηρότητα (Dupertuis et al., 2003; Hiesmayr et al., 2009) παρατεταμένη LOS (Agarwal et al, 2012; Dupertuis et al., 2003), και τον αυξημένο κίνδυνο ενδοноσοκομειακής θνητότητας (Agarwal et al., 2013; Hiesmayr et al., 2009).

Διατροφική σύνθεση νοσοκομειακών γευμάτων

Στην πραγματικότητα, λίγα είναι γνωστά για τη διατροφική σύνθεση της τροφής του ασθενούς. Αν και τα νοσοκομεία υποχρεούνται να υιοθετήσουν ένα εγχειρίδιο διατροφής εγκεκριμένο από το ιατρικό προσωπικό ώστε να συμμορφώνονται με τα πρότυπα διαπίστευσης και τους κρατικούς κανονισμούς, η εστίαση είναι στη θεραπεία και τη

διαχείριση των οξέων και χρόνιων καταστάσεων παρά στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με την διατροφή.

Η "συνήθης" διατροφή των ασθενών, η οποία καθορίζεται για τα περισσότερα γεύματα στα νοσοκομεία και είναι η βασική διατροφή στην οποία βασίζονται οι θεραπευτικές δίαιτες, είναι σε μεγάλο βαθμό απεριόριστη και δεν απαιτείται να ανταποκρίνεται στα εθνικά διατροφικά πρότυπα για μια υγιεινή διατροφή, όπως οι διατροφικές απαιτήσεις που καθορίζονται από τις κατευθυντήριες γραμμές για τα διαιτητικά προϊόντα για τους Αμερικανούς.

Τα περισσότερα γεύματα νοσοκομειακών ασθενών θεωρούνται κανονικά γεύματα διατροφής. Αυτά τα γεύματα δεν απαιτούνται για την επίτευξη πλήρων προτύπων διατροφής για μια υγιεινή διατροφή. Παρόλο που υπάρχουν προγράμματα για τη βελτίωση της διατροφής στα νοσοκομειακά τρόφιμα, η εστίαση είναι στις ρυθμίσεις λιανικού εμπορίου όπως οι μηχανές αυτόματης πώλησης και οι καφετέριες έναντι των γευμάτων των ασθενών. Η Πρωτοβουλία της Νέας Υόρκης για την Υγιεινή των Νοσοκομείων (HHFI) παρέχει πρότυπα διατροφής για τακτικά γεύματα διατροφής που μπορούν να υιοθετήσουν τα νοσοκομεία, εκτός από τα πρότυπα λιανικής.

Οι προοπτικές των ασθενών όσον αφορά τα στοιχεία γεύματος είναι καθοριστικής σημασίας για την υποστήριξη αποτελεσματικών αποφάσεων σχετικά με την παροχή γευμάτων στο νοσοκομείο. Στόχος μιας έρευνας λοιπόν, ήταν να αναπτυχθεί ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης γευμάτων (MAT), ώστε να αξιολογηθούν γρήγορα και με ακρίβεια οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τα στοιχεία του γεύματος., (Hannan-Jones & Capra, 2017).

Αξιολόγηση ποιότητας νοσοκομειακών γευμάτων

Το ίδιο συνέβη και σε άλλη μία μελέτη όπου η αξιολόγηση της ποιότητας του γεύματος έγινε με τη χρήση του Εργαλείου Αξιολόγησης Γεύματος (MAT) (Hannan-Jones & Capra, 2017), εντός 30 λεπτών μετά την ολοκλήρωση του γεύματος, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της συνέντευξης. Αυτό είχε ως σκοπό να εκτιμηθεί εάν η αντίληψη των ασθενών για τα χαρακτηριστικά της ποιότητας των ζεστών γευμάτων επηρεάστηκαν από τον τύπο του πιάτου στο οποίο σερβίρεται το γεύμα.

Το MAT χρησιμοποίησε μια κλίμακα Likert επτά σημείων για την αξιολόγηση της εμφάνισης, της γεύσης και της ποιότητας των συστατικών γεύματος (πρωτεΐνη, άμυλο και λαχανικά), η οποία επέτρεψε τη σύγκριση με τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία όσον αφορά την ικανοποίηση του ασθενούς με τη συνηθισμένη υπηρεσία που χρησιμοποιεί το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Acute Care Hospital Foodservice (ACHFPSQ) που διεξήχθη πριν 2 μήνες (Capra et al., 2005).

Οι έρευνες περιορίζονται στο ότι συνήθως περιέχουν πολύ λίγες γενικές ερωτήσεις σχετικά με την υπηρεσία τροφίμων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αρκετή αναλυτική ανατροφοδότηση για να προσδιοριστούν επακριβώς οι επιθυμίες των ασθενών. Η γνώση των προσδοκιών των ασθενών είναι μια βασική γραμμή αναφοράς για την παρακολούθηση και τη μέτρηση της επίδρασης της για τις καινοτομίες στον τομέα των υπηρεσιών εστίασης ή της ικανοποίησης των πελατών για τα αποτελέσματα της υπηρεσίας φαγητού (Dall'Oglio et al., 2015).

Επιπρόσθετα, ως εγγεγραμμένη διαιτολόγος και διευθυντής των Υπηρεσιών Διατροφής, η Mary Kimbrough, προσπάθησε να αλλάξει πλήρως το μενού ασθενών και την ποιότητα των νοσοκομείων. Ορισμένες παρεμβάσεις ποιότητας τροφίμων περιελάμβαναν την προσθήκη μιας ποικιλίας από φρέσκα φρούτα, λαχανικά και σαλάτες στο καθημερινό μενού, προσφέροντας πιο μοντέρνα τα γεύματα (δηλαδή τη γαρνιτούρα) μαζί με τα πιο γνωστά τρόφιμα άνεσης. προσθέτοντας γεύσεις ενισχυτικά για σάλτσες, όπως το ψημένο σκόρδο και τα φρέσκα βότανα. - ενίσχυση των γεύσεων κρέατος με σάλτσες, λαχανικά και φρούτα, την ενίσχυση των φυτικών γεύσεων με φρέσκα βότανα και αρωματικά, προσθέτοντας φυτικά τρόφιμα για να ευχαριστήσουν τους χορτοφάγους πελάτες και επιλέγοντας άπαχα κρέατα και προετοιμάζοντάς τα χρησιμοποιώντας υγιείς τεχνικές μαγειρέματος.

Σε ένα νοσοκομείο 585 κλινών στον Καναδά, βελτιώσεις στην ποιότητα των τροφίμων έγιναν σε μια μικρότερη κλίμακα, αλλά εξακολούθησε να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες προτιμήσεις των ασθενών (Watters et al., 2006). Οι αλλαγές στο μενού περιελάμβαναν την προσθήκη μιας εβδομαδιαίας περιστροφής εποχιακών φρούτων και την προσφορά περισσότερης σούπας. Έγιναν επίσης αλλαγές στην καρδιακή διαίτα για να βελτιωθεί η συνοχή με την υγεία της καρδιάς και να συμπεριλάβουν περισσότερα φρέσκα φρούτα και ψάρια στο μενού (Watters et al., 2006).

Αξιολόγηση ικανοποίησης ασθενών με ερωτηματολόγια

Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα έγκυρο εργαλείο έρευνας για τη μέτρηση και την αντιμετώπιση των αντιλήψεων των ασθενών της ποιότητας των τροφίμων και της συνολικής ικανοποίησης των υπηρεσιών εστίασης. Η βιβλιογραφία (Dubé et al., 1994; Urden, 2002; Lau & Gregoire, 1998; Williams et al., 1998; Watters et al., 2006) περαιτέρω υπογραμμίζει την ανάγκη για μια έρευνα ασθενών για να αντιμετωπίσει και να διαφοροποιήσει διεξοδικά τις κυριότερες διαστάσεις των υπηρεσιών εστίασης.

Στα περισσότερα ιδρύματα περίθαλψης, τα προγράμματα ελέγχου ποιότητας έχουν εφαρμοστεί και οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών έχουν χορηγηθεί τακτικά (Avis, 1995). Ωστόσο, οι πρότυπες έρευνες ικανοποίησης των ασθενών στο νοσοκομείο συνήθως ζητούν μόνο μερικές γενικές ερωτήσεις σχετικά με την υπηρεσία Τροφίμων. Οι γενικές δηλώσεις που χρησιμοποιούνται συχνά σε αυτές τις τυπικές εσωτερικές έρευνες (π.χ. αξιολόγηση της ποιότητας των τροφίμων) δεν παρέχουν επαρκείς πληροφορίες που θα επιτρέψουν στους διαχειριστές να προσαρμόσουν τις υπηρεσίες τροφίμων με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών (Wright et al., 2006).

Ένα μέρος της διαχείρισης και της συντήρησης των προτύπων των υπηρεσιών δαιτροφικής φροντίδας στα νοσοκομεία περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και διάφορες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικές χώρες (Belanger & Dube, 1996; Fallon et al., 2007; Hwang et al., 2003; Jessri et al., 2011; Sahin et al., 2006).

Οι περισσότερες μελέτες στον τομέα της κλινικής διατροφής έχουν επικεντρωθεί στη διαλογή και την αξιολόγηση του κινδύνου διατροφής και τις κλινικές παρεμβάσεις που έχουν χρησιμοποιήσει υποστρώματα διατροφής (Schindler et al., 2016).

Μερικές μελέτες έχουν αναλύσει προσεκτικά το θρεπτικό προφίλ των γευμάτων των ασθενών και εκείνο που έχουν βρει είναι ότι οι συνήθεις δίαιτες υπολείπονται των εθνικών συστάσεων για τη διατροφή, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων γραμμών που ορίζονται από το Healthy People 2000, (Singer et al., 1998) το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας, (Singer et al., 1996) το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, (Singer et al., 1998) και το American Heart Association (Singer et al., 1991).

Για τους ασθενείς που δεν χρειάζονται θεραπευτικά γεύματα, η συνήθης διατροφή είναι μια ευκαιρία για την ενίσχυση των μηνυμάτων δημόσιας υγείας διαμορφώνοντας μια υγιεινή διατροφή που ευθυγραμμίζεται με τις εθνικές συστάσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι η νοσηλεία για ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής αυξάνουν το κίνητρο για αλλαγή στη συμπεριφορά (Holtrop et al., 2006; Gritz et al., 1993; Gritz et al., 1991) και ότι η

διαμονή σε νοσοκομείο είναι ο βέλτιστος χρόνος για τους νοσηλεύομενους, για την αντιμετώπιση της προληπτικής φροντίδας, ιδιαίτερα σε ασθενείς οι οποίοι δεν θα αναζητούσαν με άλλο τρόπο τις υπηρεσίες υγείας (Howe et al., 2010; Kisuule et al., 2007). Μελέτες σε καρδιακούς ασθενείς (Lisspers et al., 2005; Weinman et al., 2000; Nies et al., 2011) και σε ασθενείς με καρκίνο (Maunsell et al., 2002) έχουν βρει ότι οι άνθρωποι είναι πιθανό να κάνουν τις διαιτητικές αλλαγές αμέσως μετά από τη νοσηλεία τους σε νοσοκομείο.

Ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο είναι το πρώτο βήμα προς την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των ασθενών.

Η ικανοποίηση των ασθενών με την υπηρεσία τροφίμων στα νοσοκομεία έχει συχνά αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια. Η προσέγγιση αυτή δίδεται ως παράδειγμα από μια Καναδική ομάδα με επικεφαλής τον Dube και τον Belanger (1996), οι οποίοι στα τέλη της δεκαετίας του 1990 ανέπτυξαν ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών με νοσοκομειακά γεύματα (Belanger & Dube, 1996; Dube et al, 1994).

Σε μια άλλη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Parkside Inpatient Questionnaire (PIQ) και Wesley Hospital Foodservice Patient Satisfaction Questionnaire (WHFPSQ). Συνδυασμοί δηλώσεων στο WHFPSQ παρείχαν αξιολογήσεις για τέσσερις παράγοντες: "ποιότητα τροφίμων", "ποιότητα υπηρεσιών γευμάτων", "θέματα στελέχωσης/εξυπηρέτησης" και "φυσικό περιβάλλον". Τα ευρήματα αυτής της έρευνας είχαν σημαντικές συνέπειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες διατροφής για την προσπάθεια να διατηρηθεί η άριστη εξυπηρέτηση με επίκεντρο τον ασθενή (Wright O, 2003).

Μια Αυστραλιανή ομάδα με επικεφαλής τον Capra (Capra et al., 2005; Wright et al., 2003) δημιούργησε ένα ερωτηματολόγιο για την ικανοποίηση των ασθενών στο νοσοκομείο (ACHFPSQ), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες περιοχές της Αυστραλίας (Fallon et al., 2007) και στην Ιταλία (Messina et al., 2013).

Άλλοι ερευνητές που χρησιμοποιούν ποσοτικές μεθόδους για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών με τα νοσοκομειακά γεύματα έχουν δώσει λιγότερη έμφαση στην παραγωγή ενός γενικευμένου ερωτηματολογίου. Ο Stanga et al (2003) χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο με πολλαπλή μορφή απάντησης με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Ο Sahin et al (2006) χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο δέκα στοιχείων, κάπως παρόμοιο με αυτό του αντίστοιχου συγγραφέα με αυτή των Capra et al. (2005), το οποίο ζητούσε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την ικανοποίησή τους από διάφορες πτυχές της ποιότητας των τροφίμων, της παρουσίασης και του σερβιρίσματος.

Ο Hwang et al (2003) χρησιμοποίησαν ένα τροποποιημένο SERVQUAL ερωτηματολόγιο, αν και αυτό αφορούσε πολύ περισσότερο τις πτυχές του τροφίμου, παρά τα άλλα χαρακτηριστικά κλασικής υπηρεσίας όπως την αξιοπιστία, την απόκριση, τη σιγουριά και την εν συναίσθηση.

Μελέτες όπως αυτές μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι αντιπροσωπεύουν πραγματικά την άποψη του ασθενούς. Παρέχουν πολλές πολύτιμες ιδέες για το τι είναι να παίρνετε τα γεύματα στο νοσοκομείο και όπως οι ποσοτικές μελέτες που συζητήθηκαν παραπάνω, προτείνουν ότι η πιο σημαντική πτυχή της γευστικής εμπειρίας είναι η ποιότητα του φαγητού.

Ο Johns et al (2013) σύγκριναν την παραγωγή και την υπηρεσία τροφίμων σε φυλακές και νοσοκομεία, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι ο σημαντικότερος παράγοντας και στις δύο είναι η έγκαιρη παράδοση τροφίμων στους αποδέκτες, γεγονός που αποτρέπει την υποβάθμιση της τροφής.

Μια άλλη μελέτη χρησιμοποίησε το PAT (Profile Accumulation Technique) μαζί με το μοντέλο που είναι βασισμένο στον Kapferer's (1997), ώστε να μελετήσει τα νοσοκομειακά τρόφιμα από την άποψη των ασθενών. Έχουν συναχθεί συμπεράσματα από την έρευνα αυτή για πρόβλεψη της διαχείρισης των νοσοκομειακών τροφίμων (Johns et al, 2010).

Το πρόβλημα της σίτισης στο νοσοκομείο είναι επίσης διαδεδομένο στις ασιατικές χώρες όπως το Ιράν, όπου τα ποσοστά υποσιτισμού μπορεί σχεδόν να διπλασιαστούν κατά τη διάρκεια του νοσοκομείου (Hosseini et al, 2006).

Μια ιρανική μελέτη αναφέρει ότι η παροχή τροφίμων είναι η μεγαλύτερη μη ικανοποιητική πτυχή στην εμπειρία του νοσοκομείου (Hajifathali et al., 2008), αλλά η αξιολόγηση αυτή προέκυψε από ένα μόνο θέμα μέσα σε ένα ερωτηματολόγιο, η έρευνα του οποίου διήρκεσε αριετό καιρό. Μια άλλη έρευνα διερεύνησε την ικανοποίηση των ασθενών από τα γεύματα σε πέντε ιρανικά νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας σχόλια των νοσηλευόμενων ατόμων, συνεντεύξεις και παρατηρήσεις γευμάτων (Jessri et al., 2011).

Καταληκτικά, μια άλλη έρευνα εντόπισε τα θέματα σε σχόλια ασθενών για τα γεύματα που σερβίρονται στο νοσοκομείο και αξιολόγησε τη σχέση αυτών των θεμάτων με την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των τροφίμων, μεταξύ κλινικών και χειρουργημένων ασθενών (Tranter et al., 2009). Οι στόχοι αυτής της έρευνας ήταν να εντοπίσει διακεκριμένα θέματα σε σχόλια ασθενών σχετικά με τα νοσοκομειακά γεύματα, να διερευνήσει αν τα θέματα σχολίων διαφέρουν ανάλογα με τον ασθενή το φύλο, την ηλικία, τη

διάρκεια της διαμονής ή την ειλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ θεμάτων σχολίων και βαθμολογίας ποιότητας τροφίμων (Tranter et al., 2009).

Ωστόσο, εκτός από την ποιότητα της παρεχόμενης διατροφής στο νοσοκομείο εξίσου σημαντική είναι και η ψυχολογία των ασθενών, καθώς και τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που πιθανόν να αντιμετωπίζουν.

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η μοναξιά και η απομόνωση συμβάλλουν στην κατάθλιψη σε μερικούς ασθενείς ασθενείς, ειδικά σε αυτούς που βρίσκονται σε πλευρικούς θαλάμους [31]. Η κατάθλιψη έχει συσχετισθεί με απώλεια της όρεξης, μειωμένη πρόσληψη τροφής και απώλεια βάρους σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [14].

Ο Zigmond και ο Snaitth (1983), ανέπτυξαν αρχικά την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο(HADS) προκειμένου να εκτιμηθεί το άγχος και η κατάθλιψη σε ένα ιατρικό περιβάλλον χωρίς πιθανή σύγχυση από τα σωματικά συμπτώματα.

Διεξήχθη μια μετα-ανάλυση της ευαισθησίας και της ειδικότητας των δεδομένων για το HADS σε σύγκριση με μια διαγνωστική συνέντευξη. Στόχος τους ήταν να προσδιορίσουν ποσοτικά την ακρίβεια του HADS ως μέσο εύρεσης περιπτώσεων για το άγχος και τις καταθλιπτικές διαταραχές (Brennan C et al., 2010).

Σκοπός μιας άλλης μελέτης (Burns et al., 2014) ήταν να αξιολογήσει την εφαρμογή του HADS σε ένα μεγάλο, παγκόσμιο δείγμα ασθενών με ισχαιμική καρδιακή νόσο (IHD) χρησιμοποιώντας την CFA (*Chartered Financial Analyst*), για να ελέγξει την εγκυρότητα της αρχικά προτεινόμενης δισδιάστατης δομής καθώς και δύο ιεραρχικά μοντέλα: το το μοντέλο υψηλότερης τάξης Dunbar (Dunbar et al., 2000) και το μοντέλο bifactor (Norton et al., 2013).

Συμπερασματικά

Οι προκλήσεις, επομένως, που αντιμετωπίζουν οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τροφίμων είναι πολύπλευρες λόγω της ευρείας ποικιλίας των διαιτητικών αναγκών των ασθενών. Οι διατροφικές ανάγκες ποικίλλουν με βάση την ηλικία, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές πρακτικές και τα ιατρικά προβλήματα. Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον αναζητούν νέες προσεγγίσεις για να ανταποκριθούν σε αυτές τις προκλήσεις μέσω της συνεχούς αναβάθμισής των υπηρεσιών διανομής γευμάτων.

Η κατάσταση των ασθενειών, η κακή όρεξη, η γαστρεντερική δυσανεξία, η κόπωση, ο πρόωρος κορεσμός και οι αλλοιώσεις γεύσης συχνά επηρεάζουν την πρόσληψη σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον (McLymont et al., 2003; Williams et al., 1998). Οι κλινικοί διαιτολόγοι συχνά συμβουλεύουν τους υποσιτισμένους, νοσηλευόμενους ασθενείς να καταναλώνουν «μικρά, συχνά γεύματα» ή σνακ κάθε λίγες ώρες για να ενθαρρύνουν τη λήψη από το στόμα και να ικανοποιήσουν τις διατροφικές τους ανάγκες. Η προώθηση της βέλτιστης διατροφικής κατάστασης μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη ανάκαμψη και μείωση του κόστους νοσηλείας (Sullivan et al., 1998; Giner et al., 1996; Johansen et al., 2004).

Με βάση όλα τα προαναφερόμενα στοιχεία, στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης διατροφής στο Νοσοκομείο «Γ.Γεννηματάς», καθώς και το πώς επηρεάζουν οι κατηγορίες άγχους των ατόμων που νοσηλεύονται τις διαφορετικές επιλογές τους στο φαγητό.

Μεθοδολογία

Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 195 νοσηλευόμενοι ασθενείς από το Νοσοκομείο «Γ.Γεννηματάς». Συνολικά μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια από τα οποία τελικά χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα 195. Ο λόγος για τον οποίο απορρίφθηκαν πέντε ερωτηματολόγια ήταν ότι δεν απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις, οπότε ήταν ημιτελή. Από τους ασθενείς 101 ήταν οι άνδρες και 94 ήταν οι γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 55.9 ± 18.2 έτη.

Οι κλινικές που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα ήταν οι παρακάτω οκτώ: η Παθολογική, η Β' Χειρουργική, η Καρδιολογική, η Ουρολογική, η Ορθοπαιδική, η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, η ΩΡΛ και η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας κατατέθηκε πρωτόκολλο στην επιστημονική επιτροπή του Νοσοκομείου.

Αξιολόγηση γευμάτων

Η αξιολόγηση γευμάτων για τους ασθενείς του νοσοκομείου έγινε με το ερωτηματολόγιο MAT (Meal Assessment Tool) (Hannan-Jones & Capra, 2017). Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν ερωτήσεις για την ποιότητα, την οσμή-γεύση και την εμφάνιση των γευμάτων, καθώς και για το αν ανταποκρίθηκε το φαγητό στις προσδοκίες των ασθενών και αν ικανοποιήθηκαν συνολικά με την υπηρεσία εστίασης. Για την ποιότητα, την οσμή-γεύση και την εμφάνιση των γευμάτων η βαθμολογία κυμαινόταν από το 1 το οποίο ήταν «Πολύ φτωχό» έως το 7 το οποίο αντιπροσώπευε το «τέλειο», ενώ για τις Προσδοκίες των ασθενών και τη συνολική τους ικανοποίηση, οι επιλογές ήταν πέντε, από «Πολύ φτωχό» έως «Πολύ καλό». Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το MAT είναι έγκυρο, γρήγορο και εύκολο στη χρήση καθώς και ικανό να παρέχει πληροφορίες που μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση συγκεκριμένων στοιχείων για το μενού που απαιτούν βελτίωση (Hannan Jones & Capra, 2017).

Το MAT είναι σε θέση να εντοπίζει τα γεύματα τα οποία είχαν βελτιωθεί σημαντικά ως προς τους όρους οποιασδήποτε από τις τρεις κατηγορίες (γεύση και οσμή, εμφάνιση, και

την ποιότητα), επιτρέποντας τη διεξαγωγή λεπτομερών αξιολογήσεων στο συνολικό γεύμα (Hannan Jones & Capra, 2017).

Διαφορές περίπου 0,5 στην κλίμακα των 7 σημείων μπορεί να είναι πραγματικές διαφορές στην αντιληπτή ποιότητα.

Άλλη μελέτη, βασισμένη σε προηγούμενες εργασίες στον τομέα της διατροφής, ανέπτυξε ένα νέο εργαλείο αξιολόγησης γευμάτων (MAT) που είναι αξιόπιστο, έγκυρο και γρήγορο και εύκολο να ολοκληρωθεί.. Μπόρεσε να παρέχει πρόσθετες πληροφορίες από αυτές που αποκτήθηκαν από γενικότερες έρευνες ικανοποίησης ασθενών.

Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο(HADS)

Ο βαθμός άγχους και κατάθλιψης των ασθενών του Νοσοκομείου αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο (HADS). Η κλίμακα του άγχους και της κατάθλιψης του νοσοκομείου (HADS) αναπτύχθηκε αρχικά από τους Zigmond και Snaith (1983) και χρησιμοποιείται συνήθως από τους γιατρούς για να καθορίσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βιώνει ένας ασθενής. Ο ρόλος της είναι περισσότερο ανιχνευτικός παρά διαγνωστικός. Το HADS είναι μια κλίμακα δεκατεσσάρων στοιχείων καθένα από τα οποία έχει τέσσερις απαντήσεις. Επτά από τα στοιχεία σχετίζονται με το άγχος και επτά σχετίζονται με την κατάθλιψη. Ο Zigmond και ο Snaith δημιούργησαν αυτό το μέτρο των αποτελεσμάτων για να αποφύγουν ερωτήσεις για τα σωματικά συμπτώματα (όπως αϋπνία, ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή), που είναι πολύ συχνά σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου

Η κατάθλιψη αφορά τις ερωτήσεις 2,4,6,8,10,11,14 ενώ η ανησυχία-άγχος τις ερωτήσεις 1,3,5,7,9,12,13. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0-21 βαθμούς. Ως εκ τούτου, κάποιος ασθενής που έχει βαθμολογία από 0-7 θεωρείται φυσιολογικός, από 8-10 θεωρείται οριακή περίπτωση και από 11-21 μη φυσιολογική περίπτωση.

Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά καταγράφηκαν με τη μορφή απλών ερωτήσεων. Οι ασθενείς ερωτήθηκαν σε ποια κλινική νοσηλεύονταν, ποια ήταν το μορφωτικό τους επίπεδο και ποια η οικογενειακή τους κατάσταση.

Όσο αναφορά στην κλινική τους εικόνα, ερωτήθηκαν για το ποιο ήταν το αίτιο εισαγωγής τους, για το οποίο υπήρχε ιατρική επιβεβαίωση, αν ήταν χρόνιο ή οξύ πρόβλημα και αν συνοδευόταν με κάποιο/-α νόσημα/-τα.

Ανθρωπομετρία

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις στους ασθενείς έγιναν κατά τις πρωινές ώρες, πριν τη λήψη του πρώτου τους γεύματος. Για τη μέτρηση του σωματικού βάρους χρησιμοποιήθηκε ζυγός (Seca 803, Clara, Seca Gmd H&Co., Αμβούργο, Γερμανία). Το ύψος μετρήθηκε σε όρθια θέση στο πλησιέστερο εκατοστό με τη χρήση φορητού αναστημόμετρου (SECA 214, Seca Gmd H&Co., Αμβούργο, Γερμανία). Υπήρξαν ελάχιστες περιπτώσεις, στις οποίες οι ασθενείς είτε λόγω ηλικίας, είτε σωματικής κατάστασης, δήλωσαν οι ίδιοι το βάρος και το ύψος τους.

Υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), έτσι ώστε να αξιολογηθεί η σωματική κατάσταση των ασθενών. Συγκεκριμένα, τα όρια του Δείκτη Μάζας Σώματος αντιστοιχούν στα ευρέως γνωστά για τους νορμοβαρείς ενήλικες ΔΜΣ 18,5-25kg/m², για τους υπέρβαρους ΔΜΣ 25-30 kg/m², τους παχύσαρκους ΔΜΣ>30 kg/m² και λιποβαρείς ενήλικες ΔΜΣ <18,5 kg/m² (Cole et al., 2000).

Μετάφραση

Η μετάφραση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με χρήση διαδικτυακού προγράμματος μετάφρασης του υπολογιστή καθώς και με τις υπάρχουσες γνώσεις της φοιτήτριας στην Αγγλική γλώσσα.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS Version 22. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p \leq 0.05$.

Αποτελέσματα- Συζήτηση

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος (N=195 συμμετέχοντες νοσηλευόμενοι ασθενείς)

Φύλο (Άνδρας/Γυναίκα)	101/94
Ηλικία (έτη)	55.9±18.2
Κλινική (Παθολογική/Β'Χειρουργική/Καρδιολογική/Ουρολογική/Ορθοπαιδική /Μονάδα Τεχνητού Νεφρού/ΩΡΛ/Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική	23/74/29/22/20/7/1 /19
Εκπαίδευση (Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο/ΑΕΙ/ΤΕΙ)	35/25/57/29/49
Οικογενειακή Κατάσταση (Έγγαμος-η/ Άγαμος-η/ Διαζευγμένος-η/Χήρος-α	144/48/2/1

Η βελτίωση της ποιότητας των τροφίμων και η αποτελεσματικότητα με την οποία φτάνει στους ασθενείς παραμένουν οι σημαντικότεροι στόχοι της υπηρεσίας νοσοκομειακής διατροφής (Hartwell et al.,2016).

Στα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών που ενδέχεται να επηρεάσουν την ικανοποίηση από την υπηρεσία τροφίμων περιλαμβάνονται το φύλο τους, οι προσωπικές τους προτιμήσεις, συγκεκριμένες ασθένειες και φάρμακα (Cardello et al., 1996), το εθνικό τους υπόβαθρο (Jessri et al., 2011), η φυσική τους κατάσταση (η οποία μπορεί να επηρεάσει την αντίληψή τους για το τρόφιμο ή την ικανότητά τους να τρέφονται) (Corish & Kennedy, 2000) και η ηλικία τους (Johns et al., 2010; Stephen et al., 1997).

Τα ποσοτικά εργαλεία , λοιπόν, αντιπροσωπεύονται από τα ερωτηματολόγια που χορηγούνται συγχρόνως ή μετά από την παροχή υπηρεσιών εστίασης. Τα ερωτηματολόγια ήταν η πρότυπη μέθοδος για την αξιολόγηση της ικανοποίησης με το σύστημα υπηρεσίας τροφίμων. Ωστόσο, τα ερωτηματολόγια συχνά δεν έχουν επαρκώς συγκεκριμένες πληροφορίες για να ενεργήσουν και είναι πιο σωστός τρόπος ενημέρωσης είναι να μιλήσει

κάποιος στους ασθενείς για τα γεύματα που λαμβάνουν (Dall'Oglio et al., 2015). Ο O'Hara και οι συνάδελφοί του (O'Hara et al., 1997), δήλωσαν ότι το ερωτηματολόγιο συμβάλλει σε μια συνεχιζόμενη διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας που επιτρέπει τα τρόφιμα και τους διατροφολόγους να παρακολουθήσουν την επίδραση των αλλαγών που έγιναν για τα τρόφιμα και τις υπηρεσίες εστίασης καθώς και για να παρακολουθήσουν τα σημεία που απαιτούν τροποποίηση.

Η ικανοποίηση από το φαγητό στο νοσοκομείο είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας αξιολόγησης που δεν εξαρτάται πάντοτε μόνο από την ποιότητα της υπηρεσίας, αλλά και από τις προκαταλήψεις και τις προσδοκίες του ασθενούς (Dall'Oglio et al., 2015).

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής διατροφής και κατά πόσο επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Συγκεκριμένα το δείγμα των 195 ασθενών που συμμετείχε ρωτήθηκε σχετικά με την αρέσκεια του ως προς το φαγητό και σχετικά με την ψυχολογία κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο. Οι κατηγορίες στις οποίες διαχωρίστηκαν με βάση την ψυχολογία και τα επίπεδα άγχους ήταν φυσιολογικοί/ οριακά μη φυσιολογικοί και μη φυσιολογικοί. Άλλες κατηγορίες οι οποίες εξετάστηκαν ήταν το φύλο, ο δείκτης μάζας σώματος καθώς και η διάρκεια της νοσηλείας τους.

Ο πίνακας 2. παρουσιάζει ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη προτίμηση στην οσμή και γεύση της πατάτας και του ρυζιού ($p < 0.05$). Δεν υπήρξαν όμως άλλα στοιχεία που να εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Παρατηρείται χαρακτηριστικά, πώς τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες έδωσαν υψηλές βαθμολογίες για όλες τις υποκατηγορίες που τέθηκαν προς εξέταση και μάλιστα οι άνδρες βαθμολόγησαν πιο θετικά σε σχέση με τις γυναίκες. Για παράδειγμα η εμφάνιση του κρέατος και του ψαριού βαθμολογήθηκε με $4,56 \pm 1,02$ έναντι $4,37 \pm 1,23$ από την γυναίκα. Ωστόσο κανένα άλλο στοιχείο δεν φάνηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά που να υποδηλώνει πως το φύλο επηρεάζει την αντίληψη των ασθενών για την βαθμολογία των γευμάτων τους στο νοσοκομείο.

Το ίδιο συνέβη και σε άλλη μελέτη στην οποία δεν υπήρχαν διαφορές στην αξιολόγηση της ποιότητας των τροφίμων με βάση την ηλικία και το φύλο (Tranter et al., 2009). Αυτό διαφέρει από προηγούμενη έρευνα που διαπίστωσε ότι οι απαντήσεις που σχετιζόνταν με την ικανοποίηση των υπηρεσιών τροφίμων που έδιναν οι γυναίκες συσχετιζόνταν σημαντικά με τα χαρακτηριστικά ποιότητας των τροφίμων, όπως η τρυφερότητα της τροφής και η εμφάνιση των γευμάτων (DeLuco & Cremer, 1990). Επιπλέον, προηγούμενοι ερευνητές έχουν αναφέρει ότι οι ασθενείς ηλικίας 70 ετών και άνω δίνουν υψηλότερη συνολική βαθμολογία σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς

(Wright et al., 2006).

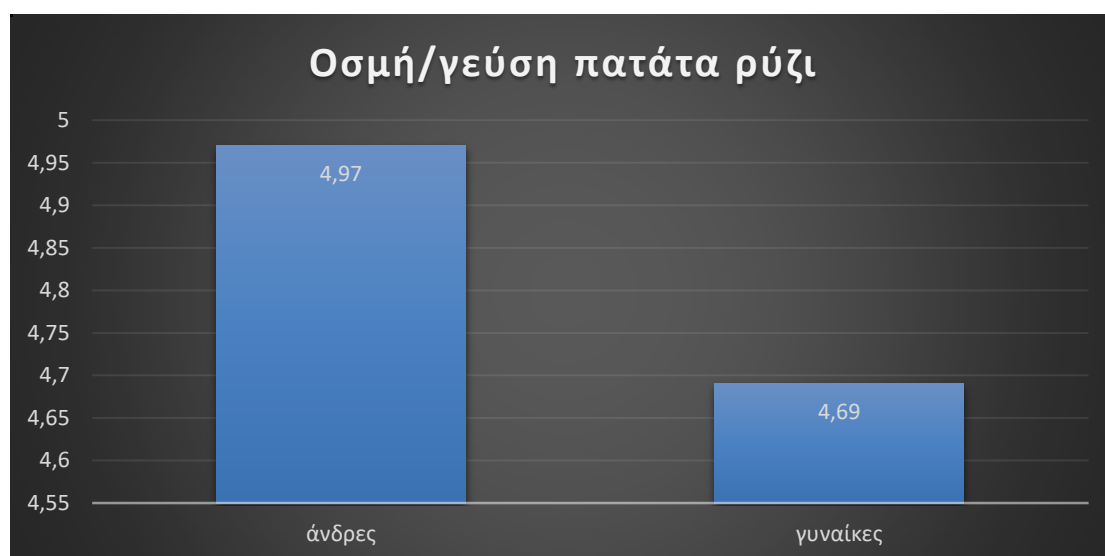
Σχετικά με τα προηγούμενα, σε μια ακόμη μελέτη η συνολική βαθμολογία που παρέχεται από το PIQ συσχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία (0,17, $p < 0,01$), όπως και από το WHFPSQ (0,20, $p < 0,01$), παρόλο που το μέγεθος των συσχετίσεων ήταν χαμηλό. Η ανάλυση συχνότητας έδειξε ότι τα αποτελέσματα για άντρες και γυναίκες διαφοροποιούνταν περισσότερο με το WHFPSQ (4,11 και 3,91 αντίστοιχα) από ό, τι με το PIQ (μέσο των 3,86 και 3,80 αντίστοιχα). Και στις δύο περιπτώσεις, οι άντρες βαθμολογήθηκαν για τη γενική τους ικανοποίηση υψηλότερα από τις γυναίκες. Αυτή η συσχέτιση ήταν σημαντική για το WHFPSQ ($p < 0,05$), αλλά όχι για το PIQ. (Wright O, 2003).

Πίνακας 2. Προτίμηση και αποδοχή των ποιοτικών χαρακτηριστικών του φαγητού ανάλογα με το φύλο (Ανδρας/ Γυναίκα)

	Φύλο		Significance
	Ανδρας	Γυναίκα	
	Mean± Standard Deviation	Mean± Standard Deviation	
Οσμή_Γεύση_Κρέας_Ψάρι	4,78±1,10	4,52±1,10	NS
Εμφάνιση_Κρέας_Ψάρι	4,56±1,02	4,37±1,23	NS
Ποιότητα_Κρέας_Ψάρι	4,43±1,10	4,26±1,22	NS
Οσμή_Γεύση_Πατάτα_Ρύζι	4,97±1,29	4,69±1,26	$p < 0,05$
Εμφάνιση_Πατάτα_Ρύζι	4,78±1,30	4,62±1,19	NS
Ποιότητα_Πατάτα_Ρύζι			NS

Οσμή_Γεύση_Άλλα _Λαχανικά	4,67±1,27	4,45±1,25	NS
Εμφάνιση_Άλλα_Λα χανικά	4,17±1,18	4,11±1,31	NS
Ποιότητα_Άλλα_Λα χανικά	4,00±1,26	3,93±1,32	NS
	3,78±1,33	3,74±1,34	

Στο παρακάτω γράφημα απεικονίζεται το σημαντικά στατιστικό αποτέλεσμα της διαφοράς μέσης τιμής του σκορ για την αξιολόγηση της οσμής και γεύσης πατάτας ρυζιού βάσει το φύλο.



Ο πίνακας 3. φανερώνει το πώς επηρεάζει ο Δείκτης Μάζας Σώματος, δηλαδή το αν κάποιος ασθενής είναι ελλειποβαρής, νορμοβαρής ή υπέρβαρος-παχύσαρκος, την επιλογή του φαγητού. Εντοπίστηκε σημαντικά αυξημένη αποστροφή τόσο των νορμοβαρών όσο και των υπέρβαρων-παχύσαρκων για την εμφάνιση ($p < 0.05$) και ποιότητα ($p < 0.05$) των άλλων λαχανικών. Τα σημαντικά αποτελέσματα εμφανίζονται με γραφήματα κάτω από τον πίνακα 3.

Οι λιποβαρείς φάνηκε να τα βρήκαν όλα τέλεια δίνοντας βαθμολογία $7,00 \pm$ σε όλες τις κατηγορίες. Σε αντίθεση με αυτούς, οι νορμοβαρείς και οι υπέρβαροι/παχύσαρκοι βαθμολόγησαν χαμηλότερα, αν και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη.

Συνεπώς ο δείκτης μάζας σώματος δεν αποτέλεσε σημαντικό δείκτη ο οποίος θα αποκάλυπτε κάτι αξιόλογο για την αξιολόγηση των ασθενών για τα νοσοκομειακά γεύματα.

Πίνακας 3. Προτίμηση και αποδοχή των ποιοτικών χαρακτηριστικών του φαγητού ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (Ελλειποβαρής/Νορμοβαρής/Υπέρβαρος-Παχύσαρκος)

	BMI_Cat		
	Ελλειποβαρής	Νορμοβαρής	Υπέρβαρος+Παχύσαρκος
	Mean±	Mean±	Mean±
	Standard Deviation	Standard Deviation	Standard Deviation
Οσμή_Γεύση_Κρέας_Ψάρι	7,00±.	4,60±1,14	4,67±1,08
Εμφάνιση_Κρέας_Ψάρι	7,00±.	4,39±1,15	4,49±1,10
Ποιότητα_Κρέας_Ψάρι	7,00±.	4,29±1,36	4,35±1,03
Οσμή_Γεύση_Πατάτα_Ρύζι	7,00±.	4,89±1,26	4,80±1,29
Εμφάνιση_Πατάτα_Ρύζι	7,00±.	4,82±1,22	4,63±1,25
Ποιότητα_Πατάτα_Ρύζι	7,00±.	4,61±1,23	4,52±1,27
Εμφάνιση_Άλλα_Λαχανικά	7,00±.	4,19±1,25	4,09±1,22
Ποιότητα_Άλλα_Λαχανικά	7,00±.	4,11±1,36	3,87±1,23
	7,00±.	3,95±1,37	3,65±1,28

Significance

NS

NS

NS

NS

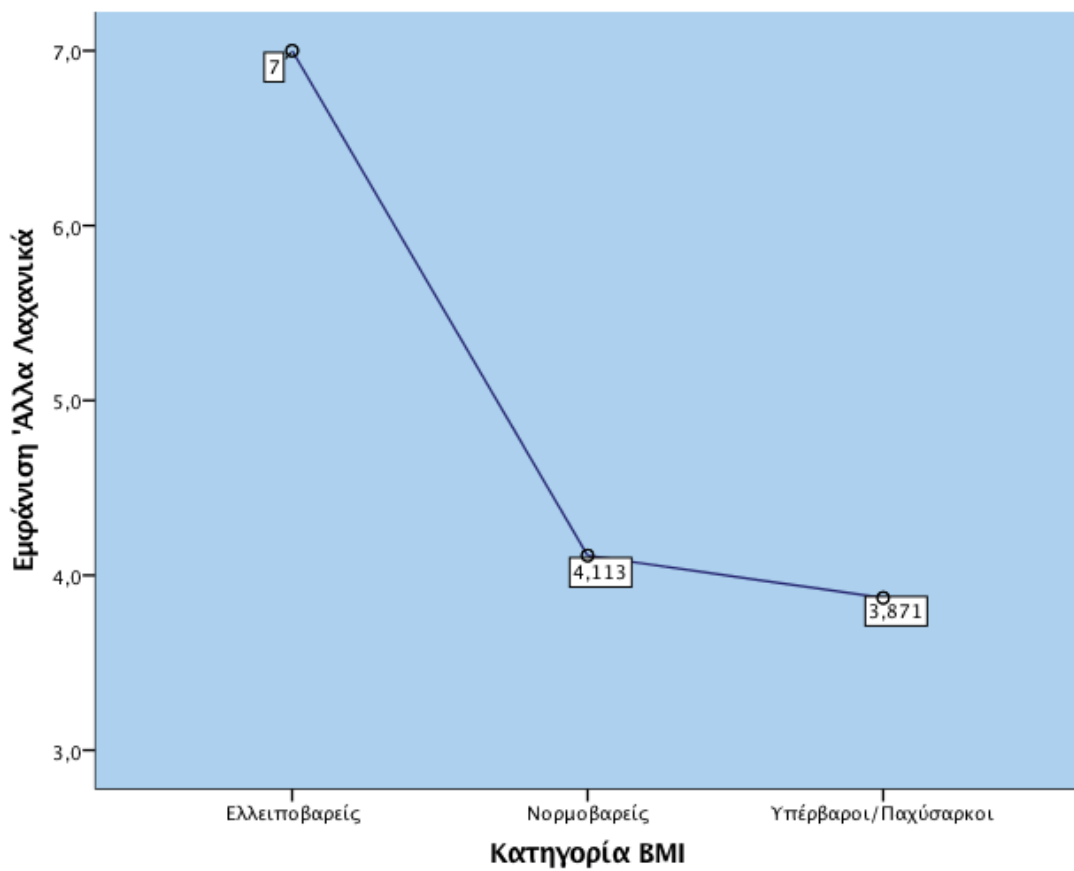
NS

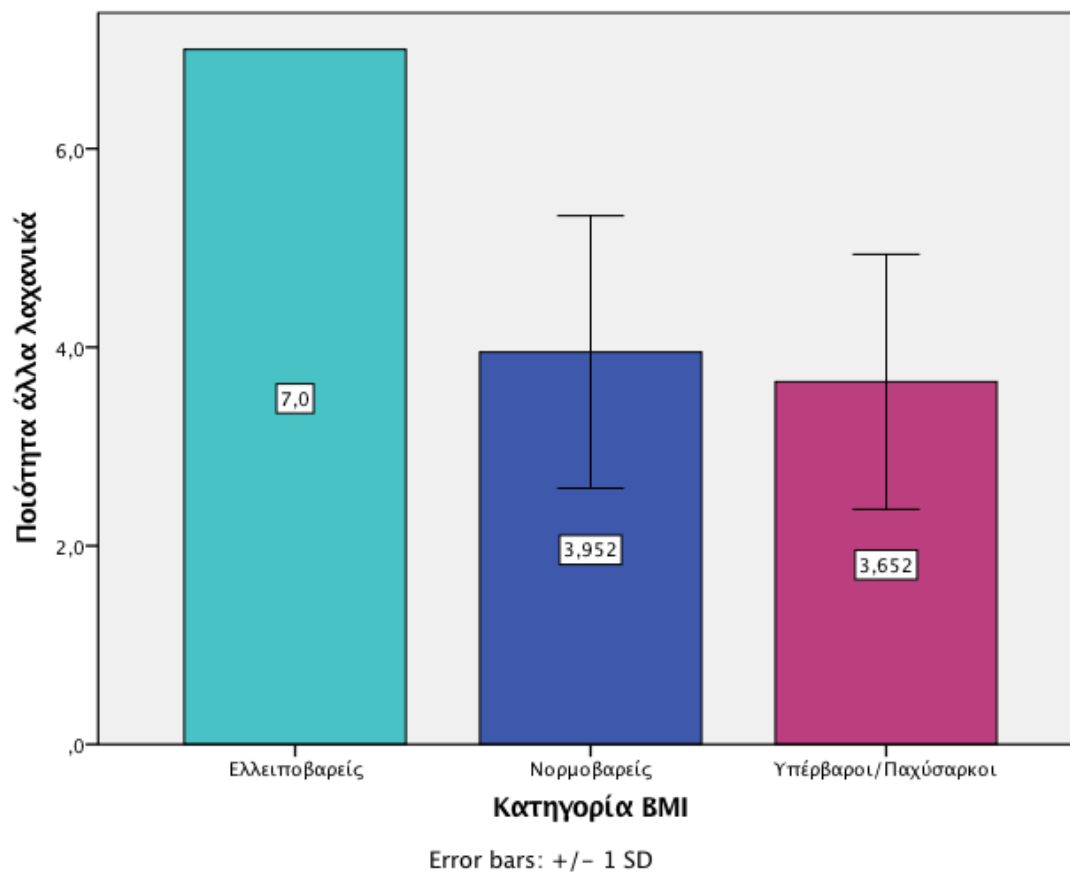
NS

NS

p<0.05

p<0.05





Ο πίνακας 4. εξετάζει το πώς επηρεάζουν οι τρεις κατηγορίες άγχους των ατόμων που νοσηλεύονται, τις διαφορετικές επιλογές τους στο φαγητό(οσμή- γεύση, εμφάνιση, ποιότητα). Οι φυσιολογικοί (Normal) έχουν μεγαλύτερο σκορ σε όλες τις κατηγορίες, δηλαδή το βρίσκουν καλύτερο, από τους οριακά μη φυσιολογικούς (Borderline Abnormal), ενώ οι μη φυσιολογικοί (Abnormal) το μικρότερο από τους άλλους δύο. Πηγαίνοντας, λοιπόν, σε όλες τις κατηγορίες ποιοτικών χαρακτηριστικών, από τους φυσιολογικούς προς τους μη φυσιολογικούς, μειώνεται το σκορ, άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά που ορίζεται σε $p < 0.01$. Συνεπώς, οι ασθενείς που δεν έχουν νοσοκομειακό άγχος αντιμετωπίζουν καλύτερα τα πράγματα.

Πίνακας 4. Διαφορετικές επιλογές των ασθενών στο φαγητό (οσμή- γεύση, εμφάνιση, ποιότητα) με βάση το νοσοκομειακό άγχος

	HADS_Anxiety_Category		
	Normal	Borderline Abnormal	Abnormal
	Mean±	Mean±	Mean±
	Standard Deviation	Standard Deviation	Standard Deviation
Οσμή_Γεύση_Κρέας_Ψάρι	4,99±,97	4,26±,75	3,79±1,30
Εμφάνιση_Κρέας_Ψάρι	4,79±,94	4,18±1,03	3,59±1,33
Ποιότητα_Κρέας_Ψάρι	4,69±1,01	4,00±,95	3,41±1,26
Οσμή_Γεύση_Πατάτα_Ρύζι	5,21±1,16	4,47±1,02	3,79±1,30
Εμφάνιση_Πατάτα_Ρύζι	5,06±1,08	4,35±1,07	3,74±1,42
Ποιότητα_Πατάτα_Ρύζι	4,92±1,10	4,21±1,07	3,59±1,44
Οσμή_Γεύση_Άλλα_Λαχανικά	4,50±1,10	3,65±,98	3,29±1,40
Εμφάνιση_Άλλα_Λαχανικά	4,27±1,11	3,68±1,17	3,12±1,57
Ποιότητα_Άλλα_Λαχανικά	4,06±1,20	3,38±1,16	3,03±1,60

Significance

p<0.01

p<0.01

p<0.01

p<0.01

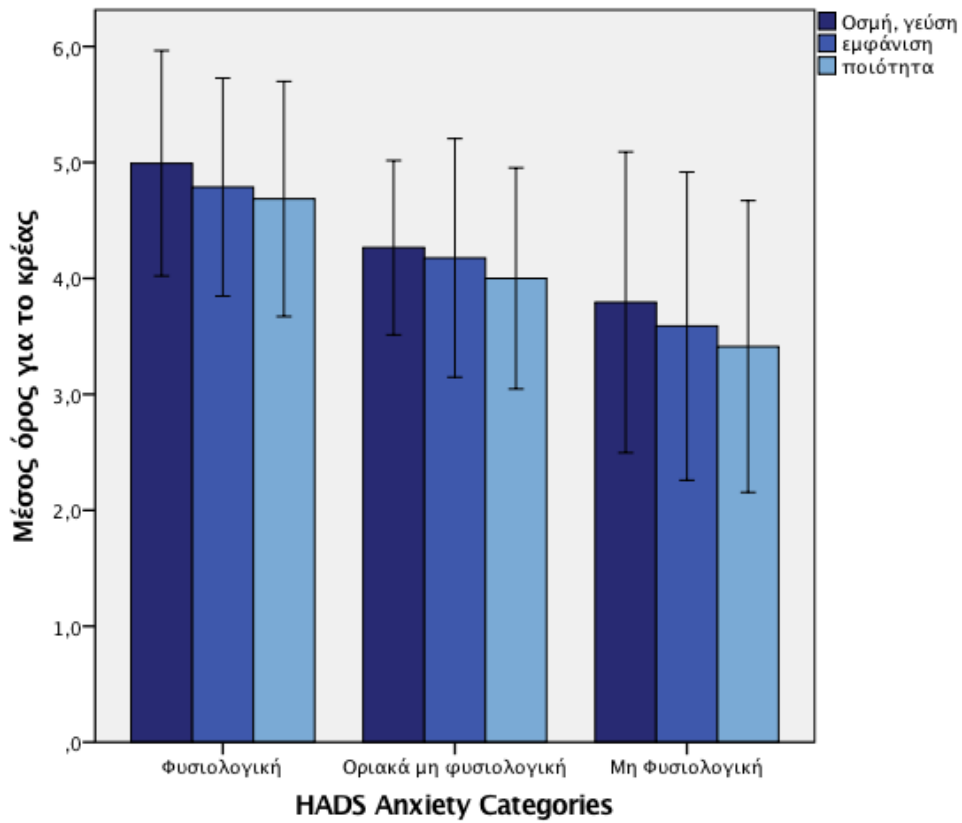
p<0.01

p<0.01

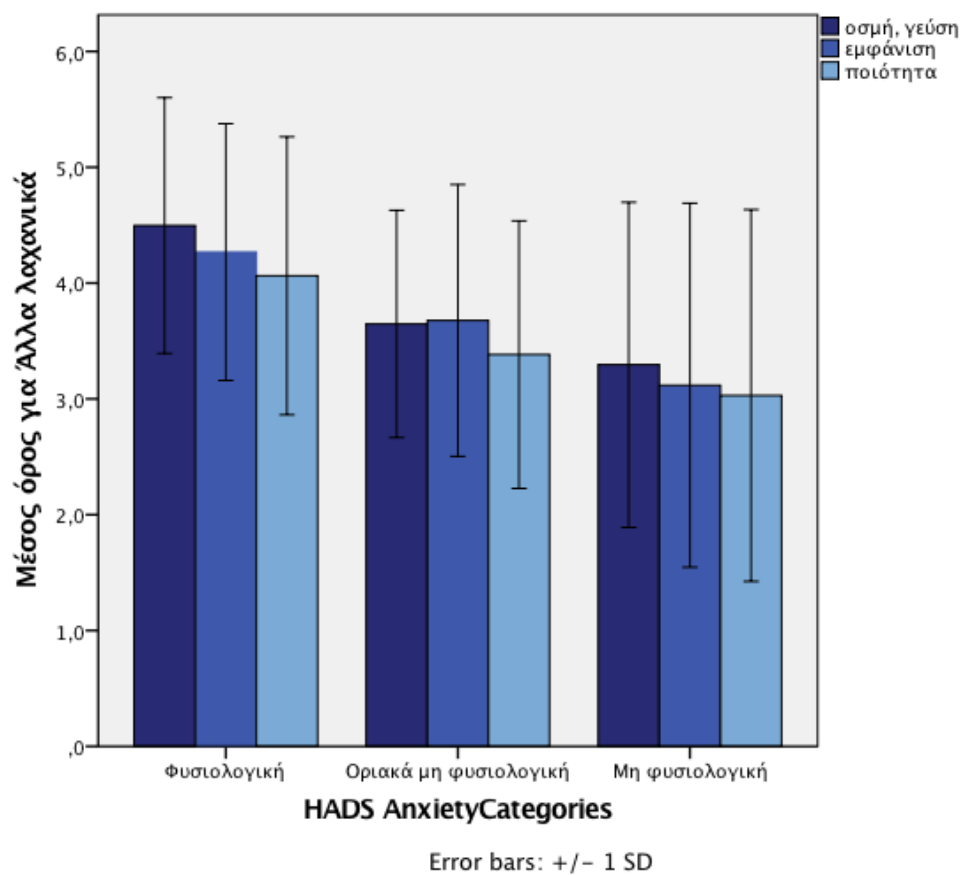
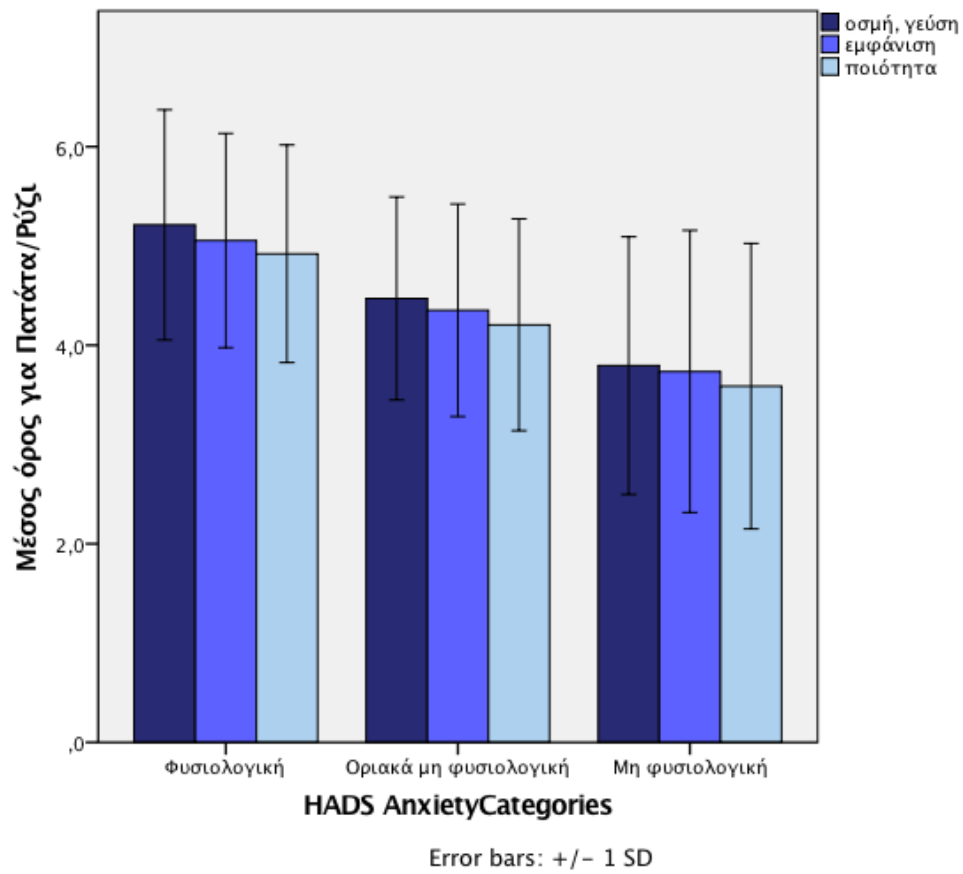
p<0.01

p<0.01

p<0.01



Error bars: +/- 1 SD



Η ακρίβεια αυτών των μέσων να διακρίνουν τις συναισθηματικές διαταραχές είναι μια σημαντική ανησυχία όταν χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική (Brennan et al., 2010).

Πρέπει να θυμόμαστε ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνά συσχετιζόμενες συνθήκες (Kessler et al., 1996; Lindsay et al., 1989) που επίσης παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα μιας υπάρχουσας μελέτης δείχνουν ότι οι παράγοντες άγχους και κατάθλιψης, όπως μετρήθηκαν από το HADS εξηγούνται καλύτερα από έναν γενικό παράγοντα, ίσως λόγω των προβλημάτων που παρουσιάζονται, δηλαδή δεν αξιολογούνται αρκετά συμπτώματα που είναι μοναδικά για το άγχος και την κατάθλιψη.

Στο HADS οι βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης είναι πιο έντονες μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών με όγκους σε σύγκριση με τους ασθενείς με όγκους στον γενικό πληθυσμό. Το πιο σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης είναι ότι οι αυξήσεις της ψυχολογικής στέλεχος εξαρτάται από την ηλικία. Ενώ οι νέοι ασθενείς με όγκους έχουν πιο πολύ άγχος και κατάθλιψη από τα νεαρά άτομα που ελέχθησαν, οι διαφορές σχεδόν εξαφανίζονται στο ηλικιακό εύρος των 70 ετών και άνω (Hinz et al., 2010).

Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης έδειξε, στην βιβλιογραφία, ότι η συνολική ικανοποίηση κάτω από 29 ετών ήταν χαμηλότερη από όλες τις άλλες ηλικιακές ομάδες και ότι οι ηλικιωμένοι ερωτηθέντες ηλικίας 57-70 ετών και 71 ετών και άνω βαθμολόγησαν τη συνολική ικανοποίηση υψηλότερα και με τα δύο ερωτηματολόγια, υποδεικνύοντας ότι τα ποσοστά ικανοποίησης των υπηρεσιών εστίασης αυξήθηκαν με την ηλικία. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά σημαντικά για το WHFPSQ και το PIQ ($p < 0,05$) (Wright O, 2003).

Σε μια άλλη έρευνα λοιπόν, ο επιπολασμός του άγχους και οι καταθλιπτικές διαταραχές διπλασιάζονται περίπου στο νοσοκομείο, σε ασθενείς με καρκίνο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αρκετοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και ο εντοπισμός όγκου μπορεί να οδηγήσουν σε αντιφατικά αποτελέσματα (Hinz et al., 2010).

Σε αντίθεση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς, σε μια παλαιότερη, οι ασθενείς που αξιολόγησαν την κατάσταση υγείας τους ως φτωχή έδωσαν πολύ υψηλότερες αξιολογήσεις για την ποιότητα των τροφίμων σε σύγκριση με ασθενείς που έδωσαν πολύ καλές εκτιμήσεις για την κατάσταση υγείας τους. Επιπλέον, οι πιο άρρωστοι ασθενείς συνήθως έχουν μεγαλύτερο μήκος νοσηλείας, η οποία βρέθηκε ότι έχει σχέση με υψηλότερες βαθμολογίες ποιότητας τροφίμων (Tranter et al., 2009).

Τέτοια ευρήματα δείχνουν ότι τα σχόλια του ασθενούς που σχετίζονται με τα θέματα τροφίμων αντικατοπτρίζονται στη βαθμολογία τους για τα τρόφιμα (Tranter et al., 2009).

Ένας άλλος περιορισμός είναι η συστηματική στρέβλωση που μπορεί να επηρεάζει όλες τις αναθεωρημένες έρευνες και να προκαλείται από την κοινωνική επιθυμία, δηλαδή τη στάση των ερωτηθέντων να απαντήσουν θετικά στις ερωτήσεις για να ικανοποιήσουν τον ερευνητή. Αυτό μπορεί να είναι μια πιθανή εξήγηση για τις χαμηλότερες βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν μετά από την απαλλαγή των ερωτηθέντων σε μερικές μελέτες (Lau & Gregoire, 1998; Gregoire, 1997).

Ωστόσο, μπορεί να επιβεβαιωθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών με τη νοσοκομειακή φροντίδα δεν εξαρτάται μόνο από την ποιότητα των τροφίμων, αλλά και από τον τρόπο που αυτά παρουσιάζονται και παραδίδονται. Για παράδειγμα, με την παροχή ενός καλού προφορικού λόγου για το μενού και την υπηρεσία δωματίου (Dall'Oglio et al., 2015).

Ο πίνακας 5, επιπρόσθετα, εξετάζει το πώς επηρεάζεται η προτίμηση των ασθενών για την ποιότητα του κρέατος-ψαριού, της πατάτας-ρυζιού και των άλλων λαχανικών με βάση τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Με βάση τα αποτελέσματα, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών τόσο μειώνεται η άποψη τους για την ποιότητα του κρέατος-ψαριού (-,245 με ποσοστό σημαντικότητας 0,01), για την ποιότητα της πατάτας-ρυζιού (-,250 με ποσοστό σημαντικότητας 0,01) και για την ποιότητα των άλλων λαχανικών (-,156 με ποσοστό σημαντικότητας 0,05). Η διάρκεια νοσηλείας επομένως σχετίζεται αρνητικά με την άποψη των ασθενών για τη διατροφή τους στο νοσοκομείο.

Αντιθέτως, το χρονικό διάστημα της παραμονής του ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο βρέθηκε να έχει σημαντική σχέση με την αξιολόγηση της ποιότητας των τροφίμων, με τους ασθενείς οι οποίοι είχαν μεγαλύτερη διαμονή στο νοσοκομείο να δίνουν υψηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα τροφίμων σε σύγκριση με ασθενείς με συντομότερη παραμονή στο νοσοκομείο (Tranter et al, 2009). Αυτό διαφέρει από τους ερευνητές οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης που υπερβαίνει τις οκτώ ημέρες συσχετίστηκε σημαντικά με μειωμένη ικανοποίηση με τα νοσοκομειακά γεύματα (Stanga et al., 2003).

Ευρήματα από αυτή την έρευνα μπορεί να υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς που είχαν περισσότερο χρόνο διαμονής στο νοσοκομείο, μπορεί να είχαν περισσότερη αλληλεπίδραση και ευκαιρία να οικοδομήσουν μια ισχυρότερη σχέση με τα τρόφιμα και το προσωπικό της διατροφής έναντι των ασθενών με μικρότερη διάρκεια παραμονής και, ως εκ τούτου, είχαν μεγαλύτερη επίγνωση των διαθέσιμων επιλογών διατροφής και ήταν σε καλύτερη θέση να επιλέξουν τα είδη διατροφής που ήταν πιο ικανοποιητικά σε αυτούς.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας υποδηλώνουν ότι οι ερωτηθέντες οι οποίοι παρείχαν γραπτές παρατηρήσεις τείνουν να δίνουν χαμηλότερες βαθμολογίες για την ποιότητα των τροφίμων. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και με χαμηλότερη αντίληψη της κατάστασης υγείας, που παρέχουν γραπτές παρατηρήσεις, είναι πιο πιθανό να δώσουν περισσότερες θετικές εκτιμήσεις ικανοποίησης των υπηρεσιών τροφίμων σε σύγκριση με όσους έχουν μικρότερη διάρκεια διαμονής και υψηλότερη αυτοπεποίθηση για την κατάσταση της υγείας τους (Tranter et al, 2009).

Ακόμα, σε πολλές περιπτώσεις οι βαθμολογίες μειώθηκαν μετά την γνώση του ασθενούς ότι θα φύγει απ το νοσοκομείο (Lau & Gregoire, 1998; Gregoire, 1997). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής αισθάνεται πιο ελεύθερος να κάνει πιο αρνητικά σχόλια όταν δεν χρειάζεται πλέον νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σε διαφωνία είχαμε σε άλλη έρευνα το γεγονός ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών με βάση τη διάρκεια της διαμονής (Wright O, 2003).

Πίνακας 5. Συσχέτιση του χρονικού διαστήματος παραμονής στο νοσοκομείο σε σχέση με την αξιολόγηση των ασθενών για την ποιότητα τροφίμων

	Διάρκεια_Νοσηλείας	Ποιότητα_Κρέας_Ψάρι	Ποιότητα_Πατάτα_Ρύζι	Ποιότητα_Άλλα_Λαχανικά
Διάρκεια_Νοσηλείας	1	-,245**	-,250**	-,156*
Sig. (2-tailed)		,001	,000	,030
N	195	195	195	195

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Οι τρέχουσες γνώσεις, επομένως, δείχνουν ότι η πρόσληψη τροφής στο νοσοκομείο εξαρτάται από την αποδοχή των τροφίμων και τις συνθήκες που επικρατούν όταν καταναλώνεται (Jessri et al.,2011).

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής διατροφής στο Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς συγκριτικά με διάφορους παράγοντες όπως το φύλο των ασθενών, ο δείκτης μάζας του σώματος τους και η διάρκεια της νοσηλείας τους, καθώς και το πώς επηρεάζεται η αντίληψη των ασθενών με βάση την κατάσταση άγχους την οποία έχουν να αντιμετωπίσουν.

Προέκυψε, λοιπόν, το συμπέρασμα πώς το φύλο και ο δείκτης μάζας σώματος δεν επηρέασαν στατιστικά σημαντικά την αντίληψη τους, σε αντίθεση με το άγχος και την διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Δύο σημαντικοί παράγοντες που θα ήταν εύλογο να εξεταστούν είναι η κλινική στην οποία νοσηλεύονταν καθώς και ο τόπος καταγωγής τους. Αυτό αναφέρεται καθώς υπήρξαν στοιχεία στην βιβλιογραφία που να έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε ελεγχόμενη χειρουργική επέμβαση τους τοποθετεί σε μια ομάδα που είναι γνωστό ότι είναι πιο επικριτική για τα τρόφιμα και τις άλλες νοσοκομειακές υπηρεσίες από όσους πάσχουν από οξεία νόσο (Hartwell et al., 2007).

Αναφορικά με τον τόπο καταγωγής των ασθενών, οι ασθενείς από τις επαρχίες με βάση την βιβλιογραφία, είχαν χαμηλότερες προσδοκίες και κατά συνέπεια ήταν λιγότερο επικριτικοί για τα νοσοκομειακά γεύματα. Δεν υπήρχαν διαφορές που να αναφέρθηκαν μεταξύ των νοσοκομείων της μελέτης, τα οποία όλα είχαν παρόμοια συστήματα διατροφής και ένα παρόμοιο μείγμα ασθενών. Οι αντιλήψεις των ασθενών επηρεάστηκαν από την κατανόησή για τους περιορισμούς της μαζικής εστίασης και της σημασίας της πρόσληψης τροφής για θεραπεία και ανάκαμψη (Naithani et al., 2008).

Επιπρόσθετα, θα ήταν σημαντικό, οι ερωτηθέντες να παράσχουν πρόθυμα πρόσθετες γραπτές παρατηρήσεις ώστε να γίνεται καλύτερη αξιολόγηση, αλλά και να υπάρχει άμεση βοήθεια των ασθενών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ώστε να αποφεύγονται οι παρερμηνείες. Επίσης το μενού να σχεδιάζεται και να εξηγείται από διαιτολόγο, έτσι ώστε να υπάρχει διατροφικός έλεγχος και συμβουλές αλλά και για να μην αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς με τον ίδιο τρόπο.

Καταληκτικά, θα μπορούσαν να υπάρχουν επισκέψεις στους ασθενείς από μέλη που εργάζονται στον κλάδο της Διατροφής, έτσι ώστε να υπάρχει ενημέρωση για τα διατροφικά συστατικά που πρέπει να λαμβάνει ο καθένας με απώτερο στόχο την βετίωση της υγείας του,

καθώς και συστάσεις για την πρόσληψη τροφής και την ικανοποίηση τους. Αυτό θα είχε ως απότερο στόχο την πιθανόν ταχύτερη ανάκαμψη τους και την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Παράρτημα

Παρακάτω παρατίθεται το ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από τους νοσηλευόμενους ασθενείς:

Φύλο:

Ηλικία:

Κλινική:

Εκπαίδευση: δημοτικό, γυμνάσιο κλπ:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Διάρκεια νοσηλείας:

Χρόνιο/οξύ πρόβλημα:

Βάρος/ ύψος:

Αίτιο εισαγωγής:

Νόσημα/τα:

Οικογενειακή κατάσταση:

Ημερομηνία διάγνωσης:

Χρειαζόμαστε τα σχόλιά σας για να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες τροφίμων

Στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως 7 (με το 7 να είναι το καλύτερο), σημειώστε τη γνώμη σας για το τελευταίο γεύμα που λάβατε.

Κρέας, κοτόπουλο, ψάρι ή κρέας ως εναλλακτικό μέρος του γεύματος

	Τέλειο		μέτριο			πολύ φτωχό	
• Οσμή και γεύση	7	6	5	4	3	2	1
• Εμφάνιση							
• Ποιότητα							

Πατάτα, ρύζι, ζυμαρικά ή κους κους σερβιρισμένα με το γεύμα

	Τέλειο		μέτριο			πολύ φτωχό	
• Οσμή και γεύση	7	6	5	4	3	2	1
• Εμφάνιση							
• Ποιότητα							

Άλλα λαχανικά σερβιρισμένα με το γεύμα

	Τέλειο		μέτριο			πολύ φτωχό	
• Οσμή και γεύση	7	6	5	4	3	2	1
• Εμφάνιση							
• Ποιότητα							

Το φαγητό ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες σας;

Πολύ καλό σχετικά με αυτό που περίμενα

Καλό σχετικά με αυτό που περίμενα

Μέτριο σχετικά με αυτό που περίμενα

Φτωχό σχετικά με αυτό που περίμενα

Πολύ φτωχό σχετικά με αυτό που περίμενα

Συνολικά πώς θα βαθμολογούσατε την ικανοποίησή σας με την υπηρεσία εστίασης;

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Φτωχή

Πολύ φτωχή

Σχόλια:

Επιλέξτε το πλαίσιο δίπλα στην απάντηση που είναι πιο κοντά στο πώς αισθανθήκατε την περασμένη εβδομάδα. Μην παίρνετε πάρα πολύ ώρα για τις απαντήσεις σας: η άμεση σας είναι η καλύτερη.

Κ	Α		Κ	Α	
		Αισθάνομαι τεταμένος ή πεσμένος			Νιώθω σαν να επιβραδύνομαι
	3	Τις περισσότερες φορές	3		Σχεδόν όλη την ώρα
	2	Πολλές φορές	2		Πολύ συχνά
	1	Από στιγμή σε στιγμή, περιστασιακά	1		Μερικές φορές
	0	Καθόλου	0		Καθόλου
		Συνεχίζω να απολαμβάνω τα πράγματα που απολάμβανα			Έχω ένα φοβισμένο συναίσθημα, σαν «πεταλούδες» στο στομάχι
0		Σίγουρα πολύ	0		Καθόλου
1		Όχι τόσο πολύ	1		Περιστασιακά
2		Λίγο μόνο	2		Σχετικά συχνά
3		Πολύ δύσκολα	3		Πολύ συχνά
		Έχω ένα φοβισμένο συναίσθημα, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί			Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου
	3	Σίγουρα και πολύ άσχημο	3		Σίγουρα
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο άσχημο	2		Δεν δίνω τόση σημασία όσο θα έπρεπε
	1	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί	1		Ίσως να μη δίνω πάρα πολύ σημασία
	0	Καθόλου	0		Δίνω την ίδια προσοχή όπως πάντα
		Μπορώ να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων			Αισθάνομαι ανήσυχος όταν πρέπει να κινηθώ
0		Τόσο πολύ όπως πάντα		3	Πραγματικά πάρα πολύ
1		Όχι τόσο πολύ τώρα		2	Αρκετά
2		Σίγουρα όχι τόσο πολύ τώρα		1	Όχι τόσο πολύ
3		Καθόλου		0	Καθόλου
		Ανήσυχες σκέψεις περνάνε από το μυαλό μου			Κοιτάω να απολαμβάνω τα πράγματα
	3	Τις περισσότερες φορές		0	Όσο το έκανα πάντα
	2	Πολλές φορές		1	Μάλλον λιγότερο απ όσο συνήθιζα
	1	Από στιγμή σε στιγμή, όχι όμως τόσο συχνά		2	Σίγουρα λιγότερο απ όσο συνήθιζα
	0	Μόνο περιστασιακά		3	Καθόλου
		Αισθάνομαι χαρούμενος			Έχω ξαφνικά αισθήματα πανικού
	3	Πολύ δύσκολα		3	Πράγματι πολύ συχνά
	2	Όχι συχνά		2	Σχεδόν συχνά
	1	Μερικές φορές		1	Όχι πολύ συχνά
	0	Τις περισσότερες φορές		0	Πολύ δύσκολα
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να αισθάνομαι χαλαρός			Μπορώ να απολαύσω ένα καλό βιβλίο, ή ράδιο ή πρόγραμμα τηλεόρασης
	0	Σίγουρα		0	Συχνά
	1	Συνήθως		1	Μερικές φορές
	2	Όχι συχνά		2	Όχι συχνά
	3	Πολύ δύσκολα		3	Πολύ σπάνια

Παρακαλώ τσεκάρτε πως έχετε απαντήσει όλες τις ερωτήσεις

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

- 1=διαφωνώ απόλυτα 2= μετρίως διαφωνώ**
3= διαφωνώ ελαφρώς 4= συμφωνώ ελαφρώς
5= μέτρια συμφωνώ 6= συμφωνώ απόλυτα

1. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ικανοποιημένος-η με τον τρόπο που είμαι.	1	2	3	4	5	6
2. Ενδιαφέρομαι για τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6
3. Αισθάνομαι ότι η ζωή με έχει ανταμείψει.	1	2	3	4	5	6
4. Έχω πολύ θερμά αισθήματα σχεδόν για όλους.	1	2	3	4	5	6
5. Σπάνια ξυπνάω και αισθάνομαι ξεκούραστος-η.	1	2	3	4	5	6
6. Δεν είμαι ιδιαίτερα αισιόδοξος-η για το μέλλον.	1	2	3	4	5	6
7. Βρίσκω πολλά πράγματα διασκεδαστικά.	1	2	3	4	5	6
8. Είμαι πάντα αφοσιωμένος-η και συμμετέχω σε πολλά πράγματα.	1	2	3	4	5	6
9. Η ζωή είναι ωραία.	1	2	3	4	5	6
10. Δεν πιστεύω ότι ο κόσμος είναι ένα ωραίο μέρος.	1	2	3	4	5	6
11. Γελάω πολύ.	1	2	3	4	5	6
12. Είμαι πολύ ικανοποιημένος-η για όσα έχω κάνει στην ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
13. Δεν πιστεύω ότι φαίνομαι ελκυστικός-η.	1	2	3	4	5	6
14. Υπάρχει χάσμα ανάμεσα στο τι ήθελα να κάνω και στο τι έκανα.	1	2	3	4	5	6
15. Είμαι πολύ χαρούμενος-η.	1	2	3	4	5	6
16. Βρίσκω την ομορφιά σε διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5	6
17. Έχω θετική επίδραση στους άλλους.	1	2	3	4	5	6

18. Μπορώ να βρω τον χρόνο να κάνω ό,τι θέλω.	1	2	3	4	5	6
19. Αισθάνομαι ότι δεν έχω ιδιαίτερα τον έλεγχο στην ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
20. Αισθάνομαι ικανός-η να αναλάβω οτιδήποτε.	1	2	3	4	5	6
21. Νιώθω ότι είμαι σε πλήρη νοητική εγρήγορση.	1	2	3	4	5	6
22. Συχνά αισθάνομαι χαρά και αγαλλίαση.	1	2	3	4	5	6
23. Δεν θεωρώ ότι είναι εύκολο να παίρνω αποφάσεις.	1	2	3	4	5	6
24. Δεν έχω βρει ένα συγκεκριμένο νόημα και σκοπό στην ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
25. Αισθάνομαι ότι έχω μεγάλη ποσότητα ενέργειας.	1	2	3	4	5	6
26. Συνήθως δεν επηρεάζομαι από τα γεγονότα.	1	2	3	4	5	6
27. Δεν περνάω καλά με άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5	6
28. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα υγιής.	1	2	3	4	5	6
29. Δεν έχω ιδιαίτερα χαρούμενες αναμνήσεις από το παρελθόν.	1	2	3	4	5	6

Βιβλιογραφία

Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the Nutrition Care Day survey 2010. *Clinical Nutrition* 2012;31:41–7.

Agarwal E., Ferguson M., Banks M., Batterham M., Bauer J., Capra S. et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clinical Nutrition* 2013;32:737–745.

Agarwal E., Marshall S., Miller M., Isenring E. Optimising nutrition in residential aged care: a narrative review, *Maturitas* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.013> (in press).

Agarwal E., Miller M., Yaxley A., Isenring E. Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas* 2013;76:296–302.

Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: A prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 2015;114:1612-1622.

Belanger MC, Dube, L. The emotional experience of hospitalization: its moderators and its role in patient satisfaction with foodservices. *Journal of the American Dietetic Association* 1996;96:354-360.

Boer A., Ter Horst G.J., Lorist M.M. Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing Research Reviews* 2013;12:316–328.

Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;69:371–378.

Burns A, Höfer S, Curry P, Sexton E, Doyle F. Revisiting the dimensionality of the Hospital Anxiety and Depression Scale in an international sample of patients with ischaemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77:116-21.

Buzalka M. You've tossed your trayline...now what? *Food Management* 2008 pp.32-35.

Capra, S., Wright, O., Sardie, M., Bauer, J., & Askew, D. The acute hospital foodservice patient satisfaction questionnaire: The development of a valid and reliable tool to measure patient satisfaction with acute care hospital foodservices. *Foodservice Research International* 2005;16:1-14.

Cardello A. V., Bell R., & Kramer M. Attitudes of consumers toward military and other institutional foods. *Food Quality and Preference* 1996;7:7-20.

Compan, B., di Castri, A., Plaze, J. M., & Arnaud-Battandier, F. Epidemiological study of malnutrition in elderly patients in acute, sub-acute and long-term care using the MNA. *Journal of Nutrition, Health and Ageing* 1999;3:146–151.

Corish C. A., Kennedy N. P. Protein-energy undernutrition in hospital inpatients. *British Journal of Nutrition* 2000;83:575-591.

Correia M., Waitzberg D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through multivariate model analysis. *Clinical Nutrition* 2003;22:235–239.

Dall'Oglio I, Nicolò R, Di Ciommo V, Bianchi N, Cilento G, Gawronski O, et al. A Systematic Review of Hospital Foodservice Patient Satisfaction Studies. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2015;115:567-584.

DeLuco D, Cremer M. Consumers' perceptions of hospital food and dietary services. *Journal of the American Dietetic Association* 1990;90:1711-1715.

Demir C, Celik YJ. Determinants of patient satisfaction in a military teaching hospital. *Journal Healthcare Quality* 2002;24:30-4.

Diez-Garcia RV, de Sousa AA, da Costa Proença RP, Leandro-Merhi VA, Martinez EZ. Gauging food and nutritional care quality in hospitals. *Nutrition Journal* 2012;11:66.

Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *The Journal of Ambulatory Care Management* 2001;24:30-46.

Dubé L., Trudeau E., Belanger M. C. Determining the complexity of patient satisfaction with foodservices. *Journal of the American Dietetic Association* 1994;98:394-399.

Dube, L., Trudeau, E., & Belanger, M.-C. Determining the complexity of patient satisfaction with foodservices. *Journal of the American Dietetic Association* 1994;94:394-400.

Dunbar M, Ford G, Hunt K, Der G. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression scale: comparing empirically and theoretically derived structures. *British Journal of Clinical Psychology* 2000;39:79-94.

Dupertuis Y.M., Kossovsky M.P., Kyle U.G., Raguso C.A., Genton L., Pichard C.. Food intake in 1707 hospitalized patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clinical Nutrition* 2003;22:115-123.

Engelund, E. H., Lassen, A., & Mikkelsen, B. E. The modernization of hospital food service—findings from a longitudinal study of technology trends in Danish hospitals. *Nutrition & Food Science* 2007;37:90-99.

Fallon A., Gurr S., Hannan-Jones M., Bauer J. D. Use of the acute care hospital foodservice patient satisfaction questionnaire to monitor trends in patient satisfaction with foodservice at an acute care private hospital. *Nutrition & Dietetics* 2008;65:41-46.

Fitzpatrick B, Taylor R. Patients' criteria in assessing quality. *Nurs Standard* 1994;8:34-39.

Giner M., Laviano A., Meguid M. M., Gleason J. R. In 1995 a correlation between malnutrition and poor outcome in critically ill patients still exists. *Nutrition* 1996;1:23-29.

Gregoire MB, Spears MC. Foodservice Organizations: A Managerial and Systems Approach. 6th ed. Upper Saddle River (NJ): *Pearson Prentice Hall* 2007;204, 249.

Gregoire MB. 'Quality of patient meal service in hospitals: Delivery of meals by dietary employees vs delivery by nursing employees' *Journal of the American Dietetics Association* 1994;94: 1129-1134.

Gregoire MB. Do inpatients rate hospital food and nutrition services differently than discharged patients? *Journal Foodservice System* 1997;9: 245-250.

Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Preview* 1993;2:261-270.

Gritz ER, Nisenbaum R, Elashoff RE, Holmes EC. Smoking behavior following diagnosis in patients with stage I non-small cell lung cancer. *Cancer Causes Control*. 1991;2:105-112.

Hajifathali, A., Ainy, E., Jafari, H., Markazi, M. N., Kohyar, E., Hajikaram, S. H. Inpatient satisfaction and its related factors in Taleghani University Hospital, Tehran, Iran. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2008;24:274-277.

Hannan Jones M, Capra S. Developing a valid meal assessment tool for hospital patients, *Appetite* 2017;108:68-73.

Hartwell H., Edwards J. S. A., Beavis J. Plate versus bulk trolley food service in a hospital: comparison of patients' satisfaction. *Nutrition* 2007; 23:211- 218.

Hartwell H., Shepherd P., Edwards J. Effects of a hospital ward eating environment on patients' mealtime experience: a pilot study. *Nutrition Dietetics* 2013;70:332-338.

Hartwell H.J., Shepferd P.A., Edwards J.S.A, Johns N. What do patients value in the hospital meal experience?. *Appetite* 2016;96:293-298

Hiesmayr M, Frantal S, Schindler K, Themessl-Huber M, Mouhieddine M, Schuh C, Pernicka E, et al. The Patient- and Nutrition-Derived Outcome Risk Assessment Score (PANDORA): development of a simple predictive risk score for 30-day in-hospital mortality based on demographics, clinical observation, and nutrition. *PLoS One* 2015;10:127-316.

Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, Laviano A, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: the NutritionDay survey 2006. *Clinical Nutrition* 2009; 28:484–91.

Holst M., Rasmussen H.H., Laursen B.S. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;25:176–184.

Holtrop JS, Corser W, Jones G, Brooks G, Holmes-Rovner M, Stommel M. Health behavior goals of cardiac patients after hospitalization. *American Journal of Health Behavior* 2006;30:387-399.

Hong WS, Kim HJ, Ryu KA. Case study on the analysis of patients' plate waste results. *Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition* 1996;12:339-345.

Hong WS, Kirk D. The analysis of edible plate wastes in 11 hospitals in the UK. *Journal Hospital Foodservice Management* 1995;8:115-123.

Hosseini, S., Amirkalali, B., Nayeibi, N., Heshmat, R., Larijani, B. Nutrition status of patients during hospitalization, Tehran, Iran. *Nutrition in Clinical Practice* 2006;21:518–521.

Howe EE, Wright SM, Landis R, Kisuule F. Addressing obesity in the hospitalized patient: a needs assessment. *South Medicine Journal* 2010;103:500-504.

Huxtable S, Palmer M. The efficacy of protected mealtimes in reducing mealtime interruptions and improving mealtime assistance in adult inpatients in an Australian hospital. *European Journal of Clinical Nutrition* 2013;67:904–10.

Hwang, L.-J. J., Eves, A., Desombre, T. Gap analysis of patient mealservice perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2003;16:143-153.

Imoberforf R., Meier R., Krebs P., Hangartner P., Hess B., Stäubli M., et al.. Prevalence of under nutrition on admission to Swiss hospitals. *Clinical Nutrition* 2009;29:38–41.

Jeejeebhoy KN, Keller H, Gramlich L, Allard JP, Laporte M, Duerksen DR, Payette H, et al. Nutritional assessment: comparison of clinical assessment and objective variables for the prediction of length of hospital stay and readmission. *American Journal of the Clinical Nutrition* 2015;101:956–65.

Jessri, M., Mirmiran, P., Jessri, M., Johns, N., Amiri, P., Barfmal, N., et al. A qualitative difference: patients' views of hospital food service in Iran. *Appetite* 2011;57:530-533.

Johansen N., Kondrop J., Plum L. M., Bak L., Norregaard P., Bunch E., Baernthsen, H., et al. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. *Clinical Nutrition* 2004;23:539-550.

Johns N., Hartwell H., Morgan M. Improving the provision of meals in hospital. the patients' viewpoint. *Appetite* 2010;54:181-185.

Johns, N., Edwards, J. S., & Hartwell, H. J. Hungry in hospital, well-fed in prison? A comparative analysis of food service systems. *Appetite* 2013;68:45-50.

Jung SH, Yeom HS, Sohn CM. The improvement of hospital food service in quality and customer satisfaction by using 6-sigma strategy. *Journal of the Korean Dietetic Association* 2007;13:331-4.

Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, Davidson B, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2015;28:546–557.

Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Liu J, Swartz M, Blazer D. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 1996;168:17–30.

Kim MY, Kim KJ, Lee KE. In-patients' food consumption and perception on foodservice quality at hospitals. *Journal of the Korean Dietetic Association* 2008;14:87-96.

Kisuule F, Minter-Jordan M, Zenilman J, Wright SM. Expanding the roles of hospitalist physicians to include public health. *Journal Hospital of Medicine* 2007;2:93-101.

Kizer K. W. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. *Journal of the American Medical Association*. 2001;286:1213-1217.

Kleeb T. Service excellence: unit-based service objectives in CQI. *Hospitals* 1998;66:50-4.

Kokkinakos M. Food preferences of inpatients in an Australian teaching hospital: what has happened in the last 12 years? *Australian Journal of Nutrition & Dietetics* 2001;58:37–44.

Kondrup J. Proper hospital nutrition as a human right. *Clinical Nutrition* 2004;23:135–7.

Lau C, Gregoire MB. Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients. *Journal of the American Dietetic Association* 1998;98:1303-1307.

Lau C., Gregoire M. B. Quality ratings of a hospital foodservice department by inpatients and postdischarge patients. *Journal of the American Dietetic Association* 1998;98:1303-1307.

Lisspers J, Sundin O, Ohman A, Hofman-Bang C, Ryden L, Nygren A. Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: Effects on recurrent coronary events after per cut a neous coronary intervention. *Health Psychology* 2005;24:41-48.

Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Robert J, Deschenes L. Dietary change after breast cancer: Extent, predictors, and relation with psychological distress. *Journal Clinical of Oncology* 2002;20:1017-1025.

McKee M., Healy J. Hospitals in a Changing Europe. Pressures for Change. Open University Press. *Buckingham* 2002;36–58.

McLymont V, Sharon C, Stell F. Improving patient satisfaction with room service meal delivery. *Journal of Nursing Care and Quality* 2003;18:27-37.

McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and Recognition of Malnutrition in Hospitals. *British Medical Journal* 1994;308:945-8.

Messina, G., Vencia, F., Quercioli, C., Nante, N., Fenucci, R., Niccolini, F. Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: what do patients really value? *Public Health Nutrition* 2013;16:730-737.

Morley, J. E., Silver, A. J. Nutritional issues in nursing home care. *Annals of Internal Medicine* 1995;123:850–859.

Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition* 2006;25:524–32.

Mudge A.M., Ross L.J., Young A.M., Isenring E.A., Banks M.D. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): a prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clinical Nutrition* 2011;30:320–325.

- Naithani S., Whelan K., Thomas J., Gulliford M. C., Morgan M. Hospital inpatients' experiences of access to food. A qualitative interview and observational study. *Health Expectations* 2008;11:294–303.
- Nies MA, Thomas RJ. The relationships between behavior change strategies, physical activity, and fruit and vegetable intake following a cardiac event. *Home Health Care Management Practice* 2011;23:396-391.
- Norman K, Kirchner H, Freudenreich M, Ockenga J, Lochs H, Pirlich M. Three month intervention with protein and energy rich supplements improve muscle function and quality of life in malnourished patients with non-neoplastic gastrointestinal disease—a randomized controlled trial. *Clinical Nutrition* 2008;27:48–56.
- Norman K., Pichard C., Lochs H., Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008;27:5–15.
- Norton S, Cosco T, Doyle F, Done J, Sacker A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A meta confirmatory factor analysis. *J Psychosom Res* 2013;74:74–81.
- O'Hara, P.A., Harper, D.W., Kangas, M., Dubeau, J., Borsutzky, C., Lemire, N. Taste, temperature, and presentation predict satisfaction with food services in a Canadian continuing-care hospital. *Journal of the American Dietetic Association* 1997;97:401–405.
- O'Hara, P.A., Harper, D.W., Kangas, M., Dubeau, J., Borsutzky, C., Lemire, N. Taste, temperature, and presentation predict satisfaction with food services in a Canadian continuing-care hospital. *Journal of the American Dietetic Association* 1997;97:401–405.
- Oliveira M.R.M., Leandro-Merhi V.A. Food intake and nutritional status of hospitalized older people. *International Journal of Older People Nursing* 2011;6:196–200.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal Marketing* 1985;49:41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: a multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988;64:12-40.
- Patel M.D., Martin F.C. Why don't elderly hospital inpatients eat adequately? *Journal Nutrition of Health Aging* 2008;12:227–231.
- Pirlich M., Schütz T., Kemps M., Luhman N., Minko N., Lübke H., et al.. Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 2005;21:295–300.
- Rollins, C., Dobak, S. Creating a great patient experience: Improving care with food and nutrition services. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2017;118:805-808.
- Sahin, B., Demir, C., Aycicek, H., Cihangiroglu, N. Evaluation of factors affecting the food consumption levels of inpatients in a Turkish armed forces training hospital. *Food Quality & Preference* 2007;18:555–559.
- Sahin, B., Demir, C., Celik, Y., Teke, A. Factors affecting satisfaction level with the food services in a military hospital. *Journal of Medical Systems* 2006;30:381-387.
- Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Schuetz T, Schneider SM, Singer P, Pichard C, et al. How nutritional risk is assessed and managed in european hospitals: a survey Of 21007 patients. Findings from the 2007-2008 cross-sectional NutritionDay survey. *Clinical Nutrition* 2010;29:552–9.
- Schindler K, Themessl-Huber M, Hiesmayr M, Kosak S, Lainscak M, Laviano A, Ljungqvist O et al. To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006 2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis. *American Journal of Clinical Nutrition* 2016;104:1393–402.
- Sheehan-Smith L. Key facilitators and best practices of hotel-style room service in hospitals. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006;106:581-586.

Singer A, Berner Y, Winkler E. Hospital diets: How nutritious are they? *Archives of International Medicine* 1991;151:1240.

Singer AJ, Werther K, Nestle M. Improvements are needed in hospital diets to meet dietary guidelines for health promotion and disease prevention. *Journal Academy of Nutrition Dietetics* 1998;98:639-641.

Singer AJ, Werther K, Nestle M. The nutritional value of university hospital diets. *New England Journal of Medicine* 1996;335:1466-1467.

Sorensen J., Holm L., Frost M.B., Kondrup J.. Food for patients at nutritional risk: a model of food sensory quality to promote intake. *Clinical Nutrition* 2012;31:637-646.

Stanga Z., Zurfluh Y., Roselli M., Sterchi A.B., Tanner B., Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition* 2003;23:241-246.

Stanga, Z., Tanner, B., Knecht, G., Zurflüh, Y., Roselli, M., Sterchi, A. B. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition* 2003;22: 241-246.

Stephen A. D., Beigg C. L., Elliott E. T., Macdonald I. A., Allison S. P. Food provision, wastage and intake in elderly hospital patients. *Proceedings of the Nutrition Society* 1997;56:220A.

Sullivan D. H., Nelson C. L., Bopp M. M., Puskarich-May C. L., Walls R. C. Nightly enteral nutrition support of elderly hip fracture patients: a phase I trial. *Journal of the American College of Nutrition* 1998;17:155-161.

Tranter M.A., Gregoire M.B., Fullam F.A., Lafferty L.J., Can Patient-Written Comments Help Explain Patient Satisfaction with Food Quality?. *Journal of the American Dietetic Association* 2009;109:2068-2072.

Tsaousi G, Panidis S, Stavrou G, Tsouskas J, Panagiotou D, Kotzampassi K. Prognostic indices of poor nutritional status and their impact on prolonged hospital stay in a Greek university hospital. *Biomed Research International* 2014;2014:924270.

Urden L. D. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Lippincott's Case Management*, 2002;7:194-200.

US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990- 2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013;310:591-608.

Waitzberg D.L., Caiaffa W.T., Caiaffa M.I.T.D. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17:573-580.

Watters C. A., Sorensen J., Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *Journal of the American Dietetic Association* 2003;103:1347-1349.

Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S. Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology* 2000;5:263-273.

Williams R, Virtue K, Adkins A. Room service improves patient food intake and satisfaction with hospital food. *Journal of Paediatric Oncology Nursing* 1998;15:183-9.

Wright O, Capra S, Aliakbari J. A comparison of two measures of hospital foodservice satisfaction, *Australian Health Review: a publication of the Australian Hospital Association* 2003;26:70-75.

Wright O. R. L., Connelly K. B., Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2006;19:181-194.

Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Ποιότητα παρεχόμενης νοσοκομειακής
διατροφής

Wright OR, Connelly LB, Capra S. Consumer evaluation of hospital foodservice quality: An empirical investigation. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services* . 2006;19:181-194.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-70.