



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΑΝΙΗΛΙΔΟΥ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΪΚΟ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΑΝΙΗΛΙΔΟΥ ΚΛΕΟΠΑΤΡΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΪΚΟ»**

Επιβλέπων Καθηγητής : Θεόδωρος Παπαηλίας

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

DANIELIDOU CLEOPATRA

**PERCEPTIONS OF HEALTH SERVICES' QUALITY AND
SATISFACTION OF TRANSPLANTED RENAL PATIENTS
OF THE GENERAL HOSPITAL OF ATHENS "LAIKO"**

Supervisor : *Dr. Theodoros Papailias*

Graduate Thesis Submitted for the degree
“Master in Health Management”

Piraeus, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της ικανοποίησης των μεταμοσχευμένων ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Λαϊκό” από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για την επιτυχή διεκπεραίωση της έρευνας κρίθηκε αναγκαίο να διερευνηθεί η άποψη – γνώμη των μεταμοσχευμένων ασθενών ως προς τις υπηρεσίες υγείας που αυτοί χρησιμοποιούν και η ικανοποίησή τους από αυτές.

Θα ήταν παράλειψη να μην εκφραστούν θερμές ευχαριστίες σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην αποπεράτωση της παρούσας μελέτης. Οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Παπαηλία Θεόδωρο, στον προϊστάμενο προσωπικού του Γ.Ν.Α. “Λαϊκό” κ. Τουρούτσικα Νικόλαο, καθώς και στις συντονίστριες της Μονάδας Μεταμόσχευσης του Νοσοκομείου, κα. Αναγνωστοπούλου Χρυσούλα και κα. Κατσέτου Κυριακή για τις πληροφορίες που μας παρείχαν και την διαθεσιμότητά τους. Τελειώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους ερωτώμενους νεφροπαθείς, οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην εν λόγω έρευνα αφιλοκερδώς, παρόλο που πολλές φορές βρίσκονταν σε δυσχερή θέση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι έννοιες της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών που τις χρησιμοποιούν πολύ συχνά προσδιορίζονται ως ταυτόσημες, καθώς και οι δύο έννοιες περικλείουν κοινά και αλληλοσυνδεδεμένα σημεία. Η ικανοποίηση των ασθενών ως εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας αποκλείει την ταύτισή της με την έννοια της ποιότητας, καταρρίπτοντας την ανωτέρω εσφαλμένη αντίληψη. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Λαϊκό”. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αττική την περίοδο Οκτωβρίου – Δεκεμβρίου 2008, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Μονάδας Μεταμοσχεύσεων Νεφρών του Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”, σε δείγμα 123 μεταμοσχευμένων. Το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας σκοπιμότητας. Για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της αυτό-αναφοράς από τους ίδιους τους ασθενείς.

Το δείγμα των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών σημείωσε αρκετή ικανοποίηση στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ποσοστό 43,2%, αρκετή ικανοποίηση από το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό σε ποσοστά 30,3% και 25,8% αντίστοιχα, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνει πάρα πολύ ικανοποίηση σε ποσοστό 33,1%. Τα αποτελέσματα σχετικά με την υποδομή του νοσοκομείου υποδηλώνουν μικρή ικανοποίηση, και κυρίως στους τομείς της καθαριότητας και του περιβάλλοντος με ποσοστά 35,2% και 34,4% αντιστοίχως. Το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου φαίνεται να ικανοποιεί από αρκετά έως πάρα πολύ το δείγμα των μεταμοσχευμένων, ενώ ως στοχοποιημένα ζητήματα προς βελτίωση χαρακτηρίζονται οι χώροι στάθμευσης, η καθαριότητα των χώρων και το περιβάλλον, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό. Συμπερασματικά, ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από τον εξοπλισμό και την τεχνολογία, την επικοινωνία και τη διαθεσιμότητα του ιατρού, τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου, καθώς και από το χρόνο αναμονής.

Λέξεις – Κλειδιά: Υπηρεσίες Υγείας, Ποιότητα, Ικανοποίηση Ασθενών, Μεταμοσχευμένοι Νεφροπαθείς

ABSTRACT

The concepts of quality of health services and patient's satisfaction often identified as identical, as both concepts involve common and interrelated issues. Patient's satisfaction as an individual definition of quality preclude identification with the concept of quality, breaking this misconception. The purpose of this study was the assessment of the satisfaction of the transplanted renal patients from the health services of the General Hospital of Athens "Laiko". The study took place in Athens in October-December 2008, and the sample was composed of 123 patients, which was selected by sampling feasibility. To assess satisfaction was used by a structured questionnaire, which was supplemented by the method of self-reporting by patients themselves.

The sample of transplanted renal patients has been enough to satisfy all of the services at 43.2%, enough satisfaction from the medical and administrative staff at rates 30.3% and 25.8% respectively, while the nursing staff says so very pleased at the rate of 33.1%. The results on the infrastructure of the hospital suggest little satisfaction, especially in the areas of environment and cleanliness at percentages 35.2% and 34.4% respectively. All services of the hospital appears to satisfy from several to very much the sample of transplanted renal patients, while the targeted issues identified to improve the parking, the cleanliness of premises and the environment, and psychological support from the medical staff. In conclusion the total level of satisfaction seems to depend mainly on equipment and technology, communication and the availability of doctors, the appropriate timing of the hospital and the waiting time.

Key Words: *Health Services, Quality, Patients' Satisfaction, Transplanted Renal Patients*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	i
ΑΓΓΛΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ – ΕΙΚΟΝΩΝ	x
ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΗΓΩΝ	xvi
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ	xvii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΙ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ	3
1.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	3
<i>1.1.1 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας</i>	5
<i>1.1.2 Οφέλη που προκύπτουν από τη Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας</i>	7
1.2 Ικανοποίηση Χρηστών	8
<i>1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών</i>	9
<i>1.2.2 Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών</i>	11
1.3 Μεταμόσχευση Νεφρών	15
<i>1.3.1 Ιστορία της ιατρικής στη μεταμόσχευση</i>	15
<i>1.3.2 Διαδικασία της Μεταμόσχευσης</i>	18
<i>1.3.3 Το μέσο κόστος μιας επέμβασης μεταμόσχευσης νεφρών</i>	28
1.4 Στατιστικά Στοιχεία Μεταμοσχεύσεων	29
1.5 Μεταμόσχευση και Ποιότητα Ζωής	36
1.6 Ανάλυση Ερευνών – Αρθρογραφίας	38
<i>1.6.1 Γενικές Έρευνες</i>	39
<i>1.6.2 Ειδικές Έρευνες</i>	45
1.7 Ερευνητική Υπόθεση	47
1.8 Περιγραφή Μεταβλητών	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	53
2.1 Οριοθέτηση Πληθυσμού Έρευνας – Κριτήρια Επιλογής Δείγματος.....	53
2.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος.....	54
2.3 Μέτρηση Μεταβλητών.....	57
2.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	57
2.5 Συλλογή Δεδομένων.....	59
2.6 Έλεγχος Ορθότητας και Πληρότητας.....	59
2.7 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	61
3.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Έρευνας Πεδίου.....	61
3.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	61
3.1.2 Κλινική Εικόνα Ασθενή.....	62
3.1.3 Ιατρικό Προσωπικό.....	63
3.1.4 Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	64
3.1.5 Διοικητικό Προσωπικό.....	64
3.1.6 Υποδομή.....	65
3.1.7 Συνολική Ικανοποίηση.....	66
3.2 Συσχετίσεις – Συγκρίσεις.....	67
3.3 Γραμμική Παλινδρόμηση.....	75
3.3.1 Α' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	76
3.3.2 Β' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	78
3.3.3 Γ' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	80
3.3.4 Δ' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	81
3.3.5 Ε' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' : ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' : ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ	102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ	114
Ελληνόγλωσση	114
Ξενόγλωσση.....	117

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ – ΕΙΚΟΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1 : Αποτίπωση Κατάστασης του Συστήματος Υγείας	5
Πίνακας 2 : Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου	20
Πίνακας 3 : Παρακλινικός Έλεγχος Δότη	21
Πίνακας 4 : Εξετάσεις Μοσχεύματος από Πτωματικό Δότη	22
Πίνακας 5 : Αντενδείξεις Νεφρικής Μεταμόσχευσης	23
Πίνακας 6 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 1999.....	31
Πίνακας 7 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 2000.....	32
Πίνακας 8 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 2001.....	34
Πίνακας 9 : Μεταμοσχεύσεις Νεφρού την περίοδο 1985-2008 στην Ελλάδα.....	35
Πίνακας 10 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών – Α' Μοντέλο	77
Πίνακας 11 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών – Β' Μοντέλο	79
Πίνακας 12 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης ιατρικού προσωπικού – Γ' Μοντέλο	81
Πίνακας 13 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού – Δ' Μοντέλο.....	82
Πίνακας 14 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης διοικητικού προσωπικού – Ε' Μοντέλο	83
Πίνακας 15 : Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου	91
Πίνακας 16 : Φύλο.....	91
Πίνακας 17 : Ηλικία	91
Πίνακας 18 : Εκπαίδευση	92
Πίνακας 19 : Οικογενειακή Κατάσταση	92
Πίνακας 20 : Απασχόληση	92
Πίνακας 21 : Εισόδημα.....	92
Πίνακας 22 : Πρίν πόσα χρόνια έγινε η μεταμόσχευση;.....	93

Πίνακας 23 : Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;	93
Πίνακας 24 : Έχει χρειαστεί να νοσηλευτούν μετά τη μεταμόσχευση εξαιτίας επιπλοκών;	93
Πίνακας 25 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : τη φαρμακευτική αγωγή;	93
Πίνακας 26 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την κατάσταση του μοσχεύματος;	93
Πίνακας 27 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : τη σωματική κατάσταση;	94
Πίνακας 28 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την ψυχολογική κατάσταση;	94
Πίνακας 29 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την κοινωνική κατάσταση;	94
Πίνακας 30 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια.....	94
Πίνακας 31 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά.....	95
Πίνακας 32 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό	95
Πίνακας 33 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία της νόσου	95
Πίνακας 34 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή	95
Πίνακας 35 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη διατροφή & τον τρόπο ζωής	96
Πίνακας 36 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη .	96
Πίνακας 37 : Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια.....	96
Πίνακας 38 : Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά.....	96
Πίνακας 39 : Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Κατανόηση.....	97
Πίνακας 40 : Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ανταπόκριση -	

<i>Ταχύτητα Εξυπηρέτησης</i>	97
Πίνακας 41 : <i>Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη</i>	97
Πίνακας 42 : <i>Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά</i>	97
Πίνακας 43 : <i>Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Άμεση Εξυπηρέτηση</i> ...	98
Πίνακας 44 : <i>Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Χρόνος Αναμονής</i>	98
Πίνακας 45 : <i>Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Πληροφόρηση για δικαιώματα & υποχρεώσεις</i>	98
Πίνακας 46 : <i>Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Κατάλληλος Συγχρονισμός Υπηρεσιών Νοσοκομείου</i>	98
Πίνακας 47 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Άνετο & Ευχάριστο Περιβάλλον</i>	99
Πίνακας 48 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Καθαριότητα Χώρων</i> ...	99
Πίνακας 49 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Ενημερωμένος Εξοπλισμός & Τεχνολογία</i>	99
Πίνακας 50 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Αμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Εργαστηριακών Εξετάσεων</i>	99
Πίνακας 51 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Αμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Κλινικών Εξετάσεων</i>	100
Πίνακας 52 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Προσβασιμότητα & Λειτουργικότητα χώρων Νοσοκομείου</i>	100
Πίνακας 53 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Χώροι Στάθμευσης</i>	100
Πίνακας 54 : <i>Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Ποιότητα Φαγητού</i>	100
Πίνακας 55 : <i>Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες</i>	101
Πίνακας 56 : <i>Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό</i>	101
Πίνακας 57 : <i>Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό</i>	101
Πίνακας 58 : <i>Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό</i>	101
Πίνακας 59 : <i>Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες * Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;</i>	103
Πίνακας 60 : <i>Συσχέτιση – Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους; * Πρίν πόσα χρόνια έγινε η μεταμόσχευση;</i>	103

Πίνακας 61 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια	104
Πίνακας 62 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά....	104
Πίνακας 63 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό	105
Πίνακας 64 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία της νόσου	105
Πίνακας 65 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή.....	106
Πίνακας 66 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη διατροφή & τον τρόπο ζωής.....	106
Πίνακας 67 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό * Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη	107
Πίνακας 68 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό * Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια.....	107
Πίνακας 69 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό * Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά.....	108
Πίνακας 70 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό * Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Κατανόηση.....	108
Πίνακας 71 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό * Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ανταπόκριση - Ταχύτητα Εξυπηρέτησης	109
Πίνακας 72 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό * Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη	109

Πίνακας 73 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό * Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά.....	110
Πίνακας 74 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό * Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Άμεση Εξυπηρέτηση.	110
Πίνακας 75 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό * Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Χρόνος Αναμονής	111
Πίνακας 76 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό * Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Πληροφόρηση για δικαιώματα & υποχρεώσεις	111
Πίνακας 77 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό * Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Κατάλληλος Συγχρονισμός Υπηρεσιών Νοσοκομείου	112
Πίνακας 78 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες * Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	112
Πίνακας 79 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες * Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	113
Πίνακας 80 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες * Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	113

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1 : Οργανόγραμμα Συστήματος Μεταμοσχεύσεων	19
Διάγραμμα 2 : Διαγραμματική Απεικόνιση Μεταμοσχεύσεων Νεφρού την περίοδο 1985-2008 στην Ελλάδα.....	36
Διάγραμμα 3 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών και Συχνότητας Επισκέψεων στο Νοσοκομείο	67
Διάγραμμα 4 : Συσχέτιση Συχνότητας Επισκέψεων στο Νοσοκομείο και Έτη Πραγματοποίησης της Επέμβασης Μεταμόσχευσης	68
Διάγραμμα 5: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Ιατρικών Υπηρεσιών (Πάρα Πολύ)	69

Διάγραμμα 6: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Πολύ)	70
Διάγραμμα 7: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Διοικητικών Υπηρεσιών (Πάρα Πολύ)	71
Διάγραμμα 8 : Νοσοκομειακή Υποδομή (Λίγο).....	72
Διάγραμμα 9 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Ιατρικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών.....	73
Διάγραμμα 10 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Νοσηλευτικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών	74
Διάγραμμα 11 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Διοικητικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών	75

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1 : Ουροποιητικό Σύστημα	24
Εικόνα 2 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 1999	30
Εικόνα 3 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 2000	32
Εικόνα 4 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 2001	33

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΗΓΩΝ

- Amacon EQI AE
- www.eneph.com
- www.eom.gr
- www.eurotransplant.org
- www.marketingpower.com
- www.medscape.com
- www.ncbi.nlm.nih.gov
- www.pickereurope.org
- www.pubmed.com
- www.stickyminds.com
- www.transplantation.org
- www.transplant-observatory.org
- www.who.int
- Βιβλιοθήκη Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»
- Βιβλιοθήκη Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)
- Βιβλιοθήκη Ιατρικής Σχολής Αθηνών
- Βιβλιοθήκη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Αθήνας
- Βιβλιοθήκη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πειραιά

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Αρκτικόλεξο

Ανάπτυγμα

Γ.Ν.Α. :	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
FDA :	Food and Drug Administration – Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων
UNOS :	United Network for Organ Sharing – Ενωμένο Δίκτυο Ανταλλαγής Οργάνων
OPTN :	Organ Procurement and Transplantation Network – Δίκτυο Μεταμοσχεύσεων και Προμήθειας Οργάνων
SR :	Scientific Registry – Επιστημονικό Ληξιαρχείο
ΥΣΕ :	Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων
ΜΕΘ :	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
PRA :	Panel Reactive Antibodies – Κυτταροτοξικά Αντισώματα
HLA :	Human Leucocyte Antigens – Ανθρώπινα Αντιγόνα Λευκοκυττάρων (αφορά εξέταση ιστοσυμβατότητας)
HBsAg :	Αντίσωμα Ηπατίτιδας Β
Anti-HCV:	Αντίσωμα Ηπατίτιδας Γ (C)
HIV :	Human Immunodeficiency Virus – Ιός Ανοσο-ανεπάρκειας
K ⁺ :	Κάλιο
Na ⁺ :	Νάτριο
Ca ⁺⁺ :	Ασβέστιο
γ-GT :	Gamma Glutamyltransferase – Γ-Γλουταμυλτρανσφεράση
CPK :	Creatine Phosphokinase – Κρεατινοφωσφοκινάση
LDH :	Lactate Dehydrogenase – Γαλακτική Αφυδρογονάση
CMV :	Cytomegalovirus – Κυτταρομεγαλοϊός
HCV :	Hepatitis C Virus – Ηπατίτιδα Γ (C)
EOM :	Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
TLC :	Transplant Learning Center
ΗΠΑ :	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ESRD :	End Stage Renal Disease – Τελικού Σταδίου Νεφρική Νόσος

Αρκτικόλεξο**Ανάπτυγμα**

MTN :	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
ΧΠΑ :	Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση
BDI :	Beck's Depression Inventory
MMPI :	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
ΙΚΑ :	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
SPSS :	Statistical Package for Social Sciences – Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών
D.W. :	Δείκτης Durbin-Watson

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι συμπεριφορές που αναπτύσσουν τα άτομα μιας κοινωνίας μπορεί να παρουσιάζουν ομοιότητες και διαφορές ως μέλη της κοινωνίας, στηριζόμενα όμως στη μοναδικότητα της προσωπικότητάς τους. Αν και μια κοινωνία αποτελεί μια ομογενή ολότητα, *απαρτίζεται από υποσύνολα, κοινωνικές ομάδες που αναπτύσσουν δικό τους σύστημα αξιών και ανταποκρίνονται στις δυσχερείς καταστάσεις της ζωής τους με το δικό τους τρόπο αντίληψης και συμπεριφοράς.* Μια τέτοια ομάδα είναι και αυτή των νεφροπαθών, που διαφοροποιείται λόγω της ύπαρξης της χρόνιας πάθησής τους. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των χρηστών αποτελούν το κεντρικό ζήτημα στο χώρο ενός νοσηλευτικού ιδρύματος.

Για την εκτίμηση των αναγκών του συγκεκριμένου πληθυσμού εξετάζεται κατά πόσο οι θεωρητικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχουν εφαρμογή στην καθημερινότητα των νεφροπαθών. Η συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών είναι αναγκασμένοι να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πολύ συχνά με αποτέλεσμα ο χώρος του νοσοκομείου να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής τους.

Στο *πρώτο κεφάλαιο* θέτονται οι ερωτήσεις και γίνεται πιο συγκεκριμένο το θέμα με το οποίο θα ασχοληθεί η έρευνα καθορίζοντας την ερευνητική υπόθεση, ενώ στη συνέχεια, γίνεται μία ανάλυση του έντυπου υλικού (έρευνες) που χρησιμοποιήθηκε για την εκμείευση χρήσιμων πληροφοριών. Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου περιγράφεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* γίνεται αναφορά στο δείγμα της έρευνας, δηλαδή στον αριθμό των ατόμων που ερωτήθηκαν καθώς και στα κριτήρια που ελήφθησαν υπ' όψιν από την ερευνήτρια για την επιλογή τους. Σε υπο-ενότητα του κεφαλαίου αυτού περιέχεται η κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου της έρευνας, το οποίο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α', ως υπόδειγμα του ερωτηματολογίου, που διανεμήθηκε. Επιπλέον, στο εν λόγω κεφάλαιο καταγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων, καθώς και το είδος του στατιστικού πακέτου που επιλέχθηκε για την επεξεργασία τους. Επίσης, σε αυτό το

κεφάλαιο γίνεται ο έλεγχος των απαντήσεων των ερωτηματολογίων ως προς την ανταπόκριση και την σωστή συμπλήρωσή τους από τους ερωτώμενους.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται αποκλειστικά με την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιώντας το ανάλογο στατιστικό πακέτο. Παρουσιάζεται μια εκτενής έκθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας, τα γραφήματα ορισμένων συνδυαστικών ερωτήσεων καθώς και τα αποτελέσματα των ελέγχων γραμμικής παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν. Οι υπόλοιποι πίνακες παρατίθενται στο Παράρτημα Β' και Γ' στο τέλος της παρούσης εργασίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται τόσο τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα, όσο και σε συνδυασμό με άλλες έρευνες παρόμοιων θεμάτων, και εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της έρευνας, με σχόλια και προτάσεις για μελλοντικά θέματα και άλλες μελέτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΙ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ

1.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν ιδιομορφία ως προς την παραγωγή και διάθεσή τους, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εκτίμηση της ποιότητάς τους. Οι παράγοντες που διαφοροποιούν τις υπηρεσίες αυτές από άλλες είναι οι εξής:

- α) Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι αβέβαιη γιατί δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε ούτε πόσες, ούτε ποιες, ούτε για πόσο χρονικό διάστημα, ανάγκες για υπηρεσίες υγείας θα έχει ο καταναλωτής.
- β) Η ζήτηση δεν επηρεάζεται από το εισόδημα του καταναλωτή.
- γ) Η ασύμμετρη πληροφόρηση και η ελλιπής πληροφόρηση του ασθενή
- δ) Η ελευθερία καθορισμού της τιμής και της ποιότητας των υπηρεσιών σε συνθήκες μονοπωλιακής διάρθρωσης της αγοράς και όχι σε συνθήκες ανταγωνισμού.
- ε) Η επιβλητική ανάγκη για ισότιμη κατανομή υπηρεσιών υγείας.

Ο Donabedian (1997) υποστηρίζει ότι είναι δικαιολογημένη η ύπαρξη πλήθους ορισμών και εννοιών, όσον αφορά την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας γιατί εξαρτάται κάθε φορά ποιος αναφέρεται στην ποιότητα των υπηρεσιών και ποια είναι η σχέση του με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας.

Οι ορισμοί με την συχνότερη εμφάνιση στην βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ «... Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αν ληφθούν υπ' όψιν τα κέρδη και οι ζημίες που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης...» (Donabedian, 1980)
- ✓ «... 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...» (Thompson, 1980)
- ✓ «... Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην

υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση...»
(Institute of Medicine Committee, USA – Nelson, 1996)

- ✓ *«... Υψηλής Ποιότητα Περίθαλψη είναι αυτή που συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση ή στην παράταση της ζωής του ασθενή...»* (Πάλλης και συν., 1999)
- ✓ *«... Κάνοντας τα σωστά πράγματα για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο...»* (Ανδρούτσου και συν., 2007)

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχει στο επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του και να προσπαθεί να του αποδείξει ότι είναι πιο επικίνδυνο να βρίσκεται εκτός νοσοκομείου από ότι εντός.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξετάζεται σε τρεις (3) διαστάσεις που συσχετίζονται με ποικίλους τρόπους και που η βελτίωση στις υπηρεσίες υγείας θα επέλθει με την βελτίωση ακόμα της μίας από τις τρεις αυτές διαστάσεις της ποιότητας. Υπάρχει η ποιότητα στην τεχνική διάσταση της φροντίδας (technical care), η ποιότητα στην διάσταση της τέχνης (art of care). Η τεχνική διάσταση έχει να κάνει με την επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας ενώ η τέχνη της φροντίδας σχετίζεται με το περιβάλλον των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις. Η τρίτη διάσταση έχει να κάνει με τη διαπροσωπική σχέση γιατρού – ασθενή, τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Στις υπηρεσίες υγείας υπάρχουν από τη μία πλευρά οι γιατροί, οι οποίοι είναι οι προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών και από την άλλη πλευρά υπάρχουν οι ασθενείς, οι οποίοι δίνουν έμφαση στα ανθρώπινα συναισθήματα, στην επικοινωνία, την προσοχή και την ανταπόκριση που εισπράττουν από τον γιατρό και δεν είναι ικανοί να αξιολογήσουν άμεσα την «τεχνική» ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σήμερα οι υπηρεσίες υγείας είναι περισσότερο ανθρωποκεντρικές, ενώ παλαιότερα ήταν νοσοκομειοκεντρικές. Δίδεται έμφαση σήμερα στην συντονισμένη και συνεχή φροντίδα, στην μέτρηση της ποιότητας και στην μείωση του κόστους.

Συνοψίζοντας όσον αφορά την έννοια της ποιότητας, ο πρώτος και κλασικός

πλέον ορισμός είναι του Donabedian (1980): «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπ' όψιν των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία...».

Πίνακας 1 : Αποτύπωση Κατάστασης του Συστήματος Υγείας

Χθες και Σήμερα	Σήμερα και Αύριο
Νοσοκομειοκεντρικές υπηρεσίες	Ανθρωποκεντρικές υπηρεσίες
Έμφαση στην τιμή (κόστος)	Έμφαση στην αξία (αποτέλεσμα)
Μεγάλες αποκλίσεις αποφάσεων ιατρικής φροντίδας	Τεκμηριοκεντρική ιατρική φροντίδα
Βραδεία απορρόφηση (διάχυση) της τεχνολογίας	Ταχεία απορρόφηση (διάχυση)
Χειρόγραφη διαδικασία	Ηλεκτρονική διαδικασία
Ασυνεχής φροντίδα	Συνεχής φροντίδα
Ασυντόνιστη φροντίδα	Συντονισμένη φροντίδα
Ελάχιστη μέτρηση της ποιότητας	Σημαντική μέτρηση της ποιότητας
Management μέσω διεργασιών	Management μέσω αποτελεσμάτων
Ασαφείς κυβερνητικοί κανονισμοί	Σαφείς και συγκεκριμένοι κυβερνητικοί κανονισμοί
Μόνιμα αυξανόμενο κόστος	Μείωση συνολικού κόστους

Πηγή: AMACON EQI A.E., 2006

1.1.1 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Όταν μπορείς να μετρήσεις αυτό στο οποίο αναφέρεσαι και να το εκφράσεις με αριθμούς, τότε κάτι ξέρεις γι' αυτό, αλλά, όταν δεν μπορείς να το μετρήσεις, όταν δεν μπορείς να το εκφράσεις με αριθμούς, οι γνώσεις σου είναι φτωχές και ανεπαρκείς.

Lord Kelvin (www.stickyminds.com, 2007)

Είναι σκόπιμο αρχικά να δώσουμε έναν ορισμό της μέτρησης. Μέτρηση λοιπόν σύμφωνα με τον Palmer (1991) είναι: «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Κατ' αναλογία και η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας υπολογίζεται με βάση: 1) τη δομή της υγειονομικής

φροντίδας, 2) τις διαδικασίες παροχής της, και 3) τα αποτελέσματά της.

Αναγκαίο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα κριτήρια, τα οποία τίθενται από τον αρμόδιο φορέα σε συνεργασία με το ιατρικό σώμα και με βάση αυτά τα κριτήρια διαμορφώνονται πρότυπα (standards) με τα οποία συγκρίνεται και αξιολογείται η πραγματική κατάσταση που επικρατεί στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνοψίζοντας λοιπόν θα λέγαμε ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αξιολογείται με γνώμονα το βαθμό ανταπόκρισης των υπηρεσιών αυτών στα προκαθορισμένα κριτήρια. Σκοπός της μέτρησης της ποιότητας είναι:

- 1) Να εξασφαλιστεί η καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική φροντίδα για τον ασθενή.
- 2) Να δούμε κατά πόσο: α) η οργάνωση, β) η χρηματοδότηση και γ) η διανομή της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980, 1988) η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να επέλθει με βελτίωση και στα τρία δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος: α) δομή του συστήματος (κτηριακές εγκαταστάσεις, κ.λπ.), β) διαδικασίες που εφαρμόζονται για την παραγωγή υγειονομικής φροντίδας, γ) αποτελέσματα του συστήματος, είτε σε μόνο ένα ή δύο από αυτά.

Τα κριτήρια βάσει των οποίων διαμορφώνονται τα πρότυπα (standards) σε μία μονάδα παροχής υπηρεσιών μπορεί να είναι:

α) Δομικά Κριτήρια, βάσει των οποίων αξιολογείται η δομή της υγειονομικής φροντίδας, η επάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρωπίνων πόρων που διαθέτει η μονάδα παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί ότι τα κριτήρια αυτά δεν είναι επαρκή για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων όσον αφορά την ποιότητα.

β) Κριτήρια Διαδικασιών, βάσει των οποίων αξιολογείται η διαδικασία παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Ελέγχεται δηλαδή με αυτά τα κριτήρια αν οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή από τη στιγμή που έφτασε στη μονάδα παροχής φροντίδας ήταν πλήρεις και ενδεδειγμένες.

γ) Κριτήρια Αποτελεσμάτων, βάσει των οποίων αξιολογείται το αποτέλεσμα της υγειονομικής φροντίδας.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχει μέθοδος μέτρησης της ποιότητας των

υπηρεσιών υγείας που να είναι απαλλαγμένη εντελώς από λάθη (Brook et al, 1996). Η αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει: α) επαρκείς πόρους, β) μακρόχρονη προσπάθεια, γ) συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και μεταξύ τους και με τους ασθενείς.

Τα παραπάνω κριτήρια προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών υγείας, το οποίο μπορεί να είναι:

α) *ελάχιστο επίπεδο*, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν μπορεί να πέσει κάτω από το επίπεδο αυτό.

β) *μέσο επίπεδο*, η βελτίωση της ποιότητας είναι δυνατή με την ανεύρεση των στοιχείων εκείνων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου.

γ) *ιδανικό επίπεδο*, είναι ο στόχος του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.1.2 Οφέλη που προκύπτουν από τη Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας επιφέρει οφέλη σε όλους τους εμπλεκόμενους: ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ασφαλιστικούς φορείς, κράτος και κοινωνικό σύνολο. Τα οφέλη για τον ασθενή είναι πρώτα από όλα οικονομικά, καθώς με την αποτελεσματικότερη θεραπεία μειώνονται τα έξοδά του. Επίσης βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας του και η ψυχολογία του. Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας έχουν να κάνουν με την αποτελεσματικότητα του έργου τους, με την νομική τους κατοχύρωση, με την ικανοποίηση που εισπράττουν με την εκτέλεση της εργασίας τους, το σεβασμό που εισπράττουν και τον εκνευρισμό και με την αύξηση της ανοχής σε τυχόν λάθη.

Τα οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν να κάνουν: α) με τη φήμη τους, β) με λειτουργικά οφέλη, και πιο συγκεκριμένα από την μία πλευρά περιορίζεται η χρησιμοποίηση της μονάδας, ενώ από την άλλη μειώνεται το λειτουργικό κόστος εξαιτίας της έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών, γ) με οικονομικά οφέλη, αφού εξοικονομούνται πόροι μέσω της αποτελεσματικότερης και έγκαιρης διάγνωσης μειώνεται ο αριθμός των περιττών εξετάσεων, πόροι οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άλλους ασθενείς, ακόμα και σε άλλους τομείς, όπως επί παραδείγματι εκπαίδευση προσωπικού. Τα οφέλη για

τα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι: α) υγειονομικά, οικονομικά, καθώς περιορίζονται τα έξοδα της περίθαλψης και τα επιδόματα ασθενείας των ασφαλισμένων, γ) κοινωνικά. Τα οφέλη για το Κράτος και το κοινωνικό σύνολο έχουν να κάνουν με την βελτίωση της υγειονομικής και οικονομικής τους θέσης και την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και τους αισθήματος ασφαλείας.

Συνοψίζοντας την σύντομη αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στη μέτρησή της είναι χρήσιμο να επεξηγήσουμε τι εννοούμε όταν λέμε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας:

- 1) Περιορισμός των αδικαιολόγητων δαπανών στον Τομέα της Υγείας,
- 2) Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας στο νοσοκομείο,
- 3) Αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των Μονάδων Παροχής Υγειονομικής Φροντίδας,
- 4) Οικονομική Ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, και
- 5) Υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

1.2 Ικανοποίηση Χρηστών

Αρχικά είναι χρήσιμο να δώσουμε έναν ορισμό για την ικανοποίηση, η οποία αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει:

- α) τις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων των υπηρεσιών υγείας,
- β) της αξιολόγησής τους από τους ασθενείς,
- γ) των αντιδράσεων των ασθενών,
- δ) των ατομικών διαφορών μεταξύ των ασθενών.

«Ικανοποίηση του πελάτη είναι ο βαθμός στον οποίο εκπληρώνονται οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις του από την αγορά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας» (www.marketingpower.com, 2007). Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας. Είναι σκόπιμο να επισημάνουμε ότι «ικανοποίηση» και «ποιότητα» δεν είναι έννοιες ταυτόσημες. Υπάρχουν ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ποιότητα είναι αποτέλεσμα της ικανοποίησης του πελάτη, δηλαδή θεωρούν ότι η ικανοποίηση του πελάτη προέρχεται από συγκεκριμένες στιγμές εξυπηρέτησης, ενώ η ποιότητα έχει να κάνει με την συνολική αντίληψη του πελάτη για την προσλαμβανόμενη εξυπηρέτηση σε βάθος χρόνου. Μια άλλη μερίδα

ερευνητών υποστηρίζει το αντίστροφο ότι δηλαδή η ποιότητα των υπηρεσιών είναι μια από τις συνιστώσες της ικανοποίησης του πελάτη, η οποία οδηγεί με τη σειρά της στην πρόθεση αγοράς.

Σύμφωνα με τους Cronin και Taylor (1992) η ικανοποίηση ως παράμετρος θα μπορούσε να εκφραστεί ως συνάρτηση: α) της τιμής (T) που ο χρήστης πληρώνει για την υπηρεσία, β) της δυνατότητας (E) ευκολίας – πρόσβασης, γ) της ποιότητας (Π) και μπορεί να αποτυπωθεί ως συνάρτηση : $I = f(\Pi, T, E)$.

Μερικές φορές η ικανοποίηση αποτιμάται ως μέτρο έκβασης μιας θεραπευτικής αντιμετώπισης, δηλαδή ικανοποίηση για την κατάσταση της υγείας του ασθενή μετά από μια θεραπευτική αγωγή (www.pickereurope.org, 2007). Την ικανοποίηση μπορούμε επίσης να τη δούμε και ως μέτρο στο οποίο οι παροχείς φροντίδας υγείας έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες του (Παπανικολάου, 2006). Η ικανοποίηση επηρεάζει: α) την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, β) τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν φροντίδα υγείας, γ) την πρόσβαση, και δ) τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, Μπεαζόγλου, 2000).

Ένα άλλο ζήτημα αρκετά σημαντικό είναι το πώς γίνεται αντιληπτή η ικανοποίηση από τις διάφορες πλευρές. Υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ : α) των προσδοκιών των ίδιων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, β) των προσδοκιών των ασθενών όπως τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι και των πραγματικά παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό το δυνητικό κενό ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και τις αντιλήψεις των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας για αυτές τις προσδοκίες καλείται «χάσμα πληροφόρησης» του καταναλωτή (Parasuraman et al, 1985 – Katharine Silber, 1998).

1.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών

Είναι βέβαιο ότι η ικανοποίηση του ασθενή επηρεάζεται από παράγοντες έξω από το ίδιο το άτομο όπως:

- α) οι δομές του συστήματος,
- β) οι διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από

- γ) τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή, καθώς και την
δ) την ψυχολογική του κατάσταση (Sanger, 2005).

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τους ασθενείς και τις αποφάσεις τους είναι οι ακόλουθοι:

- α) το επίπεδο βασικής τους εκπαίδευσης,
β) το διανοητικό και συναισθηματικό τους επίπεδο,
γ) η γλωσσική τους επάρκεια,
δ) η πολιτιστική τους ποικιλομορφία,
ε) το οικονομικό τους επίπεδο
στ) το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο,
η) το δημογραφικό τους προφίλ.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες υπαγορεύουν στον ασθενή αν θα αντιδράσει αρνητικά ή θα εκφράσει τελικά την ικανοποίησή του. Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν όταν μιλάμε για ικανοποίηση είναι (Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, 2003) :

- ✓ *Οι προσδοκίες των χρηστών.* Είναι δεδομένο ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σημαντικά από το βαθμό κατά τον οποίο η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα εκπλήρωσε τις προσδοκίες του.
- ✓ *Η ασθένεια.* Ασθενείς με πολύ σοβαρές ασθένειες και πιεσμένοι ψυχολογικά, σπάνια εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά δεν έχει διευκρινιστεί αν η δυσαρέσκειά τους αυτή οφείλεται στην ασθένειά τους αυτή καθ' αυτή ή στον τρόπο παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών (Hall and Milburn, 1998 – Cleary et al, 1992).
- ✓ *Προγενέστερη εμπειρία ικανοποίησης.* Οι Crow et al (2003) υπογραμμίζουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με την προγενέστερη ικανοποίησή τους.
- ✓ *Ηλικία.* Στις μεγαλύτερες ηλικίες σημειώνονται υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, είτε γιατί το επίπεδο των προσδοκιών τους είναι χαμηλό, είτε γιατί οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς δεν μπορούν να εκφράσουν με σαφήνεια τη δυσαρέσκειά τους (Pope and Mays, 1993 – Williams and Calnan, 1991 – Owners and Batchelor, 1996).

Ο Weiss προσθέτει άλλες 2 ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών:

α) τα χαρακτηριστικά οργανωτικά και λειτουργικά των υπηρεσιών υγείας, τα οποία σχετίζονται με:

- Την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο και την παροχή πρώτων βοηθειών
- Τη φροντίδα στο θάλαμο και την ιατρική φροντίδα
- Τη διαμονή του ασθενή στο θάλαμο
- Τη διαδικασία αναχώρησης
- Τη διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.

β) τις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή. Συχνά οι ασθενείς διατυπώνουν το παράπονο ότι οι γιατροί δεν είναι ανθρώπινοι και σχεδόν καθόλου επικοινωνιακοί. Στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την ασθένεια παραμερίζουν την ψυχολογική υποστήριξη προς τον ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σωστά εκπαιδευμένος σε θέματα επικοινωνίας, να μην ξεχνά τον ψυχολογικό παράγοντα και αξιοποιώντας και την πείρα του να εμπνεύσει εμπιστοσύνη στον ασθενή για κάθε βοήθεια που θα χρειαστεί.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι οι ασθενείς αναζητούν μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, που θα τους προσφέρουν τη φροντίδα που επιζητούν χωρίς χρονοτριβές με σεβασμό και αξιοπρέπεια και ταυτόχρονα με τα βέλτιστα αποτελέσματα διαγνωστικά και θεραπευτικά.

1.2.2 Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών

Όταν αναφερόμαστε στην μέτρηση της ικανοποίησης πρέπει να εξετάσουμε ποια η σκοπιμότητα της μέτρησης, ποια τα οφέλη, πως αντιμετωπίζεται από τους εμπλεκόμενους, κ.ο.κ. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρεία Ψυχολόγων οι δείκτες ικανοποίησης αποτελούν αξιόλογη πηγή πληροφοριών για την πραγματικότητα του συστήματος υγείας. Επίσης το κατά πόσο ο ασθενής ικανοποιείται από το σύστημα προσδιορίζει και καθορίζει την επόμενη κίνησή του.

Ο κύριος πρωταγωνιστής για την αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι ο ασθενής. Έχουν διατυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία στρατηγικές για τη

μετρίαση ή την πλήρη αντιμετώπιση των αντιδράσεων των χρηστών (Draper and Hill, 1995 – Alexander and Hicks, 1998 – Ovretreit, 1998). Παρατίθενται εν συνεχεία κάποιες από αυτές:

- βελτίωση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.
- ισότιμη συμμετοχή στις υπηρεσίες υγείας για όλους.
- γνωστοποίηση στους Οργανισμούς Υγείας των προβλημάτων που προκαλούν τη δυσαρέσκεια των καταναλωτών – χρηστών.
- ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την υπάρχουσα κατάσταση και περαιτέρω κατάρτισή τους για να αυξήσουν την εμπιστοσύνη του καταναλωτή.

Αξίζει να υπογραμμίσουμε ότι ο ασθενής αποτελεί το βασικό εργαλείο όσον αφορά την εκτίμηση – αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γιατί οι ασθενείς και οι οικογένειές τους είναι οι μοναδικοί μάρτυρες της προσφερόμενης υγειονομικής φροντίδας και οι επαγγελματίες υγείας από τη μεριά τους πρέπει να φροντίζουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών – χρηστών (Delbanco, 1996). Η ικανοποίηση του χρήστη είναι η σημαντικότερη μεταβλητή για την εκτίμηση της ποιότητας.

Τα οφέλη που προκύπτουν από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών παρατίθενται παρακάτω συνοπτικά:

- Αρχικά βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Η αποτύπωση και αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι προσπάθειες βελτίωσης όπου είναι απαραίτητο της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών εξασφαλίζει την προσδοκώμενη ποιότητα της φροντίδας υγείας (Τσιότρας, 2002).
- Επίσης αυξάνεται και βελτιώνεται η παραγωγικότητα των εργαζομένων. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη μεταβλητή, μετά τον ασθενή, για την ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αίσθηση που εισπράττουν οι επαγγελματίες υγείας, όταν η εργασία τους «ελέγχεται» τους ενεργοποιεί, τους προβληματίζει και τους καθιστά πιο υπεύθυνους και αποδοτικούς.

- Βελτιώνεται η αντίληψη των ασθενών ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Με τη συμμετοχή των ασθενών στη βελτίωση της ποιότητας, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης, επιτυγχάνεται καλύτερη κατανόηση του τρόπου που διατίθενται οι υπηρεσίες υγείας και η διεκδίκηση της βελτίωσης της στάσης των επαγγελματιών υγείας.
- Βελτιώνονται οι Πολιτικές Υγείας. Μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών εκπορεύονται αποτελέσματα τα οποία χαράζουν πολιτικές στο χώρο της υγείας, συμβάλλουν στην βαθύτερη κατανόηση των αιτιών των προβλημάτων στην Υγειονομική Περίθαλψη ακόμα και στη δημιουργία ενός τελικού πρότυπου Συστήματος Υγείας.

Παρά τα οφέλη που αναφέρθηκαν ανωτέρω, διεθνώς έχουν διατυπωθεί αντιρρήσεις και αμφιβολίες για τη χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και αυτό γιατί:

- Οι ασθενείς δε γνωρίζουν για να κάνουν σωστές εκτιμήσεις για τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, πόσο μάλλον όταν είναι κάτω από ψυχολογική και σωματική πίεση.
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κρίση τους.
- Παρατηρείται απροθυμία από την πλευρά των ασθενών να αναφέρουν τι σκέφτονται λόγω της εξάρτησής τους από το γιατρό
- Και τέλος, ανικανότητα από την πλευρά των ασθενών να εκτιμήσουν τις πλευρές της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας (Nelson, 1990).

Με ποιο τρόπο όμως αντιμετωπίζεται η διαδικασία μέτρησης της ικανοποίησης από τους εμπλεκόμενους;

α) Ασθενείς:

Οι ασθενείς και οι ομάδες των συγγενών τους αντιμετωπίζουν με θετική στάση έρευνες σχετικά με την ικανοποίησή τους γιατί γνωρίζουν ότι μέσα από αυτή την διαδικασία θα επέλθει βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών υγείας.

β) Προμηθευτές υπηρεσιών υγείας:

Αντίθετα με τους ασθενείς, οι προμηθευτές κρατούν επιφυλακτική στάση απέναντι σε τέτοιου είδους έρευνες, γιατί ανεξάρτητα από τους στόχους και τους σκοπούς των ερευνών δεν παύει να αποτελούν ένα είδους ελέγχου και αξιολόγησης, που για πολλούς είναι απειλή.

γ) Οι γιατροί είναι αρνητικοί πολλές φορές, διότι:

- i. τους καταλογίζουν αποτελέσματα τα οποία είναι έξω από την αρμοδιότητά τους
- ii. παρουσιάζονται παραλείψεις στη συμπεριφορά τους έναντι των ασθενών και ελλείψεις στην επιστημονική τους κατάρτισης
- iii. λόγω της κοινωνικής τους κατάστασης (κοινωνικό status) οι γιατροί θεωρούν αναξιόπιστο και δεν δέχονται την κριτική από ανθρώπους που δεν είναι ειδικοί, όπως οι ασθενείς.

δ) Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρνητικό γιατί γνωρίζει ότι θα κατηγορηθεί για προβλήματα σχετικά με την έλλειψη χρόνου, προσωπικού και επαρκούς εκπαίδευσης.

ε) Το προσωπικό καθαριότητας και εποπτείας (επιστασίας) είναι επίσης αρνητικό γιατί είναι έκδηλη η δυσαρέσκεια των ασθενών και των συγγενών τους, τόσο σε θέματα καθαριότητας και τάξης στους θαλάμους και στους κοινόχρηστους χώρους, όσο και στο διατροφικό πρόγραμμα.

στ) Η διοίκηση του νοσοκομείου έχει αρνητική στάση σε τέτοιου είδους μετρήσεις καθώς:

- i. θεωρούν πηγή του κακού, τη στενότητα των πόρων, την έλλειψη χρόνου και προσωπικού. Η έλλειψη πόρων αποτελεί πρόβλημα κεντρικής διοίκησης
- ii. τα αρνητικά αποτελέσματα των μετρήσεων δημιουργούν αρνητικές εντυπώσεις και συναισθήματα στους εργαζόμενους και τους ασθενείς, και αυτό έχει ως συνέπεια την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας
- iii. φοβούνται ότι θα δουν το φως οι ελλείψεις σε επαγγελματική κατάρτιση, στην οργάνωση, τη διαχείριση, καθώς και τυχόν παραλήψεις στη συμπεριφορά τους.

ζ) Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, ως δημόσιες επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν ευνοϊκά τέτοιου είδους μετρήσεις, καθώς μέσα από αυτή τη διαδικασία αποκαλύπτονται δυσλειτουργίες και κενά, ελλείψεις και παραλείψεις, η αποκατάσταση των οποίων οδηγεί τον οργανισμό σε υψηλότερα επίπεδα αποδοτικότητας.

η) Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί που επιθυμούν να αυξήσουν τον αριθμό των πελατών – ασφαλισμένων τους με απώτερο στόχο το κέρδος. Καθώς λοιπόν δραστηριοποιούνται στα πλαίσια της ανταγωνιστικής αγοράς είναι αναγκαίο να έχουν πλήρη γνώση για τις συνήθειες, τις προτιμήσεις, τα παράπονα των πελατών τους και να προσπαθούν μέσω των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πρώτα για δικό τους όφελος επιθυμούν και προκαλούν τέτοιου είδους έρευνες.

1.3 Μεταμόσχευση Νεφρών

Η πλέον ικανοποιητική και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η μεταμόσχευση. Η μεταμόσχευση νεφρών είναι μια χειρουργική διαδικασία όπου απομακρύνεται ένα υγιές, λειτουργούν νεφρό από ένα ζώντα ή κλινικά νεκρό δότη και εμφυτεύεται σε έναν ασθενή με μη-λειτουργικά νεφρά.

1.3.1 Ιστορία της ιατρικής στη μεταμόσχευση

Το Δεκέμβριο του 1954 στο νοσοκομείο Peter Bent Brigham της Βοστώνης πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού σε άνθρωπο, από μία πανομοιότυπη δίδυμη στην άλλη που έπασχε από νεφρική ασθένεια, υπό την καθοδήγηση των καθηγητών Joseph Murray-επικεφαλής της χειρουργικής ομάδας, John Merrill και Hartwell Harrison. Η επέμβαση ήταν επιτυχής, η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε στον παραλήπτη (αν και αργότερα αφαίρεσε και τα δύο νεφρά του προκειμένου να ελεγχθεί η υπέρταση), και ο δότης δεν υπέστη παρενέργειες ασθένειας-κανένα ανεπαρκές αποτέλεσμα. Αυτή ήταν η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση, που εκτελέστηκε σε ένα γενικό κλίμα αποτυχίας και για αυτόν τον λόγο, δημιούργησε τεράστιο ενθουσιασμό στα μέσα ενημέρωσης αλλά και μεταξύ των ιατρικών επαγγελματιών, σε μία εποχή που οι πρωτοπόροι της μεταμόσχευσης νεφρών ήταν αποθαρρημένοι για τη δυνατότητα οποιασδήποτε πραγματικής κλινικής

εφαρμογής.

Αυτή η επιτυχής μεταμόσχευση πραγματοποιήθηκε περίπου 50 έτη, αφότου ο Emerich Ullmann (1861-1937) εκτέλεσε την πρώτη πειραματική μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ σκυλιών στη Βιέννη το 1902. Μερικά έτη αργότερα, το 1906, ο Mathieu Jaboulay (1860-1913), καθηγητής χειρουργικής στη Λυών της Γαλλίας, σύνδεσε τα νεφρικά αγγεία ενός προβάτου και ενός χοίρου με τα αντίστοιχα βραχιόνια αγγεία δύο ασθενών που πέθαιναν από νεφρική ανεπάρκεια. Κανένα νεφρό δεν λειτούργησε, αλλά αυτές ήταν οι πρώτες μεταμοσχεύσεις ξένων μοσχεύματων που τοποθετήθηκαν σε ανθρώπους. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για να ενώσουν τα αγγεία μαζί ήταν εκείνες που αναπτύχθηκαν και περιγράφηκαν από τον Alexis Carrel (1873-1944), ο οποίος ήταν νέος χειρουργός στην ομάδα Jaboulay, και στην πραγματικότητα, οι τεχνικές αγγειακής αναστόμωσης που περιγράφονται από τον Carrel είναι ακριβώς αυτές που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα στη μεταμόσχευση νεφρού. Σε μια prescient-προγνωστική διάλεξη το 1914, ο Carrel ανέφερε ότι τα τεχνικά προβλήματα της μεταμόσχευσης είχαν ουσιαστικά λυθεί, αλλά έως ότου αναπτυσσόταν κάποια μέθοδος, ώστε να αποτρέπεται η αντίδραση του οργανισμού ενάντια στον ξένο ιστό, δεν θα υπήρχε καμία κλινική εφαρμογή μεταμόσχευσης οργάνων. Μεταξύ των πολέμων, περιστασιακά εκτελέστηκαν πειραματικές μεταμοσχεύσεις, χωρίς όμως καμία πρόοδο στη γνώση. Υπήρξε μόνο μία σοβαρή κλινική προσπάθεια από έναν Ρώσο χειρουργό, τον Yu Yu Voronoy, ο οποίος μεταμόσχευσε πτωματικά νεφρά σε έξι ανθρώπους, αλλά ανεπιτυχώς.

Η σύγχρονη εποχή της κλινικής μεταμόσχευσης άρχισε στο Παρίσι και τη Βοστώνη μετά από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Κύριο σημείο των μεταπολεμικών προσπαθειών αποτέλεσε μια μικρή σειρά μεταμοσχεύσεων πτωματικών νεφρών που εκτέλεσε ο David Hume (1917-1973) στο Peter Bent Brigham Hospital στη Βοστώνη. Δεν χρησιμοποιήθηκε καμία καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, κάποια νεφρά λειτούργησαν για μερικές ημέρες ή εβδομάδες, και ένα για αρκετούς μήνες - χωρίς αμφιβολία επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα βρισκόταν σε καταστολή λόγω σοβαρής ουραιμίας που παρουσιάστηκε στους ασθενείς.

Η Ιστορία της μεταμόσχευσης νεφρού μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις διακεκριμένες περιόδους:

Πειραματική περίοδος 1954-1962. Με εξαίρεση τη μεταμόσχευση νεφρού σε

πανομοιότητα δίδυμα, η επιβίωση του οργάνου αλλά και του ασθενή βρισκόταν σε πολύ ζοφερή θέση αυτή την περίοδο. Οι νεφρολόγοι δεν είχαν ακόμα αναγνωρίσει άλλο τρόπο για να διατηρήσουν το νεφρό από απόρριψη, εκτός από ακτινοβολία με ακτίνες X, οι οποίες ήταν αναποτελεσματικές.

Imuran περίοδος 1963-1983. Το 1963 το πρώτο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο, imuran, παράγωγο ενός φαρμάκου που δημιουργήθηκε για την αντιμετώπιση της λευχαιμίας, εγκρίθηκε από το FDA για χρήση στη μεταμόσχευση νεφρού. Σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή το imuran έκανε δυνατή την επιβίωση του δορισμένου νεφρού ως και 50% στο πρώτο χρόνο μετά τη μεταμόσχευση, και μόνο οι μισές περιπτώσεις λειτουργούσαν μετά από επτά χρόνια. Κατά τη διάρκεια των επόμενων δύο δεκαετιών, ο βαθμός επιτυχίας του πρώτου χρόνου αυξήθηκε σε 70%, ωστόσο ο ρυθμός απόρριψης του μοσχεύματος δεν βελτιώθηκε.

Περίοδος κυκλοσπορίνης 1984-1995. Η έγκριση του πιο αποτελεσματικού ανοσοκατασταλτικού, κυκλοσπορίνης, από το FDA το 1984 ήταν σπουδαίο ορόσημο στην ιστορία της μεταμόσχευσης, τόσο γιατί επέκτεινε τον αριθμό των εκλόγιμων υποψηφίων για μεταμόσχευση νεφρού, όσο και επειδή παράτεινε την ζωή του μεταμοσχευμένου οργάνου και του αποδοχέα του. Τα οξεία επεισόδια απόρριψης του δορισμένου νεφρού μειώθηκαν από 95% σε περίπου 50%, καθώς η επιβίωση του μοσχεύματος μετά τον πρώτο χρόνο ανορθώθηκε σε 85%. Για πρώτη φορά, η μεταμόσχευση μπορούσε να προσφερθεί και σε άλλα όργανα όπως η καρδιά και το συκώτι.

Σχεδιαστική περίοδος 1996- σήμερα. Από τη χρήση της κυκλοσπορίνης, έχει γίνει έκρηξη νέων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που επιτρέπει στους ειδικούς των μεταμοσχεύσεων να δημιουργούν θεραπευτικά πλάνα σχεδιασμένα για κάθε άτομο ξεχωριστά. Όπως τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα έχουν βελτιωθεί, έτσι και ο αριθμός των πιθανών αποδεκτών που μπορούν να δεχτούν νεφρό, καθώς και μία αύξηση σε αποδεχόμενους δωρητές. Οι ειδικοί στις μεταμοσχεύσεις ερευνούν πρόσφατα νέους τρόπους να βελτιώσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των μεταμοσχευμένων νεφρών και των αποδοχέων τους. Παρόλο που τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά, με την απόδοση επιβίωσης μοσχεύματος και ασθενούς τον πρώτο χρόνο πάνω από 90%, δέκα χρόνια μετά τη μεταμόσχευση μόνο το 50% είναι ακόμη σε λειτουργία

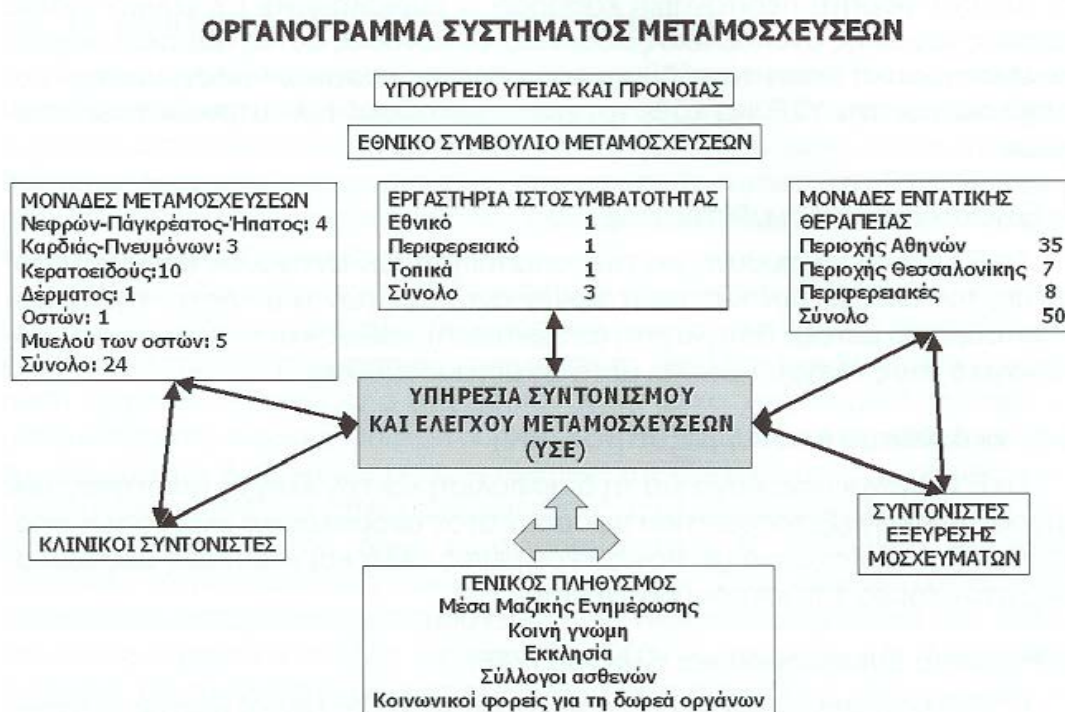
Ματιά στο μέλλον. Η μεταμοσχευτική κοινότητα συνεχίζει να ερευνά για το «δισκοπότηρο» της μεταμόσχευσης- ανοσολογική ανεκτικότητα- την ικανότητα να μεταμοσχεύσεις ένα όργανο χωρίς τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Παρόλο που τα πειράματα σε ζώα έχουν δείξει ότι η ανοσολογική ανεκτικότητα είναι πιθανή, τουλάχιστον μέχρι τώρα δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι εφαρμόζεται και στους ανθρώπους. Ο σημαντικότερος περιοριστικός παράγοντας στη μεταμόσχευση σήμερα είναι η έλλειψη δωρητών. Το 1996, πάνω από 34.000 Αμερικανοί ήταν στον κατάλογο αναμονής UNOS για μια μεταμόσχευση νεφρών, αλλά μόνο 11.330 μεταμοσχεύσεις ζώντων και πτωματικών δοτών υλοποιήθηκαν στην πραγματικότητα. Δυστυχώς, η απαίτηση για τις μεταμοσχεύσεις νεφρών συνεχίζει να υπερβαίνει τον αριθμό των διατιθέμενων νεφρών.

1.3.2 Διαδικασία της Μεταμόσχευσης

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται μεταμόσχευση και δεν έχουν έναν ζωντανό δότη εγγεγραμμένο με το ενωμένο δίκτυο για τη διανομή οργάνων (UNOS) θα τοποθετηθούν σε μια λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρών από πτωματικό δότη. Η UNOS είναι μη κερδοσκοπική οργάνωση που στο πλαίσιο σύμβασης της με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση διαχειρίζεται την προμήθεια οργάνων και δίκτυο μεταμόσχευσης (OPTN) και το εθνικό επιστημονικό ληξιαρχείο των παραληπτών οργάνων μεταμόσχευσης (SR). Στην Ελλάδα, η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου (ΥΣΕ) συνεργάζεται με τις ΜΕΘ, τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων και τα Εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας για την εύρυθμη ροή των διαδικασιών αναγνώρισης και υποστήριξης του δυνητικού δότη, φροντίζει για την ταχεία εκτέλεση όλων των απαιτούμενων εργαστηριακών εξετάσεων, ελέγχει την τήρηση των προβλεπόμενων από την νομοθεσία δοκιμασιών διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου και συμμετέχει στις διαδικασίες προσέγγισης και ενημέρωσης των συγγενών για την συναίνεσή τους στην αφαίρεση των οργάνων από το σώμα του δότη. Μετά την ολοκλήρωση, των προαναφερθέντων διαδικασιών, επιλέγει από τη λίστα αναμονής τους καταλληλότερους, στο συγκεκριμένο μόσχευμα κάθε φορά, υποψήφιους λήπτες και ενημερώνει τις αντίστοιχες Μονάδες Μεταμοσχεύσεων, στις οποίες επιθυμεί να

μεταμοσχευθεί ο επιλεγθής υποψήφιος. Επίσης συνεργάζεται με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς αναζήτηση κατάλληλων ληπτών, για όσα μοσχεύματα δεν έχουν βρεθεί κατάλληλοι λήπτες στην Ελλάδα, έτσι ώστε κάθε Ευρωπαίος υποψήφιος προς μεταμόσχευση ασθενής να έχει όσο το δυνατόν περισσότερες ευκαιρίες μεταμόσχευσης (Σαρρής, Σταυροπούλου- Γκιόκα, 1999).

Διάγραμμα 1 : Οργανόγραμμα Συστήματος Μεταμοσχεύσεων



Πηγή: Σαρρής Μ., Σταυροπούλου- Γκιόκα Αικ. (1999)

Η διαθεσιμότητα των νεφρών βασίζεται στην κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο σημαντικότερος παράγοντας είναι το νεφρό να είναι συμβατό με το σώμα του ασθενή. Ένα ανθρώπινο νεφρό έχει ένα σύνολο έξι αντιγόνων, ουσίες που υποκινούν την παραγωγή των αντισωμάτων. Τα αντισώματα συνδέονται εν συνεχεία με τα κύτταρα, τα οποία αναγνωρίζουν ως ξένα και τους επιτίθενται. Οι δότες ιστοσυμβαδίζουν με 0 έως 6 εκ των αντιγόνων, και η συμβατότητα καθορίζεται από τον αριθμό και τη δύναμη αυτών των αντιστοιχισμένων ζευγαριών. Οι ζωντανοί δότες μπορεί να συγγενεύουν με τον ασθενή, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα απόρριψης ενός νεφρού που έχει ισχυρή βιολογική "αντιστοιχία"- ιστοσυμβατότητα με τον ασθενή, ή να μην έχουν καμία σχέση.

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει ένας διαχωρισμός στους πιθανούς δότες οργάνων. Οι δότες μπορεί να είναι είτε ζώντες, είτε πτωματικοί. Ζώντες δότες μπορεί να είναι συγγενείς ή μη συγγενείς. Ως πτωματικοί θεωρούνται άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση κλινικού θανάτου. Δηλαδή, όταν η εγκεφαλική λειτουργία έχει καταστραφεί, αλλά η κυκλοφορία παραμένει και η αναπνοή διατηρείται με αναπνευστήρα. Ο παρακάτω πίνακας απεικονίζει τα κριτήρια επέλευσης του εγκεφαλικού θανάτου (Δημόπουλος Κ. Α., 1998).

Πίνακας 2 : Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να στηρίζεται στα ακόλουθα σημεία:	
1.	Κατάργηση των κινήσεων, αυτόματων και προκλητών
2.	Βαθύ, συνεχές κόμα, με σταθερά διεσταλμένες κόρες και απουσία αντανακλαστικών των εγκεφαλικών νεύρων
3.	Κατάργηση της αυτόματης αναπνοής, αφού, εξαιτίας της εγκεφαλικής βλάβης, δεν υπάρχει η νευρική ρυθμισή της, και απαιτείται τεχνική αναπνοή με αναπνευστήρα
4.	Απουσία κυκλοφορίας στον αμφιβληστροειδή

Πηγή: Δημόπουλος Κ. Α., 1998

Οι πιθανοί δωρητές νεφρών υποβάλλονται σε πλήρες κλινικό και παρακλινικό έλεγχο εξετάζοντας το ιατρικό τους ιστορικό και τη φυσική κατάσταση, ώστε να αξιολογηθεί η καταλληλότητά τους για τη δωρεά. Τα δείγματα αίματος χρησιμοποιούνται για τον τύπο του ιστού και τις αντιστοιχίες των αντιγόνων, και επιβεβαιώνουν ότι οι τύποι αίματος είναι συμβατοί. Μια ομάδα αντιδραστικών αντισωμάτων (PRA) δημιουργείται με τη μίξη λευκών αιμοπεταλίων-κυττάρων αίματος του δότη και του ορού του παραλήπτη για να εξασφαλιστεί ότι τα αντισώματα του παραλήπτη δεν θα αντιδράσουν αρνητικά στα αντιγόνα του δότη. Οι μεταμοσχεύσεις νεφρών πτωματικών δοτών έχουν μια πιθανότητα 50% να λειτουργήσουν για 9 έτη, ενώ των ζωντανών δωρητών έχουν μια πιθανότητα 50% για 24 έτη, με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο ζευγάρια αντιγόνων που να ταιριάζουν. Εντούτοις, μερικά μοσχεύματα έχουν λειτουργήσει πάνω από 30 έτη.

Μια εξέταση ούρων εκτελείται στο δότη για να αξιολογηθεί η λειτουργία των

νεφρών του. Σε μερικές περιπτώσεις, μια ειδική χρωστική ουσία που διαφαίνεται με ακτίνες X εγχέεται σε μια αρτηρία, και γίνονται ακτίνες X για να δείξουν τον ανεφοδιασμό αίματος του νεφρού του δότη (η διαδικασία ονομάζεται αρτηριόγραμμα).

Οι πίνακες 3 και 4 καθορίζουν τις απαραίτητες εξετάσεις για τη λήψη μοσχεύματος, από ζώντα αλλά και από πτωματικό δότη.

Πίνακας 3 : Παρακλινικός Έλεγχος Δότη

Κατά τη διάρκεια του παρακλινικού ελέγχου ενός δότη πραγματοποιούνται οι κάτωθι εργαστηριακές εξετάσεις :
<ol style="list-style-type: none">1. Ομάδα αίματος2. Ιστοσυμβατότητα HLA3. Αιματολογικός έλεγχος:<ul style="list-style-type: none">- Γενική αίματος4. Αιμορραγικός έλεγχος5. Έλεγχος για HBsAg, anti-HCV, HIV6. Βιοχημικός έλεγχος:<ul style="list-style-type: none">- Ουρία, κρεατινίνη, K^+, Na^+, Ca^{++}, P-αίματος, ουρικό οξύ, σάκχαρο, χοληστερίνη, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση, γ-GT, τρανσαμινάσες, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων και λιπιδίων, CPK, LDH7. Εξέταση ούρων:<ul style="list-style-type: none">- Γενική ούρων, επανειλημμένες καλλιέργειες ούρων, ουρία ούρων, ουρικό οξύ και ηλεκτρολύτες (K^+, Na^+, Ca^{++}) ούρων 24ώρου, κρεατινίνη ούρων 24ώρου, και κάθαρση (clearance) κρεατινίνης8. Έλεγχος αναπνευστικού συστήματος:<ul style="list-style-type: none">- Ακτινογραφία θώρακα F/ P, σπιρομέτρηση αέρια αίματος9. Έλεγχος κυκλοφορικού συστήματος:<ul style="list-style-type: none">- Ηλεκτροκαρδιογράφημα, έλεγχος περιφερικών αγγείων10. Έλεγχος πεπτικού συστήματος:<ul style="list-style-type: none">- Υπερηχογράφημα ήπατος, παγκρέατος, χοληφόρων, βαριούχο γεύμα, ακτινολογικός έλεγχος λεπτού και παχέος εντέρου11. Έλεγχος νεφρών:

- Σπινθηρογράφημα και νεφρογράφημα, πυελογραφία, αγγειογραφία
12. Πρόσθετος έλεγχος: για φυματίωση, λοίμωξη, κακοήθεια.

Πηγή: Δημόπουλος Κ. Α., 1998

Πίνακας 4 : Εξετάσεις Μοσχεύματος από Πτωματικό Δότη

Απαραίτητες εξετάσεις για τη λήψη μοσχεύματος από πτωματικό δότη αποτελούν οι κάτωθι:	
1.	Γενική αίματος
2.	Ουρία- Σάκχαρο
3.	Κρεατινίνη αίματος
4.	Κρεατινίνη ούρων 24ώρου
5.	Clearance κρεατινίνης
6.	Ηλεκτρολύτες ορού
7.	Ηλεκτρολύτες ούρων 24ώρου
8.	Γενική ούρων
9.	Καλλιέργεια ούρων
10.	HBsAg, anti-HCV, HIV
11.	Ομάδα αίματος – Ιστοσυμβατότητα HLA
12.	Έλεγχος για ιούς, κυρίως CMV

Πηγή: Δημόπουλος Κ. Α., 1998

Οι υποψήφιοι για τη μεταμόσχευση ασθενείς που δεν πάσχουν από επιπρόσθετες νόσους δε παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Σήμερα οι αντενδείξεις για την εκτέλεση μεταμοσχεύσεων έχουν περιορισθεί σε δύο κύριες αιτίες:

1. την ύπαρξη οξέων φλεγμονών και
2. την ύπαρξη κακοήθους νόσου,

διότι τα νοσήματα αυτά υποτροπιάζουν μετά τη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.

Συνήθως το ανώτερο όριο ηλικίας κατά το οποίο επιτρέπεται η μεταμόσχευση είναι η ηλικία των 65-70 ετών, ενώ η νηπιακή και παιδική ηλικία δεν αποτελούν αντένδειξη. Ασθενείς με ιστορικό καρδιακών παθήσεων, ασθένεια πνευμόνων,

καρκίνο, ή ηπατίτιδα μπορεί να μην είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για μεταμόσχευση νεφρού διότι οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν την θνητότητα και την πιθανότητα απόρριψης του μοσχεύματος (Καλινδέρης Ν. Αθανάσιος, 1999).

Για την ακρίβεια οι αντενδείξεις για την πραγματοποίηση επέμβασης νεφρικής μεταμόσχευσης παρουσιάζονται στον πίνακα 5 που ακολουθεί.

Πίνακας 5 : Αντενδείξεις Νεφρικής Μεταμόσχευσης

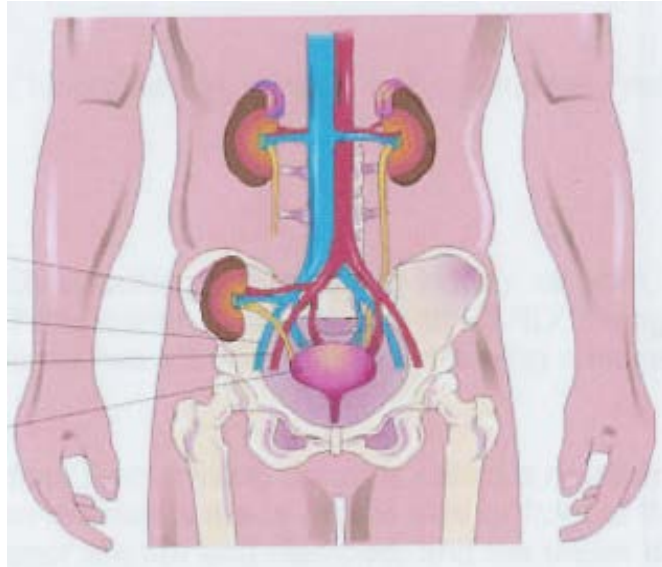
Αντενδείξεις για νεφρική μεταμόσχευση	
1.	Πρόσφατη κακοήθεια
2.	Βαριά καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια
3.	Ηπατική ανεπάρκεια
4.	Βαριά γενικευμένη αγγειακή νόσος
5.	Χρόνια λοίμωξη
6.	Μεγάλες συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος
7.	Διανοητική καθυστέρηση- ψυχολογικά προβλήματα
8.	Αλκοολισμός
9.	Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Πηγή: Δημόπουλος Κ. Α., 1998

Για δύο συνεχείς ημέρες πριν από την επέμβαση, υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, για την καλύτερη προετοιμασία από πλευράς υγρών, ηλεκτρολυτών και τοξινών. Εκτός από τις συνήθεις αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και τον έλεγχο της ηπατικής λειτουργίας, απαραίτητη είναι η αναζήτηση του αυστραλιανού αντιγόνου C και HCV, για προφύλαξη όχι μόνο των ασθενών αλλά και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. (Δημόπουλος Κ. Α., 1998)

Μόλις επιβεβαιωθεί η συμβατότητα και ολοκληρωθούν οι σωματικές προετοιμασίες για τη μεταμόσχευση νεφρών, και ο δότης και ο παραλήπτης υποβάλλονται σε ψυχολογική ή ψυχιατρική αξιολόγηση για να επιβεβαιωθεί ότι είναι συναισθηματικά προετοιμασμένοι για τη διαδικασία της μεταμόσχευσης και της μετεγχειρητικής θεραπευτικής αγωγής.

Εικόνα 1 : Ουροποιητικό Σύστημα



Νέο νεφρό

Λαγόνια φλέβα

Λαγόνια αρτηρία

Κύστη

Η λήψη του νεφρικού μοσχεύματος από τον πτωματικό, και ιδιαίτερα από τον ζώντα δότη, είναι ίσως το δυσχερέστερο έργο της μεταμόσχευσης. Απαιτείται λεπτομερής παρασκευή του νεφρού, των αγγείων και ιδιαίτερα του ουρητήρα, ώστε να διατηρηθούν απολύτως ακέραια και χωρίς θρόμβωση τα τροφοφόρα αγγεία του, που πορεύονται παράλληλα με αυτόν. (Δημόπουλος Κ. Α., 1998)

Η χειρουργική διαδικασία για να αφαιρεθεί ένα νεφρό από έναν ζωντανό δότη ονομάζεται νεφρεκτομή. Αφού χορηγηθεί γενική αναισθησία στον δότη γίνεται μια τομή στην πλευρά ή το μέτωπο της κοιλίας. Τα αιμοφόρα αγγεία, που συνδέουν το νεφρό με το δότη, κόβονται και στερεώνονται, όπως επίσης και ο ουρητήρας κόβεται μεταξύ της κύστης και του νεφρού και στερεώνεται. Το νεφρό και ένα συνημμένο τμήμα του ουρητήρα αφαιρούνται από το δότη. Έπειτα συνδέονται πάλι μαζί τα αγγεία, και ο ουρητήρας στο δότη, και ράβεται η τομή. Μια παρόμοια διαδικασία χρησιμοποιείται για τη συγκομιδή πτωματικών μοσχευμάτων, αν και τυπικά και τα δύο νεφρά αφαιρούνται αμέσως, και επίσης λαμβάνονται δείγματα αίματος και κυττάρων για δακτυλογράφηση ιστού.

Η λαπαροσκοπική νεφρεκτομή είναι μια μορφή χειρουργικής επέμβασης ελάχιστης εισβολής, που χρησιμοποιεί εργαλεία σε μακριές, στενές ράβδους ώστε να εξεταστεί, να κοπεί και να αφαιρεθεί το δωρισμένο νεφρό. Ο χειρουργός βλέπει το νεφρό και τον περιβάλλοντα ιστό με μία εύκαμπτη χειρουργική βιντεοκάμερα-

“videoscope”. Το “videoscope” και τα χειρουργικά εργαλεία ελίσσονται μέσω τεσσάρων μικρών τομών στην κοιλία. Μόλις ελευθερωθεί το νεφρό, εξασφαλίζεται σε μια σακούλα και τραβιέται μέσω μιας πέμπτης τομής, εύρους περίπου 7,6 εκατοστών, στο μέτωπο του κοιλιακού τοίχου κάτω από τον ομφαλό. Παρόλο που αυτή η χειρουργική τεχνική χρειάζεται ελαφρώς περισσότερο χρόνο από μια παραδοσιακή νεφρεκτομή, οι προκαταρκτικές μελέτες έχουν δείξει ότι προωθεί γρηγορότερο χρόνο αποκατάστασης-ανάρρωσης, συντομότερη παραμονή στο νοσοκομείο, και λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο για τους δωρητές νεφρών.

Μόλις τα νεφρά αφαιρεθούν από τους ζωντανούς και πτωματικούς δότες τοποθετούνται στον πάγο και ξεπλένονται με ένα κρύο διάλυμα συντήρησης όπως είναι το υγρό Collins ή Wisconsin Solution. Η έκπλυση του νεφρικού μοσχεύματος έχει ως σκοπό: α) την αφαίρεση, από όλο τον αγγειακό χώρο, των πηγμάτων αίματος, β) την ψύξη του μοσχεύματος σε θερμοκρασία 4°-6° C και γ) την απομάκρυνση των λεμφοκυττάρων, που πιθανόν κυκλοφορούν μέσα στα αγγεία του μοσχεύματος. Κατορθώνεται η προφύλαξη του νεφρού σε αυτό το διάλυμα επί 72 ώρες, έως ότου πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση (Δημόπουλος Κ. Α., 1998). Όσο πιο σύντομα πραγματοποιείται η μεταμόσχευση μετά από την συγκομιδή του νεφρού, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες για την καλύτερη λειτουργία του.

Κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, ο ασθενής παραλήπτης του νεφρού είναι με γενική αναισθησία και του χορηγούνται αντιβιοτικά ώστε να προληφθεί πιθανή μόλυνση. Προτού να αρχίσει η χειρουργική επέμβαση ένας καθετήρας τοποθετείται στην κύστη του ασθενή. Ο χειρουργός εκτελεί μια εξωπεριτοναϊκή τομή κατά Alexander στον ασθενή και εμφυτεύει το νεφρό επάνω από το πυελικό κόκκαλο και κάτω από το υπάρχον, μη-λειτουργικό νεφρό, ράβοντας την αρτηρία και τη φλέβα του νεφρού στη λαγόνια αρτηρία και φλέβα του ασθενή. Ο ουρητήρας του νέου νεφρού είναι άμεσα συνδεδεμένος με την κύστη του ασθενή. Μόλις συνδεθεί το νέο νεφρό, τα υπάρχοντα νεφρά του ασθενή μπορούν είτε να αφαιρεθούν είτε να παραμείνουν, ανάλογα με τις περιστάσεις της νεφρικής ανεπάρκειας.

Όσον αφορά την παρακολούθηση – μετεγχειρητική φροντίδα, οι δωρητές και οι παραλήπτες των νεφρών θα αντιμετωπίσουν κάποια ταλαιπωρία στην περιοχή της τομής. Υπάρχει περίπτωση να εμφανιστεί αιμωδία (μούδιασμα), που προκαλείται από τα χωρισμένα νεύρα, κοντά ή πάνω στην τομή. Πανσίπονα χορηγούνται μετά από τη

διαδικασία της μεταμόσχευσης. Επίσης ορίζεται μια θεραπευτική αγωγή ανοσοκατασταλτικών ή αντι-απόρριψης φαρμάκων, για να αποτρέψει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού από την απόρριψη του νέου νεφρού. Τα κοινά ανοσοκατασταλτικά περιλαμβάνουν την κυκλοσπορίνη A (Sandimmun neoral), την αζαθειοπρίνη (Imuran), τα κορτικοειδή και τα πολυκλωνικά ή μονοκλωνικά αντισώματα. Δύο νέα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα είναι το FK 506 και το Rabamycin. Ο ασθενής αναγκάζεται να πάρει ανοσοκατασταλτικά για όλη τη διάρκεια της ζωής του νέου νεφρού. Επίσης, ενδοφλέβια αντισώματα μπορούν να χορηγηθούν μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Το Daclizumab, ένα μονοκλωνικό αντίσωμα, είναι μια ελπιδοφόρος νέα θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κοινού με τα τυποποιημένα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ώστε να μειωθεί η επίπτωση της απόρριψης οργάνων.

Οι μεταμοσχευμένοι μπορεί να χρειαστεί να προσαρμόσουν τις διαιτητικές τους συνήθειες. Ορισμένες ανοσοκατασταλτικές φαρμακευτικές αγωγές είναι αιτίες αυξημένης όρεξης ή διατήρησης του νατρίου και των πρωτεϊνών, γι αυτό ο ασθενής θα πρέπει να ρυθμίζει τη λήψη θερμίδων, άλατος και πρωτεϊνών, του ώστε να επέρχεται ισορροπία.

Όπως οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση και η διαδικασία μεταμόσχευσης νεφρών εγκυμονεί κάποιους κινδύνους, τόσο για τον ζωντανό δότη, όσο και για τον παραλήπτη του μοσχεύματος. Οι πιθανότερες επιπλοκές είναι η μόλυνση και η αιμορραγία. Η πιο κοινή επιπλοκή για τους παραλήπτες νεφρών είναι μια εσωτερική διαρροή σύρων. Σε περίπου 5% των μεταμοσχεύσεων νεφρών, ο ουρητήρας υφίσταται κάποια ζημία, η οποία οδηγεί στη διαρροή. Αυτό το πρόβλημα συνήθως διορθώνεται με επικείμενη χειρουργική επέμβαση.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τον ασθενή που αναρρώνει δεν προέρχεται από την εγχείρηση ή το νεφρό, αλλά από το ανοσοκατασταλτικό φάρμακο που του χορηγείται. Επειδή αυτά τα φάρμακα καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα, ο ασθενής είναι ευαίσθητος στις μολύνσεις όπως cytomegalovirus (CMV) και το varicella (ανεμοβλογιά). Τα ανοσοκατασταλτικά μπορούν επίσης να προκαλέσουν πλήθος πιθανών παρενεργειών, όπως, υψηλή πίεση του αίματος, οστεοπόρωση, αλλαγές στην όρεξη (αύξηση ή μείωση), νευρικότητα, ανησυχία, προβλήματα ύπνου, και δυσπεψία. Οι παρενέργειες μπορούν να ελαττωθούν σε κάποιους ασθενείς, εφόσον

ρυθμιστεί η δοσολογία και οι συνταγές.

Το νέο νεφρό μπορεί να αρχίσει αμέσως να λειτουργεί ή να χρειαστεί μερικές εβδομάδες μέχρι να αρχίσει να παράγει ούρα. Το νεφρό ζωντανού δότη είναι πιθανότερο να αρχίσει να λειτουργεί νωρίτερα από ότι του πτωματικού, το οποίο συχνά υφίσταται κάποια αντιστρέψιμη ζημιά στη διάρκεια της αποθήκευσης και της μεταμοσχευτικής διαδικασίας του. Οι ασθενείς μπορεί να πρέπει να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση για αρκετές εβδομάδες, έως ότου το νέο τους νεφρό καθιερώσει ένα αποδεκτό επίπεδο λειτουργίας.

Η επιτυχία μιας μεταμόσχευσης νεφρού εξαρτάται από την ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και παραλήπτη και από το που προέρχεται το νεφρό. Τα πτωματικά μοσχεύματα έχουν ένα τετραετές ποσοστό επιβίωσης 66%, έναντι 80,9% των νεφρικών μοσχευμάτων ζωντανού δότη. Εντούτοις, έχουν υπάρξει περιπτώσεις πτωματικού και ζωντανού συγγενή δωρητή νεφρών, που λειτουργούν καλά περισσότερο από 25 έτη. Μελέτες έχουν δείξει, ότι αφότου οι δότες αναρρώσουν από τη χειρουργική επέμβαση, τυπικά δεν αντιμετωπίζουν καμία μακροπρόθεσμη επιπλοκή από την απώλεια του ενός νεφρού, και ότι το νεφρό που απομένει θα αυξήσει τη λειτουργία του για να αντισταθμίσει την απώλεια του άλλου.

Ένα μεταμοσχευμένο νεφρό μπορεί να απορριφθεί από τον ασθενή. Η απόρριψη συμβαίνει όταν το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή αναγνωρίζει το νέο νεφρό ως ξένο σώμα και του επιτίθεται. Αυτό συμβαίνει διότι: τα αντιγόνα, βρίσκονται στην επιφάνεια ειδικών κυττάρων που καθορίζουν την αντιγονική λευκοκυτταρική δομή του ανθρώπου και υπάρχουν στο χρωματόσωμα 6, βοηθούν δε τον οργανισμό να ξεχωρίζει ποιο είναι δικό του και ποιο όχι. Με αυτό τον τρόπο, βακτηρίδια ή άλλοι παθογόνοι οργανισμοί αναγνωρίζονται σαν ξένα και καταστρέφονται από το αμυντικό σύστημα του οργανισμού. Οπότε, όταν ένα όργανο μεταμοσχεύεται από μη συγγενικό περιβάλλον (ετερομόσχευμα) αναγνωρίζεται σαν ξένο και καταστρέφεται με απόρριψη.

Σύμφωνα με τον Σ. Μπεσμπέα η απόρριψη μπορεί να συμβεί:

1. λίγα λεπτά ή ώρες μετά την επαναιμάτωση του νεφρού στο λήπτη και συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, ρίγος και αναφυλακτικά φαινόμενα. Ονομάζεται υπεροξεία απόρριψη και για την εμφάνισή της οφείλονται τα προϋπάρχοντα αντισώματα, που για διάφορους λόγους προευσαιθητοποιήσης

και ασυμβατότητας, δρουν επί του εισαγόμενου αντιγόνου (νεφρό-μόσχευμα), με άμεση συνέπεια την νέκρωση και απαραίτητα την αφαίρεσή του. Σήμερα, συναντάται σπάνια τέτοιου είδους απόρριψη λόγω των προεγχειρητικών εξετάσεων και την ανάπτυξη των ανοσολογικών μέσων τυποποίησης, όσον αφορά την επιλογή δότη- λήπτη.

2. εάν έχει προηγηθεί ευαισθητοποίηση (όπως προηγηθείσα μεταμόσχευση, εγκυμοσύνη, κλπ), όπου σε αυτή την περίπτωση καλείται επιταχυνόμενη απόρριψη. Είναι μικτού τύπου ιστολογικά, δηλαδή κυτταρικού και χημικού, και αντιμετωπίζεται με τη σύνηθη αντι- απορριπτική αγωγή ή με μονοκλωνικά αντισώματα. (Θεωρείται και ως μία κατηγορία με την υπεροξεία απόρριψη).
3. σε σύντομο χρονικό διάστημα- πρώτη εβδομάδα ή εντός του μήνα- μετά τη μεταμόσχευση και ονομάζεται οξεία απόρριψη. Είναι ο συνηθέστερος τύπος απόρριψης- περίπου 25-55% των αρρώστων έχουν ένα επεισόδιο οξείας απόρριψης που αντιμετωπίζεται αποκλειστικά με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, αλλά συνήθως επέρχεται τελικά απόρριψη σε αώτερο χρόνο.
4. αρκετούς μήνες ή έτη αότου έχει πραγματοποιηθεί η επέμβαση. Ονομάζεται χρόνια απόρριψη και καθορίζεται σαν την προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας του μοσχεύματος. Η κατάσταση αυτή είναι δυνατό να διατηρεί σε βιώσιμη λειτουργία το νεφρικό μόσχευμα επί πολλά χρόνια με την ανάλογη ανοσοκατασταλτική θεραπεία, συνήθως όμως οι άρρωστοι επανέρχονται τελικά στη νεφρική κάθαρση. Η θεραπεία των αρρώστων σε στάδιο χρόνιας απόρριψης συνίσταται στην αναζήτηση των παραγόντων που προκάλεσαν το σύνδρομο και στον προγραμματισμό νέας μεταμόσχευσης.

1.3.3 Το μέσο κόστος μιας επέμβασης μεταμόσχευσης νεφρών

Σύμφωνα με τον Ν.2737/ 1999 (ΦΕΚ 174 – Τεύχος Α') περί Μεταμοσχεύσεων Ανθρώπινων Ιστών, κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή πτωματικό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες

καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Αλληλεγγύης. Όταν η αφαίρεση αφορά ζωντανό δότη, στις δαπάνες συνυπολογίζονται: α) οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής, β) τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη και γ) κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του.

Σύμφωνα με το κέντρο για την υγεία Emory στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι δαπάνες μιας μεταμόσχευσης νεφρών κυμαίνονται ευρέως, με μέσο όρο από \$25.000 έως \$150.000, εξαρτώμενα με την έκταση της ασθένειας των νεφρών και τη προέλευση του μοσχεύματος από πτωματικό ή ζώντα δότη. Η δριμύτητα της απόρριψης και ο αριθμός των φαρμάκων ή οι διαδικασίες που απαιτούνται μετά από τη χειρουργική επέμβαση μπορεί, επίσης, να έχουν επιπτώσεις στις νοσοκομειακές δαπάνες. Το κόστος των φαρμάκων αφότου ο ασθενής πηγαίνει στο σπίτι από το νοσοκομείο, κυμαίνονται από \$700 έως \$2.000 μηνιαίως.

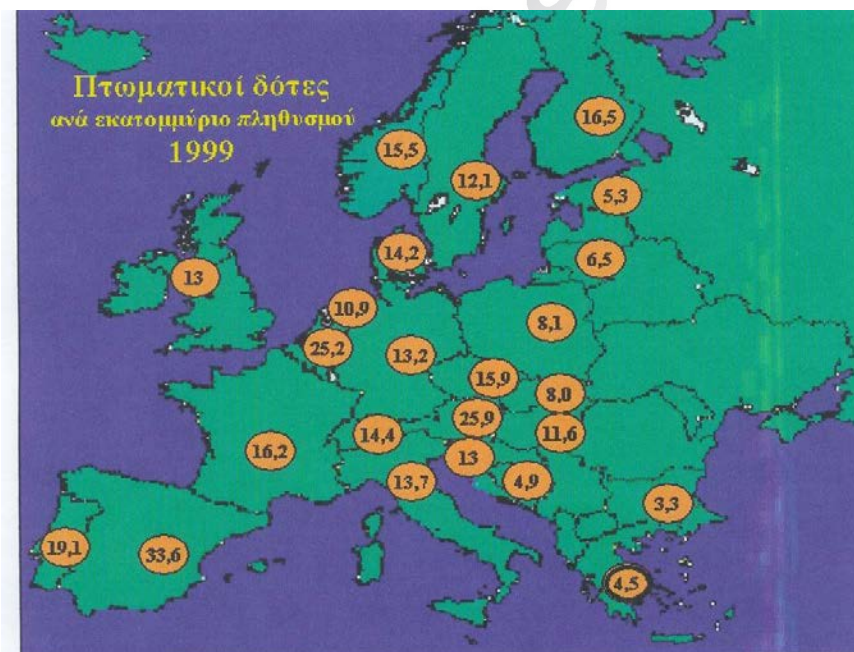
1.4 Στατιστικά Στοιχεία Μεταμοσχεύσεων

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (E.O.M.), η Ελλάδα κατέχει δύο πολύ αρνητικά ρεκόρ, τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους. Το πρώτο αφορά το υψηλότερο ποσοστό θανάτων από τροχαία ατυχήματα, ενώ το δεύτερο είναι ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δωρεάς οργάνων στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα οι μεταμοσχεύσεις να βρίσκονται σε οριακό σημείο. Χαρακτηριστικό αποτελεί το παράδειγμα ότι το 1997, παρόλο που έγιναν 1.892 θανατηφόρα ατυχήματα στην Ελλάδα με 2.141 νεκρούς, αναφέρθηκαν μόνο 77 πτωματικοί δότες από τους οποίους αξιοποιήθηκαν μόλις οι 38, κυρίως λόγω αρνήσεως των πιο στενών συγγενών. Παρομοίως, με μια μικρή βελτίωση, το 1998 έγιναν 1.980 θανατηφόρα ατυχήματα με 2.229 νεκρούς και αναφέρθηκαν 74 πτωματικοί δότες εκ των οποίων αξιοποιήθηκαν οι 57. Οι υπόλοιποι 17 πτωματικοί δότες δεν αξιοποιήθηκαν είτε εξαιτίας άρνησης των συγγενών τους είτε εξαιτίας ιατρικών αντενδείξεων.

Από τον πίνακα 6 και την εικόνα 2 που ακολουθούν συνειδητοποιούμε πόσο χαμηλά είναι τα ποσοστά των πτωματικών δοτών στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Εάν συγκρίνουμε την Ελλάδα με

την Πορτογαλία, όπου ο πληθυσμός και των δύο χωρών κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα, παρατηρούμε πως στην Πορτογαλία πραγματοποιήθηκαν 367 μεταμοσχεύσεις και μόνο σε 9 το μόσχευμα προερχόταν από ζωντανό δότη. Σε αντίθεση, στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκαν συνολικά για το 1999 μόνο 154 μεταμοσχεύσεις και οι 85 προέρχονταν από ζωντανό δότη. Ακόμη και αν συγκρίνουμε τις μεταμοσχεύσεις από ζωντανό και πτωματικό δότη με αυτές της Κύπρου (θρησκεία-παρόμοια κουλτούρα) συνειδητοποιούμε, πως η Κύπρος με 1/16 του πληθυσμού της Ελλάδος πραγματοποίησε αναλογικά περισσότερες μεταμοσχεύσεις νεφρού. Επίσης από την εικόνα 2 διαφαίνεται ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην προτελευταία θέση προσφοράς πτωματικών δοτών.

Εικόνα 2 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 1999



Πηγή: www.eom.gr

Πίνακας 6 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 1999

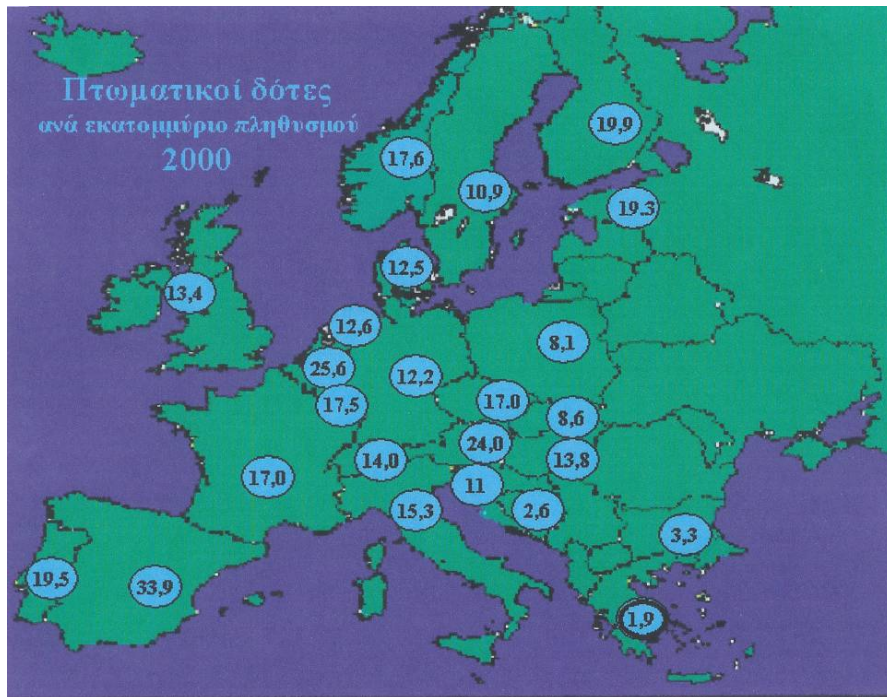
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant*	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	59,9	10	114,5	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	970	45	1704	-	1334	6	816	190
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,4%	80%	70,6%	-	85,3%	83,3%	83,8%	77,9%
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1760	69	3055	8087	2006	12	1432	358
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	77	85	579	4430	17	29	269	9

* Eurotransplant : Γερμανία, Βέλγιο, Αυστρία, Λουξεμβούργο

Πηγή: www.eom.gr

Για το έτος 2000, ενώ θα περιμέναμε άνοδο ή έστω σταθερότητα του αριθμού των πτωματικών δοτών στην Ελλάδα, δεν συνέβη κάτι τέτοιο. Από την εικόνα 3 σε σύγκριση με την προηγούμενη εικόνα 2 παρατηρούμε πως υπάρχει σημαντική μείωση των πτωματικών δοτών στην Ελλάδα, ενώ άμα συγκρίνουμε αντίστοιχα τις άλλες χώρες, αντιλαμβανόμαστε ότι σε εκείνες υπάρχει είτε αύξηση είτε σταθερή πορεία του αριθμού των πτωματικών δοτών. Παρομοίως, στον πίνακα 7 παρατηρούμε την μείωση των μεταμοσχεύσεων από ζωντανό δότη και κατά συνέπεια του συνόλου των μεταμοσχεύσεων.

Εικόνα 3 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 2000



Πηγή: www.eom.gr

Πίνακας 7 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 2000

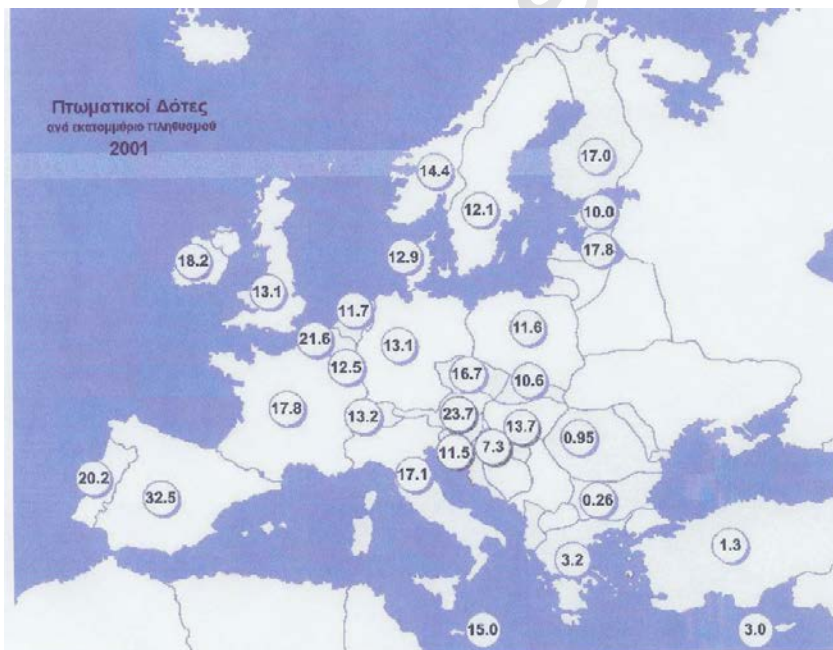
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant*	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,6%	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10

* Eurotransplant : Γερμανία, Βέλγιο, Αυστρία, Λουξεμβούργο

Πηγή: www.eom.gr

Για το 2001, παρατηρούμε στην εικόνα 4 πως υπήρχε μια ενδιαφέρουσα αύξηση των πτωματικών δοτών που παρόλο που μπορεί να μην έφτασε στο ύψος του 4,5 που υπήρχε το 1999, υπάρχει ικανοποιητικό επίπεδο, ιδίως εάν συγκριθεί με το 2000. Σχετικά με τον πίνακα 8 παρατηρούμε μια σημαντική συνολική αύξηση των μεταμοσχεύσεων, η οποία οφείλεται στις αντίστοιχες επιμέρους αυξήσεις των μεταμοσχεύσεων από ζώντες και πτωματικούς δότες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το μέγεθος της αύξησης, το οποίο ξεπερνάει τα μεγέθη του έτους 1999. Παρόλα ταύτα η Ελλάδα βρίσκεται απέχει πολύ σε σχέση με τα ευρωπαϊκά και διεθνή δεδομένα.

Εικόνα 4 : Γεωγραφική Απεικόνιση Πτωματικών Δοτών 2001



Πηγή: www.eom.gr

Πίνακας 8 : Δωρεά Οργάνων – Μεταμοσχεύσεις 2001

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2001								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant*	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	11	100,95	268	41,1	0,65	59,1	10
Πτωματικοί δότες	1066	32	1491	6081	1335	2	777	202
Μετ. νεφρού (πτωμ. Δότης)	1921	74	2693	8859	1893	4	1333	359
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	101	89	447	5293	31	26	358	10

* Eurotransplant : Γερμανία, Βέλγιο, Αυστρία, Λουξεμβούργο

Πηγή: www.eom.gr

Εν τέλει σύμφωνα με τον πίνακα 9 και το διάγραμμα 2 που ακολουθούν, τα δεδομένα για την Ελλάδα στο χώρο των μεταμοσχεύσεων νεφρού είναι θετικά, καθώς παρατηρείται ανοδική πορεία του συνολικού αριθμού μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα από το 1985 έως και το 2008, με μέσο ρυθμό μεταβολής 1,106. Η σαφής αύξηση των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα. Ενώ, αναφορικά με την πλειονότητα των συγγενικών μεταμοσχεύσεων νεφρού (ζώντες δότες) διατηρούν σταθερή πορεία με μικρές αυξομειώσεις ανά έτος.

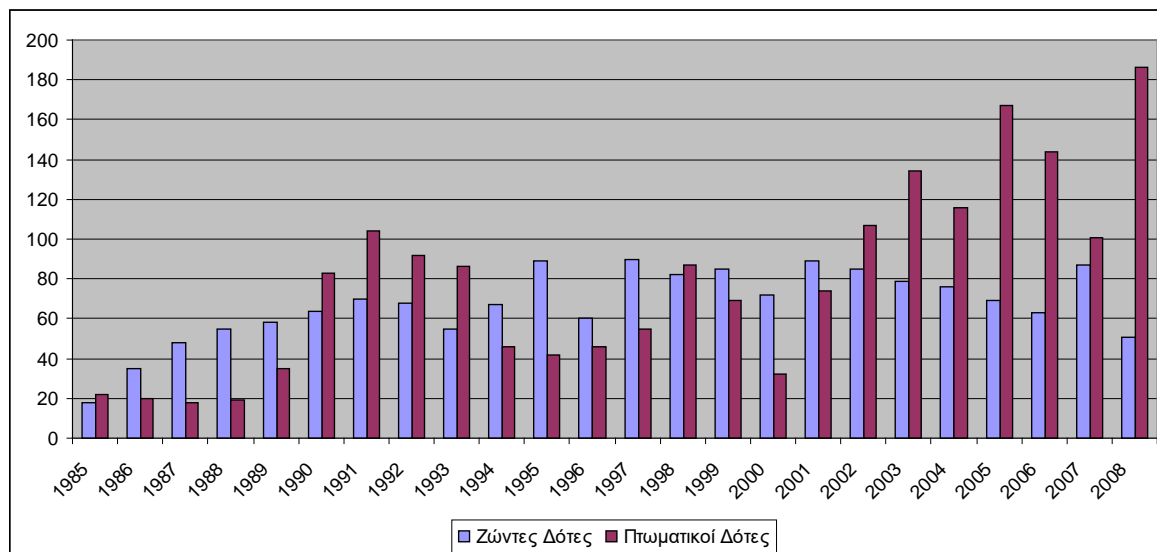
Πίνακας 9 : Μεταμοσχεύσεις Νεφρού την περίοδο 1985-2008 στην Ελλάδα

	Ζώντες Δότες	Πτωματικοί Δότες	Σύνολο Μεταμοσχεύσεων
1985	18	22	40
1986	35	20	55
1987	48	18	66
1988	55	19	74
1989	58	35	93
1990	64	83	147
1991	70	104	174
1992	68	92	160
1993	55	86	141
1994	67	46	113
1995	89	42	131
1996	60	46	106
1997	90	55	145
1998	82	87	169
1999	85	69	154
2000	72	32	104
2001	89	74	163
2002	85	107	192
2003	79	134	213
2004	76	116	192
2005	69	167	236
2006	63	144	207
2007	87	101	188
2008	51	186	237

Πηγή: www.eom.gr , www.transplant-observatory.org

(Ιδία Αναπροσαρμογή)

Διάγραμμα 2 : Διαγραμματική Απεικόνιση Μεταμοσχεύσεων Νεφρού την περίοδο 1985-2008 στην Ελλάδα



(Ιδία Αναπροσαρμογή)

1.5 Μεταμόσχευση και Ποιότητα Ζωής

«Η νεφρική μεταμόσχευση ως θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου αναπληρώνει, κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, συγκριτικά με την αιμοκάθαρση, τη νεφρική λειτουργία με τη χειρουργική εμφύτευση του νέου νεφρικού μοσχεύματος. Η βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών, η ανακάλυψη νέων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και η συσσώρευση γνώσεων που αφορούν την ερμηνεία των μηχανισμών αναγνώρισης και αποδοχής του «ξένου» καθιέρωσαν την μεταμόσχευση νεφρού ως κλασσική θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας» (Σαρρής, Σταυροπούλου, 1999).

Η σχέση της υγείας των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών με την ποιότητα ζωής τους, αφορά όλους τους τομείς της ζωής των αρρώστων και δεν περιορίζεται μονάχα στη σωματική παράμετρο. Ύστερα από την επίτευξη του πρωταρχικού στόχου που είναι η επιμήκυνση της ζωής και η σωματική ευεξία, η ποιότητα ζωής εστιάζεται στο ψυχολογικό τομέα με την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών. Υπάρχει μια γενική θεώρηση που υποστηρίζει ότι επειδή η μεταμόσχευση επιφέρει λιγότερους λειτουργικούς περιορισμούς αντίστοιχα αποτελεί και πηγή λιγότερου άγχους.

Σύμφωνα με έρευνες, η διερεύνηση της ψυχικής υγείας των μεταμοσχευμένων παρουσιάζει υψηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας, με αυξημένη ικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων και χαμηλά επίπεδα ψυχιατρικών διαταραχών. Παρόλα ταύτα, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που ορίζονται ως “αγχογόνοι”, λόγω της υψηλής βαθμολογίας που παρουσιάζουν, και αυτοί είναι, η επιβίωση του μοσχεύματος, η πιθανότητα λοιμώξεων ή επιπλοκών από τη θεραπεία, οι παρενέργειες των φαρμάκων, η εικόνα του σώματος και η εξέλιξη της σωματικής υγείας. Λίγες μέρες μετά τη μεταμόσχευση, οι θετικές προσδοκίες των μεταμοσχευμένων επικεντρώνονται στην ελπίδα βελτίωσης της σωματικής υγείας και την απεξάρτηση από το μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού, ενώ οι ανησυχίες αφορούν τις παρενέργειες από τα φάρμακα και τη γενικότερη εξέλιξη της υγείας τους. Αντίθετα, η αποχή από την εργασία ή η απώλεια προσωπικών, οικογενειακών και φιλικών σχέσεων δεν ανησυχούν ιδιαίτερα τους μεταμοσχευμένους. Για την αντιμετώπιση των αγχογόνων παραγόντων οι μεταμοσχευμένοι χρησιμοποίησαν κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης που θεωρούνται ως οι σημαντικότερες και είναι, η θετική στάση απέναντι στη ζωή, η δραστηριοποίηση, η απόλαυση και ο ρεαλισμός.

«Οι μεταμοσχευμένοι αναφέρουν παρεμφερή ποιότητα ζωής με αυτήν του γενικού πληθυσμού, τόσο ως προς τις τρεις διαστάσεις της (σωματική, κοινωνική, ψυχική) όσο και από την συνολική ικανοποίηση από τη ζωή. Συγκεκριμένα, οι μεταμοσχευμένοι δηλώνουν καλύτερη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, προσεγγίζουν τους δείκτες της σωματικής και κοινωνικής ευεξίας και υπερτερούν του δείκτη ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Τα ευρήματα αυτά ερμηνεύονται από τους ερευνητές με βάση το συγκριτικό σημείο αναφοράς που χρησιμοποιούν οι μεταμοσχευμένοι, όταν συγκρίνουν τη ζωή τους μετά τη μεταμόσχευση με αυτήν που είχαν όταν υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (honeymoon effect)» (Σαρρής 2001).

Στην ψυχο-κοινωνική διάσταση της υγείας τους, οι μεταμοσχευμένοι έχουν την πεποίθηση ότι δεν επηρεάζονται σχεδόν καθόλου οι κοινωνικές τους δραστηριότητες από σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, παρόλο που έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές συνδέονται με τα σωματικά συμπτώματα. Τα συνηθέστερα αναφερόμενα σωματικά συμπτώματα είναι η κόπωση, ο πονοκέφαλος, ο πόνος στις αρθρώσεις και οι διαταραχές του ύπνου, ενώ τα σημαντικότερα συναισθηματικά προβλήματα είναι το συναίσθημα διαφοροποίησης σε

σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους, ο φόβος και η ανασφάλεια, όπως επίσης και η γενικότερη σύγχυση. Σχετικά με τον περιορισμό, που αντιμετωπίζουν οι μεταμοσχευμένοι, εκτέλεσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, συνήθως λόγω σωματικού πόνου, δεν θεωρούν ότι είναι σημαντικός, δηλώνοντας άνεση στην εκτέλεση μέτριων ή σχεδόν επίπονων σωματικών δραστηριοτήτων.

Όσον αφορά την κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευμένων και τον βασικότερο παράγοντα μεταβολής της που είναι η ικανότητα για εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση, σύμφωνα με την Κοινωνιολογία της Υγείας (Σαρρής, 2001), σημειώνεται σχετικά καλή αποκατάσταση των μεταμοσχευμένων. Αξιοσημείωτη είναι η ευρύτατη διακύμανση που σημειώνουν τα ευρήματα στο δείκτη αποκατάστασης των νεφροπαθών που κυμαίνεται από 24% έως 83%. Επομένως, η εκτίμηση της ικανότητας για εργασία και της αποκατάστασης των νεφροπαθών δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη, εάν δεν συνεκτιμηθούν παράλληλα οι διαστάσεις της ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

1.6 Ανάλυση Ερευνών – Αρθρογραφίας

Η εν λόγω ενότητα της ανάλυσης ερευνών/ μελετών και της γενικότερης αρθρογραφίας, που υπάρχει σχετικά με το θέμα της ικανοποίησης μεταμοσχευμένων νεφροπαθών ασθενών, θα επιμεριστεί σε γενικές και ειδικές έρευνες, ανάλογα με την εστίαση των ερευνών/ μελετών αυτών. Γενικές χαρακτηρίζονται οι έρευνες που περιλαμβάνουν ως περιεχόμενό τους θέματα σχετικά τόσο με τους νεφροπαθείς, όσο και με την ικανοποίηση χρηστών από υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τις ειδικές έρευνες τέθηκε ως κριτήριο η ύπαρξη μετρήσεως της ικανοποίησης των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Για τη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης εντοπίστηκαν συνολικά δεκαέξι (16) έρευνες, εκ των οποίων οι 12 είναι γενικές και οι υπόλοιπες 4 ειδικές.

1.6.1 Γενικές Έρευνες

Η 1^η έρευνα που παρουσιάζεται πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Μιννεσότα, από την Patricia A. Frazier, τον Andrew P. Tix και την Cecil L. Barnett. Σε δύο μελέτες μεταμόσχευσης νεφρού, οι συγγραφείς εξέτασαν εάν η συσχέτιση μεταξύ της ενεργής κοινωνικής υποστήριξης και της καταπόνησης των ασθενών μετριάστηκαν από την ικανοποίηση των ασθενών με τη σχέση τους και το συντροφό τους. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι στη 1^η μελέτη ($n = 121$ ζεύγη), οι συζυγικές συμπεριφορές χωρίς υποστήριξη συνδέθηκαν με περισσότερη καταπόνηση μόνο μεταξύ των ασθενών που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τη συζυγική σχέση τους. Ενώ, στη 2^η μελέτη ($n = 112$ ζεύγη) παρόλο που οι σχέσεις χωρίς υποστήριξη και η θλίψη ποίκιλαν ανάλογα με την ικανοποίηση της σχέσης του ασθενή, το συγκεκριμένο σχέδιο αλληλεπίδρασης εξαρτήθηκε από τη μη υποστηρικτική συμπεριφορά που δόθηκε στον ασθενή. Και στις δύο μελέτες, η δυσαρέσκεια στις σχέσεις συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα θλίψης-καταπόνησης των ασθενών. Οι υποστηρικτικές συμπεριφορές δεν συνδυάστηκαν με θλίψη και δεν αλληλεπίδρασαν με την ικανοποίηση από τη σχέση.

Η 2^η έρευνα η οποία είχε ως σκοπό την εκπλήρωση των στόχων του προγράμματος Transplant Learning Center (υπεύθυνο για την παροχή κλινικών δεδομένων για βελτίωση της διαχείρισης των μεταμοσχευμένων και της ποιότητας ζωής που επηρεάζεται από δημογραφικούς και βιολογικούς παράγοντες), διεξήχθη σε 3.676 μεταμοσχευμένους νεφρού τουλάχιστον 90 ημερών, που έλαβαν ταχυδρομικά τα ερωτηματολόγια (Life Satisfaction Index: ένα νέο όργανο που σχεδιάστηκε με σκοπό να εξυπηρετεί τους στόχους του προγράμματος TLC, ως ένα ενιαίο σύνθετο μέτρο που συγκεκριμένα εντοπίζει την ποιότητα ζωής μετά από μεταμόσχευση). Οι ερευνητές Bonnie Siegal, R. J. Halbert και M. J. McGuire εντόπισαν ότι τα μέσα αποτελέσματα ικανοποίησης ήταν υψηλότερα σε άτομα ηλικίας άνω των 64 ετών, άνδρες και παντρεμένους. Τα αποτελέσματα ικανοποίησης συσχετίστηκαν θετικά με την εκπαίδευση και το εισόδημα. Χαμηλότερη ικανοποίηση εμφανίστηκε στα άτομα με παράγοντες νοσηρότητας, σε πρόσωπα που ανέφεραν ότι τα δυσμενή αποτελέσματα των φαρμάκων ήταν συχνότερα, και σε πρόσωπα που εξέθεσαν τη μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική τους αγωγή.

Στην 3^η έρευνα οι Matas A.J., McHugh L., Payne W.D., Wrenshall L.E., Dunn D.L., Gruessner R.W., Sutherland D.E. και Najarian J.S. μελετούν μέσω ερωτηματολογίων SF-36 τη μακροχρόνια ποιότητα ζωής, από 1-10 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, ή την ταυτόχρονη μεταμόσχευση πάγκρεας-νεφρού, 1.138 ληπτών με λειτουργούντα μοσχεύματα, εκ των οποίων 520 είναι διαβητικοί και 618 δεν είναι διαβητικοί. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Χειρουργικής του Πανεπιστημίου της Μινεσότα στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι διαβητικοί ερωτώμενοι, σε αντίθεση με τους μη διαβητικούς, δήλωσαν χαμηλή ποιότητα ζωής στις κλίμακες των σωματικών λειτουργιών, της γενικής υγείας και των κοινωνικών δραστηριοτήτων. Η ψυχική υγεία διαβητικών και μη δεν παρουσιάζει αποκλίσεις. Συμπεραίνεται ότι οι λήπτες επιτυχημένης μεταμόσχευσης δηλώνουν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από αυτήν του αντίστοιχου ηλικιακού γενικού πληθυσμού, αλλά όμοια με αυτή των χρόνιων παθήσεων.

Στην 4^η έρευνα, 2 ομάδες ασθενών νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου εξετάστηκαν 2 φορές με διαφορετικές ψυχοδιαγνωστικές απογραφές [Brief Symptom Inventory, German Social Support Questionnaire, ESRD Symptom Checklist-Transplantation Module, SF-36] στο πανεπιστήμιο εφαρμοσμένων επιστημών Magdeburg και Stendal της Γερμανίας. Οι ερευνητές Franke G.H., Reimer J., Philipp T. και Heemann U. εξέτασαν τις διαφοροποιημένες πτυχές της ποιότητας ζωής, μέσα από την πορεία της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου και ειδικότερα σε σχέση με τη μεταμόσχευση νεφρού. Πιο συγκεκριμένα, εάν αλλάζει η κοινωνική υποστήριξη στο πέρασμα του χρόνου και εάν είναι η ψυχολογική θλίψη, γενικά και ειδικά στις ασθένειες, προάγγελος της ποιότητας ζωής. Η 1^η ομάδα αποτελούνταν από 80 ασθενείς σε θεραπεία διάλυσης t0 και μετά από μεταμόσχευση t1, ενώ η 2^η από 222 ασθενείς και τις 2 φορές μετά από επιτυχημένη μεταμόσχευση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως και οι 2 ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στα κλινικά δεδομένα και την νοσηρότητα, εκτός από την μεγαλύτερη ανοσοκαταστολή των μεταμοσχευμένων της 1^{ης} ομάδας. Η 1^η ομάδα παρουσίασε μια στατιστικώς σημαντικά αυξημένη ικανοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης μετά τη μεταμόσχευση, ενώ η 2^η ομάδα παρουσίασε μείωση. Η υψηλή ψυχολογική θλίψη και καταπόνηση κατά τη διάλυση και μετά από τη μεταμόσχευση είναι προάγγελος χαμηλής μακροχρόνιας ποιότητας

ζωής.

Στην 5^η έρευνα εξετάζεται κατά πόσο μπορούν οι αντιλήψεις των ασθενών να είναι σημαντικότερες από τις αντικειμενικές κλινικές αξιολογήσεις στον καθορισμό της ποιότητας της ζωής για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Οι ερευνητές Kimmel P.L., Emont S.L., Newmann J.M., Danko H. και Moss A.H. του Τμήματος Νεφρικών Ασθενειών και Υπέρτασης του Πανεπιστημίου Τζωρτζ Ουάσιγκτον στις ΗΠΑ χρησιμοποίησαν το Ίντερνετ για να μοιράσουν ένα ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής σε 165 ασθενείς αιμοκάθαρσης με μέση ηλικία 60,9 έτη, εκ των οποίων 52% ήταν άνδρες, 63% εξ αυτών ήταν λευκοί και 33% ήταν Αφρό-Αμερικάνοι. Στα αποτελέσματα εντοπίστηκε πως τα συμπτώματα, ειδικά ο πόνος, μαζί με τις ψυχοκοινωνικές και πνευματικές παραμέτρους, είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών με ESRD. Καμία κλινική παράμετρος δεν συσχετίστηκε με οποιοδήποτε μέτρο ποιότητας ζωής των πνευματικών πεποιθήσεων ή της κοινωνικής υποστήριξης.

Η 6^η έρευνα μελετά την αναγνώριση προβλέψιμων παραγόντων της ποιότητας ζωής μετά από μεταμόσχευση νεφρών σε 91 μη διαβητικούς ασθενείς, στους οποίους χρησιμοποιήθηκαν 3 είδη ερωτηματολογίων. Οι ερευνητές Hathaway D.K., Winsett R.P., Johnson C., Tolley E.A., Hartwig M., Gaber A.O., Wicks M.N. και Milstead J. του Πανεπιστημίου του Τένεσι στις ΗΠΑ συμπέραναν πως ουσιαστικά όλοι οι ασθενείς βίωσαν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, η οποία συνέβη νωρίς και παρέμεινε. Κατασκευάστηκαν 5 διαφορετικά μοντέλα πρόβλεψης, εκ των οποίων όλα συμπεριλαμβάνουν αριθμό ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο τους πρώτους 6 μήνες, απασχόληση και κοινωνική υποστήριξη.

Στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) και στο Τμήμα Ψυχολογικής Υποστήριξης του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας πραγματοποιήθηκε από τους Α. Μπίρη, Ι. Κυριακοπούλου, Ε. Μαυροπούλου και Γ. Κυριακόπουλο η 7^η έρευνα σε 57 ενήλικα άτομα, 37 αιμοκαθαρόμενους (23 άνδρες και 14 γυναίκες) και 20 συντρόφους (9 άνδρες και 11 γυναίκες). Για το σκοπό της έρευνας, δηλαδή τη διερεύνηση της ποιότητας και του τρόπου ζωής των ασθενών που εντάσσονται σε ΧΠΑ και των συντρόφων τους (ψυχοκοινωνική προσαρμογή και κατάθλιψη), δημιουργήθηκαν 2 ερωτηματολόγια, ένα για τους ασθενείς και ένα προκειμένου να εκτιμηθεί η επίδραση σχετικά με το ψυχοκοινωνικό και διαπροσωπικό επίπεδο συμπεριφοράς που είχε η

νεφρική αιμοκάθαρση στους συντρόφους τους. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη του Beck (Beck's Depression Inventory-BDI) και το Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI), με την παράλληλη διεξαγωγή συνεντεύξεων. Στα αποτελέσματα εμφανίζεται υψηλό ποσοστό κατάθλιψης και θετική συσχέτιση με των αποτελεσμάτων του BDI, μεταξύ των ασθενών και των συντρόφων τους. Ο ελεύθερος χρόνος των ασθενών, μετά την ένταξη τους αυξήθηκε και αφιερώθηκε σε διάφορες ευχάριστες ενασχολήσεις, ταξίδια και φίλους. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ο χρόνος που αφιέρωναν στην οικογένεια και στην τηλεόραση ήταν σημαντικά λιγότερος. Επιπρόσθετα, τονίστηκε η σημασία του ιατρικού προσωπικού και η ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία.

Η 8^η έρευνα που αναφέρεται έλαβε χώρα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αττικής από τους Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκο, Μ. Σαρρής και Ι. Υφαντόπουλο. Η έρευνα εστιάστηκε στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία μέσω ερωτηματολογίου πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται στα 1.000 άτομα είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους γονείς των παιδιών. Συνολικά το 45,2% των συνοδών έμεινε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο. Επιπλέον το 49% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής, ενώ 150 συνολικά συνοδοί δεν έμειναν δυσαρεστημένοι από τον εν λόγω τομέα. Παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (54,3%) εμφανίστηκαν πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένοι από την ευγένεια του προσωπικού, ενώ μόλις το 2,1% είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο με 3,6 ενώ οι νοσηλευτικές με 3,4. το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Οι υποδομές βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο με 2,4 υποστηρίζοντας συνάμα και την ανακαίνιση του κτηρίου.

Η 9^η έρευνα η οποία προβάλλεται πραγματοποιήθηκε το 2007 στις νοσηλευτικές μονάδες των Φιλιατών Θεσπρωτίας (Κέντρο Υγείας), Άρτας (Γενικό

Νοσοκομείο), Πρεβέζης (Γενικό Νοσοκομείο), Ιωαννίνων (Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και Γενικό Νοσοκομείο), Ηγουμενίτσας (Κέντρο Υγείας), από τους Π. Χαραλάμπους, Χ. Κλεισιάρη, Γ. Αγά. Η έρευνα εστιάζεται στην ποιότητα της ενημέρωσης που είχαν οι ασθενείς για τα προβλήματα υγείας τους, τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από άλλες πηγές, καθώς και το βαθμό ικανοποίησής τους από την εν λόγω ενημέρωση. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η μέθοδος αυτό-αναφοράς με ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο 10 ερωτήσεων κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 181 ασθενείς (91 νοσηλευόμενους και 90 ασθενείς εξωτερικών ιατρείων) στις ανωτέρω έξι μονάδες υγείας. Η μελέτη αυτή εκμαίευσε από το δείγμα ότι το 78% είχε λάβει πληροφορίες για τη θεραπεία της νόσου, ενώ τα ποσοστά για την αιτία, ως αναγκαίες εξετάσεις και τη μελλοντική πορεία της νόσου ήταν περίπου 50%. Μόνο το 8,8% δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί για όλα αυτά τα στοιχεία. Το 40% των ασθενών θεωρούν ότι ο χρόνος ενημέρωσης ήταν ανεπαρκής ή οριακός, ενώ ως κύρια πηγή της ενημέρωσης φαίνεται πως αποτελεί ο θεράπωντας ιατρός (για το 71% ο νοσοκομειακός και για το 37,5% ο οικογενειακός γιατρός). Το 49,7% των ασθενών αναφέρει ότι από συχνά έως αρκετά συχνά σκέφτηκε να αλλάξει γιατρό λόγω κακής συνεργασίας ή ελλιπούς ενημέρωσης. Το 64% πιστεύει ότι σε περίπτωση σοβαρής νόσου ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει πρώτα τον ασθενή, με ή χωρίς την παρουσία συγγενών, και μόνο 2,2% πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερωθεί μόνο η οικογένεια χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς. Επίσης οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους επιθυμούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας που τους αφορούν. Το 77,9% των ασθενών εκδηλώνει προτίμηση για την προφορική πληροφόρηση με ή χωρίς συνοδευτικά μέσα, όπως ενημερωτικά έντυπα ή φυλλάδια.

Η επόμενη έρευνα (10^η) έλαβε χώρα σε 2 νοσοκομεία της Αττικής, ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο, τα έτη 2000, 2003 και 2003-2004. Η έρευνα ήρθε εις πέρας από τους Πολύζο Ν., Μπαρτζώκα Δ., Πιερράκο Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλο Ι., και επικεντρώθηκε στην παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των αρχών της ποιότητας και πιο συγκεκριμένα στον προσδιορισμό δεικτών που παρέχουν τη δυνατότητα μιας άμεσης εικόνας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς τους νοσοκομείου. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συγκριτική

ανάλυση μελετών που διεξήχθησαν με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα της παρούσης έρευνας αποτέλεσαν 378 εσωτερικοί ασθενείς του εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείου και 520 ασθενείς του νεοσύστατου νοσοκομείου, εκ των οποίων 108 ήταν εσωτερικοί ασθενείς και οι 412 εξωτερικοί. Και τα αποτελέσματα της έρευνας διατυπώνουν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία. Οι γενικές εντυπώσεις από τη νοσηλεία είναι θετικές κατά 91,1% και 75,2% αντίστοιχα. Επίσης είναι θετικές οι εντυπώσεις από το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92,7% και 71,3% αντίστοιχα, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό 92,7% και 84,4% αντίστοιχως. Τέλος, προέκυψε σχέση ανάμεσα στη χρήση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας και της ικανοποίησης ασθενών, όσο πιο πολύ δηλαδή χρησιμοποιείται το εν λόγω σύστημα, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των χρηστών.

Η 11^η μελέτη που αναφέρεται έλαβε χώρα σε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα (Καβάλα) το 2002, από τις Καμπάντα Μ. και Νιάκα Δ. . Στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας και η διερεύνηση κοινωνικό δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ειδικό ερωτηματολόγιο μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης. Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από όλους τους χρήστες της υπηρεσίας κατά το τρίμηνο Μάρτιος – Μάιος 2002. Συνολικά τα άτομα ήταν 272 εκ των οποίων τα 250 δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην εν λόγω έρευνα. Διαφαίνεται η ύπαρξη υψηλής ικανοποίησης των χρηστών ως προς τους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο ως προς το κλινικό έργο, ενώ το επίπεδο υγείας του ασθενούς βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο Κέντρο Υγείας. Η ικανοποίηση από το κλινικό έργο δείχνει να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας όπως το αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Η 12^η έρευνα έλαβε χώρα σε τέσσερις μονάδες υγείας του Ασφαλιστικού Οργανισμού ΙΚΑ στην Αττική, και πιο συγκεκριμένα στις περιοχές Αλεξάνδρας, Αμαρουσίου, Ζωγράφου και Περιστερίου, από τους Ιανουάριο έως και το Μάιο του 2001, από τους Γ. Τούντα, Θ. Τοπατατζίδη και Λ. Χουλιάρη. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις

παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο τυχαίος τρόπος επιλογής με βάση τη σειρά αναμονής σε κάθε ιατρείο. Το δείγμα αποτελείται από 435 ασφαλισμένους του ΙΚΑ και τα αποτελέσματα που εκπορεύονται από τη μελέτη είναι: το 51,2% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι έχει καλή υγεία, το 76,1% προτιμά να επισκέπτεται πρώτα ένα γενικό νοσοκομείο, ενώ το 91,3% επισκέπτεται το γιατρό με δική του πρωτοβουλία. Παρατηρήθηκε ότι ο μέσος όρος των επισκέψεων σε ΙΚΑ είναι 10 επισκέψεις των τελευταίο χρόνο (2000). Το 51% αξιολογεί τις υπηρεσίες του ΙΚΑ πολύ καλές ή καλές και το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές. Το 51,2% είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 31,4% πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% καθόλου ικανοποιημένο. Ως γενικότερη διαπίστωση, οι παρεχόμενες υπηρεσίες του ΙΚΑ χρειάζονται βελτίωση.

1.6.2 Ειδικές Έρευνες

Οι Pala T. και Dündar P. στην 13^η έρευνα μελέτησαν, μέσω του Κοινωνικο-δημογραφικού ερωτηματολογίου και του WHOQOL-Bref, την αξιολόγηση της επίδρασης των υπηρεσιών υγείας στην ικανοποίηση του ασθενή στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Celar Bayar Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και στο State Hospital and State SSK Hospital της Μανίσα στην Τουρκία. Συμπερασματικά, οι 187 ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω (46,5% άνδρες και 54,5% γυναίκες) θεωρούν πως οι υγειονομικές υπηρεσίες και η ικανοποίηση από τους νοσοκόμους είναι σημαντικότεροι παράγοντες σε σχέση με την ικανότητα διατήρησης του “νοικοκυριού”.

Στην 14^η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Ψυχιατρικής και Επιστήμης Συμπεριφοράς του Πανεπιστημίου του Μαϊάμι από τους Andrew L. Brickman, Sharon T. Rothberg, Susan E. Yount, Nancy T. Blaney και Robert Morgan ερευνήθηκε η συνεισφορά της νεύρωσης στην τάση αναφοράς παρενεργειών σχετιζόμενες με τη μεταμόσχευση, και τη μετά-μεταμοσχευτική αυτοέκθεση και νοσηλεία (εισαγωγή σε νοσοκομείο) στον καθορισμό της ικανοποίησης με τις προ-μεταμοσχευτικές πληροφορίες και τη γενική ικανοποίηση με τη χειρουργική

επέμβαση μεταμόσχευσης. Στην έρευνα συμμετείχαν 112 ασθενείς εκ των οποίων 50 ήταν άνδρες (45%) και 62 γυναίκες (55%). Το 81,6% ήταν Λευκοί, το 14% Αфро-Αμερικάνοι και 4,4% κάτι άλλο. Για την διεξαγωγή της έρευνας κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο και ταχυδρομήθηκε σε 264 ασθενείς, που ήταν ήδη μεταμοσχευμένοι για έξι μήνες. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι συνολικά με τη μεταμοσχευσή τους. Οι ασθενείς που δήλωσαν λιγότερες παρενέργειες και επιπλοκές εξέφρασαν ακόμη μεγαλύτερη ικανοποίηση και ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι με την προ-εγχειρητική τους ενημέρωση. Δηλαδή, η ικανοποίηση σχετικά με την πληροφόρηση εξαρτάται από τον όγκο των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που επακολουθούν της μεταμόσχευσης. Η μεταεγχειρητική νοσηλεία μειώνει την μεταμοσχευτική ικανοποίηση και δεν είναι απαραίτητο ότι η προεγχειρητικά νευρωτική προσωπικότητα θα οδηγήσει σε μετεγχειρητική νοσηλεία.

Στην επόμενη έρευνα (15^η) που προβάλλεται πραγματοποιήθηκε το 2005 σε Μεταμοσχευτικά Κέντρα Αττικής και Θεσσαλονίκης, από τους Μ. Σαρρή, Α. Γούλα, Σ. Σούλη, Α. Σταυροπούλου. Η εν λόγω έρευνα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Χρησιμοποιήθηκε μέθοδος αυτό-αναφοράς, μέσω του οργάνου μέτρησης, το ερωτηματολόγιο «επισκόπησης υγείας SF-36». Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 407 μεταμοσχευμένους ασθενείς, οι σημείωσαν τις ακόλουθες βαθμολογίες στις κλίμακες της σωματικής υγείας: σωματικός πόνος 70,8%, σωματική λειτουργικότητα 60,3%, σωματικός ρόλος 57,2%, γενική υγεία 50,7%. Ενώ στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας, σε ποσοστό 68,6% η κοινωνική λειτουργικότητα, 61,4% η ψυχική υγεία, 58,2% ο συναισθηματικός ρόλος, και 56,7% η ζωτικότητα. Η εκτίμηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοκοινωνικής υγείας εξαρτάται από τη συνολική ικανοποίηση, από τη ζωή, την ικανότητα εργασίας και την επίδραση των επιπλοκών, ενώ αντίθετα, η ηλικία και το εισόδημα δεν φαίνεται να έπαιξαν σημαντικό ρόλο. Το φύλο, η συχνότητα νοσηλείας, η διάρκεια θεραπείας και η εκπαίδευση επηρέαζαν περισσότερο την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής υγείας.

Η επόμενη έρευνα (16^η) πραγματοποιήθηκε σε Μεταμοσχευτικό Κέντρο της Αττικής το έτος 2005 από τους Μ. Σαρρή, Α. Γούλα, Β. Γκιόκα, Σ. Σούλη, με κεντρικό άξονα της μελέτης την αξιολόγηση ειδικών προσδιοριστών της σχετιζόμενης

με την υγεία ποιότητας ζωής και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή της αυτό-αναφοράς μέσω του οργάνου μέτρησης, ερωτηματολόγιο «επισκόπησης υγείας SF-36». Το δείγμα της έρευνας αποτελούν 212 μεταμοσχευμένοι ασθενείς. Ως προς τα συμπεράσματα της έρευνας, φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα ζωής ακολουθεί φθίνουσα τάση στη διάρκεια των ετών μετά τη μεταμόσχευση, σημειώνοντας μια οριακή φθίνουσα χρησιμότητα με τη συμπλήρωση της πρώτης πενταετίας επιτυχούς μεταμόσχευσης. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ίδιων των ασθενών. Η παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας αναμένεται να βελτιώσει κατά 21% την κατάσταση της σωματικής τους υγείας κατά 50% την κατάσταση της ψυχοκοινωνικής τους υγείας, ενώ κατά 15% την ικανότητα εργασίας των ίδιων μετά τη μεταμόσχευση.

1.7 Ερευνητική Υπόθεση

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των χρηστών από αυτές αποτελούν το κεντρικό ζητούμενο στο χώρο ενός νοσηλευτικού ιδρύματος. Και οι δύο αυτές έννοιες ως πολυδιάστατα και πολυπαραγοντικά φαινόμενα “ιντριγκάρουν” τους επιστήμονες να τις μελετήσουν και να εντοπίσουν τα αλληλοσυνδεδεμένα σημεία που τις προσδιορίζουν ως ταυτόσημες, παρότι δεν είναι.

Ο κάθε ασθενής ως γνωστό δεν μπορεί ή ίσως δεν επιθυμεί να επικοινωνήσει ή να έρθει σε άμεση επαφή με τους υπευθύνους της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ενός Νοσηλευτικού Οργανισμού στην οποία νοσηλεύεται ή επισκέπτεται. Αυτό που επιζητεί ένας ασθενής είναι:

- Η φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας.
- Η επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.
- Η ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων που αντιμετωπίζει.

Στις τρεις αυτές γενικές κατηγορίες αναγκών του που προσπαθεί να καλύψει ένας ασθενής μέσα σε μια Νοσηλευτική Μονάδα έχει τη δυνατότητα να βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο της ικανοποίησης που αποδέχεται/ απολαμβάνει. Αντίστοιχα,

για να υπάρξει ανταπόκριση στις απαιτήσεις του ασθενή από πλευράς της Νοσηλευτικής Μονάδας πρέπει:

- Να υπάρχει επαρκές και επιστημονικά εκπαιδευμένο προσωπικό, τόσο Ιατρικό και Νοσηλευτικό, όσο και Διοικητικό, Βοηθητικό και Παραϊατρικό.
- Ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία είναι απαραίτητη για την ειδίκευση της Νοσηλευτικής Μονάδας.
- Ύπαρξη κατάλληλου ξενοδοχειακού εξοπλισμού και διατροφής.
- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας.
- Διασφάλιση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας

Αυτό που είναι βέβαιο εξαρχής είναι ο τρόπος με τον οποίο η Νοσηλευτική Μονάδα αξιολογεί τους προαναφερθέντες παράγοντες από σειράς σπουδαιότητας, μπορεί να είναι διαφορετικός από τον τρόπο που ικανοποιείται ο ασθενής, στοιχεία που πρέπει να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν από τη Διοίκηση.

Πως όμως εντέλει ικανοποιείται ένας ασθενής; Τα κεντρικά σημεία τα οποία εστιάζει, όπως αυτά προκύπτουν από τη βιβλιογραφία και την αρθρογραφία που έχει παρουσιαστεί σε προηγούμενη ενότητα, διαφαίνονται πως είναι:

- ✓ Άμεση επικοινωνία με το γιατρό που θεωρεί ικανό, ή που έχει πεισθεί για την επιστημονική του πληρότητα/ επάρκεια, όταν μάλιστα επιθυμεί να έχει άμεσα εξηγήσεις σε όποιες ανησυχίες του δημιουργούνται.
- ✓ Ενημέρωση για την όποια αλλαγή ή καθυστέρηση στην πορεία της θεραπευτικής του αγωγής, κυρίως από το γιατρό, καθώς επίσης και από τον νοσηλευτή/ τρια.
- ✓ Αίσθημα ευαισθησίας για το πρόβλημά του, ακόμα και όταν αυτό δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου.
- ✓ Επίδειξη επαγγελματισμού εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας ώστε να επιτυγχάνεται υψηλό αίσθημα ασφάλειας του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.
- ✓ Ευχάριστο ξενοδοχειακό περιβάλλον.
- ✓ Υψηλό επίπεδο καθαριότητας, τόσο για λόγους καλαισθησίας, όσο και προς αποφυγή λοιμώξεων.
- ✓ Υψηλό επίπεδο διατροφής και εξυπηρέτησης.

Όλα τα παραπάνω διαφέρουν στις διάφορες ομάδες ασθενών που πάσχουν από συγκεκριμένο χρόνιο νόσημα. Η έρευνα, η οποία θα παρουσιαστεί παρακάτω, έγινε σε μια πολύ ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, αυτή των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. Μια ομάδα ατόμων με τόσο εξειδικευμένες ανάγκες πρωταρχικού επιπέδου, όπως είναι αυτή των νεφροπαθών, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον μελέτης της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Η ικανοποίηση μεταμοσχευμένων νεφροπαθών από τις υπηρεσίες υγείας του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» είναι το αντικείμενο μελέτης της έρευνας που διεξήχθη, προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο οι θεωρητικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχουν εφαρμογή στην καθημερινότητα των νεφροπαθών. Καθώς η εν λόγω ομάδα ασθενών λόγω της ιδιαιτερότητάς της είναι αναγκασμένη να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας αρκετά συχνά, ώστε αυτές να θεωρούνται πλέον μέρος της καθημερινότητάς τους.

1.8 Περιγραφή Μεταβλητών

Προκειμένου να διερευνηθεί η υπόθεση εργασίας, όπως αυτή παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών, το οποίο αποτελείται από 37 ερωτήσεις, οι οποίες επιμερίζονται σε επτά (7) ενότητες ερωτήσεων. Οι ενότητες αυτές των ερωτήσεων είναι αναλυτικά οι κάτωθι:

1. Κοινωνικο- Δημογραφικά Στοιχεία
2. Κλινική Εικόνα Ασθενή
3. Ικανοποίηση από τις Ιατρικές Υπηρεσίες
4. Ικανοποίηση από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες
5. Ικανοποίηση από τις Διοικητικές Υπηρεσίες
6. Ικανοποίηση από την Υποδομή του Νοσοκομείου
7. Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσοκομείο

Οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε μία από τις ανωτέρω ενότητες με τη σειρά είναι:

1. Κοινωνικο- Δημογραφικά Στοιχεία : έξι (6) ερωτήσεις από 1 έως 6
2. Κλινική Εικόνα Ασθενή : τέσσερις (4) ερωτήσεις από 7 έως 10
3. Ικανοποίηση από τις Ιατρικές Υπηρεσίες : επτά (7) ερωτήσεις από 11 έως 17

4. Ικανοποίηση από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες : πέντε (5) ερωτήσεις από 18 έως 22
5. Ικανοποίηση από τις Διοικητικές Υπηρεσίες : πέντε (5) ερωτήσεις από 23 έως 27
6. Ικανοποίηση από την Υποδομή του Νοσοκομείου : οκτώ (8) ερωτήσεις από 28 έως 35
7. Συνολική Ικανοποίηση από το Νοσοκομείο : δύο (2) ερωτήσεις από 36 έως 37

Γενικά, οι ερωτήσεις που δύναται να χρησιμοποιηθούν σε ένα ερωτηματολόγιο διαχωρίζονται σ' αυτές του κλειστού και του ανοιχτού τύπου. Λέγοντας κλειστού τύπου εννοούμε ερωτήσεις, οι οποίες δίδονται στον ερωτώμενο και παρέχουν προβλεπόμενες απαντήσεις, από τις οποίες οι ερωτώμενοι πρέπει να επιλέξουν την απάντηση που τους καλύπτει. Αντίστοιχα, λέγοντας ανοιχτού τύπου ερωτήσεις εννοούμε εκείνες, των οποίων οι απαντήσεις δίδονται μόνο από τους ερωτώμενους, χωρίς την ύπαρξη επιλογών, δίνοντας την ευκαιρία στον ερωτώμενο να απαντήσει με τον δικό του τρόπο.

Οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιούνται για μελέτη συγκεκριμένων πτυχών του θέματος που εξετάζεται, αλλά και για να ανακαλύψει ο ερευνητής το βαθμό, που πιστεύει το δείγμα του κάποια άποψη. Ενώ οι ανοιχτές ερωτήσεις χρησιμοποιούνται για να κατανοήσει ο ερευνητής τα γενικά συναισθήματα του ερωτώμενου. Και οι δύο τύποι ερωτήσεων τίθενται ώστε να αντιληφθεί ο ερευνητής για ποιο λόγο το δείγμα του έχει μια συγκεκριμένη άποψη. Στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις μόνο κλειστού τύπου, ώστε να είναι όσο το δυνατόν σύντομο και γρήγορο στη συμπλήρωσή του.

Εκτός βέβαια, από τον προηγούμενο διαχωρισμό των ερωτήσεων σε κλειστού και ανοιχτού τύπου, υπάρχουν και κάποιες άλλες κατηγορίες, στις οποίες διαχωρίζονται οι ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζονται στο παρόν ερωτηματολόγιο, είναι:

- Οι διχοτομικές ερωτήσεις, στις οποίες οι πιθανές απαντήσεις είναι μόνο δύο, π.χ. «ναι-όχι» ή «άνδρας-γυναίκα», και
- Οι ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου ο τύπος των ερωτήσεων έχει την εξής μορφή: «καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ» ή κάποια άλλη αντίστοιχη.

Επιστρέφοντας στις ενότητες του ερωτηματολογίου, που αποτελούν τη δομή του, καθώς έχουν ήδη αναφερθεί πόσες και ποιες ερωτήσεις περιλαμβάνει η κάθε μία, πρέπει σε αυτό το σημείο να καταγραφεί και ο σκοπός της κάθε ενότητας. Ο σκοπός της πρώτης ενότητας είναι η κατανόηση κάποιων προσωπικών στοιχείων του ερωτώμενου, όπως είναι: το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή του κατάσταση, το εισόδημά του και η εργασία του.

Στη δεύτερη ενότητα, γίνεται μια ποσοτική καταγραφή των βασικών ιατρο-κλινικών χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι. Για την ακρίβεια, τα ιατρο-κλινικά χαρακτηριστικά, τα οποία ελέγχονται, είναι πόσα χρόνια πριν ο νεφροπαθής ερωτώμενος υπεβλήθη σε μεταμόσχευση, πόσο συχνά επισκέπτεται το νοσοκομείο για την πάθησή του, εάν έχει χρειαστεί να νοσηλευτεί ο ερωτώμενος μετά τη μεταμόσχευση εξαιτίας κάποιας επιπλοκής, καθώς επίσης και πόσο συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα και επιπλοκές ως προς ορισμένους τομείς.

Συνεχίζοντας με την τρίτη και τέταρτη ενότητα ερωτήσεων, εμφανίζεται η φροντίδα υγείας, υπάρχει μια παρουσίαση γνώμης- άποψης του ερωτώμενου, σχετικά με τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται και το βαθμό ικανοποίησής του από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε κάποιες συγκεκριμένες πτυχές της αρμοδιότητας του κάθε κλάδου. Στον κλάδο του ιατρικού προσωπικού εξετάζονται η εμπειρία και η επιστημονική του επάρκεια, η συμπεριφορά του, επιπρόσθετα κρίνεται από τον ερωτώμενο η στάση του γιατρού, ως προς την ενημέρωση και τις οδηγίες, όσον αφορά στις μεταβλητές της πορείας του νόσου, της λήψης φαρμάκων, της διατροφής και του τρόπου ζωής, καθώς και ως προς την υποστήριξη που του παρέχει σε ηθικό/ ψυχολογικό επίπεδο. Όσον αφορά τον κλάδο του νοσηλευτικού προσωπικού εξετάζονται η εμπειρία και η επιστημονική του επάρκεια, η ευγένεια, η ανταπόκριση, η κατανόηση, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει στον ασθενή.

Εν συνεχεία, στην πέμπτη ενότητα ερωτήσεων, γίνεται μια προσπάθεια προκειμένου να εντοπιστεί το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτώμενων νεφροπαθών από το διοικητικό προσωπικό ως προς συγκεκριμένους τομείς, όπως η συμπεριφορά του, η εξυπηρέτηση, ο χρόνος αναμονής, η πληροφόρηση ως προς τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ίδιου του ασθενή/ χρήστη υπηρεσιών υγείας, καθώς και ως προς τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Η έκτη ενότητα ερωτήσεων προσπαθεί να εκμαιεύσει τις απόψεις των ερωτώμενων αναφορικά με την υποδομή του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, σε θέματα καθαριότητας, ευχάριστου περιβάλλοντος, εξοπλισμού και τεχνολογίας, προσβασιμότητας, στάθμευσης, διατροφής, καθώς και αμεσότητας, ακρίβειας και εγκυρότητας τόσο των εργαστηριακών όσο και των κλινικών εξετάσεων.

Η έβδομη και τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου έχει ως σκοπό τη σκιαγράφιση της συνολικής ικανοποίησης των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών, τόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου, όσο και από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Οριοθέτηση Πληθυσμού Έρευνας – Κριτήρια Επιλογής Δείγματος

Σκοπός κάθε έρευνας είναι η συλλογή πληροφοριών, οι οποίες αντλούνται από το δείγμα της έρευνας. Δείγμα είναι το μέρος του προσβάσιμου πληθυσμού, που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες μιας έρευνας (μικρόκοσμος). Τι θα πει όμως πληθυσμός και πως οριοθετήθηκε στη δεδομένη έρευνα; *«Πληθυσμός μιας έρευνας είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια»* (Σαχίνη Καρδάση Α., 1997). Εναλλακτικά, πληθυσμός είναι το σύνολο των παρατηρήσεων, ενώ δείγμα είναι ένας μικρότερος αριθμός παρατηρήσεων η επιλογή του οποίου γίνεται από τον πληθυσμό και αποτελεί ένα γνήσιο υποσύνολο αυτού (Αγιακλόγλου Χ., Οικονόμου Γ., 2004). Ο πληθυσμός αποτελεί πάντοτε ένα σύνολο στοιχείων για τα οποία ενδιαφέρεται ο ερευνητής.

Μια χρήσιμη διάκριση στον πληθυσμό είναι ο διαχωρισμός του σε πληθυσμό-στόχο, που είναι όλος ο πληθυσμός για τον οποίο ενδιαφέρεται ο ερευνητής, και στον προσβάσιμο πληθυσμό, ο οποίος αναφέρεται σε εκείνες τις περιπτώσεις που συμμορφώνεται με τα κριτήρια επιλογής και που είναι προσβάσιμες στον ερευνητή ως δεξαμενή υποκειμένων για τη μελέτη. Σχεδόν πάντοτε οι ερευνητές επιλέγουν το δείγμα τους από τον προσβάσιμο πληθυσμό (Σαχίνη Καρδάση Α., 1997).

Στην εν λόγω έρευνα ο πληθυσμός που μας απασχόλησε αποτελείται από μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό». Τα κριτήρια επιλογής για τον εν λόγω πληθυσμό είναι : α) το μόσχευμα των ατόμων να συνεχίζει να λειτουργεί και β) να επισκέπτονται το Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» για τον τακτικό έλεγχο, στον οποίο κάθε μεταμοσχευμένος πρέπει να υπόκειται, ανάλογα με την ατομική του σωματική υγεία και τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται.

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω κριτήρια που τέθηκαν, αλλά και από την ομάδα του πληθυσμού- στόχου, η έρευνα βρίσκεται στα πλαίσια ενός ευπαθούς και με ειδικά χαρακτηριστικά πληθυσμού- στόχου. Είναι αυτονόητο, ότι δεν είναι δυνατό να εξεταστεί όλος ο πληθυσμός των μεταμοσχευμένων. Το δείγμα που επιλέχθηκε πληρεί τα ανωτέρω κριτήρια. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελείται από:

- 123 μεταμοσχευμένους, του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» (πληθυσμός- στόχος του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»: περίπου 1.800 μεταμοσχευμένοι νεφρού)

Ο αριθμός του δείγματος, ο οποίος είχε καθοριστεί από τη χρονική έναρξη της έρευνας ήταν 200 άτομα. Ο εν λόγω αριθμός επιλέχθηκε προκειμένου το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικό από αριθμητικής απόψεως, δηλαδή λίγο μεγαλύτερο από το 10% του πληθυσμού στόχου. Πιο συγκεκριμένα, έγινε προσπάθεια σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα σχεδόν δύο (2) μηνών, να συλλεχθούν στοιχεία για 200 άτομα- μεταμοσχευμένους ασθενείς από το Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», καταλήγοντας εν τέλει στον παραπάνω αριθμό ερωτώμενων (123 άτομα – μεταμοσχευμένοι νεφροπαθείς), μην έχοντας ικανοποιήσει απόλυτα τα “αριθμητικά” κριτήρια, παρεκκλίνοντας κατά 77 ασθενείς λιγότερους. Οι λόγοι απόκλισης ως προς την επίτευξη του ανωτέρω στόχου οφείλονται στο μικρό χρονικό διάστημα, που είχε η ερευνήτρια στη διάθεσή της, καθώς οι εν λόγω ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο κατόπιν προκαθορισμένων ραντεβού.

2.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας – Μέγεθος Δείγματος

Από το σύνολο των μελών του πληθυσμού έρευνας που ικανοποιούν τα κριτήρια οριοθέτησης (προσβάσιμος πληθυσμός μελέτης) επιλέγεται ένα μέρος – δείγμα αυτού (μικρόκοσμος), το οποίο οφείλει να διαθέτει τα χαρακτηριστικά του συνόλου του υπό μελέτη πληθυσμού (αντιπροσωπευτικότητα δείγματος). Οι ενδεχόμενες διαφορές των χαρακτηριστικών μεταξύ των μελών του προσβάσιμου πληθυσμού και των μελών του δείγματος αυτού προσδιορίζουν το δειγματοληπτικό σφάλμα. Όσο μικρότερο είναι το μέγεθος του δειγματοληπτικού σφάλματος, τόσο υψηλότερος είναι ο βαθμός αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, γεγονός που επιτρέπει την προβολή των ευρημάτων τα οποία προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος στο πληθυσμό – στόχο της μελέτης καθώς και τη γενίκευση των συμπερασμάτων αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την αρχή της αντιπροσωπευτικότητας, η οποία στηρίζεται στην πρόταση ότι αφού έχει μελετηθεί ένα αντιπροσωπευτικό υποσύνολο του συνόλου που εντάσσεται στο ερευνητικό πλαίσιο, παρέχεται η δυνατότητα να διατυπωθεί η πρόταση ότι όσα παρατηρούνται στο υποσύνολο αυτό ισχύουν και για το σύνολο. Το

σφάλμα της δειγματοληψίας που αναφέρεται στην απόκλιση του δειγματοληπτικού αποτελέσματος ελαχιστοποιείται αφού ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

- ✓ Ο πληθυσμός στον οποίο αναφέρεται η έρευνα πεδίου αποτελεί τις στοιχειώδεις μονάδες που σχετίζονται με τη φύση του ερευνητικού προβλήματος,
- ✓ Ο δειγματοληπτούμενος πληθυσμός (sampled population) είναι ο κατάλογος στον οποίο διαπιστώνονται στοιχειώδεις μονάδες με βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, και
- ✓ Ο πληθυσμός στόχος (target population) είναι αυτός στον οποίο στοχεύει να αναφερθεί δειγματοληπτικά η έρευνα πεδίου

Στο βαθμό που οι δύο τελευταίες έννοιες συμπίπτουν, τα ερευνητικά ευρήματα είναι τότε αντιπροσωπευτικά.

Αναφορικά με τη μέθοδο δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, πρέπει πρωτίστως να αναφερθεί ότι οι μέθοδοι δειγματοληψίας ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες, στη δειγματοληψία πιθανότητας και στη δειγματοληψία μη πιθανότητας. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της κατηγορίας δειγματοληψίας μη πιθανότητας (non probability sampling), η οποία μέθοδος δεν παρέχει κάποιο τρόπο για υπολογισμό της πιθανότητας ότι κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Με την προσέγγιση δειγματοληψίας μη πιθανότητας τα αποτελέσματα είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, όχι όμως όλου του πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας σκοπιμότητας. Η σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία (purposive or judgement sampling) είναι ένας τύπος δειγματοληψίας μη πιθανότητας, στην οποία ο ερευνητής επιλέγει μια ειδική ομάδα ή ομάδες μελών του πληθυσμού με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως αυτά περιγράφηκαν ανωτέρω. Στην υποκειμενική αυτή μέθοδο δειγματοληψίας ο ερευνητής χρησιμοποιεί τη δική του κρίση προκειμένου να επιλέξει ποια μέλη του πληθυσμού είναι αντιπροσωπευτικά και θα συμπεριληφθούν στην έρευνά του. Καθώς από την εν λόγω μέθοδο απουσιάζει το στοιχείο της αντικειμενικότητας, αυτή προτείνεται μόνο σε ορισμένες ειδικές περιστάσεις, όπως και στην προκειμένη περίπτωση.

Αναφορικά με το μέγεθος του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε, η

αντιπροσωπευτικότητα αυτού είναι μία ακόμη σημαντική παράμετρος που πρέπει να εξετάζεται στις διάφορες μελέτες, διότι είναι ο μόνος ασφαλής τρόπος εξαγωγής καθολικού συμπεράσματος μιας έρευνας στο σύνολο του πληθυσμού. Αλλά τι ακριβώς σημαίνει αντιπροσωπευτικό δείγμα; «Ένα δείγμα το οποίο αντικατοπτρίζει ακριβώς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ονομάζεται αντιπροσωπευτικό δείγμα» (Σαχίνη Καρδάση Α., 1997). Είναι βέβαια αρκετά δύσκολο το δείγμα να είναι απόλυτα αντιπροσωπευτικό. Κάποιες διαφορές θα υπάρχουν σίγουρα μεταξύ δείγματος και πληθυσμού. Αυτές οι διαφορές μεταξύ της “αληθινής αξίας” των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της αξίας που έχει υπολογιστεί από το δείγμα του πληθυσμού ονομάζονται δειγματοληπτικό σφάλμα. Σκοπός του ερευνητή είναι αυτό το σφάλμα να είναι όσο το δυνατόν μικρότερο, ώστε να μπορέσουν τα αποτελέσματα της έρευνας να γενικευτούν στον πληθυσμό (Γούλα Α., 2000). Ως εκ τούτου, σκοπός του αντιπροσωπευτικού δείγματος είναι να μπορεί ο ερευνητής να γενικεύσει τα αποτελέσματα, τα οποία θα προκύψουν από την έρευνα του, στον ευρύτερο πληθυσμό- στόχο, στον οποίο απευθύνεται η έρευνα.

Το δείγμα της εν λόγω έρευνας μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό καθώς πληρούνται τα κάτωθι κριτήρια. Η εν λόγω έρευνα είναι έρευνα σκοπιμότητας, οπότε έχοντας ικανοποιήσει τα κριτήρια που τέθηκαν στη μεθοδολογία μπορούμε να θεωρήσουμε το δείγμα μας ως αντιπροσωπευτικό. Ένας επιπρόσθετος λόγος αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι η ιδιαιτερότητα της ομάδας που μελετήθηκε. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της ομάδας των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών δυσκολεύουν το έργο ενός ερευνητή ως προς την προσέγγιση τους. Τέλος, σε διάστημα λιγότερο των 2 μηνών (καθαρή έρευνα πεδίου από της 29/10/08 έως 18/12/08, μη συμπεριλαμβανομένων των διοικητικών διαδικασιών έγκρισης από το Διοικητή του Νοσοκομείου για την υλοποίηση της εν λόγω έρευνας) επιτεύχθηκε η συλλογή δεδομένων για το 10% περίπου του συνόλου του πληθυσμού-στόχου (περίπου 1.800 μεταμοσχευμένοι που παρακολουθούνται στο “Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Λαϊκό”). Επειδή όμως, όπως ήδη αναφέρθηκε, η ομάδα αυτή είναι πολύ ιδιαίτερη, το 10% που συγκεντρώθηκε μπορεί να εκτιμηθεί ως αντιπροσωπευτικό δείγμα.

2.3 Μέτρηση Μεταβλητών

Σ' αυτήν την ενότητα θα γίνει παρουσίαση της κωδικοποίησης του ερωτηματολογίου, προκειμένου να εξαχθούν τα συμπεράσματα της έρευνας. Όπως φαίνεται και στο Παράρτημα Α', το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης το οποίο διανεμήθηκε στους μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς αποτελείται από κλειστές ερωτήσεις.

Πιο συγκεκριμένα, ως προς την κωδικοποίησή του, που είναι και το θέμα ανάλυσης στο εν λόγω κεφάλαιο, παρατηρούνται τα εξής:

Η κωδικοποίηση γίνεται με τον γνωστό τρόπο, ξεκινώντας την αρίθμηση των μεταβλητών είτε από την πιο αρνητική έννοια προς τη θετική, είτε, απλά, από τα αριστερά προς τα δεξιά. Στην πρώτη ενότητα για παράδειγμα, δηλαδή στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, στη μεταβλητή φύλο, όπου οι πιθανές επιλογές είναι άνδρας ή γυναίκα, η κωδικοποίηση έγινε από τα αριστερά προς τα δεξιά, δίνοντας την τιμή 1 στον άνδρα και την τιμή 2 στην γυναίκα. Όσον αφορά στην κωδικοποίηση από την αρνητική στη θετική έννοια, στην επόμενη ενότητα παρατηρείται στην ερώτηση αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης του ερωτώμενου στο νοσοκομείο, ότι την τιμή 1 πήρε η επιλογή "πάρα πολύ" και την τιμή 5 η επιλογή "καθόλου".

Η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στο εν λόγω όργανο συλλογής των δεδομένων (ερωτηματολόγιο ικανοποίησης μεταμοσχευμένων ασθενών) είναι μια κλίμακα διαβάθμισης (rating scale) προκειμένου να αποδοθεί σε κάθε βαθμίδα μία αριθμητική τιμή. Τα όργανα που στηρίζονται σε τεχνικές κλιμάκωσης περιέχουν συνήθως για κάθε δομή διάφορες καταγραφές που πρέπει να διαβαθμιστούν. Αυτή η μέθοδος μέτρησης αναφέρεται ως κλίμακα τύπου Likert, και χρησιμοποιείται για μέτρηση στάσεων, όπως και στην προκειμένη έρευνα πεδίου που υλοποιήθηκε, ώστε να μετρηθεί η στάση των μεταμοσχευμένων ως προς την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό».

2.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Ο τρόπος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι μια μέθοδος αυτο-αναφοράς, το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε τριάντα επτά (37) ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε πληρούσε τις βασικές αρχές σύνταξης ενός ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα,

- ✓ Οι ερωτήσεις ήταν απλά διατυπωμένες, χωρίς ειδικές ορολογίες.
- ✓ Δεν ήταν μεγάλες, διότι θα υπήρχε ο κίνδυνος κάποιος από τους ερωτώμενους να μπερδευτεί και να χάσει το νόημα της ερώτησης.
- ✓ Δεν παρουσιάζεται καμία διπλή ερώτηση, καθώς τέτοιου είδους ερωτήσεις θα μπορούσαν να δυσκολέψουν τους ερωτώμενους, καθώς ρωτάνε δύο πράγματα ταυτόχρονα.
- ✓ Οι ερωτήσεις δεν ήταν καθοδηγητικές, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο θα οδηγούσε τους ερωτώμενους στα δικά μας συμπεράσματα και όχι στα δικά τους.
- ✓ Δεν υπήρχαν αρνητικές ερωτήσεις.
- ✓ Προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε πρώτα κάποια ποσοτικά δεδομένα, τα οποία είναι απαραίτητα για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, και έπειτα έγινε μια προσπάθεια να καταθέσουν οι ερωτώμενοι την άποψή τους μέσω μιας σειράς κλειστών ερωτήσεων, δεδομένων πάντοτε κάποιων πιθανών επιλογών.
- ✓ Δεν υπήρχαν λέξεις ή φράσεις, που να μην έχουν ξεκάθαρο νόημα, ή που θα μπορούσαν να αποπροσανατολίσουν τον ερωτώμενο.
- ✓ Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς.
- ✓ Όσον αφορά σε ερωτήσεις του τύπου: «πόσο χρονών είστε;» ή «ποιο είναι το οικογενειακό σας εισόδημα;», έχουν διατυπωθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ερωτώμενοι να μην προσβληθούν ή να αισθανθούν άσχημα κατά τη συμπλήρωση, ώστε να απαντήσουν όσο γίνεται πιο ειλικρινά και χωρίς φόβο. Για την ακρίβεια, έχουν δοθεί κάποιες ομαδοποιημένες επιλογές του τύπου: “18-24, 25-34”, κ.ο.κ. για την ηλικία, ενώ για το εισόδημα: “0-4.999, 5.000-9.999”, κ.ο.κ.
- ✓ Τέλος, δεν υπήρχαν ερωτήσεις με κενά μνήμης, καθώς οι ερωτήσεις αφορούσαν τη σφαιρική άποψη του ερωτώμενου για την παροχή των υπηρεσιών που λαμβάνουν από το Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», καθ’ όλη τη διάρκεια της χρήσης των υπηρεσιών από αυτούς (ακόμα και ετών).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τον ίδιο τον ερωτώμενο (μεταμοσχευμένο νεφροπαθή), χωρίς τη βοήθεια της ερευνήτριας, πλην του πιλοτικού σταδίου. Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας πεδίου για το χρονικό διάστημα των δύο (2) μηνών, η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια

των συντονιστριών της Μονάδας Μεταμόσχευσης του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό».

2.5 Συλλογή Δεδομένων

Ξεκινώντας από τις ημερομηνίες συμπλήρωσης, το πιλοτικό στάδιο πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» και χρονικά τοποθετείται στις ημερομηνίες 29/10/2008 έως 31/10/2008. Το συνολικό χρονικό διάστημα υλοποίησης της έρευνας πεδίου ήταν από 29/10/08 έως και 18/12/08. Η διανομή των ερωτηματολογίων, στους μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς, έγινε κατά τις πρωινές ώρες στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή στη μονάδα μεταμόσχευσης του Νοσοκομείου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πορεία του πιλοτικού σταδίου ήταν πάρα πολύ καλή, καθώς οι ερωτώμενοι δεν δυσκολεύτηκαν καθόλου στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επιπρόσθετα, ο απαιτούμενος χρόνος για την συμπλήρωσή του δεν ξεπερνούσε τα επτά λεπτά, ενώ το σύνολο των ερωτώμενων δεν είχαν πρόβλημα ως προς την κατανόηση των ερωτήσεων.

2.6 Έλεγχος Ορθότητας και Πληρότητας

Σε κάθε έρευνα προτού γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ελέγχονται οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων για την ορθότητα και την πληρότά τους. Λέγοντας ορθότητα νοείται το βάσιμο των απαντήσεων (σωστές απαντήσεις), ενώ λέγοντας πληρότητα νοείται η κάλυψη όλων των ερωτήσεων (κενές ερωτήσεις).

Στη συγκεκριμένη μελέτη, όσον αφορά, στα 123 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών, παρατηρήθηκαν στην ενότητα των κοινωνικο- δημογραφικών χαρακτηριστικών 38 κενές ερωτήσεις, στην ενότητα των ιατρο- κλινικών χαρακτηριστικών 81 κενές ερωτήσεις, στην ενότητα των ιατρικών υπηρεσιών βρέθηκαν 18 κενές ερωτήσεις, στην ενότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών βρέθηκαν 12 κενές απαντήσεις, αναφορικά με τις διοικητικές υπηρεσίες παρατηρήθηκαν επίσης 12 κενές ερωτήσεις, στην ενότητα της υποδομής βρέθηκαν 52 κενές ερωτήσεις και τέλος στην ενότητα σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παρατηρήθηκαν 11 κενές ερωτήσεις.

Κλείνοντας τον έλεγχο ορθότητας και πληρότητας στα ερωτηματολόγια των

μεταμοσχευμένων νεφρού, πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την εξέταση των ερωτηματολογίων παρατηρήθηκαν “σβησίματα” στις απαντήσεις. Δηλαδή, ο ερωτώμενος σημείωσε με “X” την απάντηση που ήθελε, αλλά για κάποιο λόγο μετά αποφάσισε να σημειώσει στην ίδια ερώτηση κάποια άλλη απάντηση που κάλυπτε περισσότερο την άποψή του. Σε τέτοιου είδους ερωτήσεις, επειδή μπορούσαμε να καταλάβουμε ποια ήταν η σωστή απάντηση, θεωρήθηκαν σωστές και καταμετρήθηκαν κανονικά στην ανάλυση των στατιστικών δεδομένων. Επιπρόσθετα, οι απαντήσεις των ερωτώμενων άλλες φορές είχαν σημειωθεί με “X”, άλλες φορές με κύκλο, άλλες φορές με “✓” και άλλες φορές είχαν μαυρίσει το κύκλο της απάντησης που τους αντιπροσώπευε.

2.7 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων

Στη συγκεκριμένη μελέτη, για την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν δύο στατιστικά πακέτα. Το πρώτο ήταν το SPSS (Statistical Package for Social Sciences), το οποίο χρησιμοποιείται για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων και χαρακτηρίζεται από την κωδικοποίηση των στοιχείων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων. Είναι αρκετά διαδεδομένο και γενικότερα προτιμάται σε κοινωνικού πλαισίου έρευνες από τους ερευνητές λόγω της ευκολίας στη χρήση του. Παρέχει τη δυνατότητα συσχέτισης μεταβλητών και την παραγωγή διαγραμμάτων, όπως για παράδειγμα τα ραβδογράμματα (bar charts) και οι πίτες (pie charts).

Το δεύτερο πακέτο ήταν το Microsoft Excel, το οποίο ως σκοπό έχει την ηλεκτρονική επεξεργασία πινάκων και την παραγωγή διαγραμμάτων, με περισσότερες όμως επιλογές από το SPSS στο συγκεκριμένο τομέα. Ανάλογα με τις ερωτήσεις, τους συνδυασμούς που έγιναν μεταξύ τους, αλλά και τον επιθυμητό τρόπο παρουσίασής τους, χρησιμοποιήθηκε το κάθε πακέτο ξεχωριστά ή ο συνδυασμός και των δύο και μας παρασχέθηκε με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα να εκμεταλλευτούμε όλες τις λειτουργίες των δύο προγραμμάτων, ώστε να εξαχθούν ορθά και έγκυρα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ

3.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Έρευνας Πεδίου

Στην ενότητα αυτή επεξηγούνται και αναλύονται τα αρχικά περιγραφικά ευρήματα της έρευνας πεδίου που διενεργήθηκε στους μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς του Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”, διαχωρισμένα σύμφωνα με τις ενότητες του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε.

3.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το 73,2% του δείγματος ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 26,8% γυναίκες. Η ηλικιακή κατανομή των ερωτώμενων έχει ως εξής: το 18,9% του δείγματος ανήκει στις ηλικίες 18-30 ετών, το 22,1% στις ηλικίες 31-40 ετών, το 25,4% στις ηλικίες μεταξύ 41-50 ετών, το 27,9% είναι μεταξύ 51-64 ετών και το υπόλοιπο 5,7% είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Το 32,7% του δείγματος είναι άτομα πρωτοβάθμιου εκπαιδευτικού επιπέδου, το 26,2% δευτεροβάθμιου, το 36,4% τριτοβάθμιου και μόλις το 4,7% των ερωτώμενων είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 48,8% του δείγματος είναι άγαμοι, το 49,6% έγγαμοι και ένα μικρό ποσοστό 1,7% είναι χήροι/ες.

Ως προς την απασχόληση το 9,8% των ερωτώμενων είναι άνεργοι, το 11,4% δημόσιοι υπάλληλοι, το 13% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 15,4% ελεύθεροι επαγγελματίες, το μεγαλύτερο ποσοστό (39%) είναι συνταξιούχοι, το 7,3% ενασχολούνται με οικιακές εργασίες και μόλις το 4,1% δηλώνει εναλλακτική απασχόληση και πιο συγκεκριμένα το εν λόγω ποσοστό είναι κυρίως φοιτητές/τριες. Το εισόδημα των ερωτώμενων διαφαίνεται ως εξής, το 20,2% έχει ετήσιο εισόδημα έως και 4.999€, το 26,9% έχει ετήσιο εισόδημα από 5.000€ έως 9.999€, το 19,2% ανήκει στην κλίμακα 10.000€ έως 14.999€, το 16,3% στην κλίμακα των 15.000€ έως 19.999€, το 13,5% έχει ετήσιο εισόδημα άνω των 20.000€, ενώ μόλις το 3,8% του δείγματος επέλεξε να μην απαντήσει στην εν λόγω ερώτηση.

3.1.2 Κλινική Εικόνα Ασθενή

Το 13% των μεταμοσχευμένων ασθενών είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση έως και 1 έτος πριν, το 22,8% από 1 έως 3 έτη πριν, το 19,5% από 3 έως 5 έτη πριν, το 21,1% από 5 έως 10 έτη πριν και το υπόλοιπο 23,6% υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση πριν από 10 έτη και άνω. Το 14,8% του δείγματος επισκέπτεται *πάρα πολύ* συχνά το νοσοκομείο για την πάθησή του, το 33,6% *πολύ* συχνά, το μεγαλύτερο ποσοστό (42,6%) επισκέπτεται το νοσοκομείο *αρκετά* συχνά, το 8,2% *λίγο* συχνά, ενώ μόνο το 0,8% αυτού επισκέπτεται το νοσοκομείο *σπάνια* έως *καθόλου* συχνά. Το 63,6% των ερωτώμενων δηλώνει ότι έχει χρειαστεί να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο μετά τη μεταμόσχευσή τους εξαιτίας κάποιας επιπλοκής.

Στην ενότητα ερωτήσεων αναφορικά με το πόσο συχνά οι ερωτώμενοι αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές και πιο συγκεκριμένα ως προς τη φαρμακευτική αγωγή το 7,1% δηλώνει πως αντιμετωπίζει *πάρα πολύ* συχνά προβλήματα, το 5,3% *πολύ* συχνά, το 17,7% *αρκετά* συχνά, το 42,5% *λίγο* συχνά και το υπόλοιπο 27,4% του δείγματος δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει *καθόλου* συχνά προβλήματα με τη φαρμακευτική του αγωγή. Το 4,6% του δείγματος αντιμετωπίζει *πάρα πολύ* συχνά προβλήματα ως προς την κατάσταση του μοσχεύματος, το 3,7% *πολύ* συχνά, το 12% *αρκετά* συχνά, το 33,3% *λιγότερο* συχνά, ενώ η πλειοψηφία (46,3%) *δεν αντιμετωπίζει προβλήματα* με την κατάσταση του μοσχεύματος.

Ως προς την σωματική τους κατάσταση, το 6,8% αντιμετωπίζει *πάρα πολύ* συχνά προβλήματα, το 3,9% *πολύ* συχνά, το 16,5% *αρκετά* συχνά, το 35,9% αντιμετωπίζει *λίγα* προβλήματα με τη σωματική του κατάσταση, ενώ το 36,9% *δεν αντιμετωπίζει* τέτοιου είδους προβλήματα/ επιπλοκές. Αναφορικά με την ψυχολογική τους κατάσταση, το 6,4% του δείγματος αντιμετωπίζουν *πάρα πολύ* συχνά προβλήματα σε αυτόν τον τομέα, το 3,6% *πολύ* συχνά, το 15,5% *αρκετά* συχνά, το 29,1% *λιγότερο* συχνά, ενώ το 45,5% του δείγματος *δεν αντιμετωπίζει προβλήματα* ως προς την ψυχολογική του κατάσταση. Τελειώνοντας την εν λόγω ενότητα ερωτήσεων το 5,8% των ερωτώμενων δηλώνει ότι αντιμετωπίζει *πάρα πολύ* συχνά προβλήματα ως προς την κοινωνική τους κατάσταση, το 3,9% *πολύ* συχνά, το 8,7% *αρκετά* συχνά, το

27,2% *λίγο* συχνά και η πλειοψηφία (54,4%) *δεν αντιμετωπίζει προβλήματα* σε αυτόν τον τομέα.

3.1.3 Ιατρικό Προσωπικό

Στην επόμενη ενότητα του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν το ιατρικό προσωπικό και να οριοθετήσουν την ικανοποίησή τους από αυτό σε συγκεκριμένους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, ως προς την εμπειρία και την επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, το 0,8% του δείγματος δηλώνει *καθόλου* ικανοποιημένο, το 3,4% δηλώνει *λίγο* ικανοποιημένο, το 24,4% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 37% *πολύ* και το 34,5% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο. Αναφορικά με την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, κατά πόσο είναι ευγενική και φιλική και ικανοποιεί το δείγμα, το 9,2% δηλώνει *λίγο* ικανοποιημένο, το 21,7% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 35% *πολύ* και το 34,2% δηλώνει *πάρα πολύ* ικανοποιημένο.

Ως προς τη διαθεσιμότητα και την επικοινωνία των μεταμοσχευμένων ασθενών με τον θεράποντα ιατρό τους, το 4,2% δηλώνει *καθόλου* ικανοποιημένο από αυτόν τον τομέα, το 15,8% *λίγο* ικανοποιημένο, το 26,7% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 23,3% *πολύ* και το υπόλοιπο 30% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο. Σχετικά με την ικανοποίηση του δείγματος ως προς την ενημέρωση και τις οδηγίες που δίνονται από το ιατρικό προσωπικό για την πορεία της νόσου, το 2,5% των ερωτώμενων δηλώνουν *καθόλου* ικανοποιημένοι, το 9,1% *λίγο* ικανοποιημένοι, το 31,4% *αρκετά*, το 27,3% και 29,8% δηλώνουν *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι αντίστοιχα.

Ως προς την ενημέρωση και τις οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή ένα μικρό ποσοστό (1,6%) του δείγματος εκφράζει *δυσαρέσκεια* σε αυτόν τον τομέα, το 9% εκφράζει *λίγη* ικανοποίηση, το 28,7% *αρκετή* ικανοποίηση, το 27,9% *πολύ* και το υπόλοιπο 32,8% εκφράζει *πάρα πολύ* ικανοποίηση. Η ενημέρωση και οι οδηγίες που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι ασθενείς από το ιατρικό προσωπικό για θέματα αναφορικά με τη διατροφή και τον τρόπο ζωής τους είναι *καθόλου* ικανοποιητική για το 3,3% του δείγματος, *λίγο* ικανοποιητική για το 23,8%, *αρκετά* για το 28,7%, *πολύ* για το 21,3% και για το υπόλοιπο 23% κρίνεται ως *πάρα πολύ* ικανοποιητική. Η απόδοση του ιατρικού προσωπικού ως προς την ψυχολογική υποστήριξη που

παρέχεται στους μεταμοσχευμένους ασθενείς αξιολογείται *καθόλου* ικανοποιητική από το 31,9% του δείγματος, *λίγο* ικανοποιητική από το 15,1%, *αρκετά* ικανοποιητική από το 18,5%, *πολύ* από το 16%, ενώ *πάρα πολύ* ικανοποιητική από το 18,5% των ερωτώμενων.

3.1.4 Νοσηλευτικό Προσωπικό

Στην ενότητα αναφορικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την εμπειρία του και την επιστημονική του επάρκεια, το 0,8% των ερωτώμενων δηλώνουν *καθόλου* ικανοποιημένοι, το 9,9% *λίγο* ικανοποιημένοι, το 28,1% *αρκετά* ικανοποιημένοι, ενώ το 34,7% και 26,4% *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Ως προς την ευγενική και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού το 2,5% του δείγματος *δεν* εκφράζουν ικανοποίηση, το 7,4% εκφράζει *λίγη* ικανοποίηση, το 26,2% *αρκετή* ικανοποίηση, ενώ από 32% του δείγματος εκφράζουν *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση αντίστοιχα.

Σχετικά με την κατανόηση το 2,5% εκφράζει *δυσανεμία*, το 10,7% *λίγη* ικανοποίηση, το 27,3% *αρκετή*, το 33,1% *πολύ* και το υπόλοιπο 26,4% *πάρα πολύ* ικανοποίηση. Όσον αφορά την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού και την ταχύτητα εξυπηρέτησης το 3,3% δηλώνει *καμία* ικανοποίηση, το 22,3% *λίγη* ικανοποίηση, το 28,9% *αρκετά*, το 26,4% *πολύ* και το 19% *πάρα πολύ* ικανοποίηση. Κλείνοντας αυτή την ενότητα με το κομμάτι της ψυχολογικής υποστήριξης το 23,7% των ερωτώμενων *δεν* αισθάνονται ικανοποιημένοι, το 12,7% αισθάνονται *λίγη* ικανοποίηση, το 31,4% *αρκετή*, το 14,4% *πολύ* και το 17,8% *πάρα πολύ* ικανοποίηση.

3.1.5 Διοικητικό Προσωπικό

Η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (ευγενική και φιλική) προσφέρει *καθόλου* ικανοποίηση στο 4,9% του δείγματος, *λίγη* ικανοποίηση στο 14,8%, *αρκετή* ικανοποίηση στο 29,5%, *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση στο 20,5% και 30,3% του δείγματος αντίστοιχα. Ως προς την άμεση εξυπηρέτηση το 7,4% των ερωτώμενων

δηλώνει *καθόλου* ικανοποιημένο, το 22,1% *λίγο* ικανοποιημένο, το 24,6% *αρκετά*, το 21,3% *πολύ* και το υπόλοιπο 24,6% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο.

Σχετικά με το χρόνο αναμονής το 12% εκφράζει *δυσανεμία*, το 29,1% *λίγη* ικανοποίηση, το 21,4% *αρκετή*, το 17,9% *πολύ* και το 19,7% εκφράζει *πάρα πολύ* ικανοποίηση. Αναφορικά με την πληροφόρηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του κοινού το 22,3% του δείγματος, αρκετά σεβαστό ποσοστό, δεν είναι ικανοποιημένο, το 26,4% είναι *λίγο* ικανοποιημένο, το 19,8% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 13,2% *πολύ* και το 18,2% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο. Στην ερώτηση αναφορικά με την ικανοποίηση των ερωτώμενων σχετικά με τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου, το 21,5% του δείγματος εκφράζει *καθόλου* ικανοποίηση, το 31,4% *λίγη* ικανοποίηση, το 20,7% *αρκετή*, το 14,9% και το 11,6% *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση αντίστοιχα.

3.1.6 Υποδομή

Σχετικά με την υποδομή του νοσοκομείου και πιο συγκεκριμένα, ως προς το άνετο και ευχάριστο περιβάλλον το 25,4% δηλώνει *καμία* ικανοποίηση ως προς αυτή την παράμετρο, το 34,4% δηλώνει *λίγη* ικανοποίηση, το 26,2% *αρκετή*, ενώ το 6,6% και 7,4% (η μειοψηφία) δηλώνει *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση αντίστοιχα. Ως προς την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου, το 9,8% εκφράζει *δυσανεμία*, το 35,2% εκφράζει *λίγη* ικανοποίηση, το 33,6% *αρκετή*, το 11,5% *πολύ* και το 9,8% *πάρα πολύ* ικανοποίηση. Όσον αφορά τον σύγχρονο εξοπλισμό και την χρησιμοποιούμενη τεχνολογία το 6,8% των ερωτώμενων είναι *δυσανεστημένοι*, το 32,5% *λίγο* ικανοποιημένοι, το 34,2% *αρκετά* ικανοποιημένοι, ενώ το 18,8% και 7,7% είναι *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι αντιστοίχως.

Ως προς την αμεσότητα, την ακρίβεια και την εγκυρότητα των εργαστηριακών εξετάσεων, το 2,5% του δείγματος δηλώνει *καθόλου* ικανοποιημένο, το 19,3% *λίγο* ικανοποιημένο, το 37,8% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 21% *πολύ* και το υπόλοιπο 19,3% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο. Αναφορικά με την αμεσότητα, την ακρίβεια και την εγκυρότητα των κλινικών εξετάσεων, το 3,4% των ασθενών δηλώνει *καμία* ικανοποίηση, το 14,4% *λίγη*, το 44,9% *αρκετή*, το 17,8% *πολύ* και το 19,5% δηλώνει

πάρα πολύ ικανοποίηση.

Σχετικά με την προσβασιμότητα στο χώρο του νοσοκομείου, το 8,8% του δείγματος εκφράζει *δυσανεπεία*, το 28,3% εκφράζει *λίγη* ικανοποίηση, το 36,3% *αρκετή*, το 15% και 11,5% εκφράζει *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση αντιστοίχως. Ως προς τους χώρους στάθμευσης που παρέχει το νοσοκομείο η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (70,9%) εκφράζει *καμία* ικανοποίηση, ακολουθεί το 12,8% εκφράζοντας *λίγη* ικανοποίηση, το 9,4% *αρκετή* ικανοποίηση, το 2,6% και 4,3% *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποίηση αντίστοιχα.

Κλείνοντας την εν λόγω ενότητα, με την ερώτηση αναφορικά με τη σίτιση και την ποιότητα του φαγητού το 24% των μεταμοσχευμένων ασθενών είναι *καθόλου* ικανοποιημένοι, το 28,8% *λίγο* ικανοποιημένοι, το 29,8% *αρκετά*, το 9,6% *πολύ* και το 7,7% *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι.

3.1.7 Συνολική Ικανοποίηση

Στην τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αναφορικά με το συνολικό βαθμό ικανοποίηση των μεταμοσχευμένων ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου, το 1,75% του δείγματος δηλώνει *καθόλου* ικανοποιημένο, το 26,3% *λίγο* ικανοποιημένο, το 43,2% *αρκετά* ικανοποιημένο, το 18,6% και 10,2% *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιημένο αντίστοιχα.

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ερωτώμενων από το ιατρικό προσωπικό το 1,6% δηλώνει *δυσανεπεία*, το 9% δηλώνει *λίγη* ικανοποίηση, το 30,3% *αρκετή* ικανοποίηση, ενώ από 29,5% αντιστοίχως δηλώνουν *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι. Ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό διαφαίνεται *καθόλου* ικανοποιητικός για το 1,75% του δείγματος, *λίγο* ικανοποιητικός για το 9,9%, *αρκετά* για το 31,4%, *πολύ* για το 33,1% και *πάρα πολύ* ικανοποιητικός για το 24% του δείγματος. Τέλος, ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό είναι για το 9,2% των ασθενών *καθόλου* ικανοποιητικός, για το 19,2% *λίγο* ικανοποιητικός, για το 25,8% *αρκετά* ικανοποιητικός, για το 20,8% και 25% του δείγματος *πολύ* και *πάρα πολύ* ικανοποιητικός αντίστοιχα.

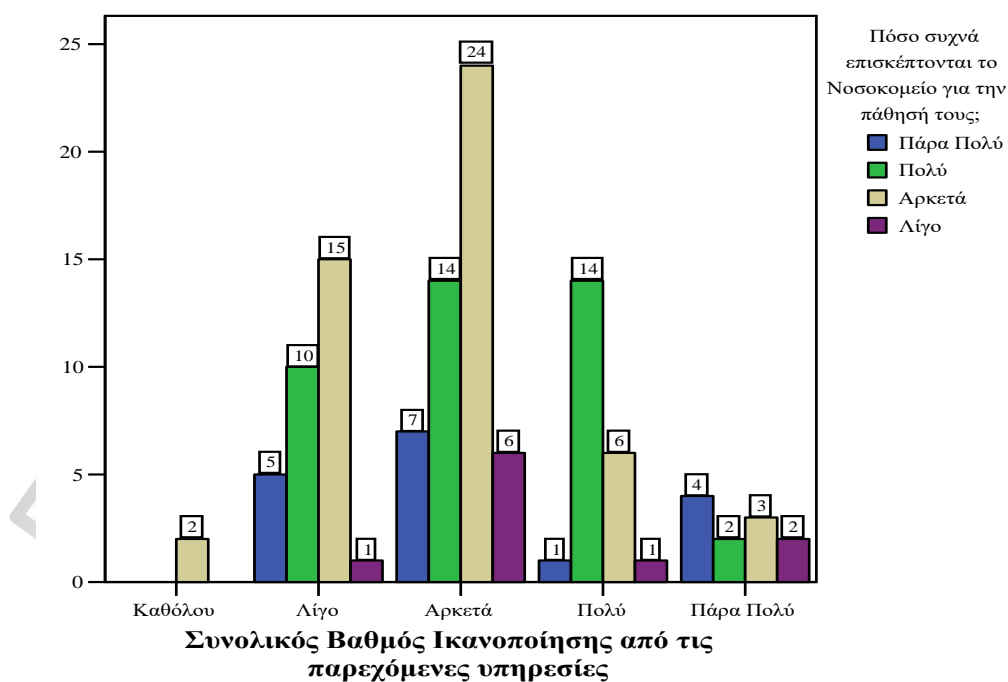
Εν συνεχεία της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των ποσοτικών

δεδομένων που προέκυψαν από την έρευνα πεδίου που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» και παρουσιάστηκαν στην παρούσα ενότητα, ακολουθεί επόμενη ενότητα με συσχετίσεις και συγκρίσεις ορισμένων μεταβλητών του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε.

3.2 Συσχετίσεις – Συγκρίσεις

Το 20,5% των ερωτηθέντων μεταμοσχευμένων που επισκέπτονται το νοσοκομείο *αρκετά συχνά* δηλώνουν *αρκετά* ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτού με μέσο όρο 2,57 και τυπική απόκλιση 0,88, ενώ το 12% που το επισκέπτονται *πολύ συχνά* είναι *πολύ* ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται με μέσο όρο 2,32 και τυπική απόκλιση 0,646.

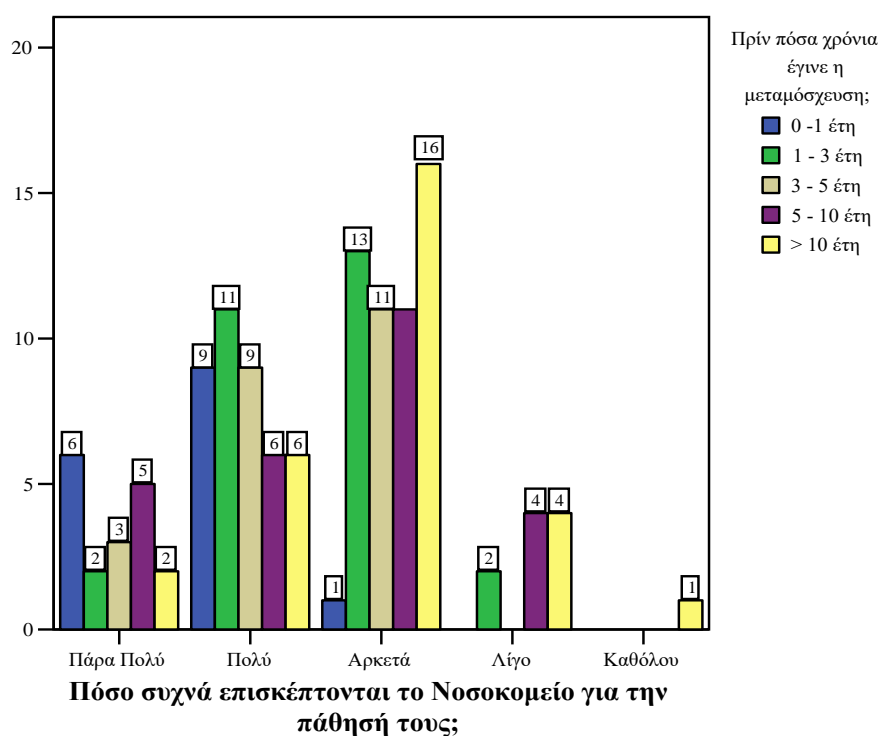
Διάγραμμα 3 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών και Συχνότητας Επισκέψεων στο Νοσοκομείο



Το 10,7% των ασθενών που υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση πριν από 1-3 έτη

δηλώνουν ότι επισκέπτονται *αρκετά συχνά* το νοσοκομείο, καθώς επίσης και το 13,1% των μεταμοσχευμένων ασθενών που έκαναν τη μεταμόσχευση πριν από 10 έτη και άνω, με μέσο όρο 3,54 και τυπική απόκλιση 1,23.

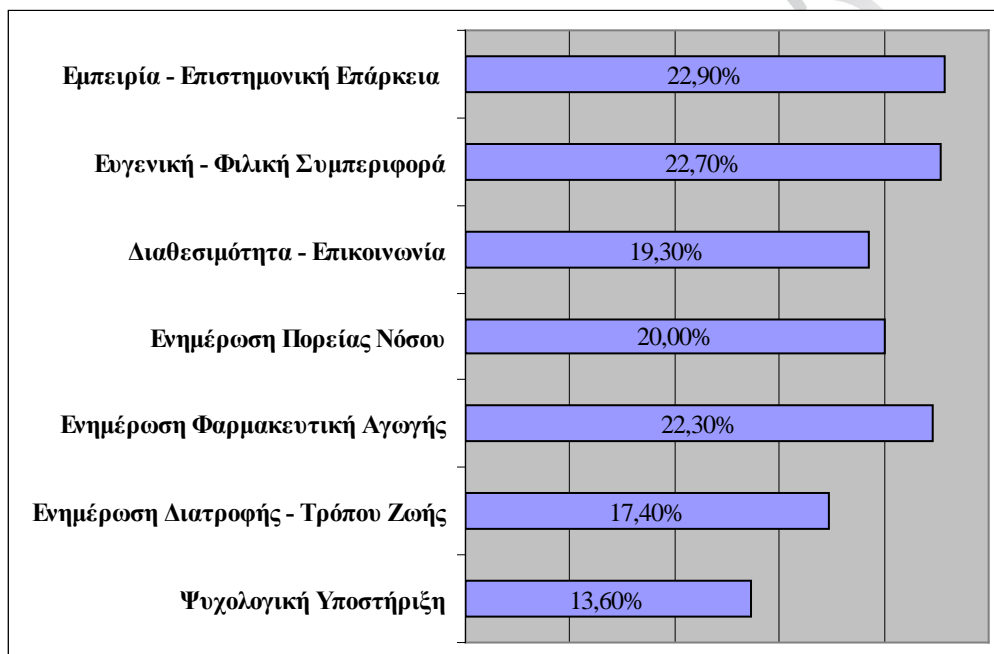
Διάγραμμα 4 : Συσχέτιση Συχνότητας Επισκέψεων στο Νοσοκομείο και Έτη Πραγματοποίησης της Επέμβασης Μεταμόσχευσης



Από τους μεταμοσχευμένους ερωτώμενους οι οποίοι δηλώνουν *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι στο σύνολο του βαθμού ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό το 22,9% είναι *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την επιστημονική του επάρκεια και εμπειρία, το 22,7% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του, το 19,3% στον ίδιο βαθμό ικανοποίησης (*πάρα πολύ*) από τη διαθεσιμότητα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό τους, το 20% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρέχει ο γιατρός ως προς την πορεία της νόσου, το 22,3% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την ενημέρωση ως προς τη φαρμακευτική αγωγή, το 17,4% *πάρα*

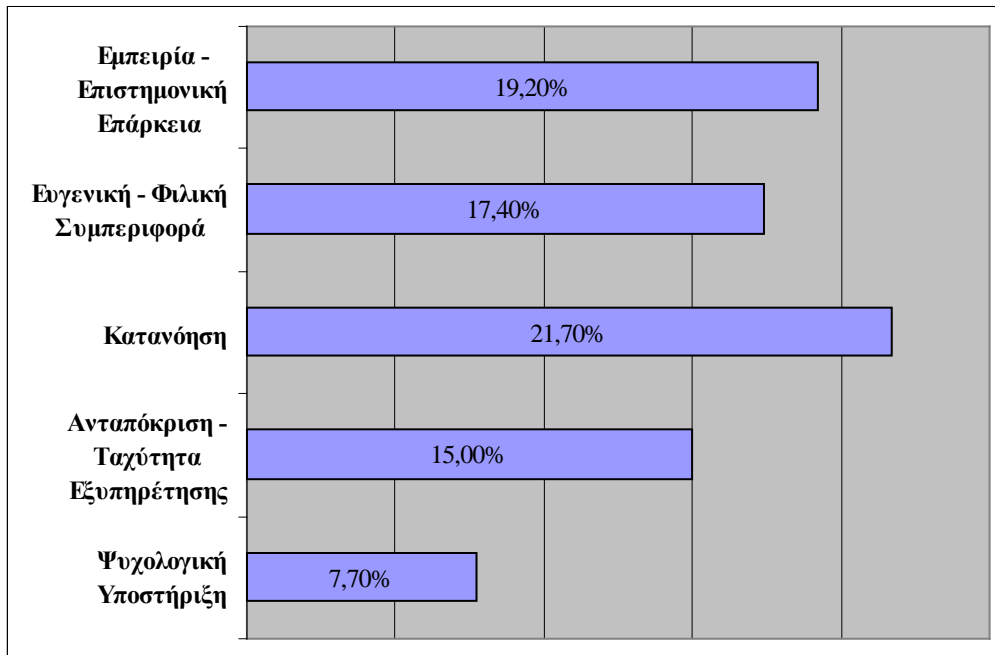
πολύ ικανοποιημένο ως προς τις οδηγίες σχετικά με τη διατροφή και τον τρόπο ζωής, ενώ το 13,6% μόλις του δείγματος δηλώνει *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την ψυχολογική υποστήριξη που του προσφέρει το ιατρικό προσωπικό.

Διάγραμμα 5: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Ιατρικών Υπηρεσιών (Πάρα Πολύ)



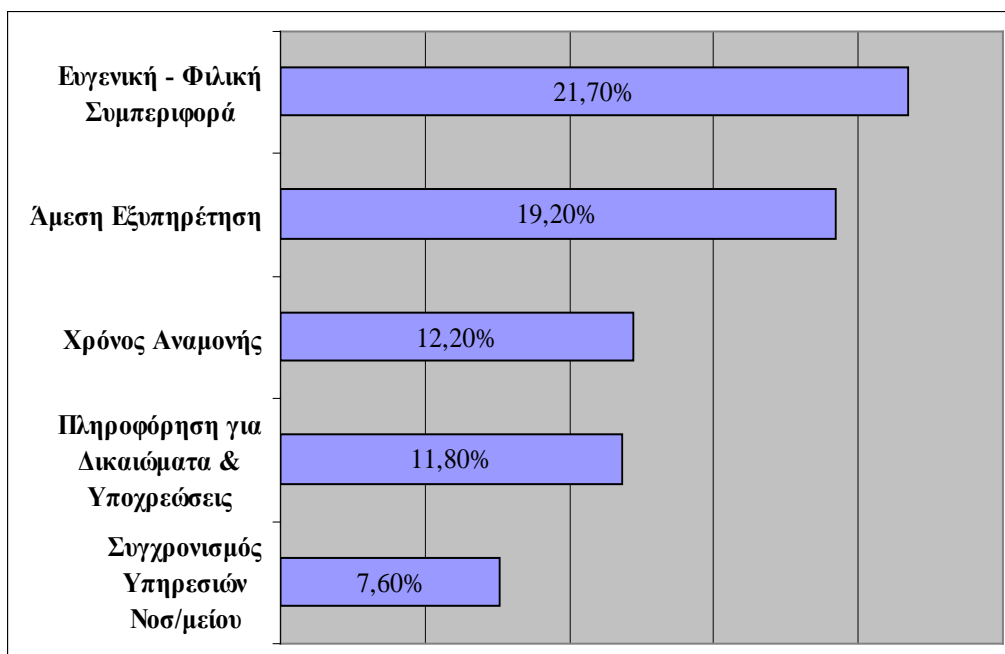
Από τους μεταμοσχευμένους που δηλώνουν *πολύ* ικανοποιημένοι στο σύνολο του βαθμού ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό το 19,2% είναι *πολύ* ικανοποιημένο από την επιστημονική του επάρκεια και εμπειρία, το 17,4% *πολύ* ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του, το 21,7% στον ίδιο βαθμό ικανοποίησης (*πολύ*) από την κατανόηση που επιδεικνύει το νοσηλευτικό προσωπικό, το 15% *πολύ* ικανοποιημένο από την ανταπόκριση και την ταχύτητα εξυπηρέτησης αυτού, ενώ το 7,7% μόλις του δείγματος δηλώνει *πολύ* ικανοποιημένο από την ψυχολογική υποστήριξη που του προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Διάγραμμα 6: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Πολύ)



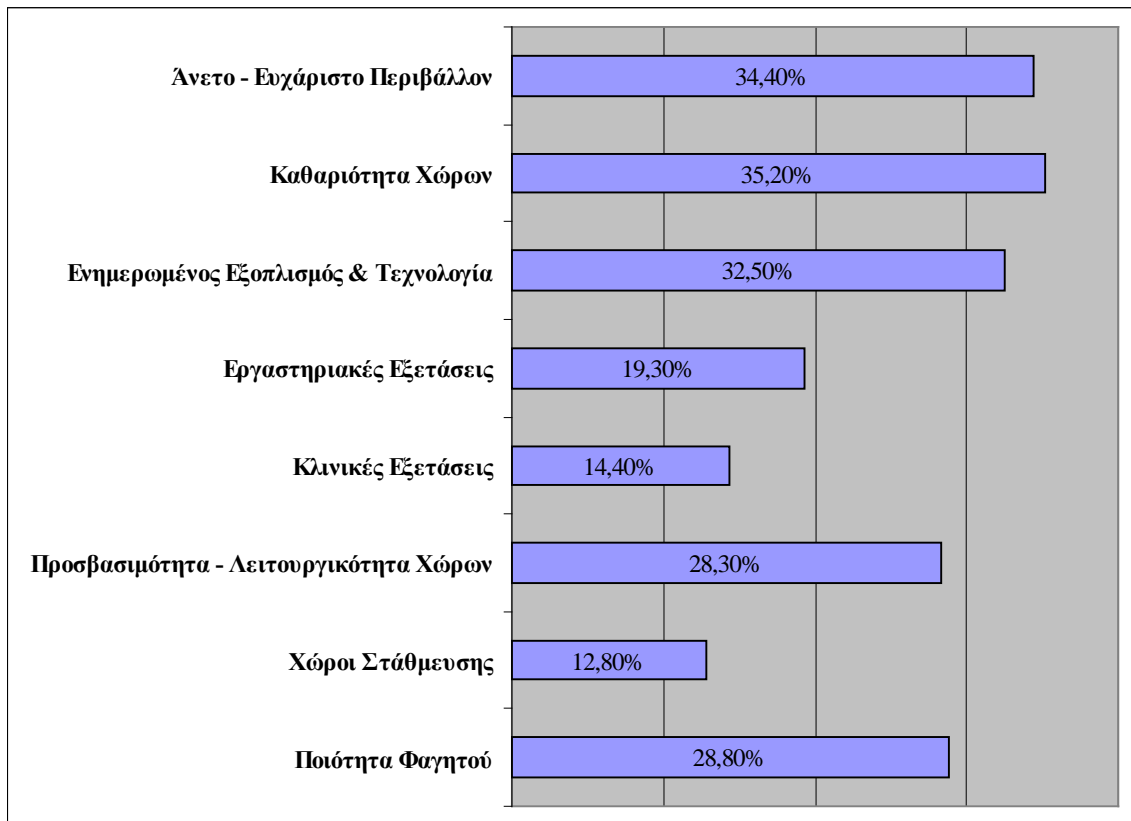
Από το δείγμα των μεταμοσχευμένων ασθενών που δηλώνουν *πάρα πολύ* ικανοποιημένοι στο σύνολο του βαθμού ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό το 21,7% είναι *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του, το 19,2% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση, το 12,2% στον ίδιο βαθμό ικανοποίησης (*πάρα πολύ*) από το χρόνο αναμονής, το 11,8% *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από την πληροφόρηση σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενή, ενώ μόλις το 7,6% του δείγματος δηλώνει *πάρα πολύ* ικανοποιημένο από τον συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου, μία παράμετρος αντιπροσωπευτική του διοικητικού προσωπικού.

Διάγραμμα 7: Συσχέτιση Παραμέτρων Ικανοποίησης από το Σύνολο των Διοικητικών Υπηρεσιών (Πάρα Πολύ)



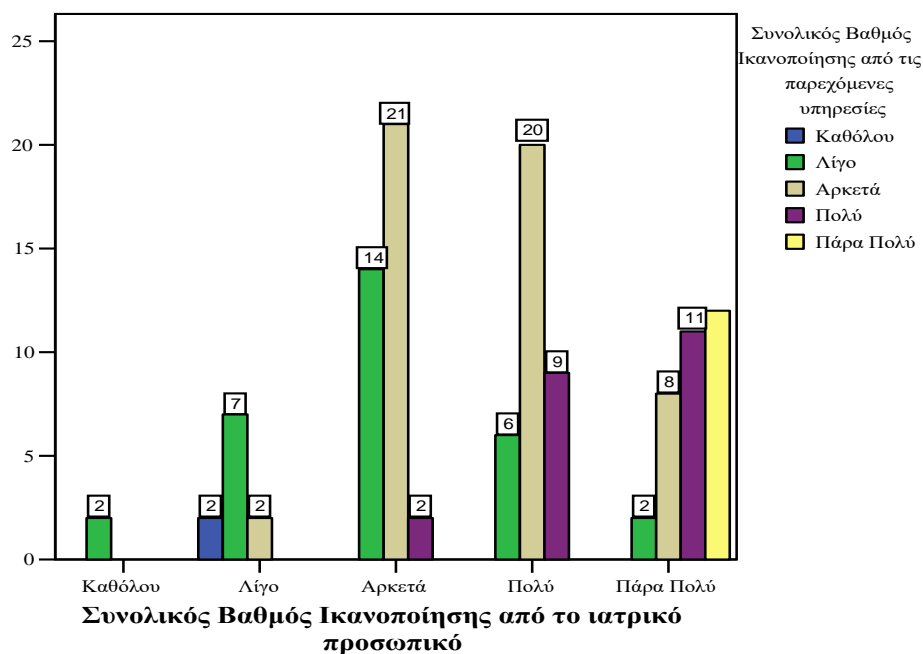
Ως προς την υποδομή του νοσοκομείου, η ποιότητα των υπηρεσιών είναι μάλλον αποκαρδιωτική, καθώς η πλειοψηφία του δείγματος εκφράζει *λίγη* ικανοποίηση σε αυτόν τον τομέα. Πιο συγκεκριμένα, το 34,4% των ερωτώμενων δηλώνει *λίγο* ικανοποιημένο από το περιβάλλον του νοσοκομείου ως προς την άνεση και το κατά πόσο είναι ευχάριστο το εν λόγω περιβάλλον, το 35,2% είναι *λίγο* ικανοποιημένο από την καθαριότητα των χώρων, το 32,5% είναι *λίγο* ικανοποιημένο από τον εξοπλισμό και την χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, οι εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις ικανοποιούν *λίγο* το 19,3% και 14,4% του δείγματος αντίστοιχα, το 28,3% δηλώνει *λίγη* ικανοποίηση ως προς την προσβασιμότητα και τους λειτουργικούς χώρους του νοσοκομείου, το 12,8% δηλώνει *μικρή* ικανοποίηση ως προς τη στάθμευση, ενώ το 28,8% εκφράζει *μικρή* ικανοποίηση ως προς την ποιότητα του φαγητού.

Διάγραμμα 8 : Νοσοκομειακή Υποδομή (Λίγο)



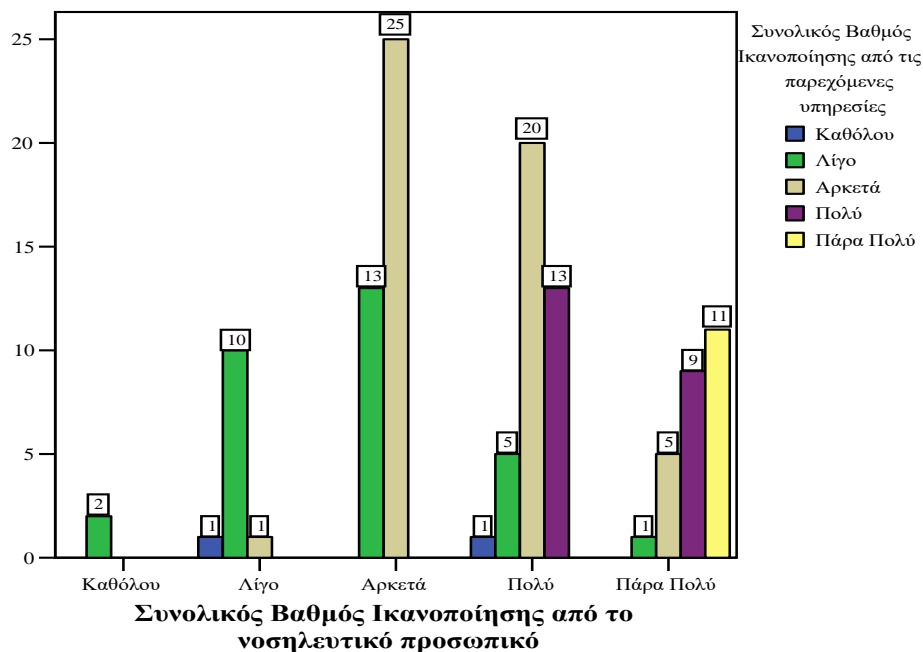
Ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με το βαθμό ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό είναι *αρκετά* και *πάρα πολύ* ικανοποιητικός για το 17,8% και 10,2% του δείγματος αντίστοιχα, με μέσο όρο 2,68 και 4,0.

Διάγραμμα 9 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Ιατρικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών



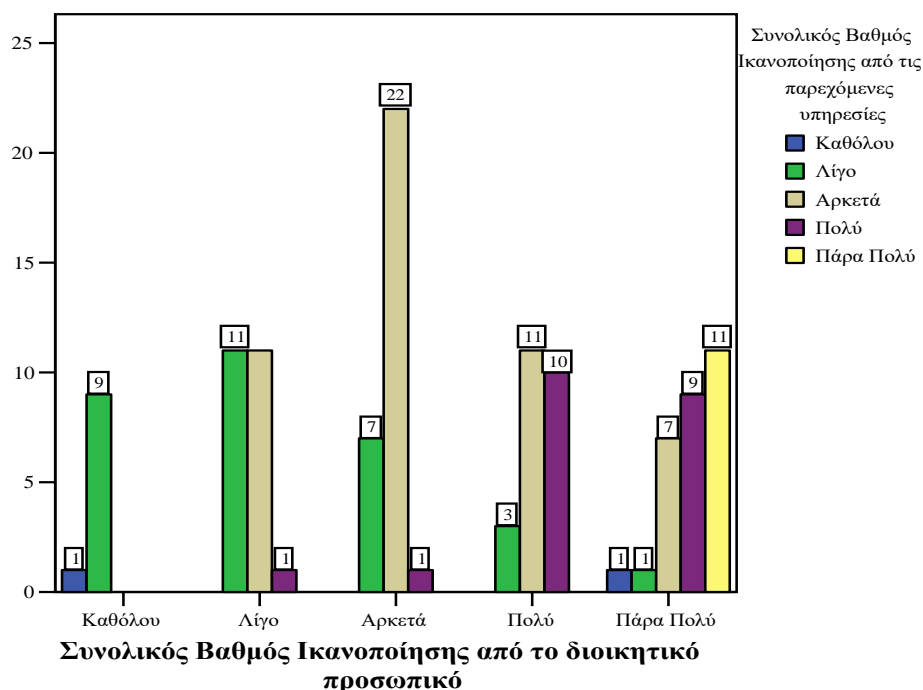
Ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με το βαθμό ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι *αρκετά* και *πολύ* ικανοποιητικός για το 21,4% και 11,1% του δείγματος αντίστοιχα, με μέσο όρο 2,66 και 3,15.

Διάγραμμα 10 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Νοσηλευτικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών



Ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με το βαθμό ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό είναι *αρκετά* ικανοποιητικός για το 19% του δείγματος των μεταμοσχευμένων ασθενών, με μέσο όρο 2,8 και τυπική απόκλιση 0,484.

Διάγραμμα 11 : Συσχέτιση Συνολικού Βαθμού Ικανοποίησης από το Διοικητικό Προσωπικό και Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών



Έχοντας κλείσει το κομμάτι της περιγραφικής στατιστικής και των συγκρίσεων μεταξύ μεταβλητών, θα παρουσιαστούν στην επόμενη ενότητα τα βέλτιστα μοντέλα ικανοποίησης μεταμοσχευμένων ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», έτσι όπως αυτή επηρεάζεται από άλλες παραμέτρους.

3.3 Γραμμική Παλινδρόμηση

Δεδομένης της περίπλοκης και πολυσύνθετης λειτουργίας πολλαπλών παραγόντων στην εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ενός νοσοκομείου κρίνεται σκόπιμη η στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής εξάρτησης και της παραγοντικής ανάλυσης μονο-μεταβλητότητας κατά την οποία συγκρίνονται περισσότερες από μία ανεξάρτητες μεταβλητές με μια εξαρτημένη σε μεταξύ τους

συνδυασμούς¹. Για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή αντιστοιχεί ο συντελεστής μερικής εξάρτησης (β_1) ο οποίος εκφράζει την αναμενόμενη μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής, όταν η ανεξάρτητη μεταβλητή (X_1) μεταβάλλεται κατά μία μονάδα. Η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης της εξαρτημένης μεταβλητής με την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή αξιολογείται βάσει της σημαντικότητας των συντελεστών μερικής εξάρτησης και των πιθανών σφαλμάτων. Το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη εκφράζεται από τον λόγο F ο οποίος εάν είναι μικρότερος της μονάδας σημαίνει ότι δεν υφίσταται διαφορά μεταξύ των συγκρίσεων. Εάν ο λόγος μεταβλητότητας F στους αντίστοιχους βαθμούς ελευθερίας, με βάση τους αριθμούς των ανεξάρτητων μεταβλητών και του αριθμού του δείγματος, υπερβαίνει την τιμή των προτύπων πινάκων σε ένα ορισμένο επίπεδο σημαντικότητας, τότε υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων και εντός των ομάδων των ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη.

Προκειμένου λοιπόν να διαπιστωθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών της εν λόγω έρευνας πεδίου, πραγματοποιήθηκαν 27 εναλλακτικά σενάρια της εκτίμησης παλινδρόμησης. Τα σενάρια που ακολουθούν είναι εκείνα τα οποία μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων και κρίνονται, βάσει των δεικτών που προέκυψαν, ως τα πιο αντιπροσωπευτικά μοντέλα.

3.3.1 Α' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης

Στο πρώτο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέγονται: (1) η ικανοποίηση από την εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, (2) η ικανοποίηση από την εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, (3) η ικανοποίηση από τον ενημερωμένο εξοπλισμό και την χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, (4) η ικανοποίηση από την καθαριότητα των χώρων, (5) η ικανοποίηση από τη διαθεσιμότητα και την επικοινωνία με τον

¹ Η Γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται για την συσχέτιση μιας ανεξάρτητης μεταβλητής από ένα σύνολο εξαρτημένων μεταβλητών. Το μοντέλο του μαθηματικού τύπου που ακολουθείται είναι: $y = a + b \cdot x_i + c \cdot x_{ii}$ όπου αναζητείται η σχέση μεταξύ του X και Y.

θεράποντα ιατρό, (6) η ικανοποίηση από την κατανόηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Οι 6 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονται με την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης κατά 53,6% ($R^2=0,536$) και με συντελεστή συσχέτισης $R=0,732$ που υποδηλώνει σχετικά έντονη θετική συσχέτιση, ενώ το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το βαθμό ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0,000 ($F=19,052$). Μεταξύ των 7 ανεξάρτητων μεταβλητών παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς το μέγεθος της εξάρτησης. Επιπλέον ο δείκτης Durbin-Watson ($DW=2,161$) δείχνει πως δεν υπάρχει αυτό-συσχέτιση (θετική ή αρνητική) μεταξύ των καταλοίπων των ανεξάρτητων μεταβλητών. Ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται θετικά από την ικανοποίηση της εμπειρίας και επιστημονικής επάρκειας του ιατρικού προσωπικού, την εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, τον ενημερωμένο εξοπλισμό και την χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, την καθαριότητα των χώρων, τη διαθεσιμότητα και την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, την κατανόηση του νοσηλευτικού προσωπικού (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών – Α' Μοντέλο

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Κλίμακα βαθμού ικανοποίησης			
	Συντελεστής B	Τυπικό Σφάλμα	t - test	Sig.
ΣΤΑΘΕΡΑ	0,505	0,330	1,529	0,130
Εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού	0,022	0,091	0,247	0,805
Διαθεσιμότητα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό	0,171	0,073	2,350	0,021
Εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού	0,033	0,105	0,313	0,755
Κατανόηση νοσηλευτικού προσωπικού	0,226	0,108	2,087	0,039
Καθαριότητα χώρων	0,098	0,085	1,161	0,249
Ενημερωμένος εξοπλισμός και χρησιμοποιούμενη τεχνολογία	0,250	0,089	2,807	0,006
R	0,732			
R^2	0,536			
F	19,052			
DW	2,161			

Ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, η θετικά ισχυρότερη αφορά τον ενημερωμένο εξοπλισμό και την τεχνολογία ($B=0,25$, $t=2,807$), καθώς και την

επικοινωνία και διαθεσιμότητα με τον θεράποντα ιατρό ($B=0,171$, $t=2,350$)

3.3.2 Β' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης

Στο δεύτερο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέγονται (1) η εμπειρία και η επιστημονική του επάρκεια ιατρικού προσωπικού, (2) η διαθεσιμότητα και η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, (3) η ανταπόκριση – ταχύτητα εξυπηρέτησης του νοσηλευτικού προσωπικού, (4) η ευγενική & φιλική συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, (5) ο κατάλληλος συγχρονισμός των υπηρεσιών του νοσοκομείου, (6) ο χρόνος αναμονής, (7) η καθαριότητα των χώρων, (8) ο ενημερωμένος εξοπλισμός και η τεχνολογία. Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται εξίσου ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Οι 8 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονται με την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης κατά 63,3% ($R^2=0,633$) και με συντελεστή συσχέτισης $R=0,796$ που υποδηλώνει έντονη θετική συσχέτιση, ενώ το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το βαθμό ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0,000 ($F=20,27$). Μεταξύ των 8 ανεξάρτητων μεταβλητών παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς την κατεύθυνση και το μέγεθος της εξάρτησης. Επιπλέον ο δείκτης Durbin-Watson ($DW=2,116$) δείχνει πως δεν υπάρχει αυτό-συσχέτιση (θετική ή αρνητική) μεταξύ των καταλοίπων των ανεξάρτητων μεταβλητών. Ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται θετικά από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές πλην του χρόνου αναμονής όπου ο βαθμός ικανοποίησης είναι αρνητικός αν και στατιστικά λίγο σημαντικός (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης
παρεχόμενων υπηρεσιών – Β' Μοντέλο

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Κλίμακα βαθμού ικανοποίησης			
	Συντελεστής Β	Τυπικό Σφάλμα	t - test	Sig.
ΣΤΑΘΕΡΑ	0,635	0,331	1,916	0,058
Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια του Ιατρικού Προσωπικού	0,035	0,080	0,435	0,664
Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό	0,099	0,069	1,425	0,157
Ανταπόκριση – Ταχύτητα Εξυπηρέτησης Νοσηλευτικού Προσωπικού	0,168	0,085	1,988	0,050
Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά Διοικητικού Προσωπικού	0,116	0,071	1,640	0,104
Χρόνος Αναμονής	-0,031	0,062	-0,502	0,617
Κατάλληλος Συγχρονισμός των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου	0,246	0,079	3,102	0,003
Καθαριότητα Χώρων	0,058	0,080	0,727	0,469
Ενημερωμένος Εξοπλισμός & Τεχνολογία	0,123	0,087	1,416	0,160
R	0,796			
R ²	0,633			
F	20,27			
DW	2,116			

Ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, η θετικά ισχυρότερη αφορά τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου ($B=0,246$, $t=3,102$), ενώ ακολουθεί η άμεση ανταπόκριση και η ταχύτητα εξυπηρέτησης από το νοσηλευτικό προσωπικό ($B=0,168$, $t=1,988$). Η αρνητική εξάρτηση η οποία παρατηρείται, αν και μικρή, είναι αυτή του χρόνου αναμονής για εξυπηρέτηση ($B= -0,031$, $t= -0,502$),

Σύμφωνα με τα παραπάνω τεκμαίρεται ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου διαφαίνεται να εξαρτάται θετικά ως ένα βαθμό από τον ενημερωμένο εξοπλισμό και την τεχνολογία, την επικοινωνία και διαθεσιμότητα με τον θεράποντα ιατρό, καθώς και από τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αντίθετα εξαρτάται αρνητικά, όχι όμως σε ισχυρό βαθμό από το χρόνο αναμονής στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

Εν συνεχεία ακολουθούν μοντέλα παλινδρόμησης προκειμένου να διαπιστωθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των μεταμοσχευμένων

νεφροπαθών από συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου, όπως αυτές της ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας.

3.3.3 Γ' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης

Στο επόμενο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέγονται (1) η εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, (2) η ευγενική και φιλική συμπεριφορά του, (3) η διαθεσιμότητα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, (4) η ενημέρωση και οι οδηγίες ως προς τη διατροφή και τον τρόπο ζωής από τον ιατρό. Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Οι 4 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονται με την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης κατά 60,3% ($R^2=0,603$) και με συντελεστή συσχέτισης $R=0,776$ που υποδηλώνει έντονη θετική συσχέτιση, ενώ το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το βαθμό ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0,000 ($F=41,348$). Μεταξύ των 4 αυτών ανεξάρτητων μεταβλητών δεν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς το μέγεθος της εξάρτησης. Επιπλέον ο δείκτης Durbin-Watson ($DW=1,914$) δείχνει πως δεν υπάρχει αυτό-συσχέτιση (θετική ή αρνητική) μεταξύ των καταλοίπων των ανεξάρτητων μεταβλητών. Ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται θετικά από όλες τις προαναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές (εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, ευγενική και φιλική συμπεριφορά του, διαθεσιμότητα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, ενημέρωση και οι οδηγίες ως προς τη διατροφή και τον τρόπο ζωής από τον ιατρό) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης
ιατρικού προσωπικού – Γ' Μοντέλο

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Κλίμακα βαθμού ικανοποίησης			
	Συντελεστής Β	Τυπικό Σφάλμα	t - test	Sig.
ΣΤΑΘΕΡΑ	0,285	0,311	0,918	0,361
Εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού	0,239	0,084	2,852	0,005
Ευγενική και φιλική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	0,262	0,084	3,120	0,002
Διαθεσιμότητα και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό	0,269	0,078	3,451	0,001
Ενημέρωση και οδηγίες για τη διατροφή και τον τρόπο ζωής	0,163	0,075	2,172	0,032
R	0,776			
R ²	0,603			
F	41,348			
DW	1,914			

Ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, η θετικά ισχυρότερη αφορά την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό ($B=0,269$, $t=3,451$), καθώς και την συμπεριφορά του ιατρού ($B=0,262$, $t=3,120$)

3.3.4 Δ' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης

Στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης που ακολουθεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέγονται (1) η εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, (2) η κατανόησή του, (3) η ανταπόκριση και ταχύτητα εξυπηρέτησής του. Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας.

Οι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονται με την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης κατά 56,0% ($R^2=0,560$) και με συντελεστή συσχέτισης $R=0,749$ που υποδηλώνει έντονη θετική συσχέτιση, ενώ το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το βαθμό ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0,000 ($F=48,434$). Μεταξύ των 3 αυτών ανεξάρτητων μεταβλητών δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις ως προς το μέγεθος της εξάρτησης. Επιπλέον ο δείκτης Durbin-Watson ($DW=2,029$) δείχνει πως δεν υπάρχει αυτό-συσχέτιση (θετική ή αρνητική)

μεταξύ των καταλοίπων των ανεξάρτητων μεταβλητών, ώστε να επηρεάζεται δυσμενώς η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του μοντέλου. Ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται θετικά από όλες τις ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 13).

Πίνακας 13 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού – Δ' Μοντέλο

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Κλίμακα βαθμού ικανοποίησης			
	Συντελεστής B	Τυπικό Σφάλμα	t - test	Sig.
ΣΤΑΘΕΡΑ	0,911	0,253	3,599	,000
Εμπειρία και επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού	0,195	0,100	1,947	,054
Κατανόηση νοσηλευτικού προσωπικού	0,347	0,116	3,008	,003
Ανταπόκριση – ταχύτητα εξυπηρέτησης του νοσηλευτικού προσωπικού	0,227	0,102	2,226	,028
R	0,749			
R ²	0,560			
F	48,434			
DW	2,029			

Ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, η θετικά ισχυρότερη αφορά την κατανόηση των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών από το νοσηλευτικό προσωπικό (B=0,347, t=3,008), ακολουθεί η ανταπόκριση και ταχύτητα εξυπηρέτησης από αυτό (B=0,227, t=2,226), και τέλος η εμπειρία του και επιστημονική του επάρκεια (B=0,195, t=1,947).

3.3.5 Ε' Μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης

Στο πέμπτο και τελευταίο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέγονται (1) η ευγενική και φιλική συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, (2) η άμεση εξυπηρέτηση από αυτό, (3) η πληροφόρηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών. Ενώ, ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρείται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό της νοσοκομειακής μονάδας.

Οι 3 ανεξάρτητες μεταβλητές σχετίζονται με την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης κατά 63,1% (R²=0,631) και με συντελεστή συσχέτισης R=0,794 που

υποδηλώνει έντονη θετική συσχέτιση, ενώ το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το βαθμό ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του 0,000 ($F=65,583$). Μεταξύ των 3 αυτών ανεξάρτητων μεταβλητών δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, καθώς αυτή διαφαίνεται μάλλον θετική. Επιπλέον ο δείκτης Durbin-Watson ($DW=1,960$) δείχνει και σε αυτό το μοντέλο πως δεν υπάρχει αυτό-συσχέτιση (θετική ή αρνητική) μεταξύ των καταλοίπων των ανεξάρτητων μεταβλητών. Ο βαθμός ικανοποίησης φαίνεται να εξαρτάται θετικά από όλες τις ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές, αλλά κυρίως από τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (ευγενική και φιλική) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14 : Εκτίμηση παλινδρόμησης για την κλίμακα του βαθμού ικανοποίησης διοικητικού προσωπικού – E' Μοντέλο

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Κλίμακα βαθμού ικανοποίησης			
	Συντελεστής B	Τυπικό Σφάλμα	t - test	Sig.
ΣΤΑΘΕΡΑ	0,351	0,228	1,536	0,127
Ευγενική και Φιλική Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού	0,578	0,136	4,255	0,000
Άμεση εξυπηρέτηση	0,192	0,136	1,410	0,161
Πληροφόρηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών	0,106	0,072	1,475	0,143
R	0,794			
R ²	0,631			
F	65,583			
DW	1,96			

Ως προς το μέγεθος της εξάρτησης, η θετικά ισχυρότερη αφορά την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού ($B=0,578$, $t=4,255$), ακολουθεί η άμεση εξυπηρέτηση από αυτό ($B=0,192$, $t=1,410$), και τέλος η πληροφόρηση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών ($B=0,106$, $t=1,475$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την πραγματοποίηση και ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν τα αναμενόμενα όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σύμφωνα πάντα με την εθνική και διεθνή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας και ύστερα από ανάλυση των αποτελεσμάτων οι μεταμοσχευμένοι νεφροπαθείς είναι ικανοποιημένοι σε γενικές γραμμές από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι απόψεις τους δίστανται όσον αφορά το διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

Οι ενστάσεις τους εστιάζονται κυρίως:

- ✓ Στην ελλιπή ψυχολογική υποστήριξη από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού
- ✓ Στην περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους
- ✓ Στον ελλιπή συγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών από την πλευρά των διοικητικών υπηρεσιών

Έντονη δυσαρέσκεια παρουσιάζεται από την υποδομή του νοσοκομείου, και πιο συγκεκριμένα από την καθαριότητα των χώρων και το περιβάλλον, με αποκορύφωμα τους χώρους στάθμευσης γύρω από την περιοχή του νοσοκομείου. Οι απόψεις για τις εξετάσεις, τόσο τις εργαστηριακές όσο και τις κλινικές, την προσβασιμότητα, τον εξοπλισμό και την ποιότητα του φαγητού είναι αρκετά θετικές με περιθώρια βελτίωσης.

Ύστερα από τις κατάλληλες συσχετίσεις μεταβλητών προέκυψε ότι η συνολική ικανοποίηση των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών εξαρτάται θετικά από τα ακόλουθα:

1. τον ενημερωμένο εξοπλισμό και τη σύγχρονη τεχνολογία που διαθέτει το Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”, με απόρροια την ακρίβεια στους εργαστηριακούς και κλινικούς ελέγχους,
2. την επικοινωνία και διαθεσιμότητα με τον θεράποντα ιατρό,
3. τον κατάλληλο συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου,

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί το διαφορούμενο που παρατηρείται ως προς τον συγχρονισμό των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Ενώ στα περιγραφικά στατιστικά δεδομένα δεν φαίνεται να ικανοποιεί τόσο τους ασθενείς, στις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν διαφαίνεται πως παίζει ρόλο για την ικανοποίησή τους και μάλιστα με θετική εξάρτηση και στατιστικά σημαντική. Ίσως αυτή η μεταβλητή να χρήζει περαιτέρω μελέτης, ώστε να διερευνηθεί το εν λόγω παράδοξο. Εν συνεχεία αρνητική εξάρτηση παρουσιάζει η συνολική ικανοποίηση από τον χρόνο αναμονής στο χώρο των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Η κοινωνικο-δημογραφική κατάσταση της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών δεν επηρεάζει ούτε θετικά ούτε αρνητικά τις αντιλήψεις περί συνολικής ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όπως έχουν διαπιστώσει άλλοι μελετητές/ ερευνητές κατά καιρούς.

Στην προσπάθεια να επιβεβαιωθεί η θεωρητική προσέγγιση περί ικανοποίησης ασθενών πραγματοποιήθηκαν επιπρόσθετοι στατιστικοί έλεγχοι, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την ικανοποίηση των επιμέρους υπηρεσιών του νοσοκομείου, πιο συγκεκριμένα την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική υπηρεσία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όπως αυτά παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, παρατηρείται θετική εξάρτηση ως προς την ικανοποίηση του δείγματος των μεταμοσχευμένων νεφροπαθών στις παραμέτρους της εμπειρίας – επιστημονικής επάρκειας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, την κατανόηση και ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού, την ενημέρωση που παρέχει ο ιατρός, καθώς και η συμπεριφορά τόσο του ιατρικού όσο και του διοικητικού προσωπικού. Το σύνολο των θετικών εξαρτήσεων που παρατηρήθηκε κατά τη συσχέτιση των μεταβλητών επιβεβαιώνει τη θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης ενός ασθενούς, όπως αυτή παρουσιάστηκε τόσο κατά την ανάλυση της ερευνητικής υπόθεσης, όσο και από τη γενικότερη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του εν λόγω πονήματος.

Αντικείμενο μελλοντικής έρευνας και προβληματισμού θα μπορούσε να αποτελέσει το κατά πόσο οι πελάτες εσωτερικοί και εξωτερικοί του εν λόγω νοσοκομείου, δηλαδή τόσο το προσωπικό όσο και οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς, είναι ικανοποιημένοι ως προς τις διαδικασίες που τηρούνται για την παροχή υπηρεσιών

υγείας, ώστε να δοθεί η δυνατότητα στη Διοίκηση του Νοσοκομείου της υλοποίησης ενός νέου στρατηγικού σχεδιασμού στη μονάδα μεταμόσχευσης νεφρού με άμεση συνέπεια τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σκόπιμο θα ήταν να γίνει μια καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης ως προς τις διαδικασίες οι οποίες διενεργούνται προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι μεταμοσχευμένοι νεφροπαθείς, εντοπίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαδικασιών αυτών, ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και να γίνουν οι πιο σωστές παρεμβάσεις από πλευράς της Διοίκησης. Η προτεινόμενη αυτή καταγραφή θα πρέπει να λάβει υπόψη της τόσο την “αντικειμενική” πλευρά των διαδικασιών, η οποία εφαρμόζεται από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, όσο και την “υποκειμενική” πλευρά των ασθενών – χρηστών των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι εύλογο είναι να αντιλαμβάνονται διαφορετικά τις διαδικασίες, εξαιτίας κυρίως της ψυχολογικής κατάστασης που βρίσκονται κάθε φορά που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ**

«Αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση μεταμοσχευμένων ασθενών»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ «ΛΑΪΚΟ»

Το ερωτηματολόγιο αυτό επιδιώκει να εκτιμήσει το βαθμό ικανοποίησής σας από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες του Νοσοκομείου. Οι απόψεις σας είναι πολύ σημαντικές για την εν λόγω έρευνα και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης: ___/___/_____

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Φύλο:** άντρας γυναίκα
2. **Ηλικία:** 18-30 31-40 41-50 51-64 >65
3. **Εκπαίδευση:** Α' βάθμιο Β' βάθμιο Γ' βάθμιο Μεταπτυχιακό
4. **Οικογενειακή Κατάσταση:**
Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α
5. **Εργασία:**
Άνεργος Δημ. Υπάλληλος Ιδ. Υπάλληλος Ελευθ. Επαγ/τίας
Συνταξιούχος Οικιακά Άλλο: _____
6. **Εισόδημα:**
0-4.999 5.000-9.999 10.000-14.999 15.000-19.999 >20.000 ΔΓ/ ΔΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΣΘΕΝΗ

7. **Πριν πόσα χρόνια κάνατε τη μεταμόσχευση;**
0-1 έτη 1-3 έτη 3-5 έτη 5-10 έτη > 10 έτη
8. **Πόσο συχνά επισκέπτεστε το Νοσοκομείο για την πάθησή σας;**
Πάρα Πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου
9. **Έχει χρειαστεί να νοσηλευτείτε μετά τη μεταμόσχευση εξαιτίας κάποιας επιπλοκής;**
ΝΑΙ ΟΧΙ
10. **Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε προβλήματα/ επιπλοκές ως προς:**

	Πάρα Πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
α) Τη φαρμακευτική σας αγωγή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Την κατάσταση του μοσχεύματος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Τη σωματική σας κατάσταση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Τη ψυχολογική σας κατάσταση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Την κοινωνική σας κατάσταση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε από το ιατρικό προσωπικό ως προς την:

- | | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα Πολύ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Εμπειρία & Επιστημονική του Επάρκεια | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον
θεράποντα ιατρό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία
της νόσου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ενημέρωση & Οδηγίες για τη
φαρμακευτική αγωγή | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ενημέρωση & Οδηγίες για τη διατροφή
& τον τρόπο ζωής σας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ψυχολογική Υποστήριξη | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της Υγείας»
Δαηηλίδου Κλεοπάτρα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
18. Εμπειρία & Επιστημονική του Επάρκεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Κατανόηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ανταπόκριση – Ταχύτητα Εξυπηρέτησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ψυχολογική Υποστήριξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε από το διοικητικό προσωπικό ως προς την:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
23. Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Άμεση Εξυπηρέτηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Χρόνος Αναμονής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Πληροφόρηση για τα δικαιώματα & τις υποχρεώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Κατάλληλος Συγχρονισμός των Υπηρεσιών του Νοσ/μείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΥΠΟΔΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε από την υποδομή του νοσοκομείου ως προς :

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
28. Άνετο και Ευχάριστο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Καθαριότητα Χώρων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ενημερωμένος Εξοπλισμός & Τεχνολογία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Άμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Εργαστηριακών Εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Άμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Κλινικών Εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Προσβασιμότητα & Λειτουργικότητα των χώρων του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Χώροι Στάθμευσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ποιότητα Φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
36. Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από:					
α) το ιατρικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) το νοσηλευτικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) το διοικητικό προσωπικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία και τον πολύτιμο χρόνο σας!

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της Υγείας»
Δανιηλίδου Κλεοπάτρα

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' : ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ**

Πίνακας 15 : Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	29.10.08	12	9,8
	30.10.08	6	4,9
	31.10.08	14	11,4
	03.11.08	1	0,8
	04.11.08	4	3,3
	05.11.08	11	8,9
	07.11.08	3	2,4
	10.11.08	2	1,6
	11.11.08	14	11,4
	12.11.08	9	7,3
	13.11.08	3	2,4
	19.11.08	13	10,6
	21.11.08	2	1,6
	25.11.08	5	4,1
	28.11.08	16	13,0
	02.12.08	1	0,8
	03.12.08	3	2,4
	15.12.08	2	1,6
	16.12.08	1	0,8
	18.12.08	1	0,8
Σύνολο	123	100,0	

Πίνακας 16 : Φύλο

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Άνδρας	90	73,2
	Γυναίκα	33	26,8
	Σύνολο	123	100,0

Πίνακας 17 : Ηλικία

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	18-30	23	18,9
	31-40	27	22,1
	41-50	31	25,4
	51-64	34	27,9
	>65	7	5,7
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 18 : Εκπαίδευση

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πρωτοβάθμια	35	32,7
	Δευτεροβάθμια	28	26,2
	Τριτοβάθμια	39	36,4
	Μεταπτυχιακό	5	4,7
	Σύνολο	107	100,0

Πίνακας 19 : Οικογενειακή Κατάσταση

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Άγαμος/η	59	48,8
	Έγγαμος/η	60	49,6
	Χήρος/α	2	1,7
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 20 : Απασχόληση

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Άνεργος	12	9,8
	Δημόσιος Υπάλληλος	14	11,4
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	16	13,0
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	19	15,4
	Συνταξιούχος	48	39,0
	Οικιακά	9	7,3
	Άλλο	5	4,1
	Σύνολο	123	100,0

Πίνακας 21 : Εισόδημα

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	0 - 4.999 €	21	20,2
	5.000 - 9.999 €	28	26,9
	10.000 - 14.999 €	20	19,2
	15.000 - 19.999 €	17	16,3
	> 20.000 €	14	13,5
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	4	3,8
	Σύνολο	104	100,0

Πίνακας 22 : Πρίν πόσα χρόνια έγινε η μεταμόσχευση;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	0 -1 έτη	16	13,0
	1 - 3 έτη	28	22,8
	3 - 5 έτη	24	19,5
	5 - 10 έτη	26	21,1
	> 10 έτη	29	23,6
	Σύνολο	123	100,0

Πίνακας 23 : Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	18	14,8
	Πολύ	41	33,6
	Αρκετά	52	42,6
	Λίγο	10	8,2
	Καθόλου	1	0,8
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 24 : Έχει χρειαστεί να νοσηλευτούν μετά τη μεταμόσχευση εξαιτίας επιπλοκών;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Ναί	77	63,6
	Όχι	44	36,4
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 25 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : τη φαρμακευτική αγωγή;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	8	7,1
	Πολύ	6	5,3
	Αρκετά	20	17,7
	Λίγο	48	42,5
	Καθόλου	31	27,4
	Σύνολο	113	100,0

Πίνακας 26 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την κατάσταση του μοσχεύματος;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	5	4,6
	Πολύ	4	3,7
	Αρκετά	13	12,0
	Λίγο	36	33,3
	Καθόλου	50	46,3
	Σύνολο	108	100,0

Πίνακας 27 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : τη σωματική κατάσταση;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	7	6,8
	Πολύ	4	3,9
	Αρκετά	17	16,5
	Λίγο	37	35,9
	Καθόλου	38	36,9
	Σύνολο	103	100,0

Πίνακας 28 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την ψυχολογική κατάσταση;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	7	6,4
	Πολύ	4	3,6
	Αρκετά	17	15,5
	Λίγο	32	29,1
	Καθόλου	50	45,5
	Σύνολο	110	100,0

Πίνακας 29 : Πόσο συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα/ επιπλοκές ως προς : την κοινωνική κατάσταση;

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Πάρα Πολύ	6	5,8
	Πολύ	4	3,9
	Αρκετά	9	8,7
	Λίγο	28	27,2
	Καθόλου	56	54,4
	Σύνολο	103	100,0

Πίνακας 30 : Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	1	0,8
	Λίγο	4	3,4
	Αρκετά	29	24,4
	Πολύ	44	37,0
	Πάρα Πολύ	41	34,5
	Σύνολο	119	100,0

Πίνακας 31 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Λίγο	11	9,2
	Αρκετά	26	21,7
	Πολύ	42	35,0
	Πάρα Πολύ	41	34,2
	Σύνολο	120	100,0

Πίνακας 32 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	5	4,2
	Λίγο	19	15,8
	Αρκετά	32	26,7
	Πολύ	28	23,3
	Πάρα Πολύ	36	30,0
	Σύνολο	120	100,0

Πίνακας 33 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία της νόσου*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	11	9,1
	Αρκετά	38	31,4
	Πολύ	33	27,3
	Πάρα Πολύ	36	29,8
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 34 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	2	1,6
	Λίγο	11	9,0
	Αρκετά	35	28,7
	Πολύ	34	27,9
	Πάρα Πολύ	40	32,8
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 35 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη διατροφή & τον τρόπο ζωής*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	4	3,3
	Λίγο	29	23,8
	Αρκετά	35	28,7
	Πολύ	26	21,3
	Πάρα Πολύ	28	23,0
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 36 : *Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	38	31,9
	Λίγο	18	15,1
	Αρκετά	22	18,5
	Πολύ	19	16,0
	Πάρα Πολύ	22	18,5
	Σύνολο	119	100,0

Πίνακας 37 : *Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	1	0,8
	Λίγο	12	9,9
	Αρκετά	34	28,1
	Πολύ	42	34,7
	Πάρα Πολύ	32	26,4
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 38 : *Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	9	7,4
	Αρκετά	32	26,2
	Πολύ	39	32,0
	Πάρα Πολύ	39	32,0
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 39 : *Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Κατανόηση*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	13	10,7
	Αρκετά	33	27,3
	Πολύ	40	33,1
	Πάρα Πολύ	32	26,4
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 40 : *Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ανταπόκριση - Ταχύτητα Εξυπηρέτησης*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	4	3,3
	Λίγο	27	22,3
	Αρκετά	35	28,9
	Πολύ	32	26,4
	Πάρα Πολύ	23	19,0
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 41 : *Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	28	23,7
	Λίγο	15	12,7
	Αρκετά	37	31,4
	Πολύ	17	14,4
	Πάρα Πολύ	21	17,8
	Σύνολο	118	100,0

Πίνακας 42 : *Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	6	4,9
	Λίγο	18	14,8
	Αρκετά	36	29,5
	Πολύ	25	20,5
	Πάρα Πολύ	37	30,3
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 43 : *Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Άμεση Εξυπηρέτηση*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	9	7,4
	Λίγο	27	22,1
	Αρκετά	30	24,6
	Πολύ	26	21,3
	Πάρα Πολύ	30	24,6
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 44 : *Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Χρόνος Αναμονής*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	14	12,0
	Λίγο	34	29,1
	Αρκετά	25	21,4
	Πολύ	21	17,9
	Πάρα Πολύ	23	19,7
	Σύνολο	117	100,0

Πίνακας 45 : *Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Πληροφόρηση για δικαιώματα & υποχρεώσεις*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	27	22,3
	Λίγο	32	26,4
	Αρκετά	24	19,8
	Πολύ	16	13,2
	Πάρα Πολύ	22	18,2
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 46 : *Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Κατάλληλος Συγχρονισμός Υπηρεσιών Νοσοκομείου*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	26	21,5
	Λίγο	38	31,4
	Αρκετά	25	20,7
	Πολύ	18	14,9
	Πάρα Πολύ	14	11,6
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 47 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Άνετο & Ευχάριστο Περιβάλλον*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	31	25,4
	Λίγο	42	34,4
	Αρκετά	32	26,2
	Πολύ	8	6,6
	Πάρα Πολύ	9	7,4
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 48 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Καθαριότητα Χώρων*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	12	9,8
	Λίγο	43	35,2
	Αρκετά	41	33,6
	Πολύ	14	11,5
	Πάρα Πολύ	12	9,8
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 49 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Ενημερωμένος Εξοπλισμός & Τεχνολογία*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	8	6,8
	Λίγο	38	32,5
	Αρκετά	40	34,2
	Πολύ	22	18,8
	Πάρα Πολύ	9	7,7
	Σύνολο	117	100,0

Πίνακας 50 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Αμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Εργαστηριακών Εξετάσεων*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	23	19,3
	Αρκετά	45	37,8
	Πολύ	25	21,0
	Πάρα Πολύ	23	19,3
	Σύνολο	119	100,0

Πίνακας 51 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Αμεσότητα, Ακρίβεια & Εγκυρότητα Κλινικών Εξετάσεων*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	4	3,4
	Λίγο	17	14,4
	Αρκετά	53	44,9
	Πολύ	21	17,8
	Πάρα Πολύ	23	19,5
	Σύνολο	118	100,0

Πίνακας 52 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Προσβασιμότητα & Λειτουργικότητα χώρων Νοσοκομείου*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	10	8,8
	Λίγο	32	28,3
	Αρκετά	41	36,3
	Πολύ	17	15,0
	Πάρα Πολύ	13	11,5
	Σύνολο	113	100,0

Πίνακας 53 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Χώροι Στάθμευσης*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	83	70,9
	Λίγο	15	12,8
	Αρκετά	11	9,4
	Πολύ	3	2,6
	Πάρα Πολύ	5	4,3
	Σύνολο	117	100,0

Πίνακας 54 : *Ικανοποίηση υποδομής νοσοκομείου ως προς : Ποιότητα Φαγητού*

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	25	24,0
	Λίγο	30	28,8
	Αρκετά	31	29,8
	Πολύ	10	9,6
	Πάρα Πολύ	8	7,7
	Σύνολο	104	100,0

Πίνακας 55 : Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	2	1,7
	Λίγο	31	26,3
	Αρκετά	51	43,2
	Πολύ	22	18,6
	Πάρα Πολύ	12	10,2
	Σύνολο	118	100,0

Πίνακας 56 : Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	2	1,6
	Λίγο	11	9,0
	Αρκετά	37	30,3
	Πολύ	36	29,5
	Πάρα Πολύ	36	29,5
	Σύνολο	122	100,0

Πίνακας 57 : Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	2	1,7
	Λίγο	12	9,9
	Αρκετά	38	31,4
	Πολύ	40	33,1
	Πάρα Πολύ	29	24,0
	Σύνολο	121	100,0

Πίνακας 58 : Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Μεταβλητές	Καθόλου	11	9,2
	Λίγο	23	19,2
	Αρκετά	31	25,8
	Πολύ	25	20,8
	Πάρα Πολύ	30	25,0
	Σύνολο	120	100,0

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄ : ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΕΔΙΟΥ**

Πίνακας 59 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες *
Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;

			Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;				Σύνολο	
			Πάρα Πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Καθόλου	N	0	0	2	0	2	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	5	10	15	1	31	
		%	4,3%	8,5%	12,8%	0,9%	26,5%	
	Αρκετά	N	7	14	24	6	51	
		%	6,0%	12,0%	20,5%	5,1%	43,6%	
	Πολύ	N	1	14	6	1	22	
		%	0,9%	12,0%	5,1%	0,9%	18,8%	
	Πάρα Πολύ	N	4	2	3	2	11	
		%	3,4%	1,7%	2,6%	1,7%	9,4%	
	Σύνολο		N	17	40	50	10	117
			%	14,5%	34,2%	42,7%	8,5%	100,0%

Πίνακας 60 : Συσχέτιση – Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους; *
Πριν πόσα χρόνια έγινε η μεταμόσχευση;

			Πριν πόσα χρόνια έγινε η μεταμόσχευση;					Σύνολο	
			0 - 1 έτη	1 - 3 έτη	3 - 5 έτη	5 - 10 έτη	> 10 έτη		
Πόσο συχνά επισκέπτονται το Νοσοκομείο για την πάθησή τους;	Πάρα Πολύ	N	6	2	3	5	2	18	
		%	4,9%	1,6%	2,5%	4,1%	1,6%	14,8%	
	Πολύ	N	9	11	9	6	6	41	
		%	7,4%	9,0%	7,4%	4,9%	4,9%	33,6%	
	Αρκετά	N	1	13	11	11	16	52	
		%	0,8%	10,7%	9,0%	9,0%	13,1%	42,6%	
	Λίγο	N	0	2	0	4	4	10	
		%	0,0%	1,6%	0,0%	3,3%	3,3%	8,2%	
	Καθόλου	N	0	0	0	0	1	1	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	
	Σύνολο		N	16	28	23	26	29	122
			%	13,1%	23,0%	18,9%	21,3%	23,8%	100,0%

Πίνακας 61 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	0	0	1	0	1	2	
		%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	1,7%	
	Λίγο	N	0	3	5	2	1	11	
		%	0,0%	2,5%	4,2%	1,7%	0,8%	9,3%	
	Αρκετά	N	0	1	19	11	4	35	
		%	0,0%	0,8%	16,1%	9,3%	3,4%	29,7%	
	Πολύ	N	1	0	3	24	7	35	
		%	0,8%	0,0%	2,5%	20,3%	5,9%	29,7%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	1	7	27	35	
		%	0,0%	0,0%	0,8%	5,9%	22,9%	29,7%	
	Σύνολο		N	1	4	29	44	40	118
			%	0,8%	3,4%	24,6%	37,3%	33,9%	100,0%

Πίνακας 62 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά				Σύνολο	
			Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	0	0	0	1	1	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	
	Λίγο	N	8	2	0	0	10	
		%	6,7%	1,7%	0,0%	0,0%	8,4%	
	Αρκετά	N	3	15	13	6	37	
		%	2,5%	12,6%	10,9%	5,0%	31,1%	
	Πολύ	N	0	8	22	6	36	
		%	0,0%	6,7%	18,5%	5,0%	30,3%	
	Πάρα Πολύ	N	0	1	7	27	35	
		%	0,0%	0,8%	5,9%	22,7%	29,4%	
	Σύνολο		N	11	26	42	40	119
			%	9,2%	21,8%	35,3%	33,6%	100,0%

Πίνακας 63 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα
 ιατρό

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Διαθεσιμότητα & Επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	2	0	0	0	0	2	
		%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	1	5	4	0	0	10	
		%	0,8%	4,2%	3,4%	0,0%	0,0%	8,4%	
	Αρκετά	N	2	11	14	6	4	37	
		%	1,7%	9,2%	11,8%	5,0%	3,4%	31,1%	
	Πολύ	N	0	2	11	15	8	36	
		%	0,0%	1,7%	9,2%	12,6%	6,7%	30,3%	
	Πάρα Πολύ	N	0	1	3	7	23	34	
		%	0,0%	0,8%	2,6%	5,9%	19,3%	29,7%	
	Σύνολο		N	5	19	32	28	35	119
			%	4,2%	16,0%	26,9%	23,5%	29,4%	100,0%

Πίνακας 64 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία της νόσου

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για την πορεία της νόσου					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	1	1	0	0	0	2	
		%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	0	3	7	0	1	11	
		%	0,0%	2,5%	5,8%	0,0%	0,8%	9,2%	
	Αρκετά	N	1	5	20	7	4	37	
		%	0,8%	4,2%	16,7%	5,8%	3,3%	30,8%	
	Πολύ	N	1	2	9	16	7	35	
		%	0,8%	1,7%	7,5%	13,3%	5,8%	29,2%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	2	9	24	35	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	7,5%	20,0%	29,2%	
	Σύνολο		N	3	11	38	32	36	120
			%	2,5%	9,2%	31,7%	26,7%	30,0%	100,0%

Πίνακας 65 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	1	1	0	0	0	2	
		%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	0	3	6	2	0	11	
		%	0,0%	2,5%	5,0%	1,7%	0,0%	9,1%	
	Αρκετά	N	1	5	18	7	6	37	
		%	0,8%	4,1%	14,9%	5,8%	5,0%	30,6%	
	Πολύ	N	0	2	8	19	7	36	
		%	0,0%	1,7%	6,6%	15,7%	5,8%	29,8%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	3	5	27	35	
		%	0,0%	0,0%	2,5%	4,1%	22,3%	28,9%	
	Σύνολο		N	2	11	35	33	40	121
			%	1,7%	9,1%	28,9%	27,3%	33,1%	100,0%

Πίνακας 66 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη διατροφή & τον τρόπο ζωής

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ενημέρωση & Οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	1	1	0	0	0	2	
		%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	1	6	2	2	0	11	
		%	0,8%	5,0%	1,7%	1,7%	0,0%	9,1%	
	Αρκετά	N	2	13	18	1	3	37	
		%	1,7%	10,7%	14,9%	0,8%	2,5%	30,6%	
	Πολύ	N	0	8	11	13	4	36	
		%	0,0%	6,6%	9,1%	10,7%	3,3%	29,8%	
	Πάρα Πολύ	N	0	1	4	9	21	35	
		%	0,0%	,8%	3,3%	7,4%	17,4%	28,9%	
	Σύνολο		N	4	29	35	25	28	121
			%	3,3%	24,0%	28,9%	20,7%	23,1%	100,0%

Πίνακας 67 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη

			Ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό	Καθόλου	N	2	0	0	0	0	2	
		%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	7	3	1	0	0	11	
		%	5,9%	2,5%	0,8%	0,0%	0,0%	9,3%	
	Αρκετά	N	18	7	5	5	1	36	
		%	15,3%	5,9%	4,2%	4,2%	0,8%	30,5%	
	Πολύ	N	7	6	10	8	4	35	
		%	5,9%	5,1%	8,5%	6,8%	3,4%	29,7%	
	Πάρα Πολύ	N	4	2	6	6	16	34	
		%	3,4%	1,7%	5,1%	5,1%	13,6%	28,8%	
	Σύνολο		N	38	18	22	19	21	118
			%	32,2%	15,3%	18,6%	16,1%	17,8%	100,0%

Πίνακας 68 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια

			Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Εμπειρία & Επιστημονική Επάρκεια					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Καθόλου	N	0	1	0	1	0	2	
		%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	1	5	5	1	0	12	
		%	0,8%	4,2%	4,2%	0,8%	0,0%	10,0%	
	Αρκετά	N	0	5	20	10	3	38	
		%	0,0%	4,2%	16,7%	8,3%	2,5%	31,7%	
	Πολύ	N	0	1	7	23	9	40	
		%	0,0%	0,8%	5,8%	19,2%	7,5%	33,3%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	2	7	19	28	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	5,8%	15,8%	23,3%	
	Σύνολο		N	1	12	34	42	31	120
			%	0,8%	10,0%	28,3%	35,0%	25,8%	100,0%

Πίνακας 69 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά

			Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Καθόλου	N	1	0	0	1	0	2	
		%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	1	6	4	1	0	12	
		%	0,8%	5,0%	3,3%	0,8%	0,0%	9,9%	
	Αρκετά	N	1	3	15	14	5	38	
		%	0,8%	2,5%	12,4%	11,6%	4,1%	31,4%	
	Πολύ	N	0	0	11	21	8	40	
		%	0,0%	0,0%	9,1%	17,4%	6,6%	33,1%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	2	2	25	29	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%	20,7%	24,0%	
	Σύνολο		N	3	9	32	39	38	121
			%	2,5%	7,4%	26,4%	32,2%	31,4%	100,0%

Πίνακας 70 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Κατανόηση

			Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Κατανόηση					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Καθόλου	N	1	1	0	0	0	2	
		%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	1	5	6	0	0	12	
		%	0,8%	4,2%	5,0%	0,0%	0,0%	10,0%	
	Αρκετά	N	1	5	17	10	4	37	
		%	0,8%	4,2%	14,2%	8,3%	3,3%	30,8%	
	Πολύ	N	0	2	9	26	3	40	
		%	0,0%	1,7%	7,5%	21,7%	2,5%	33,3%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	1	4	24	29	
		%	0,0%	0,0%	0,8%	3,3%	20,0%	24,2%	
	Σύνολο		N	3	13	33	40	31	120
			%	2,5%	10,8%	27,5%	33,3%	25,8%	100,0%

Πίνακας 71 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ανταπόκριση - Ταχύτητα Εξυπηρέτησης

			Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ανταπόκριση - Ταχύτητα Εξυπηρέτησης					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Καθόλου	N	0	2	0	0	0	2	
		%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	2	8	2	0	0	12	
		%	1,7%	6,7%	1,7%	0,0%	0,0%	10,0%	
	Αρκετά	N	2	14	13	5	3	37	
		%	1,7%	11,7%	10,8%	4,2%	2,5%	30,8%	
	Πολύ	N	0	3	17	18	2	40	
		%	0,0%	2,5%	14,2%	15,0%	1,7%	33,3%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	3	9	17	29	
		%	0,0%	0,0%	2,5%	7,5%	14,2%	24,2%	
	Σύνολο		N	4	27	35	32	22	120
			%	3,3%	22,5%	29,2%	26,7%	18,3%	100,0%

Πίνακας 72 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη

			Ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού ως προς : Ψυχολογική Υποστήριξη					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Καθόλου	N	2	0	0	0	0	2	
		%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	8	1	3	0	0	12	
		%	6,8%	0,9%	2,6%	0,0%	0,0%	10,3%	
	Αρκετά	N	8	10	14	2	2	36	
		%	6,8%	8,5%	12,0%	1,7%	1,7%	30,8%	
	Πολύ	N	9	3	15	9	3	39	
		%	7,7%	2,6%	12,8%	7,7%	2,6%	33,3%	
	Πάρα Πολύ	N	1	0	5	6	16	28	
		%	0,9%	,0%	4,3%	5,1%	13,7%	23,9%	
	Σύνολο		N	28	14	37	17	21	117
			%	23,9%	12,0%	31,6%	14,5%	17,9%	100,0%

Πίνακας 73 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά

			Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Ευγενική & Φιλική Συμπεριφορά					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	Καθόλου	N	3	6	1	0	1	11	
		%	2,5%	5,0%	0,8%	0,0%	0,8%	9,2%	
	Λίγο	N	2	10	9	2	0	23	
		%	1,7%	8,3%	7,5%	1,7%	0,0%	19,2%	
	Αρκετά	N	0	2	20	7	2	31	
		%	0,0%	1,7%	16,7%	5,8%	1,7%	25,8%	
	Πολύ	N	1	0	6	12	6	25	
		%	0,8%	0,0%	5,0%	10,0%	5,0%	20,8%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	0	4	26	30	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	21,7%	25,0%	
	Σύνολο		N	6	18	36	25	35	120
			%	5,0%	15,0%	30,0%	20,8%	29,2%	100,0%

Πίνακας 74 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Άμεση Εξυπηρέτηση

			Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Άμεση Εξυπηρέτηση					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	Καθόλου	N	3	6	1	0	1	11	
		%	2,5%	5,0%	0,8%	0,0%	0,8%	9,2%	
	Λίγο	N	3	14	5	1	0	23	
		%	2,5%	11,7%	4,2%	0,8%	0,0%	19,2%	
	Αρκετά	N	2	7	15	5	2	31	
		%	1,7%	5,8%	12,5%	4,2%	1,7%	25,8%	
	Πολύ	N	1	0	6	14	4	25	
		%	0,8%	0,0%	5,0%	11,7%	3,3%	20,8%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	2	5	23	30	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	4,2%	19,2%	25,0%	
	Σύνολο		N	9	27	29	25	30	120
			%	7,5%	22,5%	24,2%	20,8%	25,0%	100,0%

Πίνακας 75 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Χρόνος Αναμονής

			Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Χρόνος Αναμονής					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	Καθόλου	N	3	2	2	2	2	11	
		%	2,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	9,6%	
	Λίγο	N	4	11	4	3	0	22	
		%	3,5%	9,6%	3,5%	2,6%	0,0%	19,1%	
	Αρκετά	N	5	9	9	3	4	30	
		%	4,3%	7,8%	7,8%	2,6%	3,5%	26,1%	
	Πολύ	N	2	2	8	9	3	24	
		%	1,7%	1,7%	7,0%	7,8%	2,6%	20,9%	
	Πάρα Πολύ	N	0	9	1	4	14	28	
		%	0,0%	7,8%	0,9%	3,5%	12,2%	24,3%	
	Σύνολο		N	14	33	24	21	23	115
			%	12,2%	28,7%	20,9%	18,3%	20,0%	100,0%

Πίνακας 76 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Πληροφόρηση για δικαιώματα & υποχρεώσεις

			Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Πληροφόρηση για δικαιώματα & υποχρεώσεις					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	Καθόλου	N	5	5	0	0	1	11	
		%	4,2%	4,2%	0,0%	0,0%	0,8%	9,2%	
	Λίγο	N	11	10	2	0	0	23	
		%	9,2%	8,4%	1,7%	0,0%	0,0%	19,3%	
	Αρκετά	N	7	9	10	1	3	30	
		%	5,9%	7,6%	8,4%	0,8%	2,5%	25,2%	
	Πολύ	N	1	5	8	7	4	25	
		%	0,8%	4,2%	6,7%	5,9%	3,4%	21,0%	
	Πάρα Πολύ	N	3	3	2	8	14	30	
		%	2,5%	2,5%	1,7%	6,7%	11,8%	25,2%	
	Σύνολο		N	27	32	22	16	22	119
			%	22,7%	26,9%	18,5%	13,4%	18,5%	100,0%

Πίνακας 77 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό *
 Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Κατάλληλος Συγχρονισμός Υπηρεσιών Νοσοκομείου

			Ικανοποίηση διοικητικού προσωπικού ως προς : Κατάλληλος Συγχρονισμός Υπηρεσιών Νοσοκομείου					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό	Καθόλου	N	6	4	0	0	1	11	
		%	5,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,8%	9,2%	
	Λίγο	N	8	11	3	1	0	23	
		%	6,7%	9,2%	2,5%	0,8%	0,0%	19,3%	
	Αρκετά	N	9	8	8	3	2	30	
		%	7,6%	6,7%	6,7%	2,5%	1,7%	25,2%	
	Πολύ	N	2	7	10	4	2	25	
		%	1,7%	5,9%	8,4%	3,4%	1,7%	21,0%	
	Πάρα Πολύ	N	1	7	4	9	9	30	
		%	0,8%	5,9%	3,4%	7,6%	7,6%	25,2%	
	Σύνολο		N	26	37	25	17	14	119
			%	21,8%	31,1%	21,0%	14,3%	11,8%	100,0%

Πίνακας 78 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες *
 Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό

			Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Καθόλου	N	0	2	0	0	0	2	
		%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	2	7	14	6	2	31	
		%	1,7%	5,9%	11,9%	5,1%	1,7%	26,3%	
	Αρκετά	N	0	2	21	20	8	51	
		%	0,0%	1,7%	17,8%	16,9%	6,8%	43,2%	
	Πολύ	N	0	0	2	9	11	22	
		%	0,0%	0,0%	1,7%	7,6%	9,3%	18,6%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	0	0	12	12	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%	10,2%	
	Σύνολο		N	2	11	37	35	33	118
			%	1,7%	9,3%	31,4%	29,7%	28,0%	100,0%

Πίνακας 79 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες *
 Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό

			Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Καθόλου	N	0	1	0	1	0	2	
		%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%	0,0%	1,7%	
	Λίγο	N	2	10	13	5	1	31	
		%	1,7%	8,5%	11,1%	4,3%	0,9%	26,5%	
	Αρκετά	N	0	1	25	20	5	51	
		%	0,0%	0,9%	21,4%	17,1%	4,3%	43,6%	
	Πολύ	N	0	0	0	13	9	22	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	7,7%	18,8%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	0	0	11	11	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	9,4%	
	Σύνολο		N	2	12	38	39	26	117
			%	1,7%	10,3%	32,5%	33,3%	22,2%	100,0%

Πίνακας 80 : Συσχέτιση – Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες *
 Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό

			Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό					Σύνολο	
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ		
Συνολικός Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Καθόλου	N	1	0	0	0	1	2	
		%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,7%	
	Λίγο	N	9	11	7	3	1	31	
		%	7,8%	9,5%	6,0%	2,6%	0,9%	26,7%	
	Αρκετά	N	0	11	22	11	7	51	
		%	0,0%	9,5%	19,0%	9,5%	6,0%	44,0%	
	Πολύ	N	0	1	1	10	9	21	
		%	0,0%	0,9%	0,9%	8,6%	7,8%	18,1%	
	Πάρα Πολύ	N	0	0	0	0	11	11	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	9,5%	
	Σύνολο		N	10	23	30	24	29	116
			%	8,6%	19,8%	25,9%	20,7%	25,0%	100,0%

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ

Ελληνόγλωσση

1. Αγιακλόγλου Χ., Οικονόμου Γ. (2004) *“Μέθοδοι Προβλέψεων και Ανάλυσης Αποφάσεων”*, εκδόσεις Μπένου, β’ έκδοση, Αθήνα
2. Γούλα Ασπασία (2000) *“Γενικές Αρχές Μεθοδολογίας Έρευνας”*, Αθήνα: Εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας
3. Δημόπουλος Κ. Α. (1998), *“Ουρολογία”*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Πέμπτη Έκδοση, Αθήνα
4. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, *«Νόμος 2737/ 1999, Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων Ιστών και Οργάνων»*, Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 174, 27 Αυγούστου 1999, Αθήνα
5. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) *“Συστήματα υγείας”*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
6. Καλινδέρης Ν. Αθανάσιος- Καθηγητής (1999) *“Γενική Ουρολογία”*, Θεσσαλονίκη
7. Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ. (2004) *“Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα”*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 21 (4): 354-362
8. Κυριόπουλος Γ, και συνεργάτες (1994) *“Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια” στο συλλογικό τόμο “Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”*, Κυριόπουλος Γ. & Γεωργούση Ευγ, Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας
9. Κυριόπουλος Γ. (2000) *“Ο Cochrane, η εποχή του και εμείς: Μια απόπειρα προσέγγισης της μεθοδολογίας στην πολιτική υγείας”*, Στο: Cochrane et al (Συντ) Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας”, Αθήνα: Εξάντας, Πολιτικές Υγείας
10. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούσης Ε., Γεννηματά Α., Μώκου Ν., Σωμαράκη Μ. (1990), *“Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας”*, Ιατρικό Βήμα 1990:19-27.
11. Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε. (1993) *“Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”*, Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, σελ. 35-60

12. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1995) *“Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της υγείας”*, Αθήνα: Κέντρο Επιστημών Υγείας
13. Μαλλιάρης Π. (2001) *“Εισαγωγή στο Μαρκετινγκ”*, Αθήνα: εκδόσεις Σταμούλη
14. Μουμτζόγλου Α. (2001) *“Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας”*, Αθήνα: Εκδόσεις Management
15. Μπεσμπέας Σ. Σταύρος, *“Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση νοσημάτων φθοράς”*, Ενημέρωση του Κοινού, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα
16. Μπίρης Α., Κυριακοπούλου Ι., Μαυροπούλου Ε., Κυριακόπουλος Γ. (2004) *“Διερεύνηση της ποιότητας και του τρόπου ζωής των ασθενών που εντάσσονται σε ΧΠΑ και των συντρόφων τους”*, Ιπποκράτεια 8 (3) : 124-127
17. Νιάκας Δ., Γναρδέλης Χ. (2000) *“Έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο των Αθηνών”*, Επιθεώρηση Υγείας.
18. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008) *“Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής”*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25 (1): 73-82
19. Παπαδημητρίου Μ., Λεβέντη Χ., Φουλίδου Χ., Φιδάνη Α., Δημοπούλου Ε., Μαρνέρας Χ. (1998) *“Διαπροσωπικές σχέσεις-Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα”*, Νοσηλευτική 3.
20. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1995) *“Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας”*, Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος
21. Πλατή Χ. (1994) *“Εξασφάλιση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας”*, στο: Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ. (Σύνταξη) *“Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές”*, Αθήνα: Έκδοση Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας
22. Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι. (2005) *“Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία της Αττικής”*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22:284-295.
23. Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι. (2005) *“Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία της Αττικής”*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22:284-295.
24. Σαρρής Μ. (2001) *“Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής”*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
25. Σαρρής Μ., Γούλα Α. (Επιμέλεια) (2006) *“Η Ποιότητα Ζωής των Ασθενών ως*

- Κριτήριο – Εργαλείο Αξιολόγησης της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας*” Πεδίο Μελέτης: Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής Μεταμοσχευμένων Ασθενών και Διαμόρφωση Εργαλείων Αξιολόγησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα
26. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Γκικόκα Β., Σούλης Σ. (2008), “*Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση*”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(2), 201-208
 27. Σαρρής Μ., Γούλα Α., Σούλης Σ., Σταυροπούλου Α. (2008), “*Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας*”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(2), 177-183
 28. Σαρρής Μ., Γούλα Ασπασία (2001) “*Βοήθημα στη Μεθοδολογία Έρευνας και στην Εκπόνηση Μελετών*”, Αθήνα: Εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας
 29. Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) “*Ποιότητα ζωής αιμοκαθαιρομένων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών: Μια κριτική προσέγγιση*”, Ιατρική 79(2): 158-163.
 30. Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2003) “*Η Συμβολή της Θεωρίας της Χρησιμότητας και Ποιότητας Ζωής στην εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και κατανομής των πόρων στην υγεία*”, στο Ηγουμενάκης Η. (επιμέλεια) Τιμητικός τόμος στη μνήμη του Καθηγητή Θ. Παπαθεοδοσίου, Αθήνα: Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ), 333-353.
 31. Σαρρής Μ., Σταυροπούλου- Γκικόκα Αικ. (1999) “*Η καθιέρωση της πρωματικής μεταμόσχευσης στην Ελλάδα*”, Αθήνα: Τεχνόγραμμα
 32. Σαχίνη Καρδάση Α. (1997) “*Μεθοδολογία Έρευνας, Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*”, Γ΄ Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
 33. Τούντας Γ. (1986) “*Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας*”, Mat Med Gr
 34. Τούντας Γ. (2000) “*Κοινωνία και υγεία*”, Αθήνα: Οδυσσέας, Νέα Υγεία
 35. Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ. (2003) “*Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες*”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20 (5): 497-503
 36. Υφαντόπουλος Ι., Πιερράκος Γ., Ζανάκης Β. (2001) “*Ποιότητα Ζωής Ασθενών με ΗCV και σύγκριση προς δείγμα υγιούς πληθυσμού*”, Αρχεία Ελληνική Ιατρικής Εταιρείας 18(3):288–296.
 37. Υφαντόπουλος Ι., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) “*Σχετιζόμενη με την υγεία*

ποιότητα ζωής: μεθοδολογία μέτρησης”, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 18(3): 158-163

38. Χανιά Μ., Μουζόπουλος Γ., Τσεμπέλης Α., Γρυπιώτης Ι., Σταματάκος Μ. (2003) “Αξιολόγηση Υπηρεσιών Νοσοκομείου με την χρήση ερωτηματολογίου σε ασθενείς και συνοδούς στα θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας”. Επιλεγμένα κείμενα του 4^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας (Επιμέλεια Νιάκας Δ.), εκδ. Mediforce Αθήνα, 138-149
39. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Γ. (2008), “Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό”, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, 1(3), 23-39.

Ξενογλώσση

1. Bowers M., Swan J., Koehler W. (1994) “What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?”, Health Care Management Rev: 19(4)49
2. Cochrane AL. (1992) “Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services”, London: Nuffield Provincial Hospital Trust
3. Cox K., Bergen A. and Norman II J. (1993) “Exploring consumer views of care provided by Macmillan nurse using the critical indent technique”, Journal of Advanced Care 31,795-800
4. Cronin J., Taylor St. (1992) “Measuring Service Quality: A reexamination and Extension”, Journal of Marketing V56,55-58
5. Davies Jk., Mcdonald G. (1998) “Quality, evidence and effectiveness in health promotion, triving for certainties”, New York-London: Routledge
6. Donabedian A. (1973) “Aspects of medical care administration specifying requirements for health care”, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
7. Donabedian A. (1980) “The definition of quality and approaches to its assessment”, Health Administration Press
8. Donabedian A. (1996) “Evaluating the quality of Medical Care”, Mild Mem Fd Quart

9. Donabedian A. (1997) *"The quality of care: How can it be assessed?"* , Arch Pathol Lab Med J, 11:1145-1150.
10. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP et al (1985) *"The quality of life of patients with end-stage renal disease"* , N Engl J Med, 312: 553-559
11. Gnardellis Ch., Niakas D. (2005) *"Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System"*, Int.J Healthcare Technology and management, vol.6,3:307-320
12. Gourley G., Duncan D. (1998) *"Patient satisfaction and quality of life: Humanistic outcomes"* , Am J Manag Care, 4:746-752.
13. Harris Interactive (2001) *"Survey on chronic illness and care giving"* , New York: Harris Interactive
14. Hathaway D., Winsett R., Prendergast M., Subaiya I. (2003) *"The first report from the patient outcomes registry for transplant effects on life (PORTEL): differences in side-effects and quality of life by organ type, time since transplant and immunosuppressive regimens"* , Clinical Transplantation; 17: 183-194
15. Health in a New Europe Jouve composition & Impression, Paris 2000
16. Hopkins A. (1990) *"Measuring the quality of Medical Care"* , London: Royal College of Physicians
17. Khayat K., Salter B. (1994) *"Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices"* , Br J Gen Pract 44:215-219.
18. Ley P. (1972) *"Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature"* , Bull Br Psychol, 25:115-120.
19. Maxwell R. (1984) *"Quality assessment in health"* , Br Med J 288:1471.
20. Mc Stravic Scott (1991) *"Beyond Patient Satisfaction: Building Patient Loyalty"* , Health Administration Press
21. Mckee M. (1999) *"For debate. Does health care save lives?"* , Croat Med J
22. Nelson C., Niederberger J. (1990) *"Patient Satisfaction Surveys: An opportunity for Total Quality Improvement"* , Hospital and Health Services Administration 35.3 Fall
23. Pala T., Düндar P (2002) *"Do health related quality of life scores sensitive to the patient satisfaction? Quality Of Life and Patient Satisfaction"* , Ιπποκράτεια 6 suppl. (1) : 7-11

24. Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L. (1985) “*A Conceptual Model of Service Quality and its implications for future Research*”, *Journal of Marketing* V49,41-50
25. Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L. (1988) “*SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*”, *Journal of Retailing* Vol.64 Spring
26. Patrick D.L (1986) “*Measurement of health care and quality of life*”, *American Journal of medicine*, 81; 565-578
27. Ross C., Frommelt G., Hazelwood L., Chang R. (1994) “*The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P(ed)Health care marketing: A foundation for managed quality*”, Gaithersburg Md Aspen, 55-69.
28. Selber K. (1998) “*Family and Community Health*”, Findarticles.com
29. Sigmon H.D., Grady P.A. (2001) “*Quality of life for transplantation patients*”, National Institute of Nursing Research Spring Science Work Group, *Heart and Lung*, 30(1): 5-8
30. Sitzia J., Wood N. (1997) “*Patient satisfaction: A review of issues and concepts*”, *Soc Sci Med*,12:1829-1843
31. Swan C., Falce C., Morgan A., Kelly M., Powell G. (2003) “*Process and Quality standards manual for evidence briefings*”, October Draft 7
32. Tengilimoglou D., Kisa A., Dziegielewski S. (2001) “*Measurement of patient satisfaction in a public hospital in Ankara*”, *Health Services Management Research* 14
33. Ware J., Snyder M., Wright R., Davies A. (1983) “*Defining and Measuring patient satisfaction with medical care*”, *Evaluation and Program Planning* 6:247-263
34. Williams S.J and Calna M (1991a) “*Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings*”, *Social Science & Medicine* 33, 707-716