



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

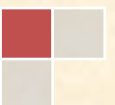
Η ικανοποίηση των νεφροπαθών από τις υπηρεσίες της
Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) ενός δημόσιου
επαρχιακού νοσοκομείου.

Αλυσανδράτου Σταματία

Επιβλέπων Καθηγητής

Γεώργιος Τσιότρας

Μάϊος, 2018



Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η ικανοποίηση των νεφροπαθών από τις υπηρεσίες της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) ενός δημόσιου επαρχιακού νοσοκομείου.

Αλυσανδράτου Σταματία

Επιβλέπων Καθηγητής
Γεώργιος Τσιότρας

Μάϊος, 2018

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ⁰	7
1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	7
1.1.1. Ορισμός της νόσου.....	7
1.1.2. Κατηγορίες της νόσου.....	7
1.2. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	9
1.2.1. Αιτιολογία.....	9
1.2.2. Κλινική εικόνα.....	10
1.2.3. Διάγνωση.....	10
1.2.4. Θεραπεία.....	11
1.2.5. Πρόγνωση.....	12
1.3. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	13
1.3.1. Αιτιολογία.....	13
1.3.2. Παθολογική φυσιολογία.....	14
1.3.3. Κλινική εικόνα.....	15
1.3.4. Θεραπεία.....	16
1.4. ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ - ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.....	19
1.4.1. Ιστορική αναδρομή.....	19
1.4.2. Ενδείξεις για την έναρξη της θεραπείας.....	20
1.4.3. Μέθοδοι Νεφρικής Υποκατάστασης.....	21
1.4.4. Περιτοναϊκή Κάθαρση.....	22
1.4.4.1. Τεχνική.....	22
1.4.4.2. Επιπλοκές.....	23
1.4.4.3. Ενδείξεις - Αντενδείξεις.....	23
1.4.4.4. Ποιοι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε Σ.Φ.Π.Κ.....	24

<i>1.4.4.5. Ποιοι ασθενείς δεν μπορούν να υποβληθούν σε Σ.Φ.Π.Κ.....</i>	<i>25</i>
1.4.5. Τεχνητή Αιμοκάθαρση.....	25
1.4.6. Τεχνητός Νεφρός.....	26
<i>1.4.6.1. Αρτηριοφλεβικές Αναστομώσεις.....</i>	<i>27</i>
<i>1.4.6.2. Επιπλοκές.....</i>	<i>28</i>
<i>1.4.6.3. Ενδείξεις.....</i>	<i>29</i>
<i>1.4.6.4. Αγγειακή Προσπέλαση.....</i>	<i>30</i>
1.5. ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.....	32
1.5.1 Κλινικά Προβλήματα των Χρόνια Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών κατά τα Μεσοδιαστήματα μεταξύ των Συνεδριών Αιμοκάθαρσης.....	32
1.5.2. Οργάνωση Τμήματος Τεχνητού Νεφρού.....	35
<i>1.5.2.1. Επιλογή Ασθενών.....</i>	<i>36</i>
1.5.3. Οδηγίες Διατροφής για Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς.....	38
1.5.4. Δίαιτες - Διατροφή.....	40
<i>1.5.4.1. Το Νερό στη Ζωή των Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών.....</i>	<i>40</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰.....	42
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ.....	42
2.1. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	42
2.2. Παράγοντες που Προσδιορίζουν την Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	43
2.3. Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	44
<i>2.3.1. Τεχνικές και Εργαλεία Μέτρησης.....</i>	<i>46</i>
2.4. Πιστοποίηση Νοσοκομείων.....	46
2.5. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰.....	50
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	50
3.1. Ικανοποίηση Ασθενών.....	50
3.2. Ικανοποίηση Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	54
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	54
4.1. Σκοπός.....	54
4.2. Ερευνητικά Εργαλεία.....	54
4.3. Δείγμα της Μελέτης.....	55
4.4. Στατιστική Ανάλυση.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	57
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: η ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την ποιοτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών από τις υπηρεσίες της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) του Νοσοκομείου Κεφαλληνίας.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, εκ των οποίων το ένα ήταν το SERVQUAL. Στην έρευνα συμμετείχαν 31 ασθενείς από τους 35 συνολικά που παρακολουθούνταν στην MTN κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας.

Αποτελέσματα: Η ικανοποίηση κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα (9-10 στη δεκάβαθμη κλίμακα Likert), ενώ σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις του servqual καταγράφηκαν επίσης υψηλά επίπεδα ικανοποίησης (τιμές άνω του 6 σε όλες τις διαστάσεις). Το χάσμα ήταν μικρό και κυμαίνονταν μεταξύ -0,12 και -0,37. Κάποια υστέρηση εμφανίζεται σε ζητήματα υλικοτεχνικών υποδομών.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς αναφέρουν ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη MTN του νοσοκομείου Κεφαλληνίας με κάποιους επιμέρους τομείς να χρήζουν μικρής βελτίωσης. Χαρακτηριστικά της MTN που άπτονται του μεγέθους της, της εμπειρίας του προσωπικού και του αριθμού των ασθενών πιθανόν να συμβάλλουν στο αποτέλεσμα αυτό.

Λέξεις κλειδιά: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ποιότητα υπηρεσιών, ικανοποίηση, ασθενείς.

ABSTRACT

Introduction: The satisfaction of patients undergoing hemodialysis is a very important factor in the quality of nursing care.

Aim: It was to investigate the degree of satisfaction of hemodialysed patients by the services of the Hemodialysis Unit (MTN) of Cephalonia Hospital.

Methodology: Two self-report questionnaires were used, one of which was SERVQUAL. The survey involved 31 patients out of the 35 total monitored at MTN at the time of the survey.

Results: Satisfaction ranged in high levels (9-10 on the Likert scale), while in all sub-scales of the servqual, high levels of satisfaction were also recorded (above 6 in all dimensions). The gaps were small and ranged between -0.12 and -0.37. Some lag occurs in tangible issues.

Conclusion: Patients report a particularly high level of satisfaction with the MTN of Cephalonia Hospital with some sub-sectors that need little improvement. MTN features that are based on its size, staff experience and the number of patients likely to contribute to this result.

Key words: Hemodialysis Unit, quality of services, satisfaction, patients.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1.1.1. Ορισμός Νόσου

Νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. Τα προϊόντα που φυσιολογικά αποβάλλονται με τα ούρα συσσωρεύονται στο υγρό του οργανισμού και οδηγούν σε αποδιοργάνωση των ενδοκρινικών και μεταβολικών λειτουργιών, καθώς επίσης και σε διαταραχές υγρών, ηλεκτρολυτών, και οξεοβασικής ισορροπίας. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι συστηματική νόσος και αποτελεί το τελικό μονοπάτι πολλών παθήσεων των νεφρών και της ουροφόρου οδού (Ιωαννίδης, 2007; Μαυροματίδης, 2003; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005).

1.1.2. Κατηγορίες της Νόσου

Η Νόσος διακρίνεται σε δύο κατηγορίες : την οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) και την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ).

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) είναι η ταχεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας μέσα σε διάστημα ωρών ή ημερών. Η ΟΝΑ συνοδεύεται συνήθως από ολιγουρία (όγκος ούρων 24ώρου < 400 ml) ή ανουρία, αλλά υπάρχει και η μη ολιγουρική μορφή. Το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα της ΟΝΑ είναι η ταχεία μείωση του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης που οδηγεί σε προοδευτική αύξηση της ουρίας αίματος και της κρεατινίνης του ορού (Ιωαννίδης, 2007; Μαυροματίδης, 2003; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005).

Το σύνδρομο της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) χαρακτηρίζεται από έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας που καταλήγει σε προοδευτική αδυναμία των νεφρών να διατηρήσουν την ακεραιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού.

Αποτελεί κατάληξη πολλών παθήσεων του νεφρού. Στα αρχικά στάδια η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι μικρή και αποκαλύπτεται μόνο με ειδικές δοκιμασίες (όπως η κάθαρση της κρεατινίνης). Όταν αυξηθεί περισσότερο η βλάβη στα νεφρά αρχίζει να αυξάνεται η ουρία ενώ ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός (στάδιο αζωθαιμίας). Στο τέλος όταν η νεφρική βλάβη προχωρήσει σημαντικά προστίθενται και οι κλινικές εκδηλώσεις οπότε μιλούμε για ουραιμία. Άρα ο όρος ουραιμία επιφυλάσσεται μόνο για το κλινικό σύνδρομο και όχι για το βιοχημικό εύρημα της αυξημένης ουρίας. Συνήθως σύνδρομο ουραιμίας παρατηρείται όταν η τιμή της ουρίας είναι $> 200 \text{ mg}/100 \text{ ml}$ (Ιωαννίδης, 2007; Μαυροματίδης, 2003; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005).

Ανάλογα με το βαθμό επιβάρυνσης της νεφρικής λειτουργίας διακρίνονται δύο κύρια στάδια της ΧΝΑ. Το πρώτο είναι της αντιρροπούμενης νεφρικής ανεπάρκειας, όταν δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα και διαρκεί έως ότου η λειτουργικότητα των νεφρών εκπέσει $< 40\%$ της φυσιολογικής. Στο δεύτερο στάδιο κυριαρχούν οι κλινικές εκδηλώσεις ταυτόχρονα με τις βιοχημικές διαταραχές. Στο στάδιο αυτό υπάγονται η μέτρια νεφρική ανεπάρκεια που αντιμετωπίζεται συντηρητικά, η βαριά νεφρική ανεπάρκεια, το τελικό στάδιο της ΧΝΑ και το ουραιμικό κώμα (Ιωαννίδης, 2007; Μαυροματίδης, 2003; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005).

1.2. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ)

1.2.1. Αιτιολογία

Τα αίτια της ΟΝΑ διακρίνονται σε προνεφρικά (η ΟΝΑ είναι δυνητικά ανατάξιμη), νεφρικά ή ενδονεφρικά (έχει προκληθεί μη ανατάξιμη βλάβη της σωληναριακής λειτουργίας ή έχει προκληθεί βλάβη του σπειράματος) και μετανεφρικά (αποφρακτικά) (Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005; Hudson, 2011).

α) Προνεφρικά αίτια

- ~ Οποιαδήποτε μορφή shock (ολιγαϊμικό, σηψαιμικό, καρδιογενές).
- ~ Υποογκαιμία - αιμορραγία, εγκαύματα, αφυδάτωση, εμετοί, διάρροιες, διάτρηση κοίλου σπλάχνου, παγκρεατίτιδα, καρδιαγγειακές επεμβάσεις.
- ~ Αμφοτερόπλευρη στένωση, θρόμβωση ή εμβολή των νεφρικών αρτηριών.

β) Νεφρικά

- ~ Οξεία σωληναριακή νέκρωση από τα παραπάνω αίτια.
- ~ Οξεία σπειραματονεφρίτιδα.
- ~ Νοσήματα αρτηριδίων (αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, αγγειίτιδες).
- ~ Οξεία διάμεση νεφρίτιδα.
- ~ Εξωγενείς νεφροτοξίνες (φάρμακα, σκιαγραφικά μέσα, βαρέα μέταλλα,μανιτάρια)
- ~ Ενδογενείς νεφροτοξίνες (μυοσφαιρίνη, αιμοσφαιρίνη, χολερυθρίνη, ουρικό οξύ, λεύκωμα Bence Jones κ.ά.)

(Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005; Hudson, 2011).

γ) Μετανεφρικά

Λίθοι, όγκοι, υπερτροφία προστάτη

1.2.2. Κλινική εικόνα

Διακρίνεται σε δύο φάσεις: την ολιγουρική και την πολυουρική.

Κατά την ολιγουρική φάση η διούρηση είναι ελαττωμένη και εμφανίζονται συμπτώματα από:

- α) την υπερφόρτωση της κυκλοφορίας, όπως υπέρταση, οίδημα, οξύ πνευμονικό οίδημα
- β) την κατακράτηση αζωτούχων ουσιών (ουραιμικό σύνδρομο), όπως ναυτία, εμετός, σπασμοί, υπνηλία, σύγχυση, κόμα
- γ) την μεταβολική οξέωση: αναπνοή Kussmaul και
- δ) την υπερκαλιαιμία: μυϊκή πάρεση, καρδιακές αρρυθμίες.

Μετά από χρονικό διάστημα λίγων ημερών μέχρι έξι εβδομάδων, και εφόσον αποκατασταθεί η ακεραιότητα του σωληναριακού επιθηλίου, ακολουθεί η πολυουρική φάση. Κατά τη φάση αυτή αποκαθίσταται η διούρηση αλλά επειδή η επαναροφητική ικανότητα του σωληναρίου εξακολουθεί να είναι μειονεκτική, υπάρχει ο κίνδυνος της απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών (κυρίως νατρίου και καλίου) (Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Περίδης, 2005; Hudson, 2011).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδίως αυτές που οφείλονται σε φάρμακα (π.χ. αμινογλυκοσίδες, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), η ολιγουρική φάση δεν είναι κλινικά εμφανής και η ONA παίρνει τη μορφή της μη ολιγουρικής ONA. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από προοδευτική αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης χωρίς ελάττωση του όγκου των ούρων και έχει κατά κανόνα καλύτερη πρόγνωση από όσο η ολιγουρική φάση.

2.3. Διάγνωση

Κατά τη διάγνωση της ONA ιδιαίτερη σημασία έχουν:

- 1) Η διάκριση μεταξύ της προνεφρικής ONA (δηλαδή λειτουργικής νεφρικής ανεπάρκειας δυνητικά αναστρέψιμης) και νεφρικής ONA (οξεία σωληναριακή νέκρωση).
- 2) Η επιβεβαίωση ή ο αποκλεισμός της παρουσίας κάποιου αιτίου αποφράξεως, που μπορεί να αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση.

Η διάκριση μεταξύ της προνεφρικής και νεφρικής οξείας ανεπάρκειας βασίζεται σε στοιχεία από το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση όπου ανευρίσκονται κλινικά χαρακτηριστικά υπογκαιμίας, υποτάσεως, διαταραχών της καρδιακής λειτουργίας ή shock.

Η παρουσία σημαντικής λευκωματουρίας ή παθολογικών στοιχείων από το ίζημα των ούρων (αιματουρίας, κυλινδρουρίας), συνηγορεί για βλάβη του σπειράματος (π.χ. οξεία σπειραματονεφρίτιδα). Η ακεραιότητα του νεφρικού σωληναρίου, που υποδηλώνει ότι ένα προνεφρικό αίτιο ONA (π.χ. μια αιμορραγία) δεν έχει ακόμα προκαλέσει μη αναστρέψιμη (δηλ. ενδονεφρική) ONA, ελέγχεται με τον προσδιορισμό της ωσμωτικότητας των ούρων και της απεκκρίσεως νατρίου στα ούρα. Σε προνεφρικό αίτιο ONA η ωσμωτικότητα των ούρων είναι σχετικά μεγάλη και το νάτριο στα ούρα λίγο (Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005; Hudson, 2011).

1.2.4. Θεραπεία

Σε περιπτώσεις προνεφρικής ONA, κύριο μέλημα είναι η αποκατάσταση του όγκου με χορήγηση υγρών ανάλογα με το είδος των απολεσθέντων (αίμα, πλάσμα, οροί). Αν έχει εγκατασταθεί, πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να διατηρείται το ισοζύγιο υγρών. Στην ολιγουρική φάση, τα υγρά περιορίζονται σε 400 ml, με επιπλέον χορήγηση αντίστοιχη με τις απώλειες (π.χ. εμετοί, διάρροια κ.λπ.). Στη φάση αυτή αντιμετωπίζεται επίσης η υπερκαλιαιμία, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και οι άλλες συνέπειες της ελάττωσης της νεφρικής λειτουργίας (Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005; Hudson, 2011).

Ενδείξεις για την εφαρμογή εξωνεφρικής κάθαρσης (τεχνητός νεφρός, περιτοναϊκή κάθαρση) σε περιπτώσεις ONA είναι:

- 1) Συμπτώματα ουραιμικού συνδρόμου (σύγχυση, κώμα).
- 2) Έντονη υπερογκαιμία (υπέρταση, οξύ πνευμονικό οίδημα).
- 3) Βαριά κλινική οξέωση (αναπνοή Kussmaul).
- 4) Αύξηση της ουρίας αίματος > 200 mgr / 100 ml.
- 5) Αύξηση του καλίου ορού > 7 mEq/L.

1.2.5. Πρόγνωση

Αν δεν υπάρχει κάποια άλλη βαριά παθολογική κατάσταση (π.χ. βαρύς τραυματισμός, σηψαιμία κ.ά.), που εκτός του ότι έχει προκαλέσει ONA, αποτελεί και με άλλους μηχανισμούς αίτιο θανάτου ή αν δε συμβεί κάποια σοβαρή επιπλοκή της ONA, μπορεί να ελπίζει κανείς ότι με τη σωστή αντιμετώπιση του ασθενή κατά τη διάρκεια της ολιγουρικής φάσεως, θα δοθεί η ευκαιρία για την αυτόματη επανόρθωση της σωληναριακής βλάβης και μακροπρόθεσμα στην σχεδόν πλήρη αποκατάσταση της σωληναριακής λειτουργίας. Κατά την ONA ο θάνατος επέρχεται συνήθως από λοιμώξεις, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, δηλητηρίαση με νερό, καρδιακές αρρυθμίες από υπερκαλιαιμία ή εγκεφαλοπάθεια (Ιωαννίδης, 2007; Ζηρογιάννης & Πιερίδης, 2005; Hudson, 2011).

1.3. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ)

1.3.1. Αιτιολογία

A) Νοσήματα που προσβάλλουν κυρίως του νεφρούς

- 1) Πρωτοπαθείς σπειραματονεφρίτιδες.
- 2) Νεφρολιθίαση.
- 3) Χρόνια πυελονεφρίτιδα.
- 4) Πολυκυστική νόσος των νεφρών.
- 5) Συγγενείς νεφροπάθειες.
- 6) Νεφρική σωληναριακή νέκρωση.
- 7) Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση.
- 8) Νεφροπάθεια από αναλγητικά (Cecil, 2002; Κατσίκας, 2005).

B) Νοσήματα που προσβάλλουν και άλλα όργανα

Bα) Συστηματικά νοσήματα

- 1) Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος.
- 2) Οζώδης πολυαρτηρίτιδα.
- 3) Αγγειίτιδες.
- 4) Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- 5) Κακοήθης υπέρταση.
- 6) Αμυλοείδωση.
- 7) Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο.

Bβ) Μεταβολικά νοσήματα

- 1) Σακχαρώδης διαβήτης.
- 2) Ουρική νόσος.
- 3) Κυστίωση.

- 4) Οξάλωση (Cecil, 2002; Κατσίκας, 2005).

1.3.2. Παθολογική φυσιολογία

Οι βασικές διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας επί ΧΝΑ είναι οι εξής (Cecil, 2002; Κατσίκας, 2005) :

1) **Αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης.**

Εξαρτάται από την ελάττωση της σπειραματικής διήθησης. Όταν η σπειραματική διήθηση μειωθεί σε < 30% του φυσιολογικού αυξάνεται η ουρία του αίματος.

2) **Πολυουρία και υποσθενουρία.**

Η πολυουρία είναι του τύπου της οσμωτικής διούρησης, διότι οι υγιείς νεφρώνες αποβάλλουν όλο το φορτίο των διαλυτών. Στον υγιή νεφρό τα ούρα της νύχτας είναι λιγότερα και πυκνότερα από τα ούρα της ημέρας. Σε ΧΝΑ η διαφορά αυτή καταργείται και έτσι εμφανίζεται νυκτουρία και πολυουρία. Στα μικρά παιδιά η νυκτερινή πολυουρία είναι δυνατόν να εκδηλωθεί και σαν ενούρηση.

3) **Ηλεκτρολυτικές διαταραχές.**

Το ισοζύγιο του καλίου και του νατρίου διαταράσσεται μόνο σε βαριά νεφρική ανεπάρκεια. Όταν εμφανιστεί ολιγουρία και οξέωση τότε είναι δυνατόν να προκύψει υπερκαλιαιμία, που είναι σημείο βαριάς νεφρικής ανεπάρκειας.

Σχετικά πρώιμα διαταράσσεται ο μεταβολισμός του ασβεστίου (υπασβεστιαιμία) και του φωσφόρου (υπερφωσφαταιμία). Λόγω των μεταβολών αυτών διεγείρονται οι παραθυρεοειδείς αδένες για έκκριση παραθορμόνης με αποτέλεσμα εκδηλώσεις δευτεροπαθούς υπερθυρεοειδισμού (Cecil, 2002; Κατσίκας, 2005).

4) **Διαταραχές της βιταμίνης D.**

Στα νεφρά αδρανής μορφή της βιταμίνης μεταβάλλεται σε δραστικό διυδροξυλιωμένο μεταβολίτη που ευνοεί την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο. Σε ΧΝΑ το δραστικό αυτό προϊόν μειώνεται και έτσι εμφανίζονται εκδηλώσεις ραχίτιδας ή οστεομαλακίας. Οι ανωτέρω παθήσεις σε συνδυασμό με το δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό συνιστούν ένα σύνολο σκελετικών αλλοιώσεων που φέρονται με το όνομα νεφρική οστεοδυστροφία και μερικές φορές συνεπάγονται σημαντική αναπηρία.

5) Αναιμία.

Οι αναιμίες οφείλονται σε μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης. Όταν η τιμή της ουρίας είναι αρκετά αυξημένη τότε στην αναιμία συμβάλλει και η μειωμένη διάρκεια της ζωής των ερυθροκυττάρων (Cecil, 2002; Κατσίκας, 2005).

1.3.3. Κλινική εικόνα

Όταν η σπειραματική διήθηση είναι > 20% του φυσιολογικού, η δε τιμή της ουρίας < 100 mg/100 ml, δεν υπάρχουν συνήθως συμπτώματα. Με τιμές ουρίας < 200 mg / 100 ml είναι σπάνια έντονα κλινικά φαινόμενα, ενώ υπάρχουν ασθενείς που παραμένουν ασυμπτωματικοί ακόμα και με τιμή ουρίας 300 mg / 100 ml.

Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007):

- 1) Καταβολή, απώλεια των δυνάμεων και αναιμία.
- 2) Ανορεξία, ναυτία, εμετοί. Οφείλονται σε επίδραση επί του γαστρικού βλεννογόνου της αμμωνίας προς την οποία διασπάται η ουρία. Η γλώσσα είναι ξηρή και ακάθαρτη.
- 3) Διάρροια, μερικές φορές με αιματηρές κενώσεις.
- 4) Δύσπνοια στη προσπάθεια, που αποδίδεται στην αναιμία, υπερφόρτωση με υγρά, ή συνυπάρχουσα υπέρταση.
- 5) Αδυναμία πνευματικής συγκέντρωσης, συσπάσεις, σπασμοί, συγχυτικά φαινόμενα, λήθαργος και κόμα. Αποδίδονται στην τοξική δράση των κατακρατούμενων ουσιών.

- 6) Περιφερική νευροπάθεια, κυρίως στα κάτω άκρα που εκδηλώνεται με κάψιμο, μυϊκή αδυναμία, ατροφία, κατάργηση των τενοντίων αντανακλαστικών και απώλεια της αισθητικότητας, κυρίως της εν τω βάθει.
- 7) Δέρμα ξηρό με χαρακτηριστική γαιάδη απόχρωση. Κνησμός πολλές φορές βασανιστικός.
- 8) Αιμορραγική διάθεση. Οφείλεται σε ποιοτική ανωμαλία των αιμοπεταλίων.
- 9) Καρδιακές αρρυθμίες, λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- 10) Περικαρδίτις.
- 11) Οστικές εκδηλώσεις που συνιστούν το σύνδρομο της νεφρικής οστεοδυστροφίας. Είναι πιο έντονο στα παιδιά και χαρακτηρίζεται από οστικούς πόνους και παραμορφώσεις. Συνήθως οι αλλοιώσεις είναι του τύπου της ραχίτιδας, ενώ άλλοτε μοιάζουν με αυτές του υπερπαραθυρεοειδισμού. Πιο σπάνια παίρνουν τη μορφή της κατά τόπους οστεοσκλήρυνσης (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007).

1.3.4. Θεραπεία

- 1) Σε μερικές περιπτώσεις ΧΝΑ η βλάβη είναι αναστρέψιμη. Αυτό κυρίως ισχύει για την αποφρακτική ουροπάθεια π.χ. από υπερτροφία του προστάτη και τη νεφροπάθεια από αναλγητικά (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007).
- 2) Σε περιπτώσεις χρόνιας πυελονεφρίτιδας η αποτελεσματική αντιμετώπιση της λοιμώξεως είναι δυνατόν να επιφέρει σημαντική βελτίωση.
- 3) Γενικά η θεραπεία θα στηριχθεί στα ακόλουθα μέτρα (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007) :
 - α) Δίαιτα. Βασίζεται στον περιορισμό των λευκωμάτων της τροφής. Όταν η ουρία είναι γύρω στα 150 mg / 100 ml και ο ασθενής έχει συμπτώματα (κυρίως ναυτία, εμετός), τότε το λεύκωμα της τροφής πρέπει να περιορίζεται στα 40 γραμμ. ημερησίως.
 Η δίαιτα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες (3000/24ωρο) με τη μορφή υδατανθράκων και λιπών. Όσο η βλάβη εξελίσσεται, περιορίζεται και η ποσότητα των πρωτεϊνών σε 30 γραμμ. Όταν η νεφρική λειτουργία περιοριστεί σημαντικά με τιμή κάθαρσης < 5 ml / 1' τότε καταφεύγουμε στη δίαιτα Giovanetti. Η δίαιτα αυτή περιέχει

18-20 γραμμ. λευκώματος αρίστης βιολογικής αξίας με τη μορφή 300 ml γάλακτος (=12 γραμμ.) και ενός αυγού (= 6 γραμμ.). Το λεύκωμα του γάλακτος και του αυγού περιέχει όλα τα βασικά αμινοξέα, εκτός της μεθειονίνης που χορηγείται με τη μορφή δισκίων (2 δισκία των 500 mg). Απαγορεύεται η χορήγηση ψωμιού και ζυμαρικών διότι περιέχουν λεύκωμα χαμηλής βιολογικής αξίας. Συνιστάται ψωμί και ζυμαρικά χωρίς γλουτένη, ρύζι και πατάτες δεν περιορίζονται. Είναι βέβαιο ότι η δίαιτα Giovanetti όταν εφαρμοστεί πιστά ανακουφίζει από τα συμπτώματα και ρίχνει την ουρία.

- β) Νερό και νάτριο. Εκτός από ειδικές περιπτώσεις δεν συνιστάται περιορισμός του άλατος. Σε κάθε ουραιμικό ασθενή προσδιορίζεται το νάτριο των ούρων κατ' επανάληψη και αντικαθίσταται αυτό που χάνεται. Σε ασθενείς με βλάβη του σπειράματος η αποβολή του νατρίου είναι συνήθως περιορισμένη και γι' αυτό συνιστάται ο περιορισμός του στις τροφές.
- γ) Κάλιο. Συνιστάται περιορισμός του καλίου μόνον σε υπερκαλιαιμία, σε πολύ προχωρημένα στάδια της νεφρικής ανεπάρκειας. Χυμοί φρούτων και ζωμοί κρέατος πρέπει να αποφεύγονται (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007).
- δ) Υγρά. Στα αρχικά στάδια οι περισσότεροι ασθενείς είναι πολυουρικοί, διψούν και λαμβάνουν άφθονα υγρά. Στο στάδιο αυτό πρέπει να παίρνουν και 3 λίτρα υγρών ημερησίως. Σε πιο προχωρημένα στάδια, λόγω μεγάλης ελάττωσης της σπειραματικής διήθησης, το ποσό των ούρων ελαττώνεται, οπότε επιβάλλεται περιορισμός των υγρών. Αν αυτό δεν γίνει υπάρχει κίνδυνος υπερυδάτωσης και τελικά δηλητηρίαση από νερό (πονοκέφαλοι, σπασμοί, λήθαργος, διέγερση κ.λπ.).
- ε) Αναιμία. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση ερυθροποιητίνης και μεταγγίσεις αν χρειάζεται.
- στ) Μεταβολική οξέωση. Πρέπει να αντιμετωπίζεται διότι προκαλεί έξοδο καλίου από τα κύτταρα, αφαλάτωση στα οστά και αυξημένο αναπνευστικό έργο. Καταβάλλεται προσπάθεια να περιοριστεί ο καταβολισμός των πρωτεϊνών και χορηγείται διττανθρακικό ή κιτρικό νάτριο.

- ζ) Νεφρική οστεοσυστροφία. Πρόκειται για συνδυασμό οστεομαλακίας και υπερπαραθυρεοειδισμού. Χορηγούνται πέρα από παράγοντες που δεσμεύουν τα φωσφορικά και επιπλέον ασβέστιο, είναι δυνατόν ακόμα να χορηγηθεί χολοκαλσιφερόλη (βιταμίνη D3) ή πιο αποτελεσματικά οι μεταβολίτες της.
- η) Η συμμετοχή ουραιμικής πολυνευρίτιδας αφορά κυρίως τα κάτω άκρα και αποτελεί ένδειξη για άμεση έναρξη διυλίσσεως.
- θ) Λοιμώξεις. Είναι συχνές λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού. Πρέπει να καταπολεμούνται αμέσως, ιδίως όταν πρόκειται για ουρολοιμώξεις, διότι επιδεινώνουν ακόμα περισσότερο τη νεφρική λειτουργία.
- ι) Καρδιακή ανεπάρκεια - υπέρταση. Αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά.

Το τελικό στάδιο της ΧΝΑ αντιμετωπίζεται με εξωνεφρική κάθαρση. Εφαρμόζονται δύο μέθοδοι που έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές τα τελευταία χρόνια, η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό και η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Η επιλογή μιας από τις δύο βασίζεται σε κριτήρια ιατρικά, αλλά και κοινωνικά καθώς και στην εμπειρία των διαφόρων νεφρολογικών κέντρων (Ζηρογιάννης & συν., 2005; Ιωαννίδης, 2007). Η μεταμόσχευση νεφρού χωρίς να αποτελεί την ιδανική λύση αποτελεί αντιμετώπιση αποκατάσεως της νεφρικής λειτουργίας.

1.4. ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση είναι μια θεραπευτική μέθοδος, που έχει σκοπό τη διατήρηση στη ζωή ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Σαν τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας χαρακτηρίζεται εκείνο στο οποίο ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι μικρότερος του 5 ml/min, που σημαίνει φυσιολογική νεφρική λειτουργία λιγότερη από το 5%. Στις περιπτώσεις αυτές η κρεατινίνη του ορού συνήθως ανέρχεται σε 10 - 15 ml/dl.

Η θεραπευτική μέθοδος γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (2-3 φορές την εβδομάδα) και είναι δυνατόν να διαρκέσει για πολλά χρόνια (Gutch, 2003; Lemon & Burke, 2006).

1.4.1. Ιστορική αναδρομή

Σταθμοί στην ιστορία της αιμοκάθαρσης (Gutch, 2003; Lemon & Burke, 2006) :

- 1861** Πρώτος ο χημικός Thomas Graham από τη Σκωτία παρατήρησε τη μεταφορά ουσιών μεταξύ δυο διαλυμάτων, που χωρίζονταν από ημιδιαπερατή μεμβράνη. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε από τον ίδιο «dialysis».
- 1912** Η πρώτη πετυχημένη αιμοκάθαρση έγινε σε πειραματόζωα από τους J. Abel, L. Rowntree και B. Turner στη Βαλτιμόρη των Η.Π.Α.
- 1920-1930** Έχουμε την ανακάλυψη των μεμβρανικών από σελλοφάνη.
- 1924** Η πρώτη απόπειρα εφαρμογής αιμοκάθαρσης σε ανθρώπους, χωρίς επιτυχία, από τον γερμανό Georg Haas.
- 1943** Πρώτη πετυχημένη αιμοκάθαρση σε ανθρώπους, από τον Willem (Pim) Kolff στο Kempen της Ολλανδίας.
- 1960** Το πρώτο πρόγραμμα χρόνιας τεχνητής αιμοκάθαρσης σε ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Seattle των Η.Π.Α., γιατρός B. Scribner και το επιτελείο του).

1.4.2. Ενδείξεις για την έναρξη της Θεραπείας

Θεωρητικά όλοι οι ασθενείς που φθάνουν στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας μπορούν να αντιμετωπιστούν με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Συνήθως αρχίζει όταν η κάθαρση της κρεατινίνης βρίσκεται μεταξύ 3-6 ml/min. Νωρίτερα έναρξη της θεραπείας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς δεν φαίνεται ότι εξασφαλίζει μεγαλύτερη επιβίωση, πρέπει όμως, να εφαρμόζεται όταν εμφανιστούν συμπτώματα, όπως ουραιμική πολυνευρίτιδα, έντονη αιμορραγική διάθεση, εμετοί κ.ά. Ακόμα σε περιπτώσεις διαβητικής νεφροπάθειας, η έναρξη της θεραπείας με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση πρέπει να γίνεται σχετικά νωρίτερα, όταν η κάθαρση της κρεατινίνης είναι 12-10 ml/min (Gutch, 2003; Lemon & Burke, 2006).

Οι ενδείξεις εξατομικεύονται για κάθε ασθενή και είναι οι εξής (Gutch, 2003; Lemon & Burke, 2006) :

A) Απόλυτες ενδείξεις.

- 1) Κάθαρση κρεατινίνης < 5 ml/min.
- 2) Ουραιμική πολυνευρίτιδα.
- 3) Περικαρδίτιδα.
- 4) Αιμορραγική διάθεση.
- 5) Σπασμοί.
- 6) Καχεξία.
- 7) Ακατάσχετοι εμετοί.
- 8) Παθολογικά κατάγματα.

B) Σχετικές ενδείξεις.

- 1) Συνεχής ναυτία.
- 2) Κατάθλιψη.
- 3) Επιδείνωση κνησμού.
- 4) Συνυπάρχουσα βαριά νόσος.
- 5) Χειρουργική επέμβαση.

Αντενδείξεις για έναρξη προγράμματος χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης αποτελούν οι βαριές ψυχικές παθήσεις, ο εκτεταμένος καρκίνος, η βαριά ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων, η σημαντική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών, η πολλή μεγάλη ηλικία του ασθενή κ.ά. Σαν βασική αρχή στην απόφαση για έναρξη της θεραπείας θα πρέπει η αναμενόμενη ωφέλεια να υπερσχύει των πιθανών κινδύνων (Gutch, 2003; Lemon & Burke, 2006).

1.4.3. Μέθοδοι Νεφρικής Υποκατάστασης

Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια μπορούν να αντιμετωπισθούν επαρκώς και για αρκετό χρονικό διάστημα με ιατροφαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις όμως εκείνες στις οποίες η συντηρητική αγωγή αδυνατεί να προφυλάξει τον ασθενή, οι μέθοδοι νεφρικής υποκατάστασης έχουν απόλυτη ένδειξη.

Οι ενδείξεις γενικά για την εφαρμογή των ανωτέρω μεθόδων μπορούν να συνοψισθούν στα εξής (Σιαμόπουλος & συν., 2009; Gutch, 2003) :

- 1) Σε σπειραματική διήθηση μικρότερη των 2 κ.εκ./1' με έντονη συμπτωματολογία.
- 2) Σε ουραιμία με ουρία άνω των 150 mg%.
- 3) Σε αύξηση της κρεατινίνης του αίματος άνω των 15% και πλασματοκάθαρσης αυτής κάτω των 5 κ.εκ./1'.
- 4) Σε αύξηση του καλίου του αίματος άνω των 6 mEq/l.
- 5) Σε οξέωση με διττανθρακικά κάτω των 16 mEq/l και
- 6) Σε υπέρταση, υπονατριαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, οιδήματα και περιφερική νευρίτιδα.

Η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οποιασδήποτε αιτιολογίας αντιμετωπίζεται με τρεις βασικές μεθόδους :

- α) Την μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα ή πτωματικό δότη, που δυστυχώς στη χώρα μας έχει περιορισμένη εφαρμογή αν και αποτελεί μέθοδο εκλογής.
- β) Τη χρόνια αιμοκάθαρση που είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος και
- γ) Την χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση (Σιαμόπουλος & συν., 2009; Gutch, 2003).

1.4.4. Περιτοναϊκή κάθαρση

Η μέθοδος αυτή σήμερα έχει σημαντικά απλοποιηθεί και μπορεί να εκτελεσθεί και σε μικρές ακόμη νοσηλευτικές μονάδες. Το περιτόναιο αποτελεί ημιδιαπυκνή μεμβράνη επιφάνειας δύο τετραγωνικών μέτρων περίπου. Το ύδωρ μετά των διαλυμένων σ' αυτό ουσιών μεταφέρεται δια μέσου της μεμβράνης αυτής δια διαχύσεως. Η κάθαρση μιας διαλυτής ουσίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009) :

- 1) Το χρόνο εξισορρόπησης.
- 2) Το ρυθμό ροής των υγρών της κάθαρσης.
- 3) Τη σύνθεση των διαλυτικών υγρών.
- 4) Τη θερμοκρασία των υγρών της κάθαρσης και
- 5) Τη διαπυκνικότητα του περιτοναίου. Η κάθαρση της ουρίας επιτελείται με ρυθμό 15-30 mg/1' και της κρεατινίνης, λόγω μεγαλύτερου μορίου, με ρυθμό 10-15 mg/1.

1.4.4.1. Τεχνική

Μετά την εκκένωση της ουροδόχου κύστης και μέτρησης του βάρους σώματος του ασθενούς, εισάγεται ειδικός καθετήρας εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Με τον καθετήρα διοχετεύονται τα υγρά της κάθαρσης (2000 κ. εκ.) εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, όπου και παραμένουν επί 30' της ώρας και στη συνέχεια αφαιρούνται με αργό ρυθμό. Ο κύκλος ρυθμίζεται έτσι, ώστε εισαγωγή - παραμονή - έξοδος να διαρκέσουν περίπου μια ώρα. Τα αφαιρεθέντα υγρά απορρίπτονται και νέα εισάγονται για το δεύτερο κύκλο. Η διάρκεια της όλης κάθαρσης είναι συνήθως 48 ώρες, στη συνέχεια δε αφαιρείται ο καθετήρας. Σε υπερκαλιαιμία των ασθενών η χρήση υγρών χωρίς κάλιο είναι σκόπιμη, ενώ σε λήψη δακτυλίτιδας τα υγρά πρέπει να περιέχουν ορισμένο κάλιο, προς αποφυγή τυχόν αρρυθμιών από την πτώση του καλίου. Γενικά τα υγρά τα οποία διοχετεύονται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας, έχουν την ίδια ηλεκτρολυτική σύνθεση του αίματος, προστίθεται δε και γλυκόζη σε αναλογία είτε 1,5 gr% (ισότονο), είτε 7,5 gr% (υπέρτονο). Τα τελευταία χρησιμοποιούνται κυρίως προς αφυδάτωση του ασθενούς. Τόσο ο καθετήρας όσο και

τα διαλύματα ευρίσκονται εύκολα στο εμπόριο. Προς αποφυγή μόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας και απόφραξης του καθετήρα, εντός των υγρών προστίθενται αντιβιοτικά και ηπαρίνη (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

1.4.4.2. Επιπλοκές

Κατά καιρούς έχουν αναφερθεί διάφορες επιπλοκές της περιτοναϊκής κάθαρσης, όπως το κοιλιακό άλγος κ.λπ., οι επιπλοκές όμως αυτές περιορίζονται στο ελάχιστο εάν η κάθαρση εκτελεσθεί με προσοχή (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

1.4.4.3. Ενδείξεις - Αντενδείξεις

Η περιτοναϊκή κάθαρση σήμερα εκτελείται κυρίως σε ασθενείς όπου ο τεχνητός νεφρός αποφεύγεται (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

Η περιτοναϊκή κάθαρση πρέπει να αποφεύγεται (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009) :

- 1) Σε ασθενείς με πρόσφατες επεμβάσεις στην κοιλιά.
- 2) Σε παιδιά και άτομα προχωρημένης ηλικίας.
- 3) Σε ασθενείς με περιτονίτιδα ή προηγηθείσα περιτονίτιδα με συμφύσεις.
- 4) Σε ασθενείς με μέτρια ή βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια.
- 5) Σε ασθενείς με αυξημένο καταβολισμό και
- 6) Σε ασθενείς με μεταβολική αλκάλωση.

Στην περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιείται μια φυσική μεμβράνη, το «περιτόναιο», μέσα στο ίδιο το σώμα, σαν φίλτρο. Το διάλυμα για την κάθαρση εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσα από ένα μικρό, μαλακό, πλαστικό σωλήνα που τοποθετείται μόνιμα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα με μια μικρή επέμβαση.

Περίπου 15 εκ. απ' αυτόν το σωλήνα, που ονομάζεται περιτοναϊκός καθετήρας, παραμένει έξω από το σώμα. Σ' αυτό το σημείο συνδέεται ένας σάκος που περιέχει διάλυμα. Ο καθετήρας δεν φαίνεται κάτω από τα ρούχα (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

Ενώ το διάλυμα βρίσκεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γίνεται η κάθαρση. Τα περιττά υγρά και οι άχρηστες ουσίες αφαιρούνται από το αίμα μέσω της μεμβράνης και μεταφέρονται στο διάλυμα.

Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «ανταλλαγή» ή «αλλαγή».

Υπάρχουν δύο μέθοδοι περιτοναϊκής κάθαρσης :

- Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.). Είναι μία χειροκίνητη μέθοδος η οποία εκτελείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (Α.Π.Κ.). Πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός μηχανήματος κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ κοιμάται ο ασθενής.

Με κάθε μέθοδο περιτοναϊκής κάθαρσης είναι απαραίτητο να τηρούνται οι κανόνες ασηψίας για να αποφεύγεται η επιμόλυνση. Θα εκπαιδευτεί ο ασθενής για τη σωστή διαδικασία της αλλαγής από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης του νοσοκομείου.

Και οι δύο μέθοδοι της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι αποτελεσματικές. Ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποφασίσει ποια μέθοδος του ταιριάζει καλύτερα (Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

1.4.4.4. Ποιοι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε Σ.Φ.Π.Κ.

- Όσοι δεν μπορούν να υποβληθούν σε T.N. διότι δεν έχουν καλά αγγεία για Fistula.
- Όσοι έχουν ευαισθησία στο φίλτρο του T.N.
- Όσοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (αποφεύγονται οι ενέσεις ινσουλίνης, γιατί αυτή μπορεί να μπει στο διάλυμα των πλύσεων).
- Όσοι πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, υπέρταση (διότι με τη Σ.Φ.Π.Κ. γίνεται συνεχής αφυδάτωση του ασθενή).
- Παιδιά που υποβάλλονται σε Σ.Φ.Π.Κ. αναπτύσσονται πιο ικανοποιητικά.
- Ασθενείς που είναι σε θέση να κάνουν μόνοι τους τη Σ.Φ.Π.Κ. (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, τόπος διαμονής) (Αραβαντινός, 2005; Σιαμόπουλος & Ανδρικός, 2009).

Ασφάλεια του Ασθενή

- Καθαρό περιβάλλον για πρόληψη λοιμώξεων.
- Βαθείς αναπνοές :
 1. για καλή οξυγόνωση πνευμόνων,
 2. για αποβολή εκκρίσεων.
- Προσοχή για εμφάνιση πόνου (μπορεί να οφείλεται) :
 1. σε υψηλή ή χαμηλή θερμοκρασία διαλύματος,
 2. σε περιτονίτιδα,
 3. σε αναπνευστική δυσχέρεια (σε πίεση του διαφράγματος από το υγρό)
(Αραβαντινός, 2005; Σιαμόπουλος & Ανδρίκος, 2009).

1.4.4.5. Ποιοι ασθενείς δεν μπορούν να υποβληθούν σε Σ.Φ.Π.Κ.

- Μη συνεργάσιμοι ασθενείς, με χαμηλό διανοητικό επίπεδο.
- Ασθενείς με στομίες (κολοστομία - ουρητηροστομία).
- Ασθενείς με χρόνια δερματικά νοσήματα που μπορεί να μολύνουν το περιτόναιο.
- Ασθενείς με εκτεταμένες συμφύσεις στην περιτοναϊκή κοιλότητα που εμποδίζουν την είσοδο του διαλύματος (Αραβαντινός, 2005; Σιαμόπουλος & Ανδρίκος, 2009).

1.4.5. Τεχνική Αιμοκάθαρσης

Η αιμοκάθαρση επιτελείται με την κυκλοφορία του αίματος στο Τεχνητό Νεφρό που αποτελείται από τρία κύρια μέρη: α) Το φίλτρο αιμοκάθαρσης, β) Το μηχάνημα αιμοκάθαρσης και γ) Το σύστημα παρασκευής και παροχής υγρού αιμοκάθαρσης. Ειδικές σωληνώσεις χρησιμοποιούνται για τη μεταφορά αίματος του ασθενή προς και από το φίλτρο αιμοκάθαρσης ενώ άλλες σωληνώσεις χρησιμοποιούνται για τη μεταφορά του υγρού αιμοκάθαρσης από το χώρο της παρασκευής του προς το φίλτρο και από εκεί σε αποχέτευση (Guth, et all., 2003; Ζηρογιάννης & συν., 2005).

Το υγρό αιμοκάθαρσης είναι ειδικό διάλυμα που παρασκευάζεται τεχνητά και έχει σύσταση όμοια με αυτή του εξωκυττάριου υγρού.

Το φίλτρο αιμοκάθαρσης υποστηρίζει τις ημιπερατές μεμβράνες αιμοκάθαρσης.

Το αίμα του ασθενή κυκλοφορεί μέσα σε ειδικούς χώρους που καθαρίζονται από τις μεμβράνες ενώ ταυτόχρονα έξω από τους χώρους αυτούς μέσα στο φίλτρο κυκλοφορεί το υγρό αιμοκάθαρσης.

Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης διευκολύνει και ελέγχει την κυκλοφορία του αίματος και του υγρού της αιμοκάθαρσης.

Το σύστημα παρασκευής και παροχής του υγρού της αιμοκάθαρσης τροφοδοτεί με υγρό αιμοκάθαρσης το φίλτρο.

Έτσι κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μέσα στο φίλτρο κυκλοφορούν δύο διαλύματα (το αίμα του ασθενή και το υγρό αιμοκάθαρσης) που χωρίζονται μεταξύ τους από τις ημιπερατές μεμβράνες αιμοκάθαρσης. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η μεταφορά νερού και ουσιών από το αίμα του ασθενή, δια μέσου των ημιπερατών μεμβρανών, στο υγρό αιμοκάθαρσης με αποτέλεσμα να υποκαθίσταται μερικά η διαταραγμένη νεφρική λειτουργία (Guth, et al., 2003; Ζηρογιάννης & συν., 2005).

1.4.6. Τεχνητός Νεφρός

Ενώ οι περιτοναϊκές πλύσεις μπορούν να εκτελεστούν και σε μικρές νοσηλευτικές μονάδες, ο τεχνητός νεφρός απαιτεί ειδικό τμήμα με εξειδικευμένο προσωπικό. Το αίμα του ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια λαμβάνεται από αρτηρία, διοχετεύεται σε σωλήνα ή μεμβράνη από Cellphane ή Cuprophane κ.λπ., υποβάλλεται σε κάθαρση και επανέρχεται σε φλέβα αυτού. Ο σωλήνας ή η μεμβράνη εμβυθίζονται εντός λουτρού, το οποίο περιέχει υγρό με ηλεκτρολυτική σύνθεση ομοία του πλάσματος περίπου, δηλαδή 140 mEq/l νατρίου, 100 mEq/l χλωρίου, 3,6 mEq/l NaHCO_3 , 6.0 mg% ασβεστίου και 1,7 mg% μαγνησίου. Η σύνθεση του ανωτέρου υγρού δυνατόν να είναι διάφορη των ανωτέρω, εξαρτώμενη από τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές του ασθενούς. Το Cellphane ή Cuprophane είναι ουσία ημιδιαπιδυτή με πόρους διαμέτρου 30-90Å. Οι διαλυτές ουσίες του αίματος διέρχονται δια της ημιδιαπιδυτής μεμβράνης, κυρίως δια διαχύσεως. Η συνεχής διάχυση των διαλυτών ουσιών του αίματος προς το υγρό του λουτρού επιτυγχάνεται με συνεχή αντικατάσταση και κυκλοφορία του υγρού αυτού έτσι, ώστε να εξασφαλίζεται μια συνεχής διαφορά

συγκέντρωσης των υπό κάθαρση ουσιών εκατέρωθεν της ημιδιαπιδυτής μεμβράνης (Guth, et all., 2003; Ζηρογιάννης & συν., 2005).

Η κάθαρση των σε διάλυση ουσιών του αίματος εξαρτάται :

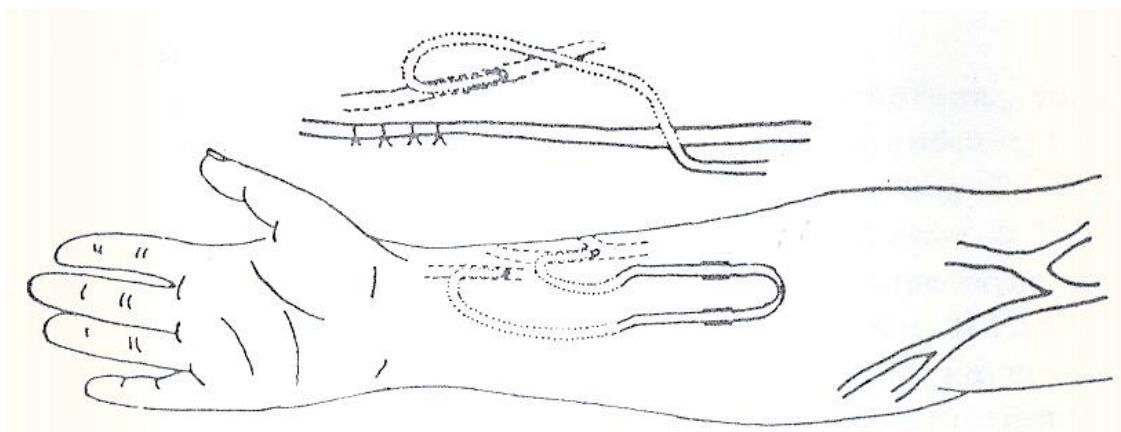
- 1) Από το μοριακό βάρος αυτών.
- 2) Από την ταχύτητα ροής του αίματος δια των ημιδιαπιδυτών μεμβρανών ή σωλήνων.
- 3) Από τη διαπιδυτικότητα της μεμβράνης ή του σωλήνα και
- 4) Από το μήκος (επιφάνεια) του σωλήνα ή της μεμβράνης. Οι μεμβράνες έχουν σήμερα σχεδόν αντικατασταθεί από τους σωλήνες, οι οποίοι ελίσσονται γύρω από τον κεντρικό άξονα. Για τη διέλευση του αίματος διαμέσου αυτών απαιτείται αντλία αίματος, διότι συνήθως προβάλλουν μεγάλη αντίσταση. Οι παλαιοί τύποι τεχνητών νεφρών, όπως ο διυλιστήρας του Alwall και το περιστρεφόμενο τύμπανο του Kolff, σήμερα έχουν ιστορική μόνο αξία, παρόλο ότι ο ρόλος τους ήταν σημαντικός για την αποδοχή του τεχνητού νεφρού ως θεραπευτικού μέσου. Στις κυκλοφορούσες στο εμπόριο συσκευές τεχνητών νεφρών τελευταία έχουν προστεθεί διάφορες τελειοποιήσεις και επινοήσεις, στη βιβλιογραφία δε έχουν ανακοινωθεί και διαφορετικοί τύπου των σήμερα χρησιμοποιούμενων τεχνητών νεφρών, οι οποίοι όμως ακόμη ευρίσκονται στο στάδιο της κλινικής δοκιμασίας (Guth, et all., 2003; Ζηρογιάννης & συν., 2005).

1.4.6.1. Αρτηριοφλεβικές Αναστομώσεις

Για την καλύτερη ροή του αίματος, ιδιαίτερα όσον αφορά το επανερχόμενο από το τεχνητό νεφρό αίμα, έχουν επινοηθεί διάφορες αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις, οι οποίες σκοπό έχουν τη διάταση και αρτηριοποίηση των φλεβών έτσι, ώστε και η ροή του αίματος να είναι καλύτερη και η φλεβοκέντηση ευχερέστερη. Σε επιτυχή αρτηριοφλεβική αναστόμωση και αρτηριοποίηση της φλέβας, για τη λήψη του αίματος δεν απαιτείται παρακέντηση αρτηρίας - οι αρτηρίες συνήθως ευρίσκονται στο βάθος και παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανεύρεση - αρκεί απλώς η παρακέντηση της κάτωθεν του δέρματος ευρισκόμενης αρτηριοποιηθείσας φλέβας. Το αίμα επανέρχεται στην ίδια φλέβα, μετά από παρακέντηση λίγο πάνω από τη βελόνη

λήψης και με φορά αντίθετη προς αυτή (κεντρική) (Μάντζιου – Μεγαπάνου, 2009; Σπυρίδη & συν. 2008).

Οι αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις είναι είτε τύπου Quition – Scribner (Εικόνα 1), κατά τον οποίο η σύννεση της αρτηρίας και της φλέβας επιτυγχάνεται με τοποθέτηση πλαστικού σωλήνα (Silastic), είτε με εσωτερικό αρτηριοφλεβικό συρίγγιο τύπου Brescia - Cimino. Για τις αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις χρησιμοποιούνται κυρίως τα αγγεία του αντιβραχίου και της κνήμης. Σήμερα σε θρόμβωση των φλεβών έχουν χρησιμοποιηθεί αυτομοσχεύματα φλεβών, δυνατή όμως είναι και η χρησιμοποίηση ετερομοσχευμάτων και κυρίως η βόειος καρωτιδική αρτηρία. Μετά από χρονικό διάστημα από την αναστόμωση της αρτηρίας με τη φλέβα, η τελευταία αρτηριοπιείται. Το χρονικό αυτό διάστημα συνήθως ανέρχεται σε έξι εβδομάδες. Οι αναστομώσεις αυτές δεν είναι άμοιρες επιπλοκών. Δυνατόν να αναπτυχθεί περιφερική ανοξία, καρδιακή υπερτροφία ή ανεπάρκεια, ανευρυσματική διεύρυνση της αναστόμωσης κ.λπ. (Μάντζιου – Μεγαπάνου, 2009; Σπυρίδη & συν. 2008).



Εικόνα 1. *Αρτηριοφλεβική επικοινωνία δι' υποδορίου εμφύτευσης των καθετήρων του Scribner*

1.4.6.2. Επιπλοκές

Κατά τη διάρκεια της κάθαρσης είναι δυνατόν να εμφανισθούν ορισμένες επιπλοκές όπως :

- 1) υπόταση ή υπέρταση, λόγω απότομης αφαίρεσης υγρών ή χορήγησης υγρών πέραν του δέοντος.
- 2) το σύνδρομο δυσχερούς προσαρμογής, αποτέλεσμα ταχείας ανάταξης της ουρίας και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, το οποίο εκδηλώνεται με θόλωση της διάνοιας, σύγχυση, κεφαλαλγία, εμετούς, σπασμούς κ.λπ.
- 3) Επιπλοκές από το αίμα, όπως αιμολύσεις ή θρομβώσεις.
- 4) Επιπλοκές από την αντιπηκτική αγωγή και
- 5) Το σύνδρομο του σκληρού ύδατος, λόγω αύξησης του ασβεστίου του αίματος, το οποίο εκδηλώνεται με εμετούς, αδυναμία, απότομες μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, κνησμό στο δέρμα και θρόμβωση της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε και τις τοπικές και γενικές φλεγμονές, τις θρομβοφλεβίτιδες, την καρδιακή ανεπάρκεια, τις εμβολές δι' αέρος, τη δηλητηρίαση από χαλκό, την ηπατίτιδα, την περικαρδίτιδα, τη νευρίτιδα, την αρτηριοσκλήρυνση κ.λπ. (Μάντζιου – Μεγαπάνου, 2009; Σπυρίδη & συν. 2008).

1.4.6.3. Ενδείξεις

Εκτός από τη χρησιμοποίηση του τεχνητού νεφρού, σαν μέσο διατήρησης του ασθενούς στη ζωή, η μέθοδος αυτή είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί και :

- 1) Σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
- 2) Σε ασθενείς με αντιρροπούμενη κάπως νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι όμως έχουν να αντιμετωπίσουν δυσχερείς καταστάσεις, όπως εγχείρηση.
- 3) Σε ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται για πρώτη φορά σε βαριά κατάσταση και στους οποίους είναι δυσχερής η διαφορική διάγνωση μεταξύ οξείας ή σε παροξυσμό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
- 4) Σε ασθενείς, η συντηρητική αγωγή των οποίων απαιτεί από καιρό σε καιρό αιμοδιύλιση και τέλος
- 5) προς αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, βαριάς μορφής ηλεκτρολυτικών διαταραχών, δυσχερώς ελεγχόμενης καρδιακής ανεπάρκειας κ.λπ. (Μάντζιου – Μεγαπάνου, 2009; Σπυρίδη & συν. 2008).

1.4.6.4. Αγγειακή Προσπέλαση

Ο τρόπος σύνδεσης του ασθενή με τον Τεχνητό Νεφρό αποτέλεσε στο παρελθόν ένα από τα βασικότερα προβλήματα στην πρακτική εφαρμογή της αιμοκάθαρσης.

Οι κυριότερες μέθοδοι αγγειακής προσπέλασης είναι :

A) Εξωτερική τεχνητή αρτηριοφλεβική επικοινωνία (shunt).

Πρόκειται για δύο σωλήνες από σιλικόνη που στο ένα άκρο φέρουν ειδική αγγειακή κάνουλα (κορυφή) από Teflon, ενώ τα άλλα δυο ελεύθερα άκρα τους μπορούν να συνδεθούν μεταξύ τους με ειδικό συνδετικό (γέφυρα) επίσης από Teflon (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

Η τοποθέτησή τους γίνεται χειρουργικά σε διάφορα μέρη του σώματος (καρπό, αντιβράχιο, ποδοκνημική περιοχή, μηρός). Η κορυφή του ενός σωλήνα σιλικόνης (αρτηριακό σκέλος) καθιλώνεται στον αυλό της αρτηρίας, ενώ η κορυφή του άλλου σωλήνα (φλεβικό σκέλος) στον αυλό παρακείμενης φλέβας. Τα ελεύθερα άκρα των δύο σκελών βγαίνουν έξω από το δέρμα και συνδέονται μεταξύ τους με το συνδετικό Teflon. Έτσι το αίμα περνάει αδιάκοπα μέσω της συνδετήριας γέφυρας από το αρτηριακό στο φλεβικό σκέλος. Να σημειωθεί ότι τα αγγεία περιφερικά απολινώνονται.

Για να συνδέσουμε τον ασθενή με τον τεχνητό νεφρό κλείνουμε με λαβίδες τα δύο σκέλη του shunt, αφαιρούμε το συνδετικό Teflon και συνδέουμε το ελεύθερο άκρο του αρτηριακού σκέλους με την αρτηριακή γραμμή και το αντίστοιχο του φλεβικού σκέλους με τη φλεβική γραμμή.

Για τη μακροχρόνια διατήρηση του shunt σε καλή κατάσταση δυο παράγοντες παίζουν κύριο λόγο : η σωστή χειρουργική τοποθέτηση και η συχνή και προσεκτική περιποίηση της περιοχής. Οι κυριότερες επιπλοκές των εξωτερικών αρτηριοφλεβικών προσθέσεων είναι η θρόμβωση, η λοίμωξη και η αιμορραγία (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

B) Εσωτερική αρτηριοφλεβική αναστόμωση (fistula).

Πρόκειται για χειρουργική παρασκευή πλαγιοπλάγιας αγγειακής αναστόμωσης μεταξύ της κερκιδικής αρτηρίας και μιας μεγάλης παρακείμενης φλέβας. Αποτέλεσμα είναι δημιουργία αρτηριοποιημένου φλεβικού δικτύου του σύστοιχου άκρου, που είναι δυνατόν να παρακεντείται με βελόνες για τη σύνδεση του ασθενούς με τον τεχνητό νεφρό.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά. Δεν υπάρχει ξένο σώμα, δε χρειάζεται περίδεση, επιτρέπει άνετη και ελεύθερη κίνηση του άκρου, διατηρείται συνήθως για μακρύ χρονικό διάστημα και από αισθητικής άποψης είναι ικανοποιητική (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

1.5. ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Σήμερα η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση προσφέρει μακροχρόνια επιβίωση (η μεγαλύτερη είναι πάνω από 20 χρόνια) με βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε χιλιάδες ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Παρά το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν αρκετά προβλήματα όπως υπόταση, εμετούς, μυϊκές συσπάσεις, αιμορραγία κ.ά. η θεραπευτική αυτή μέθοδος είναι ασφαλής. Η θνησιμότητα βέβαια των χρόνια αιμοκαθαιρουμένων ασθενών είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού και ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 10% το χρόνο. Κύριες αιτίες θανάτου των ασθενών αυτών είναι καρδιαγγειακές επιπλοκές 30-60%, λοιμώξεις 8-20%, υπερκαλιαιμία, άνοια της αιμοκάθαρσης, διακοπή της αιμοκάθαρσης κ.λπ. (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

1.5.1. Κλινικά Προβλήματα των Χρόνια Αιμοκαθαιρουμένων Ασθενών κατά τα Μεσοδιαστήματα μεταξύ των Συνεδριών Αιμοκάθαρσης.

♦ Προβλήματα που αφορούν την εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (fistula).

Η διατήρηση της fistula σε καλή κατάσταση είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας για τη συνέχιση της θεραπείας των χρόνια αιμοκαθαιρουμένων ασθενών.

Κύρια προβλήματα που αφορούν στην εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία είναι η θρόμβωση, η λοίμωξη και η αιμορραγία. Για την αποφυγή των επιπλοκών αυτών δεν θα πρέπει να μετριέται η αρτηριακή πίεση στο άκρο που φέρει τη fistula ούτε να παρακεντιούνται οι φλέβες του άκρου αυτού για τη λήψη δειγμάτων αίματος ή τη χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων. Η θρόμβωση της fistula εκδηλώνεται με την εξαφάνιση του συνεχούς φυσήματος που υπάρχει στην περιοχή όταν αυτή λειτουργεί καλά (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

Η λοίμωξη χαρακτηρίζεται από πόνο, οίδημα, ερυθρότητα της περιοχής και πυρετό. Αιμορραγία από τα σημεία παρακέντησης της fistula μετά την αιμοκάθαρση αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή σταθερής πίεσης με το χέρι στα σημεία της

αιμορραγίας. Αποφεύγουμε τη σφικτή κυκλική περιδέση γιατί με τον τρόπο αυτό αυξάνεται ο κίνδυνος θρόμβωσης της fistula.

♦ Δύσπνοια.

Η πιο συχνή αιτία δύσπνοιας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση είναι η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας τους με υγρά.

Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια με τη μορφή οξέος πνευμονικού οιδήματος εμφανίζεται αρκετά συχνά στους ασθενείς αυτούς και πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Συνήθως οφείλεται σε αυξημένη λήψη υγρών και νατρίου, ενώ άλλοτε σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, βαριά πνευμονική λοίμωξη, ταχυαρρυθμία ή ενδοκαρδίτιδα. Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση οξυγόνου, αμινοφυλλίνης, νιτροδών, αντιυπερτασικών για ταχεία πτώση της αρτηριακής πίεσης και φυσικά άμεση έναρξη αιμοκάθαρσης για την αφαίρεση υγρών. Αν η κατάσταση του ασθενή είναι κρίσιμη και δεν είναι δυνατή η άμεση αιμοκάθαρση, τότε η αφαίρεση 200-300 ml αίματος μπορεί να αποβεί σωτήρια για τον ασθενή. Λόγω της αναιμίας των ασθενών αυτών καλό είναι το αίμα που αφαιρείται να συλλέγεται σε ειδική φιάλη αφαιμάξης ώστε να χορηγηθεί κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης που θα επακολουθήσει (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

♦ Προκάρδιος πόνος.

Η στεφανιαία νόσος και η περικαρδίτιδα είναι οι συχνότερες αιτίες πόνου στη προκάρδια χώρα. Η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου γίνεται με τη συνηθισμένη θεραπευτική αγωγή (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

♦ Καρδιακές αρρυθμίες.

Εμφανίζονται πριν, κατά ή και αμέσως μετά την αιμοκάθαρση.

Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση των καρδιακών αρρυθμιών είναι συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσος, περικαρδίτιδα, αναιμία, οξείες μεταβολές του εξωκυττάριου όγκου, διαταραχές των ηλεκτρολυτών και υψηλές δόσεις δακτυλίτιδας. Σημαντικού βαθμού υπερκαλιαιμία μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή μαρμαρυγή ή ασυστολία. Κλινικά εκδηλώνεται με μούδιασμα και μυϊκή αδυναμία των άκρων. Το

ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι χαρακτηριστικό. Η ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου, γλυκόζης, ινσουλίνης, διττανθρακικών καθώς και η χορήγηση ρητινών ανταλλαγής καλίου - νατρίου είναι τα άμεσα θεραπευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας όταν η ταχεία έναρξη της αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης δεν είναι εφικτή (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

◆ Λοιμώξεις.

Εμφανίζονται συχνά και οφείλονται σε μειωμένη αντίσταση των ασθενών αυτών λόγω διαταραχής του ανοσοβιολογικού τους μηχανισμού. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν τις λοιμώξεις στους ασθενείς αυτούς είναι το νοσοκομειακό περιβάλλον, οι συχνές φλεβοκεντήσεις της fistula και οι τεχνικές ατέλειες κατά την αιμοκάθαρση.

Στους χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οι βακτηριακές λοιμώξεις εντοπίζονται συχνότερα στο αναπνευστικό σύστημα, ουροποιητικό και στη περιοχή της fistula. Οστεομυελίτιδα, ενδοκαρδίτιδα και σηψαιμία δεν είναι σπάνιες. Η φυματίωση είναι 10-15 φορές συχνότερη στους ασθενείς αυτούς απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

Στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων με τη χρήση των αντιβιοτικών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η μειωμένη νεφρική λειτουργία για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010).

◆ Γαστρεντερικά προβλήματα.

Τα κυριότερα ενοχλήματα είναι ανορεξία, ναυτία, εμετοί, γαστρίτιδα, εκκολπωμάτωση, ασκίτης και ηπατίτιδα. Η ηπατίτιδα οφείλεται κατά κανόνα σε ιό τύπου Β ή μη Α μη Β (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

◆ Νευρολογικά προβλήματα.

Τα κυριότερα νευρολογικά προβλήματα των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η άνοια της αιμοκάθαρσης και η πολυνευρίτιδα (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

Άγχος και κατάθλιψη εμφανίζονται συχνά.

◆ Κακώσεις.

Κατά την αντιμετώπιση των κακώσεων σε χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς προσοχή απαιτείται στην απώλεια αίματος γιατί οι ασθενείς αυτοί έχουν συνήθως αναιμία. Κακώσεις που συμβαίνουν λίγη ώρα μετά το τέλος της συνεδρίας μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία εκτεταμένων αιματωμάτων λόγω της αντιπηκτικής δράσης της ηπαρίνης που χορηγείται στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η ύπαρξη της νεφρικής οστεοδυστροφίας και οστεομαλακίας στους ασθενείς αυτούς ευνοεί τη δημιουργία καταγμάτων (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

1.5.2. Οργάνωση Τμήματος Τεχνητού Νεφρού

Το τμήμα τεχνητού νεφρού (TTN) είναι το σύνολο των χώρων ενός Γενικού Νοσοκομείου, που εξυπηρετεί την αιμοκάθαρση. Από άποψη χωροταξίας το TTN πρέπει να είναι ανεξάρτητο, αν και διοικητικά υπάγεται σε νεφρολογική ή σε Παθολογική κλινική. Οποσδήποτε μια σχετική λειτουργική αυτοτέλεια επιβάλλεται, αλλά χρειάζεται όμως και την υποστήριξη διαφόρων άλλων τμημάτων του νοσοκομείου (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

Η διαμόρφωση των χώρων κάθε TTN θα πρέπει να είναι ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών που θα εξυπηρετήσει. Υπολογίζεται ότι για κάθε 10 τετ. μέτρα χώρου κλίνης της κεντρικής μονάδας αιμοκάθαρσης χρειάζονται επιπρόσθετα άλλα 20 τετ. μέτρα βοηθητικών χώρων.

Οι χώροι από τους οποίους αποτελείται ένα σύγχρονο TTN είναι οι εξής :

- 1) Χώρος υποδοχής ασθενών και συνοδών - Γραμματεία.
- 2) Αποδυτήρια ασθενών.
- 3) Χώρος αναμονής. Μερικές φορές οι εξωτερικοί ασθενείς αναγκάζονται να περιμένουν λίγη ώρα, είτε πριν από την έναρξη, είτε μετά το τέλος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης.
- 4) Μονάδα αιμοκάθαρσης ή Μονάδα Τεχνητού Νεφρού. Αποτελείται από μια μεγάλη αίθουσα, σε κεντρικό σημείο της οποίας βρίσκεται ο «σταθμός των νοσηλευτών». Τα κρεβάτια ή οι πολυθρόνες των ασθενών είναι έτσι

διατεταγμένες στο χώρο αυτό (ημικυκλικά ή σε εικόνα Π), ώστε να είναι ευχερής η παρακολούθηση όλων των ασθενών από τους νοσηλευτές.

Οι ασθενείς με θετικό αντιγόνο ηπατίτιδας Β, πρέπει να υποβάλλονται στην αιμοκάθαρση σε απομονωμένο χώρο, τελείως ανεξάρτητο από την κεντρική αίθουσα αιμοκάθαρσης.

Επίσης κρίνεται απαραίτητη και η ύπαρξη μικρής ξεχωριστής αίθουσας για τους βαριά πάσχοντες.

- 5) Χώρος καθαρού και αποστειρωμένου υλικού (αποθήκη υλικού).
- 6) Ιματιοθήκη.
- 7) Χώρος ακάθαρτου υλικού.
- 8) Γραφείο προϊσταμένου - νοσηλευτών. Πρέπει να είναι ειδικευμένοι στην τεχνική της αιμοκάθαρσης και να ασχολούνται αποκλειστικά με αυτή.
- 9) Γραφείο ιατρών. Βρίσκεται κοντά στην Μονάδα αιμοκάθαρσης και συνδέεται με αυτή με σύστημα ενδοεπικοινωνίας.
- 10) Γραφείο Κοινωνικής Λειτουργού και Διαιτολόγου.
- 11) Αίθουσα διδασκαλίας.
- 12) Χώροι υγιεινής προσώπικου.
- 13) Αίθουσα μικροεπεμβάσεων.
- 14) Εξεταστήριο.
- 15) Εργαστήριο τεχνικών.
- 16) Χώρος επεξεργασίας νερού (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

1.5.2.1. Επιλογή ασθενών

Λόγω του ότι η εφαρμογή των μεθόδων νεφρικής υποκατάστασης, για τεχνικούς ή οικονομικούς λόγους, δεν είναι εφικτή σε όλους τους ασθενείς, η επιλογή αυτών στηρίζεται σε ορισμένα κριτήρια όπως είναι (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012) :

- 1) Η ηλικία. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται σε ασθενείς ηλικίας 18-45 ετών.
- 2) Το βάρος του ασθενούς. Εύσωμοι ασθενείς, λόγω μεγαλύτερης παραγωγής υποπροϊόντων του μεταβολισμού, απαιτούν παρατεταμένες καθάρσεις.
- 3) Το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων.

- 4) Η γενική κατάσταση του ασθενούς και οι τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις.
- 5) Ο ψυχισμός του ασθενούς.
- 6) Η κατάσταση των αγγείων του και
- 7) Η δυνατότητα και καταλληλότητα του ασθενούς προς μεταμόσχευση. Σε πολλά κέντρα ο τελευταίος αυτός παράγων θεωρείται απαραίτητος προς εισαγωγή του ασθενούς στο πρόγραμμα των χρόνιων αιμοκαθάρσεων.

Εκτός από τα παραπάνω, οι ασθενείς οι ευρισκόμενοι σε πρόγραμμα χρόνιας νεφρικής υποκατάστασης, δυνατόν να εμφανίσουν και άλλες επιπλοκές, κυρίως λόγω προοδευτικής εξέλιξης της πάθησης και όχι ως αποτέλεσμα της αιμοδιύλισης, όπως κνησμό, ηπατίτιδα, περικαρδίτιδα, αναιμία, υπέρταση, οστεογενή δυστροφία, εγκεφαλικά επεισόδια, μεταστατική ασβέστωση, περιφερική νευροπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια και μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, αιμοσιδήρωση, αιμορραγίες από το πεπτικό, ανικανότητα, στειρότητα κ.ά. Ο κνησμός δύσκολα αντιμετωπίζεται με φάρμακα, πλήρης δε εξάλειψη αυτού παρατηρείται συνήθως μόνο κατόπιν παραθυρεοειδεκτομής. Η ηπατίτιδα έχει παρατηρηθεί τόσο στους ασθενείς, όσο και στο ιατρικό προσωπικό, μεμονωμένως ή επιδημικώς, είναι δε είτε λοιμώδους μορφής είτε εξ ορού. Η πάθηση στους ασθενείς εμφανίζει ηπιότερη διαδρομή, αν και αυτοί διατηρούν επί μακρόν στο αίμα και σε υψηλά επίπεδα την τρανσαμινάση και το αυστραλιανό αντιγόνο, σε αντίθεση προς το προσωπικό για το οποίο αυτή δυνατόν να είναι θανατηφόρα (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

Η σχέση της περικαρδίτιδος προς την ηπαρίνη δεν είναι απόλυτα γνωστή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, με αύξηση του χρόνου της αιμοδιύλισης, παρατηρείται βελτίωση, ενώ σε άλλες, η βελτίωση παρατηρείται μόνο μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Η αναιμία είναι κυρίως αποτέλεσμα μειωμένης παραγωγής ερυθροποιητίνης και λιγότερο ελαττωματικής πρόσληψης σιδήρου από τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Η υπέρταση αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, ακόμη και μετά νεφρεκτομή, συχνά δε στους ασθενείς αυτούς, παρ' όλη τη συχνή αιμοδιύλιση, ανευρίσκονται υψηλά επίπεδα ρενίνης στο πλάσμα. Η ουραιμική οστεοδυστροφία και μεταστατική ασβέστωση είναι κυρίως αποτέλεσμα της διαταραχής του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου και μάλιστα του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού και της, με την πάροδο του χρόνου, αναπτυσσόμενης αντίστασης στην ενέργεια της βιταμίνης D. Η περιφερική αισθητικο-κινητική νευροπάθεια εμφανίζεται συνήθως αιφνιδίως κατά

την αρχή της εφαρμογής του χρόνιου προγράμματος και αφορά συνήθως τα κάτω άκρα. Η βελτίωση της αγωγιμότητας των νεύρων είναι δυνατή με αύξηση του χρόνου της αιμοδιύλισης, διαφορετικά αυτή βελτιώνεται μόνο με τη μεταμόσχευση νεφρού. Τέλος, η αναφερθείσα μειωμένη ανοχή προς τους υδατάνθρακες, σε ορισμένους ασθενείς, φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα άθροισης κάποιας ουσίας, η οποία δρα ανταγωνιστικά προς την ινσουλίνη (Churchill, 2006; Χατζηκωνσταντίνου, 2012).

1.5.3. Οδηγίες Διατροφής για Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς

- 1) Περιορισμός στην πρόσληψη υγρών (όχι μόνο νερού αλλά υγρών γενικά). Υπολογισμός της ποσότητας των ούρων που αποβάλλονται καθημερινά και προσθήκη σε αυτά επιπλέον 500 ml υγρών (περίπου 2 ποτήρια) για να υπολογιστεί η ποσότητα των υγρών που επιτρέπεται να λαμβάνει ο ασθενής καθημερινά.
- 2) Περιορισμός της πρόσληψη Καλίου και Φωσφόρου.
Οι κυριότερες πηγές φωσφόρου είναι τα ζωικά τρόφιμα, όπως κρέατα, αλλαντικά, γαλακτοκομικά, αυγά, κ.λπ. Δεδομένου ότι αυτά είναι παράλληλα και τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά τα οποία έχει ανάγκη ο οργανισμός του ανθρώπου, η κατανάλωση των ζωικών τροφών θα πρέπει να γίνεται με μέτρο.
- 3) Η κατανάλωση του αλατιού είναι καλό να μετριαστεί, πάντα μετά από συνεννόηση με τον γιατρό. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται υποκατάστατα αλατιού γιατί συνήθως περιέχουν μεγάλες ποσότητες καλίου (Μαυροματίδης, 2008).

◆ Κάλιο.

Χρήσιμο για καλή λειτουργία μυών, νεύρων, ιστών.

Σε απώλεια νεφρικής λειτουργίας: Το κάλιο αυξάνεται σε επικίνδυνα επίπεδα και δε μπορεί να απομακρυνθεί από τον οργανισμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Υπερκαλιαιμία



Μυϊκή παράλυση



Βραδυκαρδία - ταχυκαρδία



Ανακοπή Καρδιάς

Πηγές καλίου : Μπανάνα, ρόδι, καρπούζι, πορτοκάλι, σύκο, καρότο, φασολάκια, ντομάτα, αρακάς, πιπεριές, δαμάσκηνα, φακές, ρεβίθια (Μαυροματίδης, 2008).

◆ Λίπη.

Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπών σχετίζονται άμεσα με τη στεφανιαία νόσο.

Αποφεύγονται : λίπη (βούτυρο, ζωικά λίπη).

Προτιμάται : λάδι ελιάς.

◆ Αλάτι.

Το περίσσιο αλάτι προκαλεί αύξηση των σωματικών υγρών (Μαυροματίδης, 2008).

Πηγές άλατος : καπνιστά κρέατα, μπέικον, λουκάνικα, πατατάκια, ξηροί καρποί, κέτσαπ, μουστάρδα.

◆ Λευκώματα.

Λευκώματα υψηλής βιολογικής αξίας.

Πηγές :

- γάλα,
- αυγό,
- κρέας,
- τυρί,
- πουλερικά,

- ψάρια.

Λευκώματα χαμηλής βιολογικής αξίας.

- Πηγές :*
- λαχανικά,
 - σιτηρά,
 - δημητριακά,
 - κουκιά.

Τροφές με αυξημένο λεύκωμα προκαλούν αυξημένες τιμές Ουρίας στο αίμα.

Τροφές με μειωμένο λεύκωμα προκαλούν μειωμένες τιμές Ουρίας στο αίμα (Μαυροματίδης, 2008).

1.5.4. Δίαιτες – Διατροφή

Οι νεφροί ρυθμίζουν τα επίπεδα ουσιών στο σώμα: νάτριο, κάλιο, φώσφορο, ασβέστιο, υγρά (Bergstrom, 2005; Μαυροματίδης, 2008).

Σκοπός δίαιτας στη ΧΝΑ.

- μείωση της κατανάλωσης ουσιών που δεν μπορούν να απομακρυνθούν από τον ανθρώπινο οργανισμό.
- διατήρηση ουσιών ωφέλιμων : λευκώματα, βιταμίνες, σίδηρος
- περιορισμός καθημερινής λήψης νερού σε μικρές ποσότητες.

1.5.4.1. Το Νερό στη Ζωή των Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών :

- Μην πίνει μόνο νερό από συνήθεια, αλλά και τσάι, καφέ, ποτά.
- Τα πολλά υγρά μπορεί να περιέχουν : αλάτι - κάλιο - φώσφορο - λίπος - ζάχαρη.
- Να βρέχει το στόμα (ξεπλένει) με κρύο νερό.
- Να πλένει τα δόντια του κανονικά.

- Να παίρνει τα φάρμακά του κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
- Να ζυγίζεται κάθε πρωί και απόγευμα.
- Να χρησιμοποιεί μικρά ποτήρια για τα διάφορα ποτά που πίνει.
- Όταν διψάει να τρώει ψωμί ή μαργαρίνη, πριν να πιει νερό. Αφαιρεί την αίσθηση της δίψας.
- Αν είναι διαβητικός τα υψηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα, θα αυξήσουν την επιθυμία του για νερό. Όταν μειώνονται τα ούρα του δε φεύγει σάκχαρο με αυτά από τον οργανισμό.
- Όσο λιγότερο αλάτι τρώει, τόσο λιγότερο διψάει.
 Το πολύ αλάτι → κατακρατά νερό → αύξηση ΑΠ → μείωση της λειτουργίας της καρδιάς → καρδιακή ανεπάρκεια → πνευμονικό οίδημα.
- Η κατάχρηση στο νερό είναι βλαπτική. Η αφαίρεση μεγάλων ποσοτήτων υγρών την ημέρα της αιμοκάθαρσης προκαλεί : κράμπες - ζάλη - μείωση ΑΠ - έντονη αδυναμία (Bergstrom, 2005; Μαυροματίδης, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

2.1. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Ο χώρος της υγείας είναι ένας χώρος ευαίσθητος και ιδιαίτερα δύσκολος γιατί έχει να κάνει με την ανθρώπινη υγεία και ασθένεια με αποτέλεσμα και η ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς να αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι αξιολόγησης. Θα πρέπει οι ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι από όσα λαμβάνουν κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.

Το 1993 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. / W.H.O.), ανέφερε ότι : «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (W.H.O., 1993)» .

Σύμφωνα με τον ορισμό η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Συγκεκριμένα, η ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αφορά την οργάνωση των συστημάτων υγείας, την λειτουργία των νοσοκομείων, την παροχή των υπηρεσιών, την παροχή μεμονωμένης φροντίδας με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση, τα κέρδη και τις ζημίες, την σωστή διαχείριση των διαδικασιών παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, που όλα αυτά θα καταλήξουν στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και θα επιβεβαιωθεί με την μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών. Σε όλες τις περιπτώσεις η ποιότητα δεν αφορά μόνο στο ιατρικό-νοσηλευτικό έργο αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδας καθώς και σε όλα τα άτομα που εμπλέκονται (ασθενείς, ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικός περίγυρος). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας έχει σχέση τόσο

με την «τεχνική διάσταση της φροντίδας» (technical care), που αφορά στην προληπτική-διαγνωστική-θεραπευτική διαδικασία, όσο και με την «διάσταση της τέχνης στην φροντίδα» (art of care), που αφορά στο περιβάλλον των μονάδων υγείας και στη στάση-συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας (Διλίντας & συν, 2006).

Η ποιότητα είναι αποτέλεσμα του ευαισθητοποιημένου πελάτη και η συνειδητή επιλογή του παρέχοντος την υπηρεσία ή του κατασκευαστή προϊόντος. Πρόκειται για μια αποτελεσματική σχέση μεταξύ του ασθενή και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Βασικό κριτήριο για την διασφάλιση ποιότητας αποτελεί η άριστη συνεργασία αυτών, καθώς σημαντικός παράγοντας, για την καλύτερη υποδομή της ποιότητας μιας χώρας, αποτελεί και η κουλτούρα για την ποιότητα που έχει ο λαός της (Διλίντας & συν, 2006).

2.2. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου είναι:

- *Η οργάνωση-διοίκηση του νοσοκομείου* : αφορά την επάρκεια του προσωπικού, τις συνθήκες εργασίας, το συντονισμό των λειτουργιών, την ετοιμότητα παροχής φροντίδας, την υποδοχή- διακίνηση των ασθενών, την λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, τον τρόπο Χρηματοδότησης, τον τρόπο άσκησης του management από την ηγεσία, τις οριζόντιες και κάθετες επικοινωνίες μεταξύ των τμημάτων, τα κίνητρα και ερεθίσματα που δίνονται από την διοίκηση στο προσωπικό για συνεχή προσπάθεια εξασφάλισης της ποιότητας, τον καθορισμό και συντονισμό των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, την άμεση αντιμετώπιση των δυσκολιών κάθε τμήματος, την εξασφάλιση εύρυθμης και αποτελεσματικής λειτουργίας των τμημάτων καθώς και τη θέσπιση στόχων (Σιγάλας 1999, Μάντη & Τσελεπή 2000).
- *Ξενοδοχειακή υποδομή* : εδώ περιλαμβάνονται οι κτιριακές εγκαταστάσεις, η διασύνδεση των κλινικών, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή, η σήμανση, η υγιεινή και ασφάλεια, το φαγητό, η εφαρμογή προληπτικών

μέτρων, η προμήθεια σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού, η παρακολούθηση τυχόν κτιριακών φθορών και η άμεση αποκατάστασή τους, η δημιουργία ευχάριστων χώρων νοσοκομειακής περίθαλψης (Σιγάλας 1999, Μάντη & Τσελεπή 2000).

- *Νοσοκομειακές λοιμώξεις* : η έλλειψη ποιότητας αυξάνει τον κίνδυνο τέτοιων λοιμώξεων, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, καθώς και του χρόνου και του κόστους νοσηλείας. Χρειάζεται λοιπόν η εφαρμογή προληπτικών μέτρων, για την προστασία μετάδοσης νόσων τόσο του ιατρικού, νοσηλευτικού, βοηθητικού προσωπικού όσο και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (ασθενείς, συνοδοί) (Σιγάλας 1999, Μάντη& Τσελεπή, 2000).
- *Ικανοποίηση των ασθενών* : αποτελεί βασικό εργαλείο προσδιορισμού της ποιοτικής ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και δείκτη ότι οι διαδικασίες που εφαρμόζονται ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του πολίτη (Σιγάλας 1999, Μάντη& Τσελεπή, 2000).

Σύμφωνα με την Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, επισημαίνει δέκα καθοριστικούς παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας :

- καταλληλότητα (appropriateness),
- συνέχεια (continuity),
- διαθεσιμότητα (availability),
- αποτελεσματικότητα (effectiveness),
- δραστικότητα (efficacy),
- αποδοτικότητα (efficiency),
- ασφάλεια (safety),
- σεβασμός (respect),
- φροντίδα (caring) και
- επικαιρότητα (timeliness) (Σιγάλας 1999, Μάντη& Τσελεπή, 2000).

2.3. Μέτρηση της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας υπολογίζεται με βάση την ετοιμότητα παροχής της, την καθολική πρόσβαση σε όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη, την αξιοπιστία της, στην φιλικότητα στην παροχή της καθώς και την επαρκή υποστήριξη μετά την διάθεσή της. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν εξαρτάται μόνο από το ιατρικό έργο, αλλά εξαρτάται και από το σύνολο των λοιπών υπηρεσιών και διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα μέσα κυρίως στα νοσοκομεία, καθώς αυτά αποτελούν το κέντρο βάρους κάθε συστήματος υγείας (Σαραφίδης & Σταφυλάς, 2005).

Σημείο αναφοράς για την διασφάλιση και την μέτρηση της ποιότητας είναι ο ίδιος ο ασθενής, όπου σε συνάρτηση με την πολιτική ποιότητας που ακολουθεί η Διοίκηση του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, είναι δυνατόν να επιφέρει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, διασφάλιση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το 1991, ο Palmer ανέφερε ότι, μέτρηση είναι: «Η απόδοση μίας ποσότητας σε μία ιδιότητα ή σε ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Μέσα από την μέτρηση έχουμε την δυνατότητα της παρατήρησης φαινομένων που επιδρούν σε καταστάσεις. Η ποιότητα, λοιπόν, μετριέται μέσα από την σύγκριση στοιχείων που αφορούν τόσο των ασθενή όσο και τις φροντίδες που του προσφέρθηκαν. Αν τώρα τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τις όποιες παρατηρήσεις αποδειχθούν πως εμφάνισαν οποιοδήποτε πρόβλημα τότε είναι απαραίτητο να γίνουν οι αναγκαίες επεμβάσεις και μια νέα μέτρηση θα βοηθήσει στο να διαπιστωθεί αν οι διορθωτικές επεμβάσεις επέτυχαν ή όχι (Αδαμαντίδου, 2004).

Η μέτρηση προϋποθέτει:

- Δεδομένα (data)
- Πρότυπα (standards)
- Κριτήρια (criteria)

Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από έναν κανόνα ή κριτήριο. Κριτήρια είναι προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας προς τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μιας ιατρικής υπηρεσίας (Αδαμαντίδου, 2004).

2.3.1. Τεχνικές και εργαλεία μέτρησης

- Μετρήσεις υποδομής : Η μέτρηση υποδομής αξιολογεί το προϊόν μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που εισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία.
- Μετρήσεις διαδικασίας : Η βελτίωση της ποιότητας προϋποθέτει την επανεκτίμηση της τρέχουσας διαδικασίας έτσι ώστε να μην παραβλεφθεί κανένας παράγοντας που σχετίζεται με την βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Η σημασία της μέτρησης της διαδικασίας είναι ακόμη μεγαλύτερη διότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους γιατρούς.
- Μετρήσεις έκβασης : Αφού στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, η μέτρηση της έκβασης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης της ποιότητας (Αδαμαντίδου, 2004).

2.4. Πιστοποίηση των Νοσοκομείων

Οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας, με υποχρέωση συνεχούς βελτίωσης των παροχών προσανατολισμένες στην ικανοποίηση του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας, οδηγούν στην επιβεβλημένη πιστοποίηση των Νοσοκομείων. Στην απόδειξη, δηλαδή, πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι πράγματι ποιοτικές.

Πιστοποίηση ορίζεται «η διαδικασία με την οποία το σύστημα ποιότητας μιας επιχείρησης-οργανισμού αξιολογείται (με αυτοαξιολόγηση, ετεροαξιολόγηση ή με αξιολόγηση από τρίτο) σε σύγκριση με κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ή εγχειρίδιο (Paul James 1996)».

Η πιστοποίηση ως διαδικασία επιτρέπει την αξιολόγηση της ποιότητας των νοσοκομειακών δομών, ιατρικών πρακτικών και αποτελεσμάτων των νοσοκομείων, μέσα από την κατάρτιση και επεξεργασία σχετικών αναφορών ποιότητας φροντίδων και επαγγελματικών πρακτικών από ειδικά συστημένα όργανα (Μπουρσανίδης & συν, 2002).

Η διασφάλιση ποιότητας θέτει σε εφαρμογή ένα σύστημα ποιότητας με σκοπό την επίτευξη της ποιότητας μέσα από διαδικασίες και εφαρμογές, ενώ πιστοποίηση αποτελεί την απόδειξη των ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών, που σημαίνει ότι η ποιότητα είναι διασφαλισμένη, βελτιωμένη και συνεπώς διατηρημένη (Μουμτζόγλου, 2001). Η διαδικασία της πιστοποίησης είναι αυτή που θα επισφραγίσει και θα βεβαιώσει ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενός οργανισμού είναι ποιοτικές. Ειδικά όλες οι προσπάθειες για εξασφάλιση της ποιότητας θα ήταν άκυρες χωρίς την επιβεβαίωση τους από τα αντίστοιχα πρότυπα πιστοποίησης.

Στο χώρο των υπηρεσιών υγείας η πιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί την διαδικασία της εξωτερικής αξιολόγησης και μιας γενικότερης και συνολικής αξιολόγησης της λειτουργίας και πρακτικών. Η πιστοποίηση, πραγματοποιείται από ανεξάρτητους επαγγελματίες και έχει ως σκοπό την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην ασφάλεια των ασθενών όσον αφορά την περίθαλψη αυτών καθώς και στην προώθηση της πολιτικής συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας (Μουμτζόγλου, 2001).

Η πιστοποίηση γίνεται με το πιστοποιητικό ISO 9001:2000 το οποίο αντιπροσωπεύει μιας διεθνούς συναίνεσης σχετικά με τις ορθές πρακτικές διαχείρισης της ποιότητας. Αποτελείται από τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας και τα πρότυπα που σχετίζονται με την υποστήριξη.

Τα πρότυπα αυτά χρησιμοποιούνται τόσο ως οδηγός από τους οργανισμούς και επιχειρήσεις που στοχεύουν στην διασφάλιση της ποιότητας, όσο και ως μέτρο σύγκρισης και αξιολόγησης σύμφωνα με το οποίο οι Εθνικοί Οργανισμοί Τυποποίησης, στην Ελλάδα ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), ελέγχουν, αξιολογούν τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς και αν οι οργανισμοί έχουν ανταποκριθεί στο 100% των απαιτήσεων και των προδιαγραφών των προτύπων, τότε προβαίνουν στην διαδικασία χορήγησης πιστοποιητικών ποιότητας των προϊόντων και υπηρεσιών (ISO 9001; Singels et.al., 2001).

Η έκδοση του 2000, αποτελεί την δεύτερη φάση της διαδικασίας αναθεώρησης και έχει σαν στόχο να δώσει στους χρήστες την δυνατότητα να προσθέσουν αξία στις

δραστηριότητές τους, βελτιώνοντας διαρκώς την απόδοσή τους μέσω της επικέντρωσης των Συστημάτων Διαχείρισης της Ποιότητας που εφαρμόζουν, στις βασικές διεργασίες του οργανισμού αλλά παράλληλα και στις απαιτήσεις των πελατών που αποτελούν τον πυρήνα γύρω από τον οποίο σχεδιάζονται αυτά τα συστήματα (ISO 9001; Singels et.al., 2001).

2.5. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε μονάδα τεχνητού νεφρού

Η μονάδα τεχνητού νεφρού αποτελεί ένα ιδιαίτερο τμήμα σε ένα οργανισμό υγείας, γιατί οι νεφροπαθείς χρειάζονται καθημερινή θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας.

Ένα Σύστημα Ποιότητας εξασφαλίζει ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες σε αυτούς τους ασθενείς. Συγκεκριμένα το ISO 9001:2000 για τη μονάδα τεχνητού νεφρού επιβάλλει (Μουμτζόγλου, 2001) :

- Εκπαίδευση του προσωπικού της μονάδας.
- Συντήρηση του εξοπλισμού.
- Έλεγχο μετρικών οργάνων (ζυγού και θερμομέτρων).
- Εκτίμηση της γνώμης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- Στοχοθεσία.
- Τακτικοί κλινικοί έλεγχοι.
- Επεξεργασία και έλεγχος της ποιότητα του νερού.
- Έλεγχο αρχείων.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- Διαχείριση μη συμμορφούμενου προϊόντος.
- Διαχείριση μη συμμορφούμενης υπηρεσίας.
- Διορθωτικές ενέργειες.
- Προληπτικές ενέργειες.

Με την χρήση ενός συστήματος ποιότητας, οδηγείται η μονάδα τεχνητού νεφρού στην δημιουργία ευχάριστου και φιλικού περιβάλλοντος προς τους ασθενείς, ελέγχει και βελτιώνει την εσωτερική οργάνωση του τμήματος προς όφελος των ασθενών, συγκεκριμένα καλύτερη παρακολούθηση των αναλωσίμων υλικών, των καθορισμό

κρίσιμων σημείων, θέτει στόχους, γίνεται καλύτερη διαχείριση των αρχείων. Επίσης, διακρίνεται και κλινικό αποτέλεσμα, μέσα από όλο το σύστημα ποιότητας με στόχους, διαδικασίες, πολιτική ποιότητας και συστηματικές ανασκοπήσεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος (Μουμτζόγλου, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1. Ικανοποίηση ασθενών

Το 1992 οι Bond & Thomas, ανέφεραν, ότι οι ασθενείς ικανοποιούνται όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που τους παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες (Θεοφίλου, 2011).

Το 2002, οι Jenkinson et al., όρισαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί στάση απέναντι στη φροντίδα ή τις πτυχές της φροντίδας, στη συνέχεια οι Mohan et al. (2011) όρισαν την ικανοποίηση των ασθενών ως τα συναισθήματα των ασθενών και την αντίληψή τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι Al-Abri et al., (2014), όρισαν την ικανοποίηση ως ένα βαθμό της συνάφειας μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των αντιλήψεών τους για την πραγματική φροντίδα που έλαβαν.

Όταν πρόκειται για την επιλογή μιας υπηρεσίας υγείας, αναφέρουν οι Owusu et al., (2010), οι ασθενείς συχνά βασίζονται περισσότερο σε προσωπικές πηγές πληροφόρησης (φίλοι, συγγενείς). Κατά συνέπεια, η από στόμα σε στόμα (WOM), όπως ονομάζεται, προσέγγιση είναι εξαιρετικά σημαντική για τη διάδοση πληροφοριών και την πορεία του οργανισμού.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται άμεσα από τις προσωπικές προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας, και αποτιμάται ως η διαφορά μεταξύ αυτών και της φροντίδας που τελικά δέχτηκαν. Οι τρεις αυτές μεταβλητές διαμορφώνονται τόσο με βάση την προσωπικότητα και την

κατάσταση υγείας του ατόμου όσο και βάσει κοινωνικών επιρροών, πχ προσωπικός ιατρός και μέσα μαζικής ενημέρωσης (Polyzos et al., 2005).

Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σύμφωνα με την Kalogeropoulou (2011), σε τέσσερις συνήθεις αιτίες:

- στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός υγείας,
- στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών,
- στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει και
- στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται ο οργανισμός υγείας στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά.

Η διερεύνηση και η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται μέσω ερωτηματολογίων ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών, όπως την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος (Kalogeropoulou, 2011).

Υπάρχουν όμως και αρνητικές απόψεις όσον αφορά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Είναι ασθενείς που εμφανίζουν δυσκολία στο να διατυπώσουν τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Η δυσκολία αυτή μπορεί να οφείλεται σε βαθύτερα αίτια, όπως στην αποτυχία να κατανοήσουν τις ιατρικές οδηγίες, σε ελλιπή ενημέρωση, στην βαρύτητα της νόσου, στην ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη. Επίσης, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του.

Ορισμένες φορές, ένα ποσοστό ασθενών μπορεί να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το προσωπικό, ενώ στην αντίθετη θέση, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Kalogeroulou, 2011).

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης συνιστάται η χρήση δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει την άποψή του χωρίς περιορισμό. Τα ερωτηματολόγια αυτά μπορούν να συμπληρωθούν είτε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, είτε τηλεφωνικά, ή να αποσταλούν ηλεκτρονικά. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι μέσω τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

2.2. Ικανοποίηση αιμοκαθαρούμενων ασθενών

Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, όπως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αναγνωρίζεται ολοένα και πιο σημαντικός τομέας, καθώς μεταξύ των ασθενών αυτών, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έχει συνδεθεί με την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και με καλύτερο αποτέλεσμα για την υγεία τους (Wasserfallen et al., 2006).

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, είναι μια πάθηση με πολλαπλές απαιτήσεις στον τρόπο ζωής των ασθενών. Η μη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες είναι ένα σημαντικό πρόβλημα μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και μπορεί να επηρεάσει πτυχές της φροντίδας τους, που συμπεριλαμβάνουν τη φαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή, καθώς και τους διαιτητικούς περιορισμούς. Συνολικά έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 50% των ασθενών σε αιμοκάθαρση δεν συμμορφώνονται

με τουλάχιστον ένα μέρος του προγράμματος διάλυσης τους (Gerogianni et al., 2014). Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει πληροφορίες σχετικά με την εμπειρία του κάθε ασθενούς, που μπορεί να καθοδηγήσει την επιλογή και την τροποποίηση του θεραπευτικού σχήματος ανάλογα με τις ανάγκες του και ως εκ τούτου είναι κεντρικής σημασίας για τη διασφάλιση των καλύτερων αποτελεσμάτων για τους ασθενείς (Barendse et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει το βαθμό ικανοποίησης των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών από τις υπηρεσίες της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) του Νοσοκομείου Κεφαλληνίας, όσον αφορά τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου όπως και την ξενοδοχειακή υποδομή.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα :

Είναι οι αιμοκαθαιρόμενοι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη MTN;

Ποιοι είναι οι τομείς στους οποίους εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι;

Υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση);

4.2 Ερευνητικά εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκαν δύο επιμέρους ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και ένα γενικών πληροφοριών. Πιο αναλυτικά :

Το Α' τμήμα του τελικού ερωτηματολογίου αφορά τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων των ερωτώμενων (π.χ. γραμματικές γνώσεις, οικογενειακό εισόδημα, ιδιότητα-επάγγελμα κ.λπ.).

Το Β' τμήμα αφορά τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL που χρησιμοποιήθηκε συνιστά ουσιαστικά ένα μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,

σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα των υπηρεσιών ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών και αν η αντιλαμβανόμενη απόδοση ξεπερνά τις προσδοκίες των ανθρώπων τότε θεωρείται ότι ο χρήστης αντιλαμβάνεται την «υψηλή» ποιότητα (Parasuraman et al., 1985). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις που απαντιούνται η κλίμακα απαντήσεων Likert, η οποία είναι μία ψυχομετρική κλίμακα που χρησιμοποιείται σε ερωτηματολόγια που επιχειρούν να εκτιμήσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων σε σχέση με προτάσεις ή δηλώσεις. Αυτές οι κλίμακες χρησιμοποιούν μία κλίμακα επτά βαθμών και ποσοτικοποιούν τη λεκτική απόσταση από το ΔΙΑΦΩΝΩ έως το ΣΥΜΦΩΝΩ σε ανάλογη αντιστοιχία με αριθμητικά σύμβολα για να μετρήσουν ποσοτικά και να καταγράψουν ένα χαρακτηριστικό. Στο ερωτηματολόγιο της έρευνας οι ερωτήσεις 1-4 εξετάζουν τη διάσταση της απτότητας (υποδομές) - tangibles, οι ερωτήσεις 5-10 την αξιοπιστία - reliability, οι ερωτήσεις 11-14 την ανταπόκριση - responsiveness, οι ερωτήσεις 15-18 την εγγύηση - assurance και οι ερωτήσεις 19-22 την συναισθηματική κατανόηση - empathy.

Το Γ' τμήμα αποτελείται από 5 ομάδες ερωτήσεων που αφορούν στη γενική εξυπηρέτηση των ασθενών, την υποδοχή και διαμονή, τη διαδικασία αιμοκάθαρσης, τη συμπεριφορά του προσωπικού και τυχόν παράπονα τους. Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε μελέτη διερεύνησης της ικανοποίησης νεφροπαθών στην Ελλάδα (Παπαφράγκου 2012).

4.3 Δείγμα της μελέτης

Πληθυσμός της παρούσας μελέτης ήταν οι ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας. Σε αιμοκάθαρση στη συγκεκριμένη μονάδα υποβάλλονταν την χρονική περίοδο της μελέτης (Δεκέμβρης 2017- Φεβρουάριος 2018) 35 ασθενείς. Από αυτούς 1 απεβίωσε, 2 αρνήθηκαν συμμετοχή και ένας ασθένησε από ΑΕΕ. Στην έρευνα συμμετείχαν τελικά 31 άτομα. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν τα παρακάτω : ασθενείς με νοητική υστέρηση ή σε κωματώδη κατάσταση, ανήλικοι, αναλφάβητοι καθώς και ασθενείς αλλοδαποί που

δεν γνωρίζουν να διαβάζουν ελληνικά. Οι ασθενείς που θα συμμετέχουν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη η διαδικασία διεκπεραιώθηκε από τα ίδια άτομα, οπότε ελαχιστοποιήθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

4.4. Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση και εφαρμόστηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (t-test και ανάλυση συσχετίσεων κατά Pearson). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, 23 ήταν άντρες. Έγγαμοι ήταν 22 άτομα, ενώ 13 άτομα ήταν άνω των 60 ετών. Στην πλειονότητά τους οι ασθενείς ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (61,3%) και με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 30.000, με το 48,4% να αναφέρει εισόδημα κάτω των 10.000 ευρώ. Το 61,3% ήταν συνταξιούχοι (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος :

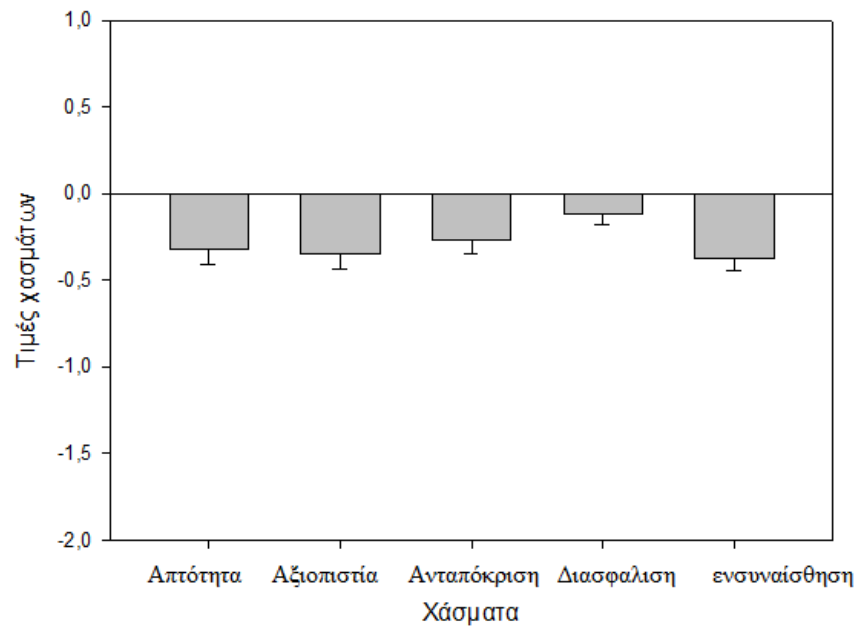
	N	%
Φύλο		
Άντρας	23	74,2
Γυναίκα	8	25,8
Σύνολο	31	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	22	71,0
Άγαμος	9	29,0
Σύνολο	31	100,0
Ηλικιακή ομάδα		
18-30 έτη	3	9,7
34-45 έτη	6	19,4
46-60 έτη	9	29,0
>60 έτη	13	41,9
Σύνολο	31	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	61,3
Λύκειο- Τριτοβάθμια	12	38,7
Σύνολο	31	100,0
Εισόδημα (ετήσιο)		
≤10.000 ευρώ	15	48,4
10.000-30.000 ευρώ	16	51,6
Σύνολο	31	100,0
Επάγγελμα		
Εργαζόμενος (ιδ./δημ. Υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας)	10	32,2
Συνταξιούχος	19	61,3
Άλλο	2	6,5
Σύνολο	31	100,0

Το μικρότερο χάσμα στις διαστάσεις του servqual παρατηρήθηκε στη διασφάλιση (-0,12), ενώ το υψηλότερο στην ενσυναίσθηση (-0,37). Ωστόσο οι διαφορές αυτές είναι πολύ μικρές αν παρατηρήσει κανείς τις μέσες τιμές ανά διάσταση, που κυμαίνονται από 6,83 έως 6,90 στην περίπτωση των προσδοκιών και από 6,46 έως 6,81 στην περίπτωση των αντιλήψεων, όπου η υψηλότερη τιμή σημειώνεται στην διασφάλιση. Με δεδομένο ότι πρόκειται για επτάβαθμη κλίμακα likert, οι τιμές αγγίζουν το απόλυτο άριστα της ικανοποίησης (Πίνακες 2-7 & Γράφημα 1).

Πίνακας 2. Διαστάσεις ποιότητας servqual (προσδοκίες και αντίληψη) :

N=31	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ)		ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ (ΑΝΤΙΛΗΨΗ)	
	<i>Μέση Τιμή (Μ.Τ.)</i>	<i>Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)</i>	<i>Μέση Τιμή (Μ.Τ.)</i>	<i>Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)</i>
Απτότητα	6,90	0,24	6,58	0,46
Αξιοπιστία	6,91	0,23	6,56	0,48
Ανταπόκριση	6,87	0,25	6,60	0,43
Διασφάλιση	6,93	0,24	6,81	0,35
Ενσυναίσθηση	6,83	0,29	6,46	0,41

Γράφημα 1. Διαγραμματική απεικόνιση των χασμάτων στις διαστάσεις του servqual :



Πίνακας 3. Τιμές χασμάτων στις ερωτήσεις της απτότητας :

Απτότητα	Προσδοκίες (E)	Αντιλήψεις (P)	P - E	MT / Διάσταση
	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)
1. Τα γραφεία της MTN είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούν σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία.	6,97 (0,18)	6,74 (0,44)	-0,23 (0,43)	-0,32 (0,49)
2. Οι εγκαταστάσεις των γραφείων της MTN είναι απαραίτητο να είναι καλαίσθητες, καθαρές και τακτοποιημένες.	6,97 (0,18)	6,39 (0,67)	-0,58 (0,67)	
3. Οι υπάλληλοι της MTN θα πρέπει να έχουν αξιοπρεπή εμφάνιση.	6,81 (0,48)	6,61 (0,50)	-0,19 (0,65)	
4. Το έντυπο υλικό (φυλλάδια, prospectus, διάφορα έντυπα κ.λπ.) της MTN να είναι καλοφτιαγμένο.	6,87 (0,34)	6,58 (0,50)	-0,29 (0,59)	
M.T: Μέση Τιμή T.A: Τυπική Απόκλιση				

Πίνακας 4. Τιμές χασμάτων στις ερωτήσεις της αξιοπιστίας :

Αξιοπιστία	Προσδοκίες (E)	Αντιλήψεις (P)	P - E	MT / Διάσταση
	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)
5. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να κρατά την υπόσχεσή του όταν υποσχεθεί ότι θα κάνει κάτι σε συγκεκριμένο χρόνο.	6,90 (0,30)	6,68 (0,48)	-0,22 (0,54)	-0,35 (0,49)
6. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες πολύ υψηλής ποιότητας.	6,87 (0,34)	6,45 (0,62)	-0,42 (0,72)	
7. Όταν κάποιος ασθενής έχει πρόβλημα, Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να ενδιαφέρεται ειλικρινά για την επίλυσή του.	6,97 (0,18)	6,81 (0,40)	-0,16 (0,37)	
8. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να παρέχει εξ' αρχής σωστά τις υπηρεσίες του χωρίς να ταλαιπωρεί άσκοπα τους ασθενείς	6,94 (0,25)	6,25 (0,63)	-0,42 (0,67)	
9. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του μέσα στα χρονικά όρια που προβλέπεται από τη Νομοθεσία.	6,84 (0,45)	6,39 (0,67)	-0,45 (0,68)	
10. Οι Δημόσιες Υπηρεσίες θα πρέπει να επιδιώκουν την απουσία λαθών στις συναλλαγές τους με τους πολίτες..	6,97 (0,18)	6,55 (0,68)	-0,42 (0,67)	
M.T: Μέση Τιμή				
T.A: Τυπική Απόκλιση				

Πίνακας 5. Τιμές χασμάτων στις ερωτήσεις της ανταπόκρισης :

Ανταπόκριση	Προσδοκίες (E)	Αντιλήψεις (P)	P - E	MT / Διάσταση
	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)
11. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να ενημερώνει τους ασθενείς ακριβώς για το πότε θα εξυπηρετηθούν.	6,77 (0,43)	6,10 (0,79)	-0,68 (0,83)	-0,27 (0,44)
12. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να εξυπηρετούνται άμεσα.	6,87 (0,34)	6,71 (0,53)	-0,16 (0,64)	
13. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς.	6,97 (0,18)	6,87 (0,34)	-0,10 (0,30)	
14. Το προσωπικό της MTN δεν θα πρέπει να προφασίζεται ποτέ ότι είναι πολύ απασχολημένοι προκειμένου να αποφύγουν να ανταποκριθούν σε αιτήματα ασθενών.	6,87 (0,34)	6,74 (0,51)	-0,13 (0,62)	
M.T: Μέση Τιμή T.A: Τυπική Απόκλιση				

Πίνακας 6. Τιμές χασμάτων στις ερωτήσεις της διασφάλισης :

Διασφάλιση	Προσδοκίες (E)	Αντιλήψεις (P)	P - E	MT / Διάσταση
	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)
15. Οι ασθενείς της MTN θα πρέπει να αισθάνονται ασφάλεια όταν συναλλάσσονται μαζί τους.	6,97 (0,18)	6,87 (0,34)	-0,10 (0,30)	-0,12 (0,31)
16. Η συμπεριφορά του προσωπικού της MTN θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	6,97 (0,18)	6,87 (0,34)	-0,10 (0,30)	
17. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να είναι πάντα ιδιαίτερα ευγενικό.	6,84 (0,52)	6,65 (0,55)	-0,19 (0,48)	
18. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να εξυπηρετεί με επαγγελματισμό τους ασθενείς.	6,97 (0,18)	6,87 (0,34)	-0,10 (0,30)	
M.T: Μέση Τιμή T.A: Τυπική Απόκλιση				

Πίνακας 7. Τιμές χασμάτων στις ερωτήσεις της ενσυναίσθησης :

Ενσυναίσθηση	Προσδοκίες (E)	Αντιλήψεις (P)	P - E	MT / Διάσταση
	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)	M.T (T.A)
19. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει εξατομικευμένες υπηρεσίες σε κάθε ασθενή.	6,74 (0,44)	6,55 (0,57)	-0,19 (0,65)	-0,37 (0,41)
20. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει ωράριο λειτουργίας που εξυπηρετεί όλους τους ασθενείς.	6,71 (0,53)	5,71 (0,64)	-1,00 (0,77)	
21. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει ως πρώτη τους προτεραιότητα τα συμφέροντα των ασθενών.	6,94 (0,25)	6,81 (0,40)	-0,13 (0,34)	
22. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να καταλαβαίνει τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών.	6,97 (0,18)	6,81 (0,40)	-0,16 (0,37)	
M.T: Μέση Τιμή T.A: Τυπική Απόκλιση				

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση ή το εισόδημα (Πίνακες 8-11).

Πίνακας 8. Διαφορές στις διαστάσεις του serqual ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο :

	Γραμματικές γνώσεις	N	M.T	T.A	p
Απτότητα	Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	6,58	0,45	0,980
	Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	12	6,58	0,50	
Αξιοπιστία	Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	6,59	0,48	0,745
	Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	12	6,53	0,52	
Ανταπόκριση	Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	6,66	0,41	0,399
	Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	12	6,52	0,47	
Διασφάλιση	Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	6,83	0,31	0,784
	Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	12	6,79	0,44	
Ενσυναίσθηση	Υποχρεωτική εκπαίδευση	19	6,50	0,43	0,592
	Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	12	6,42	0,39	
t-test					

Πίνακας 9. Διαφορές στις διαστάσεις του serqual ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο :

	Οικογενειακό εισόδημα	N	M.T	T.A	p
Απτότητα	>10.000€	15	-0,25	0,42	0,436
	≤10.000€	16	-0,39	0,56	
Αξιοπιστία	>10.000€	15	-0,27	0,31	0,373
	≤10.000€	16	-0,43	0,61	
Ανταπόκριση	>10.000€	15	-0,27	0,36	0,995
	≤10.000€	16	-0,27	0,52	
Διασφάλιση	>10.000€	15	-0,12	0,27	0,942
	≤10.000€	16	-0,13	0,35	
Ενσυναίσθηση	>10.000€	15	-0,35	0,31	0,789
	≤10.000€	16	-0,39	0,50	
t-test					

Πίνακας 10. Διαφορές στις διαστάσεις του sernqual ανάλογα με την ηλικία :

	Ηλικία	N	M.T	T.A	p
Απτότητα	≥60 ετών	18	6,61	0,49	0,674
	<60 ετών	13	6,54	0,43	
Αξιοπιστία	≥60 ετών	18	6,54	0,55	0,719
	<60 ετών	13	6,60	0,41	
Ανταπόκριση	≥60 ετών	18	6,56	0,46	0,464
	<60 ετών	13	6,67	0,40	
Διασφάλιση	≥60 ετών	18	6,79	0,41	0,684
	<60 ετών	13	6,85	0,28	
Ενσυναίσθηση	≥60 ετών	18	6,44	0,42	0,718
	<60 ετών	13	6,50	0,41	
t-test					

Πίνακας 11. Διαφορές στις διαστάσεις του sernqual ανάλογα με το φύλο :

	Φύλο	N	M.T	T.A	p
Απτότητα	Άντρας	23	6,49	0,44	0,061
	Γυναίκα	8	6,84	0,44	
Αξιοπιστία	Άντρας	23	6,53	0,47	0,501
	Γυναίκα	8	6,67	0,57	
Ανταπόκριση	Άντρας	23	6,61	0,43	0,935
	Γυναίκα	8	6,59	0,48	
Διασφάλιση	Άντρας	23	6,80	0,37	0,794
	Γυναίκα	8	6,84	0,35	
Ενσυναίσθηση	Άντρας	23	6,41	0,42	0,216
	Γυναίκα	8	6,63	0,38	
t-test					

Η συνολική ικανοποίηση κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα (9-10 σε δεκάβαθμη κλίμακα Likert).

Πίνακας 12. Επίπεδο ικανοποίησης (κλίμακα 0-10) :

Βαθμοί	N	%
9,00	3	9,7
10,00	28	90,3
Σύνολο	31	100,0

Ιδιαίτερα ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς από τη συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχεται στο νοσοκομείο (93,5% απαντά «πολύ καλές» οι εντυπώσεις του), ενώ κάποιες αιτιάσεις διατυπώνονται για το περιβάλλον (16,1% ουδέτερη στάση) και λιγότερες για τη λειτουργικότητα των βοηθητικών συσκευών και την επιμέλεια των θαλάμων (9,7%).

Πίνακας 13. Ικανοποίηση από την υποδοχή και τη διαμονή :

Υποδοχή και διαμονή	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε στο νοσοκομείο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	29 (93,5)
2. Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον.	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	12 (38,7)	14 (45,2)
3. Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	15 (48,4)	13 (41,9)
4. Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών (κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ.)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,7)	17 (54,8)	11 (35,5)

Κανείς ασθενής δεν αναφέρει κακές εντυπώσεις από το χρόνο αναμονής για αιμοκάθαρση και το χρόνο της αιμοκάθαρσης, ωστόσο το 38,7% κρατά ουδέτερη στάση σχετικά με το χρόνο αναμονής για την αιμοκάθαρση.

Πίνακας 14. Ικανοποίηση από τη διαδικασία αιμοκάθαρσης :

Διαδικασία αιμοκάθαρσης	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
5. Χρόνος αναμονής προς αιμοκάθαρση	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (38,7)	11 (35,5)	8 (25,8)
6. Χρόνος αιμοκάθαρσης	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	13 (41,9)	13 (41,9)

Με εξαίρεση κάποιες αιτιάσεις για το χρόνο αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων η πλειονότητα αναφέρει εξαιρετικές εντυπώσεις σχετικά με την εν γένει συμπεριφορά του προσωπικού (άνω του 95%, «πολύ καλές»).

Πίνακας 15. Ικανοποίηση από την συμπεριφορά του προσωπικού :

Συμπεριφορά προσωπικού	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
7. Συμπεριφορά ιατρών	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)
8. Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση εξετάσεων	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (19,4)	11 (35,5)	14 (45,1)
9. Συμπεριφορά νοσηλευτών	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)
10. Αναγνώριση του δικαιώματος για παροχή κατάλληλης ποιοτικής φροντίδας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)

11. Αναγνώριση του δικαιώματος για παροχή φροντίδας με σεβασμό την ανθρώπινη αξιοπρέπεια	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)
12. Αναγνώριση του δικαιώματος για λήψη συγκατάθεσης σε διαγνωστικές και θεραπευτικές εξετάσεις	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)

Η ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής και της διαδικασίας εξιτηρίου είναι η παράμετρος που υστερεί στον τομέα της γενικής εξυπηρέτησης, με το 19,4% να κρατά ουδέτερη στάση.

Πίνακας 16. Ικανοποίηση από τη γενική εξυπηρέτηση :

Γενική εξυπηρέτηση	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
13. Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή των συνοδών σας	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	2 (6,5)	28 (90,3)
14. Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής και της διαδικασίας εξιτηρίου	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (19,4)	14 (45,2)	11 (35,5)
15. Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,9)	27 (87,1)
16. Βοήθεια για την μετακίνησή σας εφόσον χρειάστηκε	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,5)	13 (41,9)

Το 35,5% διατυπώνει αιτιάσεις για το χρόνο αναμονής για την αιμοκάθαρση, ενώ προβλήματα φαίνεται να υπάρχουν για τις συνθήκες διαμονής και τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, καθώς σε ποσοστό 45% οι ασθενείς αναφέρουν μάλλον καλές εντυπώσεις.

Πίνακας 17. Αιτιάσεις για συγκεκριμένους τομείς εξυπηρέτησης :

Εάν έχετε παράπονα σημειώστε ποια από τα παρακάτω θέματα αφορούν:	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
17. Χρόνος αναμονής προς αιμοκάθαρση	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (35,5)	12 (38,7)	8 (25,8)
18. Χρόνος αιμοκάθαρσης	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	14 (45,2)	12 (38,7)
19. Παροχή κατάλληλης φροντίδας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (16,1)	26 (83,9)
20. Συμπεριφορά προσωπικού	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)
21. Συνθήκες διαμονής	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	13 (41,9)	17 (54,8)
22. Συνθήκες καθαριότητας	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	13 (41,9)	17 (54,8)
23. Σεβασμό της προσωπικότητάς σας	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	30 (96,8)
24. Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής και της διαδικασίας εξιτηρίου	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,9)	10 (32,3)	17 (54,8)

Όλες οι παράμετροι του servqual συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και θετικά μεταξύ τους, δείχνοντας την αλληλεξάρτηση των παραμέτρων ποιότητας.

Πίνακας 18. Συσχετίσεις των παραμέτρων του ερωτηματολογίου servqual με την ικανοποίηση :

N=31		Διασφάλιση	Ανταπόκριση	Αξιοπιστία	Απτότητα	Ικανοποίηση
Ενσυναίσ- θηση	r	,747**	,839**	,874**	,790**	,512**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διασφάλιση	r		,841**	,712**	,582**	,446*
	p		<0,001	<0,001	,001	,012
Ανταπόκριση	r			,889**	,623**	,466**
	p			<0,001	<0,001	,008
Αξιοπιστία	r				,745**	,461**
	p				<0,001	<0,001
Απτότητα	r					,477**
	p					<0,001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης για το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως αυτές αποτυπώθηκαν τόσο στο ερωτηματολόγιο SERVQUAL, όσο και σε διακριτές στοχευμένες ερωτήσεις. Η ικανοποίηση ήταν υψηλή σε όλες τις διαστάσεις ενώ αν κάποιος τομέας υστερούσε, αυτόν ήταν του περιβάλλοντος, με την έννοια κάποιων υλικοτεχνικών υποδομών, όπως προέκυψε από μεμονωμένες ερωτήσεις.

Ο μεγάλος βαθμός ικανοποίησης των ασθενών παρατηρήθηκε και στο περιβάλλον συνεδρίας αιμοκάθαρσης, αν και στο πεδίο αυτό υπήρχαν κάποιες αιτιάσεις, που δείχνουν περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς παρουσιάστηκαν πολύ ικανοποιημένοι από τη λειτουργικότητα και από τον εξοπλισμό στην αίθουσα αιμοκάθαρσης και το επίπεδο φωτισμού στην αίθουσα αιμοκάθαρσης, ενώ σε σχέση με τις συνθήκες συνεδρίας αιμοκάθαρσης, η πλειονότητα των ασθενών ήταν άνω του μετρίου ικανοποιημένη από τη φροντίδα, την οποία λαμβάνουν, από το ιατρικό προσωπικό, από την φροντίδα με σεβασμό στην αξιοπρέπεια των ιατρών και των νοσηλευτών και από την εν γένει ενημέρωση κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Τα προβλήματα των υποδομών στα νοσοκομεία επηρεάζουν ασθενείς και επαγγελματίες υγείας και υπονομεύουν στην πράξη μεγάλο μέρος των προσπαθειών που καταβάλλονται για την επιτυχή αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς απουσιάζουν οι αντικειμενικές συνθήκες που θα διευκολύνουν το έργο των ιατρών και των νοσηλευτών, αλλά και τη συμμόρφωση του ασθενούς, ειδικά αν η έννοια των υποδομών μπορεί να διευρυνθεί, ώστε να περιλάβει γενικά τα συστήματα διαχείρισης των ασθενών. Πρόκειται για μια αντίφαση που συναντάται συχνά στα ελληνικά νοσοκομεία. Ικανοποίηση από ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και δυσαρέσκεια από υλικοτεχνικές υποδομές, ακόμα και εάν πρόκειται για τριτοβάθμια νοσοκομεία (Χαρίση 2015).

Δύο σημαντικές παράμετροι της ικανοποίησης των ασθενών είναι η ποιότητα των ιατρικών πληροφοριών και οι σχέσεις με το προσωπικό και την καθημερινή ρουτίνα.

Αυτοί οι δύο τομείς, που σχετίζονται με τις διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, συνιστούν και δύο προβλεπτικούς παράγοντες της γνώμης των ασθενών για την περίθαλψη. Στη μελέτη των Bos et al (2012) διαπιστώθηκε ότι, σύμφωνα με τους ασθενείς, οι τρεις πιο σημαντικές πτυχές της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης ήταν η εμπιστοσύνη στην ικανότητα των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και οι προσδοκίες των ασθενών.

Το μικρό μέγεθος της MTN σε συνδυασμό με ότι πρόκειται για μια μικρή επαρχιακή πόλη βοηθά στη δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, τόσο στο νοσοκομείο, όσο και στην κοινότητα. Η διοργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων, ακόμα και μέσα στη MTN σε γιορτές και επετείους ενισχύει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, τονώνοντας την ψυχολογική ευεξία των ασθενών.

Η έρευνα υποστηρίζει ότι η φροντίδα που εστιάζει στην προσωπική επικοινωνία και τη στήριξη του ασθενούς, είτε εντός νοσοκομείου, είτε κατά την κατ' οίκον νοσηλεία επιδρά θετικά στην ποιότητα ζωής καθώς και στην επιβίωση (Γερογιάννη & Γερογιάννη 2004). Στις MTN φαίνεται ότι ιατροί και νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι απέναντι στις ανάγκες των ασθενών και οι ασθενείς αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, από την ψυχολογική υποστήριξη και την επικοινωνία που έχουν από το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που φανερώνει υψηλό επίπεδο ποιοτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας προς τον ασθενή, ακόμα και αν οι τελευταίοι αναφέρουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης σε άλλους τομείς στη ζωή τους.

Ένα τρωτό σημείο στη MTN ενδέχεται να είναι ο χρόνος αναμονής για αιμοκάθαρση, όπως δείχτηκε στη μελέτη της Φερεντίνου (2016) στην οποία βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν αρκετά υψηλή στις περισσότερες υπηρεσίες που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο με εμφανή δυσαρέσκεια όμως ως προς το χρόνο αιμοκάθαρσης, την παροχή μετακίνησης από το Νοσοκομείο και το προσωπικό υποδοχής. Κάποια προβλήματα στον τομέα αυτό διαπιστώνονται και στην παρούσα μελέτη και ίσως εδώ είναι ο τομέας, μαζί με την υλικοτεχνική δομή όπου πρέπει να δοθεί το βάρος για τη βελτίωση των σχετικών υπηρεσιών.

Στην παρούσα μελέτη ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό δυσαρέσκειας. Πιθανόν οι προαναφερθείσες ιδιαιτερότητες της MTN να συνέβαλαν στην εικόνα αυτή. Ωστόσο αυτά τα πλεονεκτήματα της MTN στη συγκεκριμένη μελέτη, αποτελούν ταυτόχρονα και περιορισμούς της μελέτης, καθώς πρόκειται για μια μόνο μικρή MTN, με μικρό αριθμό ασθενών. Πιθανόν αυτό το χαρακτηριστικό, που απαντάται και σε άλλες ελληνικές MTN να ευθύνεται για το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Διεθνείς μελέτες δείχνουν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση ασθενών, ιδιαίτερα από την περιπλοκότητα της φροντίδας και την ενημέρωση που λαμβάνουν. Η διατήρηση αυτού του καλού κλίματος επικοινωνίας στην MTN θα πρέπει να συνεχίσει να αποτελεί πρώτιστο μέλημα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτή, αφού η MTN διαθέτει τα εχέγγυα να αποτελέσει πρότυπο φροντίδας για τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς και να αποτελέσει παράδειγμα και για άλλες MTN στη χώρα μας.

Συμπεράσματα

Η χρονιότητα της νόσου καθώς και οι περιορισμοί που επιβάλλονται στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς σχετίζονται με ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η ίδια η θεραπεία της αιμοκάθαρσης μπορεί να επιφέρει αρκετές επιπλοκές, που μπορεί να αποβούν μοιραίες για την ζωή του ασθενή. Η MTN έχει λοιπόν, ως βασικό στόχο την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, η οποία, είναι άμεσα συνυφασμένη με την πετυχημένη οργάνωση του τμήματος αλλά και με την επαρκή στελέχωση της με νοσηλευτικό προσωπικό. Οι αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν θα πρέπει να απολαμβάνουν υψηλού επιπέδου θεραπεία που θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Το ασφαλές περιβάλλον μέσα στη MTN και η επαρκής στελέχωσή της συνδέονται με την καλύτερη έκβαση των ασθενών, την ελάττωση των ανεπιθύμητων ενεργειών και συνεπώς της θνησιμότητας. Παράλληλα, διασφαλίζεται η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας και αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Πράγματι, η ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την ποιοτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Η

οργάνωση και διοίκηση μίας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού με αποτελεσματικό τρόπο συμβάλλει στη σφαιρική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνακόλουθα και στην ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η επικοινωνία με τον ασθενή με γνώμονα το σεβασμό στις ιδιαίτερες ανάγκες του, η ενημέρωση του για τις διαδικασίες και η ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών αποτελούν κομβικούς παράγοντες στην ικανοποίηση του. Εξάλλου, όλες οι παράμετροι του ερωτηματολογίου servqual συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους και με την ικανοποίηση δείχνοντας το αλληλένδετο μεταξύ της υλικοτεχνικής υποδομής, της ενημέρωσης και της συμπεριφοράς του προσωπικού και της ταχύτητας εξυπηρέτησης, προκειμένου να είναι συνολικά ικανοποιημένος ο ασθενής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7.

Barendse, S. M., Speight, J., & Bradley, C. (2005). The Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ): A measure of satisfaction with treatment for chronic kidney failure. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(3), 572–579.

Bos, N.L.M., Sturms, A., Schrijvers, H., & van Stel, P.B. (2012). A new measure to assess the quality of care at the emergency department from patients' perspective in The Netherlands. *Emerg Med J*, 29.

Gerogianni, et al., 2014. (2014). Concerns of patients on dialysis: A research study. *Health Science Journal*, 8(4), 423–437.

James, P. (1996). Management Ολικής Ποιότητας, «Πιστοποίηση και διαπίστευση στο BS EN ISO 9000» Εκδόσεις «Κλειδάριθμος», 361, 353 – 356

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 335–339.

Kalogeropoulou, M. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), 667–673.

Mohan, R., & Kumar, K. (2011). A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services, *International Journal of Business Economics & Management Research*, 1(3); 15-25.

Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S., & Dason, B. (2010). Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 23(3), 203–220.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64:12-40.

Polyzos, N., Bartsokas, D., Pierrakos, G., Asimakopoulou, J., & Yfantopoulos, J. (2005). Comparative surveys for patient satisfaction between hospitals in Athens. *Archives of Hellenic Medicine*.

Singels, J., Gwenny, R., & van de Water, H. (2001). *ISO 9000 series* certification and performance. *Int J Qual Reliab Manag*, 18, 62-75.

Wasserfallen, J.B., Moinat, M., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, T., Feldman, H.I. Wauters, J. P. (2006). Satisfaction of patients on chronic haemodialysis and peritoneal dialysis. *Swiss Med Wkly*, 136(13–14), 210–217.

WHO. (1993). « Continuous Quality Development: A personal Policy» WHO Regional office for Europe, Copenhagen.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αδαμαντίδου, Τ. (2004). Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 15(29), 31-32.

Γερογιάννη, Κ.Γ., & Γερογιάννη, Κ.Σ. (2004). Διασφάλιση Ποιότητας κατά τη Διαχείριση της Φροντίδας των Ατόμων που Υποβάλλονται σε Εξωνεφρική. *Νοσηλευτική*, 43:47-53.

Διλίντας Α., Ε. Σεβαστάκη, & Νεονάκης, Ι. (2006). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(101), 44.

Θεοφίλου, Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3 (2), 70-80.

Μαντή, Π., & Τσελεπή Χ. (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, 153-170.

Μουμτζόγλου, Α. (2001). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις ECO-Q Management.

Μπουρσανίδης, Χρ., Δρεσκίτσου, Αλ., Πλακούλα, Στ. (2002). Έννοια της Ποιότητας- Διασφάλιση της Ποιότητας – Πιστοποίηση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 13(76), 32-33.

Παπαγιαννοπούλου Β., Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Γ. Υ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 73–82.

Παπαφράγκου, Ε. (2012). Ποιότητα ζωής νεφροπαθών και ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου Καλαμάτας. Τμήμα διοίκησης μονάδων υγείας και πρόνοιας ΤΕΙ Καλαμάτας.

Σαραφίδης, Π., & Σταφυλάς, Π. (2005). Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16,(29), 27-28.

Σιγάλας. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο : Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Δ, ΕΑΠ, 17-38.

Φερεντίνου, Ε. (2016). Αξιολόγηση αντιλήψεων ασθενών υπό αιμοκάθαρση σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης τους. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν/μιο Πελοποννήσου.

Χαρίση, Ε. (2015). Διερεύνηση του άγχους και της ψυχολογικής επιβάρυνσης σε ασθενείς Χειρουργικών Ειδικοτήτων, η συσχέτιση με την τελική έκβαση και διερεύνηση της ικανοποίησης τους ως κριτήριο ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Παν/μιου Θεσσαλίας, Λάρισα.

ISO 9001. (2000). Σύστημα διαχείρισης της ποιότητας - Απαιτήσεις, Ελληνικό πρότυπο, Ελληνικός οργανισμός τυποποίησης ΑΕ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ : Η ικανοποίηση των νεφροπαθών από τις υπηρεσίες της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) ενός δημόσιου επαρχιακού νοσοκομείου.

Η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου διατριβής για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει το βαθμό ικανοποίησης των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών από τις υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας, όσον αφορά τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου καθώς και την ξενοδοχειακή υποδομή.

Η συμβολή σας στην επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας είναι σημαντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, εμπιστευτικό και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας.

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για τη συμβολή και το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Αλυσανδράτου Σταματία

ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑΚΙ ΕΝΑ Χ :



1) ΦΥΛΟ

Ανδρας

Γυναίκα

2) ΗΛΙΚΙΑ

18-30

34-45

46-60

Πάνω από 60

3) ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

Ελληνική Άλλο

4) ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Δημοτικό ΑΕΙ/ΤΕΙ

Γυμνάσιο Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

Λύκειο Άλλο

5) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Έγγαμος Άγαμος

Άλλο

6) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (ΕΤΗΣΙΩΣ)

0 - 10.000 10.000 - 30.000

30.000 - 50.000 50.000 - 100.000

Μεγαλύτερο από 100.000

7) ΙΔΙΟΤΗΤΑ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Δημόσιος Υπάλληλος Ιδιωτικός Υπάλληλος

Ελεύθερος Επαγγελματίας Συνταξιούχος

Φοιτητής Άνεργος

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ MTN ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΣΑΣ :

Παρακαλούμε να σκεφτείτε για τις παρακάτω ερωτήσεις τα χαρακτηριστικά μιας MTN που κατά τη γνώμη σας θα προσέφερε υπηρεσίες άριστης ποιότητας στους ασθενείς. Υποδείξτε το βαθμό που θεωρείτε ότι πρέπει να διαθέτει κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά που ακολουθούν.

ΑΝ νομίζετε ότι για μία ιδανική MTN κάποιο από τα χαρακτηριστικά ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΤΟ 1.

ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ χαρακτηριστικό ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΤΟ 7.

ΑΝ η άποψή σας ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΗ, ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ: 2,3,4,5,6.

	Διαφωνώ απόλυτα			Συμφωνώ απόλυτα			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Τα γραφεία της MTN θα πρέπει να χρησιμοποιούν σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία.							
2. Οι εγκαταστάσεις της MTN θα πρέπει να είναι καλαισθητες, καθαρές και τακτοποιημένες.							
3. Οι υπάλληλοι της MTN θα πρέπει να έχουν αξιοπρεπή εμφάνιση.							
4. Το έντυπο υλικό (φυλλάδια, prospectus, διάφορα έντυπα κ.λ.π.) της MTN θα πρέπει να είναι καλοφτιαγμένο.							
5. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να κρατά την υπόσχεσή του όταν υποσχεθεί ότι θα κάνει κάτι σε συγκεκριμένο χρόνο.							
6. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες πολύ υψηλής ποιότητας.							
7. Όταν κάποιος ασθενής έχει πρόβλημα, το προσωπικό της MTN θα πρέπει να ενδιαφέρεται ειλικρινά για την επίλυσή του.							
8. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να παρέχει εξ' αρχής σωστά τις υπηρεσίες του χωρίς να ταλαιπωρεί άσκοπα τους ασθενείς							
9. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του μέσα στα χρονικά όρια που προβλέπεται από τη Νομοθεσία.							
10. Οι Δημόσιες Υπηρεσίες θα πρέπει να επιδιώκουν την απουσία λαθών στις συναλλαγές τους με τους πολίτες..							
11. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να ενημερώνει τους ασθενείς ακριβώς για το πότε θα εξυπηρετηθούν.							
12. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να εξυπηρετούνται άμεσα.							
13. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς.							
14. Το προσωπικό της MTN δεν θα πρέπει να προφασίζεται ποτέ ότι είναι πολύ απασχολημένοι προκειμένου να αποφύγουν να ανταποκριθούν σε αιτήματα ασθενών.							
15. Οι ασθενείς της MTN θα πρέπει να αισθάνονται ασφάλεια όταν							

Διαφωνώ
απόλυτα

Συμφωνώ
απόλυτα

συναλλάσσονται μαζί τους.

16. Η συμπεριφορά του προσωπικού της MTN θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.

17. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να είναι πάντα ιδιαίτερα ευγενικό.

18. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να εξυπηρετεί με επαγγελματισμό τους ασθενείς.

19. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να προσφέρει εξατομικευμένες υπηρεσίες σε κάθε ασθενή.

20. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει ωράριο λειτουργίας που εξυπηρετεί όλους τους ασθενείς.

21. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να έχει ως πρώτη τους προτεραιότητα τα συμφέροντα των ασθενών.

22. Το προσωπικό της MTN θα πρέπει να καταλαβαίνει τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών.

1	2	3	4	5	6	7

Υποδείξτε το βαθμό στον οποίο θεωρείτε ότι πραγματικά η MTN διαθέτει το κάθε χαρακτηριστικό :

ΑΝ ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ότι η MTN διαθέτει κάποιο από τα χαρακτηριστικά ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΤΟ 1.

ΑΝ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ότι διαθέτει το χαρακτηριστικό ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΤΟ 7.

ΑΝ η άποψή σας ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΛΥΤΗ, ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ: 2,3,4,5,6.

Διαφωνώ
απόλυτα

Συμφωνώ
απόλυτα

1. Η MTN χρησιμοποιεί σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία.

2. Οι εγκαταστάσεις των της MTN είναι καλαίσθητες, καθαρές και

1	2	3	4	5	6	7

Διαφωνώ
απόλυτα

Συμφωνώ
απόλυτα

τακτοποιημένες.

3. Το προσωπικό της MTN έχει αξιοπρεπή εμφάνιση.

4. Το έντυπο υλικό (φυλλάδια, prospectus, διάφορα έντυπα κ.λ.π.) της MTN είναι καλοφτιαγμένο.

5. Το προσωπικό της MTN κρατά την υπόσχεσή του όταν υποσχεθεί ότι θα κάνει κάτι σε συγκεκριμένο χρόνο.

6. Η MTN προσφέρει υπηρεσίες πολύ υψηλής ποιότητας.

7. Όταν κάποιος ασθενής έχει πρόβλημα, το προσωπικό της MTN ενδιαφέρεται ειλικρινά για την επίλυσή του.

8. Το προσωπικό της MTN παρέχει εξ' αρχής σωστά τις υπηρεσίες του χωρίς να ταλαιπωρεί άσκοπα τους ασθενείς.

9. Το προσωπικό της MTN προσφέρει τις υπηρεσίες του μέσα στα χρονικά όρια που προβλέπεται από τη Νομοθεσία.

10. Το προσωπικό της MTN επιδιώκει την απουσία λαθών στις συναλλαγές τους με τους ασθενείς

11. Το προσωπικό της MTN ενημερώνει τους πολίτες ακριβώς για το πότε θα εξυπηρετηθούν.

12. Το προσωπικό της MTN κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε οι ασθενείς να εξυπηρετούνται άμεσα.

13. Το προσωπικό της MTN είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς

14. Το προσωπικό της MTN δεν προφασίζεται ποτέ ότι είναι πολύ απασχολημένοι προκειμένου να αποφύγουν να ανταποκριθούν σε αιτήματα ασθενών..

15. Οι ασθενείς της MTN αισθάνονται ασφάλεια όταν συναλλάσσονται μαζί τους.

16. Η συμπεριφορά του προσωπικού της MTN εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.

17. Το προσωπικό της MTN είναι πάντα ιδιαίτερα ευγενικό.

18. Το προσωπικό της MTN έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να εξυπηρετεί με επαγγελματισμό τους ασθενείς.

1	2	3	4	5	6	7

Διαφωνώ
απόλυτα

Συμφωνώ
απόλυτα

19. Το προσωπικό της MTN προσφέρει εξατομικευμένες υπηρεσίες σε κάθε ασθενή.

20. Το προσωπικό της MTN έχει ωράριο λειτουργίας που εξυπηρετεί όλους τους ασθενείς.

21. Το προσωπικό της MTN έχει ως πρώτη τους προτεραιότητα τα συμφέροντα των ασθενών.

22. Το προσωπικό της MTN καταλαβαίνει τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών.

1	2	3	4	5	6	7

Εκτιμήστε το συνολικό βαθμό ικανοποίησής σας από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στη MTN :

Εκτιμήστε με 10 αν νομίζετε ότι είστε απόλυτα ικανοποιημένοι ή με 1 αν είστε δυσαρεστημένοι. Βαθμολογήστε ενδιάμεσα σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.

ΔΥΣΑΡΕ- ΣΤΗΜΕΝΟΣ										ΑΠΟΛΥΤΑ ΙΚΑΝΟ- ΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N	

Παρακαλούμε αξιολογήστε τις εντυπώσεις σας για:

Υποδοχή και διαμονή	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
1. Συμπεριφορά του προσωπικού που σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

υποδέχτηκε στο νοσοκομείο.					
2. Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών (κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Διαδικασία αιμοκάθαρσης	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
5. Χρόνος αναμονής προς αιμοκάθαρση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Χρόνος αιμοκάθαρσης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Συμπεριφορά προσωπικού	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
7. Συμπεριφορά ιατρών.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση εξετάσεων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Συμπεριφορά νοσηλευτών.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Αναγνώριση του δικαιώματος για παροχή κατάλληλης ποιοτικής φροντίδας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Αναγνώριση του δικαιώματος για παροχή φροντίδας με σεβασμό την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Αναγνώριση του δικαιώματος για λήψη συγκατάθεσης σε διαγνωστικές και θεραπευτικές εξετάσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γενική εξυπηρέτηση	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
13. Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή των συνοδών σας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής και της διαδικασίας εξιτηρίου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε πηγαίνοντας στο σπίτι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Βοήθεια για την μετακίνησή σας εφόσον χρειάστηκε. <i>Δεν χρειάστηκε <input type="checkbox"/></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν έχετε παράπονα σημειώστε ποια από τα παρακάτω θέματα αφορούν:	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές, ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
17. Χρόνος αναμονής προς αιμοκάθαρση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Χρόνος αιμοκάθαρσης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Παροχή κατάλληλης φροντίδας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Συμπεριφορά προσωπικού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Συνθήκες διαμονής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Συνθήκες καθαριότητας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Σεβασμό της προσωπικότητάς σας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής και της διαδικασίας εξιτηρίου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας.