Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 5, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2012
Volume 5, Number 1, January-February-March 2012

[Αναβάθμιση του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης]

[Cost - Effectiveness Analysis by Adding Rituximab in the Treatment of Diffuse Large B - Cell Lymphoma]

[Surgical Patient Satisfaction: Nursing Care Quality Index]

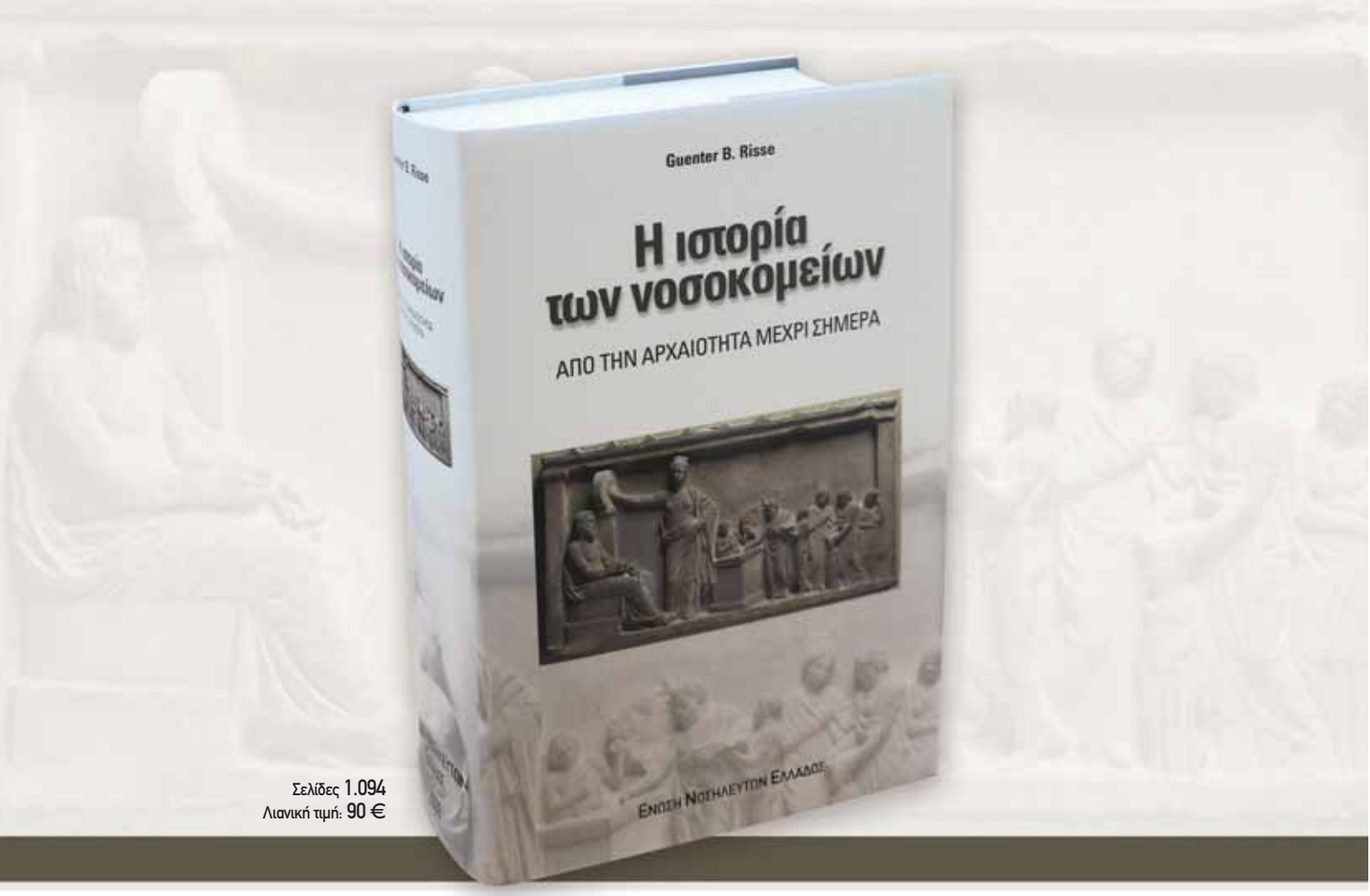
[Euthanasia Av Active Area Of Research In Contemporary Bioethics: Challenges For The Society And The Professionals Of Health-Care]

[Η επίδραση της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στον πόνο νοσηλευομένων ασθενών σε Ογκολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου]

[Μεταβολές της Ποιότητας Ζωής τραυματιών μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ]

[Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Σακχαρώδη Διαβήτη]

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Σελίδες 1.094
Λιανική τιμή: 90 €

Guenter B. Risse

Η ιστορία των νοσοκομείων

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Το βιβλίο αυτό, απεικονίζοντας το χρονικό της μεταμόρφωσης των νοσοκομείων από οίκους ελέους σε δομές εγκλεισμού ασθενών, από χώρους αποκατάστασης σε χώρους κλινικής διδασκαλίας και έρευνας και από δωμάτια τοκετών και θανάτων σε ιδρύματα επιστήμης και τεχνολογίας, μας προσφέρει μια ιστορική οπτική στην κατανόηση των νοσοκομείων της εποχής μας. Η ιστορία ξετυλίγεται σε δώδεκα επεισόδια τα οποία απεικονίζουν τα νοσοκομεία σε συγκεκριμένα μέρη και χρονικές περιόδους, καλύπτοντας σημαντικά θέματα και εξελίξεις στην ιστορία της ιατρικής και της θεραπευτικής, από την αρχαία Ελλάδα ως την εποχή του AIDS. Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια μοναδική και εκ των έσω ματιά στον κόσμο των νοημάτων και των συναισθημάτων που συσχετίζονται με τη ζωή στα νοσοκομεία και την περίθαλψη των ασθενών, περιλαμβάνοντας αφηγήσεις τόσο των ασθενών, όσο και των θεραπευτών τους. Εάν θεωρήσουμε τα νοσοκομεία οίκους «αποκατάστασης της τάξης», ικανούς να δαμάσουν το χάος που συσχετίζεται με τα δεινά, τις ασθένειες και το θάνατο των ανθρώπων, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα και τη σημασία των τελετουργικών τους ρουτινών και κανόνων. Από τις απαρχές τους, τα νοσοκομεία αποτέλεσαν μέρη πνευματικής και σωματικής ανάρρωσης. Θα πρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται σε κάθε ανθρώπινη ανάγκη. Ως παραδοσιακοί μάρτυρες της ανθρώπινης συμπόνιας και φιλανθρωπίας, τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίσουν να αποτελούν χώρους ίασης.

ΜΙΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ν.Ε.

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, στοχεύοντας στη συνεχή επιμόρφωση των Νοσηλευτών θα διαθέσει ΔΩΡΕΑΝ το βιβλίο «Η Ιστορία των Νοσοκομείων» σε όλους τους επί πτυχίω φοιτητές της Νοσηλευτικής.

Όλοι οι υπόλοιποι Νοσηλευτές μπορούν να προμηθευτούν το βιβλίο στην ειδική τιμή των 45 €.

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3617 859, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ: Μ. ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ Α.Ε.
Αγ. Νικολάου 102, 16674 Γλυφάδα,
Τηλ.: 210-8947 002, Fax: 210 8941 551
e-mail: info@pitsilidis.gr, www.pitsilidis.gr

ISSN 1791-9002

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ***
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ***
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΜΙΧΑΛΗΣ ΠΙΤΣΙΛΙΔΗΣ**
ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: **Δρ. ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ.ΡΟΚΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΔΡ.ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ*, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ: **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ: **ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ***

Το ΔΣ της ΕΝΕ*:
Δημήτριος Σκουτέλης: Πρόεδρος, **Αριστείδης Δάγλας:** Γενικός Γραμματέας, **Νικόλαος Ορφανός:** Α΄ Αντιπρόεδρος, **Γεώργιος Δόντσιος:** Β΄ Αντιπρόεδρος, **Λάμπρος Μπίζας:** Ταμίας, **Αβραμίδης Γεώργιος:** Οργανωτικός Γραμματέας, **Κωνσταντία Μπελαλή:** Αναπληρωτής Γραμματέας

Μέλη Δ.Σ:
Πιστόλας Δημήτριος, Αρβανίτης Γεώργιος, Ποντισίδης Γεώργιος, Κωτσής Απόστολος, Ριζόπουλος Ρίζος, Δημητρέλης Δημήτριος, Γιάκης Νικόλαος, Σπυράτος Φώτιος

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Δρ. ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Δρ. ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ
ΘΕΟΧΑΡΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ MSc Καθηγητής Εφαρμογών ΑΤΕΙ Κρήτης
Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΑΛΗ Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr. Ehrenfeld Mally, RN, PhD, Head of Nursing dep. Associate Professor Tel-Aviv University,Dep of Nursing, Israel.
Dr. Papadopoulos Irena PhD, MA(Ed), BA, DipNEd, DipN, NDNCert, RGN, RM Professor of Transcultural Health and Nursing and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK.
Dr. Papastavrou Evridiki Lecturer Department of Nursing, Cyprus University of Technology.President of the Council of Nursing and Midwifery.
Sironi Cecilia RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell' Insubria-Varese Italy.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
1. ΙΩΑΝΝΗΣ ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Καθηντητής Κοινωνικής Πολιτικής, Νομική Σχολή ΕΚΠΑ
2. ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
3. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά
4. ΑΛΕΞΙΟΣ ΠΑΡΑΡΑΣ, Δικηγόρος Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ
5. ΦΩΤΙΟΣ ΛΕΠΙΔΑΣ, Νομικός Σύμβουλος της 6ης ΥΠΕ, DEA, Διοικητικό Δίκαιο, Montpellier France
6. ΦΩΤΕΙΝΗ ΕΛΕΝΗ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού

Περιεχομενα

ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ
Αναβάθμιση του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης 3

DIONYSIA K. RIGOPOULOU, PANAGIOTIS TSIRIGOTIS, PEGGY M. KOSTAKOU, DIMITRIS S. DAMASKOS, LYKOURGOS LIAROPOULOS
Cost - Effectiveness Analysis by Adding Rituximab in the Treatment of Diffuse Large B - Cell Lymphoma 4

GEORGIA GIANNAKOPOULOU, MARIA TSIRONI, PANAGIOTIS PREZERAKOS, THEOFANIS FOTIS, ELENI GIANNAKOPOULOU, SOFIA ZYGA
Surgical Patient Satisfaction: Nursing Care Quality Index.....14

SARAFIS P, TSOUNIS A., MALLIAROU M.
Euthanasia Av Active Area Of Research In Contemporary Bioethics: Challenges For The Society And The Professionals Of Health-Care 21

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Θ., ΝΤΟΥΜΑ Ι., ΚΑΠΡΙΝΙΩΤΗ Μ.
Η επίδραση της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στον πόνο νοσηλευομένων ασθενών σε Ογκολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου.....27
[THE EFFECT OF MEDICAL CARE IN HOSPITILIZED PATIENTS PAIN IN A GENERAL HOSPITAL ONCOLOGY DEPARTMENT]

ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΣΤΕΡΓΙΑΝΝΗΣ, ΓΕΝΡΓΙΟΣ ΦΙΛΝΤΙΣΗΣ, ΓΕΝΡΓΙΟΣ ΙΝΤΑΣ, ΘΕΟΦΑΝΗΣ ΚΑΤΟΣΤΑΡΑΣ, ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ, ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΑΡΑΤΖΑΣ, ΠΕΡΙΣΤΕΡΑ ΣΕΦΕΡΗ, ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΤΣΑΓΚΑΡΗ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ

Μεταβολές της Ποιότητας Ζωής τραυματιών μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ 36
[CHANGES IN QUALITY OF LIFE INJURED AFTER HOSPITALIZATION IN ICU]

ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ, ΑΓΟΡΗ Α, ΣΑΡΑΦΗΣ Π, ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ Ε.
Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Σακχαρώδη Διαβήτη 45
[QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS]

ΚΡΙΤΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

1. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΝΘΗ
2. ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
3. ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΕΝΕΤΙΑ-ΣΟΦΙΑ
4. ΓΕΡΑΛΗ ΜΑΡΙΑ
5. ΓΚΟΛΦΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ
6. ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ
7. ΕΥΑΓΓΕΛΙΔΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ
8. ΔΑΛΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
9. ΔΡΕΛΙΩΖΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
10. ΙΩΑΝΝΙΔΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
11. ΚΑΠΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ
12. ΚΑΡΑΙΣΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
13. ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ
14. ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ
15. ΚΟΛΟΒΟΣ ΠΕΤΡΟΣ
16. ΛΑΣΚΑΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
17. ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ
18. ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ
19. ΜΕΛΛΟΥ ΚΑΣΣΙΑΝΗ
20. ΜΟΥΓΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
21. ΝΤΑΦΟΓΙΑΝΝΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ
22. ΠΑΥΛΑΤΟΥ ΝΙΚΗ
23. ΡΕΚΛΕΙΤΗ ΜΑΡΙΑ
24. ΣΑΡΑΦΗΣ ΠΑΥΛΟΣ
25. ΣΤΑΘΑΡΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
26. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
27. ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ
28. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
29. ΤΣΙΑΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
30. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΟΥ ΑΛΑΞΑΝΔΡΑ
31. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Αναβάθμιση του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Ολοκληρώνοντας κύκλο τριών και πλέον ετών (Ιούνιος 2008 – Δεκέμβριος 2011) ανελλιπούς έκδοσης του Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ενημερώσουμε ότι συνεχίζουμε τις προσπάθειες μας για την διεθνή προβολή και αναγνώριση του περιοδικού.

Αυτή την στιγμή όπως γνωρίζετε το ΕΠΝΕ έχει εθνική αναγνώριση του από το ΚΕΣΥ και το Υπουργείο Υγείας με την υπ΄ αριθμ. ΔΥ2α/οικ. 122259/7-9-2009 υπουργική απόφαση. Αυτό σημαίνει ότι οι δημοσιευμένες εργασίες μπορούν να συνυπολογιστούν για την υπηρεσιακή αξιολόγηση. Αυτό αφορά τόσο το προσωπικό των Υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ καθώς επίσης και για τους εκπαιδευτικούς λειτουργούς όλων των βαθμίδων.

Έχει ξεκινήσει προσπάθεια να αποδελτιοποιηθεί το περιοδικό σε διεθνή βάση δεδομένων. Για τον σκοπό αυτό οι δημοσιεύσεις θα γίνονται δεκτές σε μια από τις δυο επίσημες γλώσσες του ΕΠΝΕ ελληνικά ή αγγλικά ως πλήρες κείμενο με την αντίστοιχη περίληψη και οπωσδήποτε τα ελληνικά κείμενα θα δημοσιεύονται και με αγγλική περίληψη.

Στο παρόν τεύχος ανακοινώνονται οδηγίες τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα στο νέο ιστότοπο του περιοδικού μας που θα αναρτηθεί τις επόμενες μέρες

Αθηνά Καλοκαιρινού
Αν.Καθηγήτρια Κοινοτικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Αρχισυντάκτης Ελληνικού Περιοδικού της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ORIGINAL ARTICLE

Cost - Effectiveness Analysis by Adding Rituximab in the Treatment of Diffuse Large B - Cell Lymphoma

Dionysia K. Rigopoulou[1], MSc, Assistant Director,
Panagiotis Tsirigotis[1], MD, PhD, Lecturer of Haematology, Associate Director
Peggy M. Kostakou[2], MD, PhD, Research Associate,
Dimitris S. Damaskos[2], MD, Research Associate,
Lykourgos Liaropoulos[3], PhD, Professor of Health Economics, Director

1. 2nd Department of Internal Medicine Division, Hematology Unit, "ATTIKON" General University Hospital, University of Athens **2.** 1st Cardiology Department, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, Greece
3 Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, University of Athens

Corresponding author: Dionysia K. Rigopoulou, MSc, Associate Director
"ATTIKON" General University Hospital, University of Athens, 1 Rimini Street, 124 62, Athens, Greece
Tel: +30 210 5832305 Fax: +30 210 5832303 e-mail: dionissiarigopoulou@gmail.com

ABSTRACT

Objectives: To determine cost-effectiveness of CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone) compared with R-CHOP (CHOP plus Rituximab) in adult patients with diffuse large B-cell lymphoma, in a Greek Academic Hospital.
Patients and methods: The control group consisted of 65 consecutive patients, observed from 1992 to 1999 and received CHOP chemotherapy. The study group consisted of 44 consecutive patients, observed from 2006 to 2011 and received R-CHOP chemotherapy. Overall survival and direct medical cost were estimated for both interventions. Clinical data from Coiffier study were used to calculate Incremental Cost-Effectiveness Ratio per life years gained (LYGs) and life years gained free from progression disease (PFYs).
Results: Overall survival rose from 50% to 72% after 5 years with the addition of Rituximab to CHOP therapy. Total cost of R-CHOP treatment was calculated at and €23,882 and at €6,909 for CHOP. Incremental cost-effectiveness ratio formatted at €3,394 for R-CHOP and €1,381 for CHOP per LYG and at €3,935 for R-CHOP and €12,470 for CHOP per PFY, with 5 and 3.6 years survival benefit in favor of R-CHOP, retrospectively.
Conclusion: Even though Rituximab increases total, direct cost of treatment, cost effectiveness analysis indicates that R-CHOP is clinically and economically effective.
Keywords: CHOP, cost-effectiveness analyses, diffuse large B-cell lymphoma, health economics, non-Hodgkin's lymphoma, rituximab.

INTRODUCTION

Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) is a heterogeneous group of diseases that derives from lymphocytes, with increasing incidence in the developed world (Weisenberger 1992). NHL account for 4% of all newly diagnosed cancers, placing them at the fifth most common cancer diagnosis and cause of cancer death (Jemal et al. 2004).

The incidence in the general population is 15 cases / 100,000 of population per year (Cancer Mondial 2008). During 2008, 66.120 new cases of NHL (35,450 males and 30,670 females) were diagnosed in the U.S., while the National Cancer Institute estimates that incidence will rise in coming years (Surveillance Epidemiology and Ends Results 2008).

The most common type of NHL is Diffuse Large B-cell Non-Hodgkin Lymphoma (DLBCL), representing 35% - 40% of all NHL, (Coiffier 1997) while the median age at presentation is 65 years (NHL classification project 1997, International NHL Prognostic Factors Project 1993). Only one-third of patients are diagnosed in the early stages of the disease while the majority presents with advanced stage disease (Gaynor, and Fisher 2000).

DLBCL is an aggressive tumor with median survival of less than one year in untreated patients (Fisher, Miller, and O' Connor 2004). CHOP regimen, which developed at 70s, was the gold standard of treatment for decades (Fisher et al. 1993, McKelvey et al. 1976). The most important achievement in the treatment of NHL in the last 20 years was the development of monoclonal antibody Rituximab, which recognizes CD20 antigen, a significant protein expressed on the surface of almost all normal and neoplastic B-lymphocytes. The cytotoxic activity of Rituximab is mediated though different mechanisms, such as: i) complement mediated cytotoxicity (CDC), ii) antibody dependent cellular cytotoxicity (ADCC), and iii) direct activation of apoptosis (Cartron et al. 2004, Coiffier et al. 1998).

A randomized study by Coiffier et al, (2002) in patients over 60 years with DLBCL demonstrated increased complete response (CR) from 63% to 76% and overall survival (OS) from 57% to 70% after two years follow up with the addition of Rituximab to CHOP chemotherapy. Another study the MabThera International Trial (MInT), (Pfreundschuh et al. 2006) showed that the R-CHOP regimen was associated with higher rates of CR and significant increase in OS, when compared to CHOP alone, in young patients with DLBCL.

Introduction of Rituximab in current clinical protocols resulted in significant increase in the absolute financial cost of treatment. Global financial crisis resulted in an increased interest in cost effectiveness analysis of various treatments. The aim of our study was; to explore the cost-effectiveness of Rituximab, using the principles of economic theory in adult patients with DLBCL.

MATERIAL AND METHODS

Patients

The study group consisted of 44 consecutive patients with previous untreated DLBCL treated during a 5-year time period (2006 – 2011) in the Hematology Division of 2nd Dept of Internal Medicine, "ATTIKON" General University Hospital, Medical School, University of Athens. All patients in study group received treatment with R-CHOP.

The control group consisted of 64 consecutive patients with previous untreated DLBCL treated during years 1992 – 1997 in the same department (Tsirigotis et al. 2001). All patients in control group received treatment with CHOP. Detailed characteristics of both groups of patients are shown in Table 1.

Treatment schema

Patients (control group) treated with CHOP received Cyclophosphamide 750mg/m^2 iv, Adriamycin 50mg/m^2 iv, Vincristine 2mg (total dose) iv, and Prednisolone 50mg/m^2 per-os daily X five days. Patients underwent 1 cycle of treatment every 3 weeks, for a total of 8 cycles.

Patients (study group) treated with R-CHOP, received standard CHOP in the same doses as patients in control group. Rituximab was administered at a dose of 375mg/m^2 iv, on day 1 of each of the 8 cycles, for a total of maximum 8 doses.

Supportive care

Supportive care was similar in both groups and consisted of i) antiemetics, ii) granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) and iii) antibiotics. Supportive care administration was based on our institution guidelines and protocols. In more detail antiemetics (Ondansetron or similar) were administered one day before, at the day of treatment and one day after treatment for prevention of chemotherapy induced nausea and vomiting. On day +12 after each cycle of chemotherapy blood sample was taken from all patients for FBC assessment. Patients with neutropenia (ANC below 1X103/Bl, on day +12) received G-CSF. The number of G-CSF doses was at the discretion of the treating physician. No patient in the control group (CHOP) received any kind of prophylactic antibiotics. Patients in study group (R-CHOP) received acyclovir per-os for prevention of herpes-zoster. Patients with febrile neutropenia were usually managed as outpatients by administration of broad spectrum antibiotics (usually a combination of amoxicillin/clavulanate plus ciprofloxacin) given per-os. Patients with hemodynamic instability or other signs of severe sepsis were treated as inpatients.

Definitions and assessment of treatment outcome

Overall survival- (OS) was defined as the time from the start of induction treatment until death from any cause or last follow-up. Progression free survival (PFS) was

defined as the time from the start of induction treatment until progression of lymphoma, or last follow-up. Treatment outcomes were classified according the International Workshop Criteria (Cheson et al. 1999).

Patients follow up was consisted of clinical and routine laboratory examination every 21 days and before administering the next cycle of chemotherapy. Complete restaging with total body CT-scans was performed after the end of the 3rd cycle and at the end of chemotherapy. Patients who achieved complete remission (CR) at the end of chemotherapy were then followed every 4 months for the 1st year and every 6 months for the 2nd and 3rd year from the end of treatment. Re-evaluation consisted of clinical and routine laboratory examination, as well as of total body CT-scans. Patients in study group (R-CHOP) underwent PET-CT scan at the end of chemotherapy to confirm complete remission of lymphoma. Patients with less than partial remission (PR) at the end of 3rd cycle or less than CR at the end of treatment were considered as treatment failure, first line treatment was discontinued and salvage treatment was administered.

Economic evaluation

The average absolute financial costs were estimated taking into consideration the prices of year 2006. Financial data were collected from Financial Agency of "ATTIKON" General University Hospital, through the database of the Hospital's Information System.

Study Group (R-CHOP): Total cost of induction treatment for each of the 44 patients was estimated by taking into consideration: 1) the cost of drugs administered including chemotherapy agents, Rituximab, antiemetics, antibiotics, growth factors, etc., 2) the cost of laboratory examinations including CT-scans, hematological, biochemistry, microbiological work-out, etc., and 3) cost for day care clinic or for any hospitalization for management of a serious complication (most usually infection). The cost for PET-CT scan was excluded from the study as it didn't occur in the Hospital.

All costs were calculated individually for each patient. Total sum divided by 44 was equal to average absolute cost for 8 cycles of R-CHOP.

Control group (CHOP): was estimated as the cost of Study group minus the cost of Rituximab.

Statistical methods

To compare the clinical characteristics and prognostic factors between the 2 groups of patients (CHOP versus R-CHOP), the Fischer exact test method was used. To study and design the curve of OS and PFS, Kaplan-Meier method and Weibull distribution fitting were used. Values with $p < 0.05$ indicate statistical significance.

Table 1.
Patients characteristics: Control group consisted of 64 patients treated with CHOP. Study group consisted of 44 patients treated with R-CHOP (data from "ATTIKON" General University Hospital)

	CHOP	R-CHOP	p value
Age, mean	59	57	n.s
LDH			
Normal	37/64	25/44	n.s
above normal	27/64	19/44	
Stage			
I & II	37/64	31/44	n.s
III & IV	27/64	13/44	
Sites of Extranodal			
involvement			
<2	56/64	41/44	n.s
>2	8/64	3/44	
Performance Status			
(WHO)			
0,1	56/64	41/44	n.s
>2	8/64	3/44	
IPI			
Median, (range)	1 (0-5)	1(0-4)	n.s

IPI: International Prognostic Index

To compare the survival of different groups, the log-rank method was used. For the statistical analysis and graphics, the software: Medcalc version 11.6 and NCSS 2007 were used.

Cost – Effectiveness analysis

Cost – effectiveness analysis (CEA) compares both the financial cost and the therapeutic benefit of two alternative treatment modalities. Financial cost is presented in the form of monetary units, such as Euro (€), whereas therapeutic benefit is presented in the form of years of life gained (LYG) or life years free from disease progression (PFY) (Phillips and Thompson 2001). The results of CEA are usually expressed in the form of incremental cost-effectiveness ratio (ICER) where the denominator is the difference in the benefit (LYG, PFY) and the numerator is the difference in the costs of the two therapeutic procedures. In other words, ICER is an expression of the additional cost required for each additional unit of clinical benefit gained (Gold et al. 1996).

However, it is reasonable when try to estimate the cost of a given treatment to take into account also other subsequent treatment modalities that will be administered in patients who will fail to respond to first line treatment. Therefore, in an attempt to improve the accuracy of our results, we repeat our analysis by extrapolating absolute treatment costs collected from our hospital to data derived from LNH-98.5 trial performed by Coiffier et al. (2010).

RESULTS

1. Cost Effectiveness using data from "ATTIKON" General University Hospital

1.1 The effect of Rituximab on treatment outcome

The following prognostic variables were included in statistical analysis: i) age, ii) LDH, iii) number of extranodal sites involvement, iv) disease stage, v) performance status, and vi) IPI score. No statistically significant difference was observed between study and control group. Detailed comparison of the two groups is shown in Table 1. Thirty-four out of 44 (77%), and 48 out of 64 (75%) achieved CR after induction treatment in R-CHOP and CHOP group respectively. Response rates were not statistically different between the two groups (data not shown).

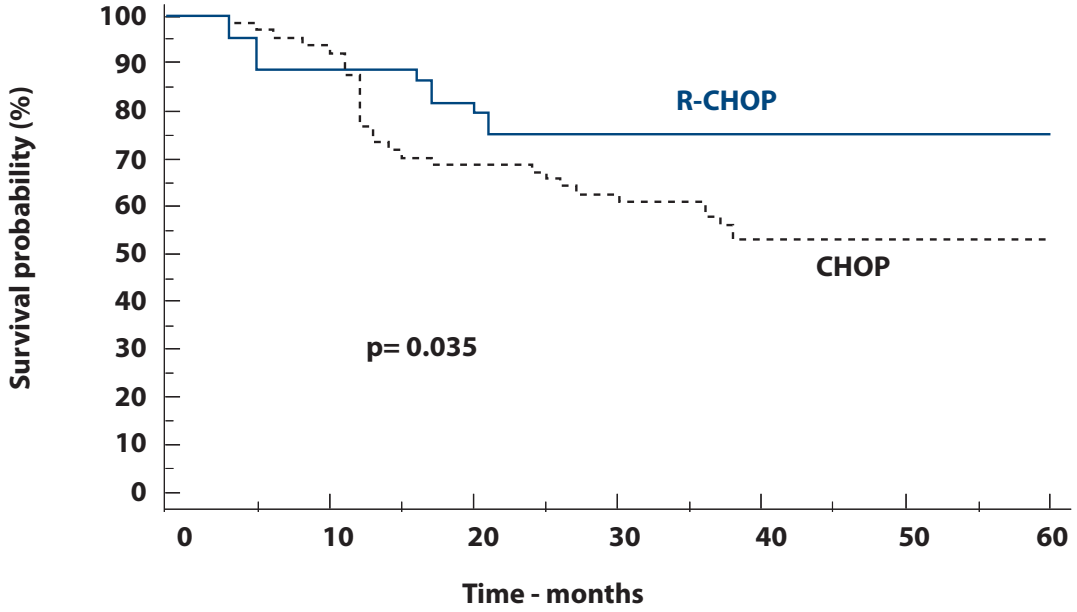
Administration of Rituximab resulted in improvement of overall survival. OS at 5 years was 72% and 50% in R-CHOP and CHOP group respectively, and this difference was statistically significant (p=0.035, Figure 1).

In multivariate analysis, treatment with R-CHOP was the only variable associated statistically with significantly increased probability of overall survival [OR=2.05, 95% CI (1.03 to 4.08), p=0.04].

1.2 Estimation of median survival

Control group: median survival was 60 months (Figure 1). Study group: median survival was not reached yet. Therefore extrapolation of survival time and estimation of Weibull survival curve was performed using the

Figure 1.
Overall survival of patients with DLBCL: R-CHOP group (44 patients) and CHOP group (64 patients).



NSCC software. Estimated median survival for patients in study group was 120 months (Figure 2).

1.3 Estimation of absolute financial costs of first line treatment

The absolute average cost for 8 cycles of CHOP and R-CHOP, including chemotherapy drugs, supportive care treatment, laboratory evaluations including CT-scans was estimated at €6,909 and €23,882 respectively.

1.4 Estimation of Incremental Cost Effectiveness Ratio in Life Years Gain

DLBCL are highly aggressive tumors and median survival is measured in weeks or months in untreated patients. Cost is measured in Euro, while effectiveness in health technology assessment is usually expressed in gained years of life (LYGs).

The median number of gained years of life years (LYGs) in patients treated with CHOP was 5 years. The average cost for 8 cycles of CHOP has been estimated at €6,909. Therefore the estimated Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) for CHOP is €1,381 per LYG.

The median number of LYG in patients treated with R-CHOP was 10 years, while the average cost for 8 cycles of R-CHOP has been estimated at €23,882. The difference in the cost between CHOP and R-CHOP is €16,973 while the net benefit is 5 LYG. Therefore the estimated ICER for R-CHOP is €3,394 per LYG (Table 2).

2. Cost Effectiveness using data from "LNH-98.5" trial

2.1 Extrapolation of absolute costs at "ATTIKON" to data from "LNH-98.5" trial

In the previous we applied our financial analysis only to first line treatment of patients with DLBCL. Although it seems that the addition of Rituximab to standard CHOP adds significant therapeutic benefit at a minimal increase in cost, we consider that this analysis in fact underestimates the real ICER of R-CHOP, because we did not take into account the costs of salvage treatments administered in patients who failed to respond to induction treatment.

In order to analyze CEA of R-CHOP more accurately we constructed a Markov state-transition model with 4 health states [continued complete remission (CCR),

Table 2
Incremental Cost Effectiveness Ratio in gained Life Years. CHOP vs. R-CHOP ("ATTIKON" General University Hospital)

Intervention	Cost	Marginal cost	Effectiveness effectiveness	Marginal	CE ratio
No Treatment	0	--------	0 years	----------	----------
CHOP	€6.909	€6.909	5 years	5 years	€1.381/LYG
R-CHOP	€23.882	€16.973	10 years	5 years	€3.394/LYG
Incremental cost effectiveness ratio (ICER)= cost A minus cost B/benefit A minus benefit B: 22.349€ – €6.909=€16.973/10 – 5 LYGs=€3.394 per LYG–year saved life					

Table 3.
Number of events observed in the CHOP and R-CHOP arms after a 10-year median follow-up period. LNH-98.5 trial

	Type of event	CHOP	R-CHOP
PD during treatment	44 (22.3%)	19 (9.4%)	
New unplanned treatment	9 (4.6%)	11 (5.4%)	
Progression after stable disease	1 (0.5%)	1 (0.5%)	
PD after partial response	5 (2.5%)	6 (3.0%)	
Relapse for CR patients	71 (36.0%)	49 (24.3%)	
Death without PD during Treatment	12 (6.1%)	12 (5.9%)	
Death without PD after treatment	16 (8.1%)	33 (16.3%)	
No event	39 (19.8%)	71 (35.1%)	

CHOP indicates cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisone, CR: complete response, R-CHOP: Rituximab-CHOP, PD: progressive disease

progressive disease (PD), relapse (REL) and death]. The model was designed for extrapolation of average costs from ATTIKON to data derived from LNH-98.5 trial (Coiffier et al. 2010). The model is shown in Figure 3.

2.2 Treatment outcome- LNH-98.5 trial data

The events according to clinical outcome in both CHOP and R-CHOP groups from LNH-98.5 trial (Coiffier et al. 2010) are shown in Table 3. In more detail, the percentage of patients in the CHOP and R-CHOP arm who required secondary treatment after a median follow-up of 10 years was 65.9% and 42.6% respectively (Table 3).

The median PFS was 1.2 and 4.8 years for patients in CHOP and R-CHOP arms respectively ($p<0.001$). Similarly the median OS was 3.5 and 8.4 years in CHOP and R-CHOP arms respectively ($p<0.001$).

2.3 Estimation of absolute financial costs

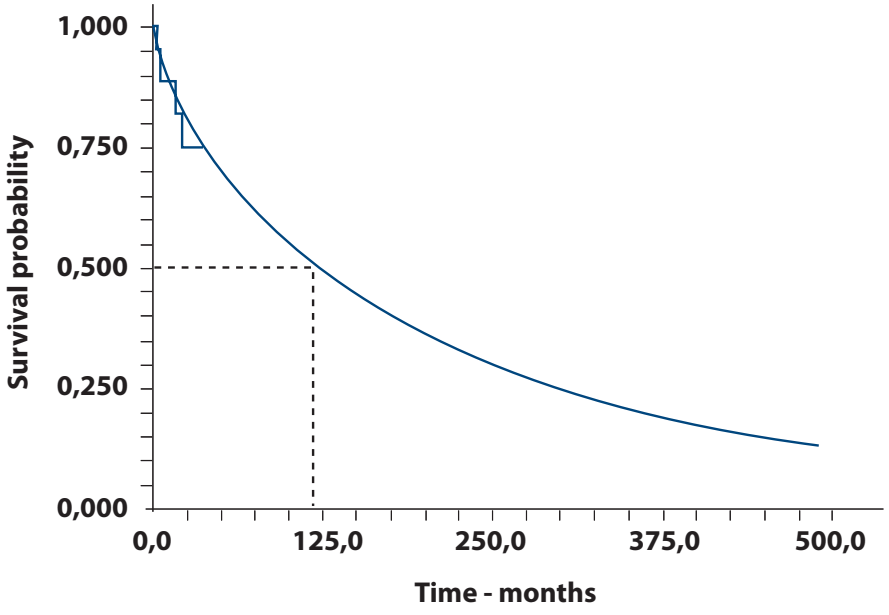
In order to estimate the absolute financial costs (including the cost of salvage treatment in patients who failed to respond to induction), we hypothesize that 100 patients above 60 years with DLBCL will receive treatment with CHOP. Sixty-six out of 100 patients will receive salvage treatment (Table 3, Figure 3). The absolute average cost for salvage treatment containing direct cost for medication, supportive therapy and days of hospitalization was estimated at €12,205. Therefore an additional cost of €805,530 will be required for administration of second line treatment. The total cost of CHOP for 100 patients is estimated at €1,496,430, meaning that the average absolute cost for a patient treated with CHOP is €14,964.

Similarly we hypothesize that 100 patients above 60 years with DLBCL will receive treatment with R-CHOP. Forty-three out of 100 patients will receive salvage treatment (Table 3, Figure 3). Therefore an additional cost of €524,815 will be required for administration of second line treatment. The total cost of R-CHOP for 100 patients is estimated at €2,913,015, meaning that the average absolute cost for a patient treated with CHOP is €29,130.

2.4 Estimation of Incremental Cost Effectiveness Ratio in Progression Free Life Years Gain

The median number of PFYs gained in patients treated with CHOP was 1.2 years. The average absolute cost was estimated at €14,964. Therefore the estimated Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) for CHOP is €12,470 per PFY. The median number of PFY gained in patients treated with R-CHOP was 4.8 years, while the average absolute cost was €29,130. The net difference in the cost between CHOP and R-CHOP was €14,166, while the net therapeutic benefit was 3.6 PFYs gained.

Figure 2.
Weibull survival curve: Patients treated with R-CHOP.
Data from "ATTIKON" General University Hospital..



Therefore the estimated Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) for R-CHOP is €3,935 per PFY (Table 4).

2.5 Estimation of Incremental Cost Effectiveness Ratio in Life Years Gain

The median number of LYGs in patients treated with CHOP was 3.5 years, while the median number of LYGs for patients treated with R-CHOP was 8.4 years. Similarly to the previous analysis the ICER for R-CHOP has been estimated at €2,891 and for CHOP at €4,275 (Table 5).

DISCUSSION

A number of concrete studies have been published in bibliography, calculating the cost for treatment and Incremental Cost-Effectiveness Ratio of R-CHOP versus CHOP for DLBCL patients. Best et al. (2005) concluded that total direct medical costs were €13,170 higher with R-CHOP, with an ICER of €12,259 per QALY (quality-adjusted life year) gained, for a time horizon of 15 years. Like in our study for the clinical data authors used data from previously-published trials, including long-term mortality rates based on the Scottish Newcastle Lymphoma Group (SNLG) data (Proctor 2002).

In another study Hornberger et al. (2005) examined cost-effectiveness of R-CHOP compared to CHOP, in elderly patients with DLBCL, for a time horizon of 5 years. Mean cost for CHOP was $3,358, while for R-CHOP $17,225, resulting in an increased difference in cost in favor of R-CHOP: $13,867. The estimated cost-utility ratio for R-CHOP was at $19,297 per year of life gained compared with CHOP when adjusted for quality of life. Source for clinical data came from previously-published studies, such as the Group d'Etude des Lymphome d'Adulte (GELA) Trial (2008).

Ferrara et Ravasio (2008) examined the cost-effectiveness of CHOP and R-CHOP in patients aged 18 to 60 years with previously untreated DLBCL. Data for clinical effectiveness came from The Mabthera International Trial (Pfreundschuh et al 2006). The study resulted that higher costs related to the addition of Rituximab were outweighed by lower rescue therapy costs and precisely €22,113 for R-CHOP regimen and €22,831 for CHOP regimen. Because of a propitious ICER per LYG; €16,816 for complete response at 5 months and €11,967 for relapse-free survival at 3 years, R-CHOP was set as the dominant treatment.

Furthermore, two other studies by Knight et al. (2004) and Groot et al. (2005) indicated that R-CHOP was cost-effective even to patients under the age of 60 years with ICERs of £7,533 and €13,983, respectively. The calculated results of all previous studies followed the perspective that, if a therapeutic intervention is bellow €50,000, is cost effective giving a great lead to the addition of Rituximab to CHOP regimen for first-line treatment of DLBCL (Eichler et al. 2004, Bell et al. 2006).

Table 4:
Incremental Cost Effectiveness Ratio in gained Years of life Free from Progression (PFYs).

Intervention	Cost	Marginal cost	Effectiveness	Marginal effectiveness	CE ratio
No Treatment	0	--------	0 years	----------	----------
CHOP	€14,964	€14,964	1.2 years	1.2 years	€12,470/PFY
R-CHOP	€29,130	€14,166	4.8 years	3.6 years	€3,935/PFY
Incremental cost effectiveness ratio (ICER)= cost A minus cost B/benefit A minus benefit B: €29,130–€14,964=€14,166/4.8 – 1.2 PFYs= €3,935 per PFY or life year saved free from progression disease					

Table 5:
Incremental Cost Effectiveness Ratio in gained in gained Life Years (LYGs).

Intervention	Cost	Marginal cost	Effectiveness	Marginal effectiveness	CE ratio
No Treatment	0	--------	0 years	----------	----------
CHOP	€14,964	€14,964	3.5 years	3.5 years	€4,275/LYG
R-CHOP	€29,130	€14,166	8.4 years	4.9 years	€2,891/ LYG
Incremental cost effectiveness ratio (ICER)= cost A minus cost B/benefit A minus benefit B: €29,130–€14,964=€14,166/8.4 – 3.5 LYGs=€2,891per LYG or life year saved					

Similarly, an economic study of Lee et al. (2008) comparing the costs of R-CHOP and CHOP in patients with previously untreated DLBCL from a Canadian cancer care perspective, concluded that medication cost for first line treatment contributed more in overall cost, followed by hospitalization cost. As in this study, they resulted that the cost for R-CHOP therapy was higher as initial treatment (R-CHOP: C$33,088 - CHOP: C$12,240), however CHOP patients end up costing nearly three times as much as R-CHOP patients (R-CHOP: C$3,215 - CHOP: C$8,929). The reason for the increase of the cost was due to higher incidences of disease progression, which led to higher requirements for salvage treatment, higher medication costs and finally higher hospitalization cost of CHOP patients.

The introduction of Rituximab into the clinical practice resulted in significant improvement in the treatment outcome of B-cell Non-Hodgkin lymphomas (NHL). Rituximab in combination with CHOP chemotherapy increased the response rate, the PFS, and the OS of patients with DLBCL. In our study, we retrospectively compared the outcome between two different cohorts of consecutive DLBCL patients treated with CHOP or R-CHOP in the same institution. Similarly to previous studies, a statistically significant improvement in OS was observed in the cohort of patients treated with R-CHOP. In multivariate analysis, treatment with R-CHOP was the most significant factor associated with increased OS (Coiffier et al. 2002, Sehn et al. 2005, Sonneveld et al. 2006, Feugier et al. 2005).

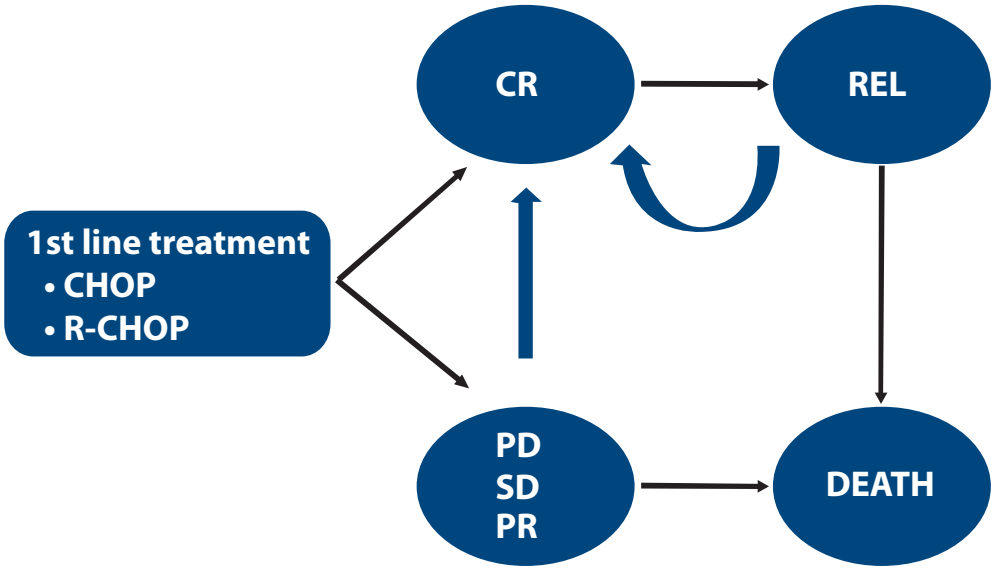
Financial analysis revealed mostly favorable ICER for the R-CHOP arm. Briefly, when analysis was restricted to absolute costs of first line treatment only, then ICER for CHOP and R-CHOP was 1.381€ per LYG and 3.394€ per LYG respectively.

Moreover, in order to analyze Cost-Effectiveness more accurately, we took into consideration not only the cost of 1st line treatment but also of subsequent treatment modalities in patients who failed to respond or relapsed after 1st line treatment. Therefore we used data from "LNH-98.5" (Coiffier et al. 2010) a prospective randomized trial with a long follow-up. Estimation of absolute average costs was based on data collected from financial agency of "ATTIKON" hospital and these costs were extrapolated on data from LNH-98.5 trial. When analysis took into consideration the costs of subsequent treatments then ICER for CHOP increased to €4,275per LYG, while ICER for R-CHOP remained (showed minimal increase) constant to €2,891per LYG.

The cost effectiveness of R-CHOP was further highlighted when ICER per PFY were estimated. Briefly, ICER for CHOP and R-CHOP was €12,470 per PFY and

Figure 3.

Markov state-transition model. Following 1st line treatment (TX) patients can achieve complete remission (CR), or in case of TX failure they may develop progressive disease (PD), stable disease (SD) or partial remission (PR). Second line TX is administered to patients who failed initial TX as well as those who relapsed after an initial CR. A new CR might be achieved after 2nd line TX. No-responders to TX have very poor prognosis and usually die in a few months.



€3,935 per PFY respectively.

Taken together our analysis support the concept that the addition of Rituximab into the treatment of patients with DLBCL improves outcome, which is the most important goal from our point of view. Moreover, and despite its absolute cost, Rituximab is financially cost effective and this efficacy is more pronounced if we take into consideration additional costs from subsequent treatments administered in patients who failed to respond to initial treatment.

In conclusion these study results demonstrate that the addition of rituximab to CHOP chemotherapy for DLBCL patients not only raises the benefits of clinical efficacy but economical efficacy as well. Especially, in a time of economic crisis like this, expensive interventions are targeted to be excluded. Economic analysis helps decision makers to arrive at the choice that will maximize the health benefits to the population. That was the goal of this study, to demonstrate that even an expensive medicine like Rituximab, can end up being cheaper and more effective.

References

1. Bell, C. M., Urbach, D. R., Ray, J. G., Bayoumi, A., Allison B RosenA. B., Greenberg, D., and Neumann, P. J. (2006) 'Bias in published cost effectiveness studies: systematic review'. British Medical Journal 332 (7543), 99–703.
2. Best, J. H., Hornberger, J., Proctor, S. J., Omnes, L. F., Jost, F. (2005) 'Cost-effectiveness analysis of rituximab combined with chop for treatment of diffuse large B-cell lymphoma'. Value Health. 8(4), 462–470.
3. Cancer Mondial (2008) International Agency for research on cancer Globocan database 2008, European Union (EU-27) Estimated cancer incidence, all ages: both sexes [online] available from < http://www-dep.iarc.fr/CancerMondial.htm > [22 January 2009]
4. Cartron, G., Watier, H., Golay, J., Solal-Celigny, P. (2004) 'From the bench to the bedside: ways to improve rituximab efficacy'. Blood 104 (9), 2635-2642.
5. Cheson, B. D., Horning, S. J., Coiffier, B., Shipp, M. A., Fisher, R. I., Connors, J.M., Lister, T. A., Vose J., Grillo-L½pez, A., Hagenbeek, A., Cabanillas, F., Klippensten, D., Hiddemann, W., Castellino, R., Harris, N.L., Armitage, J. O., Carter, W., Hoppe, R., and Canellos, G. P. (1999) 'Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas'. Journal of Clinical Oncology 17 (4), 1244. [Erratum, Journal of Clinical Oncology 2000; 18 (11), 2351.]
6. Coiffier B. (1997) 'Non-Hodgkin's lymphomas'. in Textbook of medical oncology. ed. by Cavalli, F., Hansen, H. H., and Kaye, S. B. London: Dunitz, M., 265–287.
7. Coiffier, B., Haioun, C., Ketterer, N., Engert, A., Tilly, H., Ma, D., Johnson, P., Lister, A., Feuring-Buske, M., Radford, J. A., Capdeville, R., Diehl, V., and Reyes F. 1998 'Rituximab (anti-CD20 monoclonal antibody) for the treatment of patients with relapsing or refractory aggressive lymphoma: a multicenter phase II study'. Blood 92 (6), 1927–1932.
8. Coiffier, B., Lepage, E., Briere, J., Herbrecht, R., Tilly, H., Bouabdallah, R., Morel, P., Van Den Neste, E., Salles, G., Gaulard, Ph., Reyes, F., Lederlin, P., and Gisselbrecht, Ch. (2002) 'CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma'. The New England Journal of Medicine 346 (4), 235–42.
9. Coiffier, B., Thieblemont, C., Van Den Neste, E., Lepeu, G., Plantier, I., Castaigne, S., Lefort, S., Marit, G., Macro, M., Sebban, C., Belhadj, K., Bordessoule, D., Fermé, C., and Tilly, H. (2010) 'Long-term outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab-CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d' Etudes des Lymphomes de l'Adulte'. Blood 116 (12), 2040–2045 [Epub 2010 Jun 14].
10. Eichler, H. G., Kong, S. X., Gerth, W. C., Mavros, P., and Jönsson, B. (2004) 'Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: how are cost-effectiveness thresholds expected to emerge?'. Value Health 7 (5), 518–29.
11. Ferrara, F., and Ravasio, R. (2008) 'Cost-effectiveness analysis of the addition of rituximab to CHOP in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma'. Clinical Drug Investigation 28 (1), 55–65.
12. Feugier, P., Van Hoof, A., Sebban, C., Solal-Celigny, P., Bouabdallah, R., Fermé, C., Christian, B., Lepage, E., Tilly, H., Morschhauser, F., Gaulard, P., Salles, G., Bosly, A., Gisselbrecht, C., Reyes, F., and Coiffier, B. (2005) 'Long-term Results of the R-CHOP Study in the treatment of elderly patients with diffuse, large B-cell lymphoma: A Study by the Group d' Etude des Lymphomes de l'Adulte'. Journal of Clinical Oncology 23 (18):4117–4126.
13. Fisher, R. I., Gaynor, E. R., Dahlberg S., Oken, M. M., Grogan, T. M., Mize, E. M., Glick, J. H., Coltman, C. A. Jr., and Miller, T. P. (1993) 'Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin lymphoma'. The New England Journal of Medicine 328 (14), 1002–1006.
14. Fisher, R.I., Miller, T.P., and O' Connor O. A. (2004) Diffuse aggressive lymphoma. Hematology (American Society of Hematology Education Program Book) 2004 (1), 221–236.
15. Gaynor, E. R., and Fisher, R.I., (2000) 'Aggressive non-Hodgkin's lymphoma'. in Malignant Lymphoma. ed. by Armitage, J. O. London: Arnold, 288–307.
16. Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., and Weinstein, M. C. (1996) Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press.
17. Groot, M. T., Lugtenburg, P. J., Hornberger, J., Huijgens, P. C., Uyl-de Groot, C. A., (2005) 'Cost-effectiveness of rituximab (MabThera) in diffuse large B-cell lymphoma in The Netherlands'. European Journal of Haematology 74 (3), 194–202.
18. Group d'Etude des Lymphome d'Adulte (GELA) Trial, (2008) DLBCL LNH 98-5 Phase III Groupe d'Etude des Lymphomas de a'Adulte (GELA) Trial. [online] Available from: http://www.rituxan.com/lymphoma/HCP/Efficacy/GELA-LNHSummary.jsp. [3 May 2009]
19. Hornberger, J., C., and Best, J. H., (2005) 'Cost utility in the United States of rituximab plus cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisone for the treatment of elderly patients

with diffuse large B-cell lymphoma'. Cancer [online]. 103 (8), 1644-51. Available from: http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110426872/PDFSTART [18 June 2010]
20. Jemal, A., Tiwari, R. C., Murray, T., Ghafoor, A., Samuels, A., Ward, E., Feuer E. J., and Thun, M. J. (2004) 'Cancer statistics 2004'. CA: A Cancer Journal for Clinicians (American Cancer Society) 54 (1), 8–29.
21. Knight, C., Hind, D., Brewer, N., and Abbott, V. (2004) 'Rituximab (MabThera) for aggressive non-Hodgkin's lymphoma: systematic review and economic evaluation'. Health Technology Assessment 8 (37), iii, ix-xi, 1–82.
22. Lee, R. C., Zou, D., Demetrick, D. J., Difrancesco, L. M., Fassbender, K., and Stewart, D. (2008) 'Costs associated with diffuse large B-cell lymphoma patient treatment in a Canadian integrated cancer care center'. Value Health 11 (2), 221–30.
23. McKelvey, E. M., Gottlieb, J. A., Wilson, H. E., Haut, A., Talley, R. W., Stephens, R., Lane, M., Gamble, J. F., Jones, S. E., Grozea, P.N., Gutterman, J., Coltman, C. and Moon, T. E. (1976) 'Hydroxydaunomycin (Adriamycin) combination chemotherapy in malignant lymphoma'. Cancer 38 (14), 1484–1493.
24. Pfreundschuh, M., Trümper, L., Osterborg, A., Pettengell, R., Trneny, M., Imrie, K., Ma, D., Gill, D., Walewski, J., Zinzani, P. L., Stahel, R., Kvaloy, S., Shpilberg, O., Jaeger, U., Hansen, M., Lehtinen, T., L½pez-Guillermo, A., Corrado, C., Scheliga, A., Milpied, N., Mendila, M., Rashford, M., Kuhnt, E., and Loeffler, M.; MabThera International Trial Group. (2006) 'CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large- B-cell lymphoma: a randomized controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group'. The Lancet Oncology 7 (5), 379–91.
25. Phillips. C., and Thompson, G. (2001) 'What is cost-effectiveness analysis?' Bandolier Extra 1 (3), 1-6.
26. Proctor, S. J., Mackie, M., Dawson A, White, J., Prescott, R. J., Lucraft, H. L., Angus, B., Jackson, G. H., Lennardet A. L., Hepplestone, A., and Taylor, P. R. A. (2002) 'A population-based study of intensive multi-agent chemotherapy with or without autotransplant for the highest risk Hodgkin's disease patients identified by the Scotland and Newcastle Lymphoma Group (SNLG) prognostic index. A Scotland and Newcastle Lymphoma Group study (SNLG HD III)'. European Journal of Cancer 38 (6), 795–806.
27. Sehn, L. H., Donaldson, J., Chhanabhai, M., Fitzgerald, C., Gill, K., Klasa, R., MacPherson, N., O'Reilly, S., Spinelli, J. J., Sutherland, J., Wilson, K. S., Gascoyne, R.D., and Connors, J. M. (2005) 'Introduction of combined CHOP plus rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia'. Journal of Clinical Oncology 23 (22) 5027–5033.
28. Sonneveld, P., Van Putten, W., Biesma, D., Holte, H., Van Marwijk Kooij, M., Kramer, M. H. H., Wijermans, P. W., Steijaert, M., Van Imhoff, G. W., Lugtenburg, P. J., Huijgens, P. C., and Eriksson, M. (2006) 'Phase III trial of 2-weekly CHOP with rituximab for aggressive B-cell non-Hodgkin's lymphoma in elderly patients'. Blood (ASH Annual Meeting Abstracts) 108 (11), abstract 210.
29. Surveillance Epidemiology and Ends Results (2008) SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005, National Cancer Institute. [online] available from <http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/>, based on November 2007 SEER data submission, posted to the SEER web site [09 February 2009]
30. The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project (1993) 'A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma'. The New England Journal of Medicine 329 (14), 987–994.
31. The Non-Hodgkin's lymphoma classification project (1997) 'A clinical evaluation of the international lymphoma study group classification of non-Hodgkin's lymphoma' Blood 89 (11), 3909–3918.
32. Tsirigotis, P., Economopoulos, Th., Rontogianni, D., Dervenoulas, J., Papageorgiou, Ef., Bollas, G., Mantzios, G., Kalantzis, D., Koumarianou, A., Raptis, S., (2001) 'T-cell-rich B-cell lymphoma. Analysis of clinical features, response to treatment, survival and comparison with diffuse large B-cell lymphoma'. Oncology 61 (4), 257–264.
33. Weisenberger, D. D. (1992) 'Epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma: recent findings regarding an emerging epidemic'. Annals of Oncology 5 (1), 19–24.

ORIGINAL ARTICLE

Surgical patient satisfaction: nursing care quality index

Georgia Giannakopoulou[1], Maria Tsironi[2], Panagiotis Prezerakos[3], Theofanis Fotis[4], Eleni Giannakopoulou[5], Sofia Zyga[6]

1. Nurse, MSc, General Hospital of Sparta, Sparta, Greece **2.** Associate Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece **3.** Assistant Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece **4.** Lecturer, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece **5.** Scientific Collaborator of Technological Institution of Crete, School of Management & Economics, Department of Accounting, Crete, Greece **6.** Assistant Professor, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

Corresponding author
Sofia Zyga, Assistant Professor, University of Peloponnese, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Department of Nursing, Leonidou 3, Sparta Lakonias, Greece, Tel:+30 2731 089 725, E-mail:zygas@uop.gr

ABSTRACT

Introduction: Patient satisfaction is a quality indicator for the health services provided by a hospital, and also the principal method for the evaluation and feedback of the system used for measuring quality of service.
The objective of this study was to estimate the level of the services offered by the General Hospital of Sparta and the investigation of patients' satisfaction before and after their treatment. Moreover, the current work was intended to investigate whether the specific demographics of respondents, such as gender, age, place of residence and their level of education affect their satisfaction about the services, provided by the nursing staff during their stay in the hospital.
Material and Method: The sample of this study was 93 patients, hospitalized in the Surgical Department. The collection of the questionnaires was conducted by personal interviews. As research tools, the Scale of measurement of patient satisfaction about nursing care (MPSS) was used in addition with questionnaire with socio-demographics evidence. In order to perform the statistical analysis, the statistical software SPSS 14.0 was used.
Results: The majority of patients in the sample were women (51.6%). Their educational level was relatively low, since approximately 31.5% rate of the participants had only compulsory education. 47.3% of patients described that their state of health is a small degree of serious while only 7.5% of patients responded that it is very serious. The effectiveness of public hospitals in Greece was considered as good by the 71% of the participants and as very good by the 22.6% of them.34,4% of them stated that they were very satisfied with the assistance given to them by the nursing staff regarding their everyday needs, such as personal hygiene, dressing and creating a comfortable environment. The 31,2% of patients were very satisfied about the help, provided by the nursing staff while 28% of patients were extremely satisfied. Five people (5,4%) replied that stayed in a small extent satisfied, while just one person (1,1%) replied that the help of nursing personnel for the daily needs was not satisfied at all.

Conclusions: Although the study has highlighted some problems and some areas needing improvement, the overall picture is very positive for the General Hospital of Sparta to the extent that the largest percentage of patients was satisfied with the provided services. The information process seems to be improved, since it is an important moral and legal right of patients. The measurement of patient satisfaction should be continued in order to allow comparisons and evaluation of the impact of various interventions in its modulation.
Keywords: Patient satisfaction, quality, nursing care, health services.

INTRODUCTION

In the competitive environment of the health care system, there is an increasing interest on the assessment and the measurement of the quality of the provided health care services. Despite the fact that, in order to measure the quality of the provided health care services, the health care professionals have used many tools, the patient's satisfaction, remains one of the most reliable tools although the fact that some authors have questioned in the past the reliability of this tool, due to patient's lack of technical knowledge, psychological situation at the time of investigation, culture diversions and due to different perspectives between patients and health care professionals (Donabedian 1980,1982,1988; Walker and Restuccia,1984; Vuori,1987; Hall and Dornan,1988; Waltz et al.,1991; Greeneich et al., 1992).

So a number of authors have agreed in the past, that patient's attitudes over their treatment, should be taken seriously on account when the quality of the provided health care services is being measured and furthermore it has been agreed that one of the most important indicators for the measurement of the quality, is actually patient's satisfaction (Schulmeister et al., 2005; Zineldin, 2006; Zyga, 2010). These findings have led many hospitals to the direction of giving to their patients the opportunity to decide on their own the way they will be treated in terms of hospitality and be part of the decision making process (Cleary and McNeil, 1988; Megivern et al., 1992; Greeneich et al., 1992; Sitzia and Wood, 1997; Rao et al., 2006).

The purpose of the current research was to investigate the satisfaction of the surgical patients in a specific hospital, by answering questions on how much satisfied the patients are for the nursing care they get and to investigate potential correlations between satisfaction and other demographic data.

PATIENTS AND METHODS

This publication is a part of a master level dissertation conducted at the University of Peloponnese, Sparta Greece.

The study was an exploratory-descriptive research and was conducted between August 2011 and October 2011. Patient's population included 93 people hospitalized in the surgical wards of the General Hospital of Sparta, Greece. The collection of data was made by a randomized stratified method. For the conduct of the study, the authors used the Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS) which has been weighed by Associate Professor Anastasios Merkouris. The study has been approved by the hospital's ethical committee (Merkouris 1999).

The assessment of the provided health care services concerned the nursing personnel and the Likert scale was used. The Likert scale included the following levels of satisfaction: 5: «not at all satisfied», 4; «just satisfied», 3: «fairly satisfied», 2: «very satisfied» and 1; «totally satisfied». At the end there was an open question where each patient had the opportunity to express his/her own opinion. Furthermore there was a custom made questionnaire, specific for this study, for the collection of the demographic data by face to face interview, after the patients have read the information booklet and signed the informed consent.

STATISTICAL ANALYSIS

Data were analyzed using SPSS 11.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL). Descriptive statistics, including mean, median, ranges, and standard deviation values, were calculated for all the continuous baseline demographic and clinical characteristics. Statistically significant correlations of the satisfaction, age, level of education were evaluated with the chi-square test (Pearson x2) and the Fisher exact test. A statistically significant correlation was demonstrated if the maximum likelihood ratio criterion had a P value less than. 05.

RESULTS

Ninety-three patients with a median of 4.37 (2 to 20) days of hospitalization were questioned in order to measure the level of their satisfaction. The median age was 49 (12 to 96) years old, where 51.6% were men and 48.4% were women. As it concerns their level of education, 31.2% were only primary school graduates, 23.7% high school and only 20.4% of them had graduated from a university.

RELIABILITY OF THE INSTRUMENTS

Before the statistical analysis of the data, the authors checked the reliability of the variables they used, with the Cronbach alpha (a) indicator, where the results showed a 0.964, which meant that the used data were highly reliable.

PATIENT SATISFACTION

Generally the patients found to be 28% totally satisfied, 31.2% very satisfied, 34.4% fairly satisfied, 5.4% and 1.1% just and not at all satisfied respectfully, as it concerns the care that the nursing staff offered them for their everyday needs (dressing, personal hygiene).

When the relationships between the patient characteristics (age, sex, length of stay, ward, and education) and patient satisfaction (MPSS) were examined, it was found that the MPSS score showed a correlation with the age (P = 0.029) gender (P = 0.030), and level of education (P = 0.004). The results of the multiple linear regression analyses of the data from the MPSS are shown in Table 1.

It has been found that the MPSS score was affected by the severity of the patient's condition, where the more serious were the patient's condition, the more satisfied where from the delivered care services by the nurses (P= 0.033). The same results found as it concerned the skills with which nurses perform all nursing procedures (P= 0.002) and in correlation with the food's quality (P= 0.002). The most severed ill patients would also prefer to be treated by the same nurses in compare to lees ill patients (P= 0.011).

The correlation between the days of hospitalization and patient satisfaction, showed also that there was statistically significant difference, whereas the patients who stayed longer, where very satisfied by the nursing measures against their pain (P= 0.000).

Furthermore statistically significant correlation was found, between the ward where the patients were hospitalized and their satisfaction. Patient's stayed at general surgical wards were more satisfied concerning the information that their relatives were receiving (P=0.005), and moreover they were more satisfied, concerning to be asked by the nursing staff for their informed consent before any treatment.

DISCUSSION

Almost all patients were satisfied with the care they received. These results correspond to the results of other studies which show that patients are, in general, satisfied with nursing care (Johansson, 2002; Alhusban, 2009). However, in many cases as in this study also, participants' comments suggest that patients might not be dissatisfied with nursing care and/or nurses per se, but rather with the circumstances under which care was provided. Nursing staff shortage, inappropriate facilities, housekeeping issues and allocation of nursing time to tasks other than patient care appeared to form a suboptimal caring environment, within which care could not always be sufficient for patients' needs (Merkouris, 2004).

When comparing wards, the results showed that participants in general surgical wards had higher level of satisfaction with nursing care than participants in orthopaedic wards; such a result is consistent with the findings of similar studies (Phi et al., 2002). A possible explanation for this result might be because of the fact that orthopaedic operations are more technical to be explained by nursing staff. Furthermore the kind of ward where the patient stays plays also a significant role to the satisfaction. Al-Kandari and Ogundeyin (1998) in a study population of 148 patients, concluded that surgical patients where more satisfied in compare with medical patients as it concerned their information and the areas of nursing responsibility.

The received information by the patients, in order to give their informed consent is a crucial factor for their satisfaction. In a literature review by Riitta Suhonen and Helena Leino-Kilpi (2004) the conclusion was that in most cases the patients are not satisfied by the load of information they get as it concerns their condition and treatment options, and the suggestion was that there is a need to put more emphasis on assessing and evaluating their individual needs.

Since the study was conducted in only one peripheral Greek hospital, the limitation that the researchers found

Table 1.
Patient characteristics and satisfaction (N=93)

Parameter	Field of interest	*P*
Age	Received information	0.005
	Showed respect	0.038
Gender	Recommend the ward	0.031
	Effective services	0.025
Education level	Help received	0.029
	Food quality	0.006

was the question if the results are comparable not only to international similar studies, but also to studies conducted in the same country, with the same health care conditions and system. The fact that the used tools were already had been evaluated in he past, helped towards the production of reliable results. So in terms of the variables used in order to measure patient's satisfaction, current study agrees with Merkouris (1996), that patients recognize as key factors of satisfaction, the information they receive, the environment and the satisfaction of basic needs. On the other hand patients in the sample expressed considerable dissatisfaction for nursing services on offer. At the same time, expectations were very low, for information, service and food and tried to justify their dissatisfaction with the frequent reference to lack of personnel, which considered as the main source of most problems. In another Greek study, 300 patients were questioned and the results showed that users of hospital services were satisfied with the medical and nursing care and less satisfied with the hotel services offered by the hospital, which can be improved with the contribution of an efficient and modern administration (Niakas and Gardelis, 2000).

Fitzpatrick indicates that age plays a key role in patient satisfaction with the elderly patients to report high levels of satisfaction. This may be due to low expectations of elderly patients or in diverse attitudes toward the elderly in everyday life and some values (Fitzpatrick, 1991).

CONCLUSIONS

Patients enrolled in this study were mostly women, average age 49 years, primary school graduates, who lived in a village, with an average length of stay in the hospital four days and mostly in the surgical clinic, without facing serious health problem and knowing enough about their health problems. From the statistical analysis above it was concluded that in general, patients surveyed were very and very much satisfied with nursing care. Also they featured on the effectiveness of the services offered by Greek public hospitals, as well. Therefore, it doesn't cause great surprise that the patients would like to take care of them the same nursing staff if they will need nursing care in the future and on the other hand, that would constitute a department or clinic to others thinking of the nursing staff.

RECOMMENDATIONS

Greater emphasis should be given in the future, to the quality of information received by the patient, to the tools that nurses should develop to measure patient satisfaction of nursing services with adequate psychometric properties and last but not least an effort to improve the food quality and the environment in terms of cleanliness and reducing of noise.

References

1. Alhusban, MA, Abualrub RF. (2009) Patient satisfaction with nursing care in Jordan. J Nurs Manag. Sep;17(6):749-58.
2. Al-Kandari, F. Ogundeyin, W. (1998) Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. J Adv Nurs 27, 5, 914-921(8).
3. Cleary, P., McNeil, B.J. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, 25: 25-36.
4. Donabedian, A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. USA: Health Administration Press, University of Michigan.
5. Donabedian, A. (1982) Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
6. Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260 (12): 1743-1748.
7. Fitzpatrick, R. (1991) Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. British Medical Journal, 302, 887-889.
8. Greeneich, D.S., Long, C.O., Miller, B.K. (1992) Patient satisfaction update: research applied to practice. Applied Nursing Research, 5(1): 43-48.
9. Hall, J.A., Dornan, M.C. (1988) What the patients like about their care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Social Science and Medicine, 27: 935-939.
10. Johansson, P, Oléni, M, Fridlund, B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci. Dec;16(4):337-44.
11. Megivern, K., Halm, M., Jones, G. (1992) Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. Journal of Nursing Care Quality, 6(4): 9-24.
12. Merkouris, A, Papathanassoglou, E.D., Lemonidou C. (2004) Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? Int J Nurs Stud. May;41(4):355-67.
13. Merkouris, A. (1996) Doctorate dissertation: Patient satisfaction as a criterion for nursing care quality measurement. Athens, Greece
14. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999) Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. Nurs manage 7(2): 91-100.
15. Niakas, D, Gardelis, C. (2000). Patient satisfaction in a general regional hospital in Athens. Medicine,77(5):464-470.
16. Phi, I., Nguyen, T., Briancon, S., Empereur, F., Guillemin, F.(2002) Factors determining inpatient satisfaction with care. Social Science and Medicine 54, 493–504.
17. Rao, K.D., Peters, D.H., Bandeen-Roche, K. (2006) Toward patient-centered health services in india—a scale to measure patient perceptions of quality. International Journal for Quality in Health Care, 18: 414–21.
18. Riitta, Suhonen, Helena, Leino-Kilpi. (2004) Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review, Patient Education and Counseling,61(1): 5-15.
19. Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005) Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: Perceptions of patients undergoing

outpatient autologous stem cell transplantation. Oncology of Nursing Forum, 32: 57-67.
20. Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997, 12:1829–1843.
21. Vuori, H. (1987) Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? Quality Review Bulletin, 13(3): 106-108.
22. Walker, A., Restuccia, J. (1984) Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail versus telephone. Health Serv Res, 19:291–306.
23. Waltz, Cf., Strickland, Ol. Lenz, Er. (1991) Measurement in nursing research. FA Davis Co, Philadelphia.
24. Zineldin, M. (2006) The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. International Journal for Quality in Health Care, 19: 60–99.
25. Zyga, S.(2010) Introduction to Nursing.1st edn. Beta: Athens.

APPENDIX

SCALE MEASUREMENT OF SATISFACTION OF PATIENTS WITH THE NURSING CARE (MPSS)

I would like after you think the care provided (to you and / or other patients) to tell us the answer that best expresses the degree of your satisfaction using the following scale:

Not at all satisfied	just satisfied	Fairly satisfied	Very satisfied	Totally satisfied
1	2	3	4	5

1. Help with everyday needs. Such as: personal hygiene, dressing, toilet, change position in bed, walking, eating, when you want water, linen, bed and break-up of a comfortable environment.	1	2	3	4	5
2. Nursing procedures or operations. Such as medication, injections, venipuncture, sera change, wounds or wound care, changing dressings, etc. Rate on: *α.* The skill with which nurses perform these procedures or operations. *β.* Consistency (in terms of hours to be done) by which nurses perform these procedures or operations.	1	2	3	4	5
3. Relief of pain. Application of measures by nurses to relieve pain (eg evaluation of pain, presence next to the patient, repositioning, administering medication, etc.).	1	2	3	4	5
4. Information. Information from the nurse: *a* guide for the unit, the section on the first day the patient comes into the chamber (space, routine, bell). *β.* for diagnostic and therapeutic procedures (preparation, when and what to do, results). *γ. relatives or other close contacts of the patient (eg for the patient and what they expect from them).*	1	2	3	4	5
5. Education - Instructions. Education - instructions from the nursing staff for the necessary care, both in hospital and after discharge.	1	2	3	4	5
6. Response-speed. *Α.* how quickly nurses responded to the call for help (bell - signal). *β. how quickly the nurses do to help.*	1	2	3	4	5
7. Available time. Time nurses spend on general care, compared to the one you think would be enough.	1	2	3	4	5

8. Continuity of nursing care. The nursing staff from day to day and from shift to shift the situation and know the specifics of each patient.	1	2	3	4	5
9. *Time for rest and sleep.* *α. measures implemented by the nursing staff to reduce noise (from other patients, visitors, staff).* *β.* selection of nursing staff hours or appropriate selection of the patient time to wake	1	2	3	4	5
10. *Cleanliness*. *α. room* *β. Public areas*	1	2	3	4	5
11. *Food*. *α. quality* *β. Choice of food (meeting of personal needs)* *γ. temperature* *δ. Way and time of serving* *ε. Help from nursing staff*	1	2	3	4	5
12. Kindness of nursing staff	1	2	3	4	5
13. Respect. Attitude of nursing staff show respect (eg, speech pattern, protection of exposure of the body, respect for diversity, etc.)	1	2	3	4	5
14. Interested - contact. Time nurses spent with patients to discuss, listen, understand their problems and to stand by them in difficult moments.	1	2	3	4	5
15. Personal preferences. Whether the nurse takes into account the personal desires (eg hours of food, cleaning, visiting, etc.)	1	2	3	4	5
16. Participation in care. *α. Opportunities it gives you the nursing staff to decide about your care.* *β. nurses seek authorization from the patient to perform any procedure or operation relating to caring*	1	2	3	4	5
17. Professionalism of the nursing staff.	1	2	3	4	5
18. Effectiveness. Overall, how satisfied are you by the nursing service and contribution to the betterment of the situation or not your health.	1	2	3	4	5

Please fill in the following information:

Hospital ..... **Ward:** .....

Age:.....(years). **Days of stay:** .....

Gender: male ❒ female ❒ **Residence:** city..... village.....

Level of education: elementary ❒ high school ❒ college ❒ university ❒

How serious you consider your condition: not at all ❒ fairly ❒ very ❒ too ❒

I know for my condition: nothing ❒ little ❒ enough ❒ many ❒

The effectiveness of the Greek hospitals is: very bad ❒ bad ❒ good ❒ very good ❒

Please tell us in what grade do you agree with the following:

If I need care in the future I would like to be treated by the same nursing staff:

Totally disagree	Disagree	Neither disagree, Nor agree	Agree	Totally agree
1	2	3	4	5

As it concerns the nursing staff, I would recommend the same ward to a relative:

Totally disagree	Disagree	Neither disagree, Nor agree	Agree	Totally agree
1	2	3	4	5

Comments .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ORIGINAL ARTICLE

Euthanasia An Active Area Of Research In Contemporary Bioethics: Challenges For The Society And The Professionals Of Health-Care.

Sarafis P[1], Tsounis A.[2], Malliarou M[3].

1. Lecturer TEI Lamia, Nursing Department 2. Psychologist, MSc, Deputy Scientific Head of the Centres for the Prevention of Addictions and Promoting Psychosocial Health of Municipality of Thessaloniki-OKANA. 3. Major RN, PhD, 404 GMH.

ABSTRACT

Introduction: Euthanasia refers to the practice of intentionally ending a life in order to relieve pain and suffering.

Aim of this review is to present different views and arguments about euthanasia and to discuss the legal regulations and the way that modern societies confront the inevitable dilemmas that it brings in surface.

A literature review was conducted on google scholar for articles about the theme using as key words: euthanasia, active, passive, pros/cons, legislation.

Results: The results of the literature review came up with its pros and cons of it. Some of the pros are that it provides a way to relieve extreme pain, a way of relief when a person's quality of life is low and an insurance of the rights of dignity and self-determination. The basic cons of it is that it devalues human life, it has become a means of health care cost containment and that there are objections about the expressions of willingness for people under high psychological pressure or for population groups like older people with dementia or mentally ill.

Under the pressure of the new circumstances in the last decades, Euthanasia became the subject of legislative interventions in a number of countries. But even the most complete regulatory framework cannot predict all the aspects. Every different case will always be a confrontation with important existential and emotional issues.

Conclusion: Before resulting in Euthanasia, a person must consider the situation. There are a lot of circumstances under which euthanasia is a reasonable and responsible choice. Each case is different from another.

INTRODUCTION

Euthanasia is a word with a Greek origin meaning "good death" and refers to the practice of intentionally ending a life in order to relieve pain and suffering. The British House of Lords Select Committee on Medical Ethics defines euthanasia as "a deliberate intervention undertaken with the express intention of ending a life, to relieve intractable suffering" (Harris, 2001).

The word "euthanasia" was first used in a medical context by Francis Bacon in the 17th century, to refer to an easy, painless, happy death, during which it was a "physician's responsibility to alleviate the 'physical sufferings' of the body (Bacon & Vickers, 1996) .

Euthanasia may be classified according to whether a person gives informed consent into three types: voluntary, non-voluntary and involuntary (Perret, 1996; LaFollete, 2002)

Voluntary euthanasia is conducted with the consent of the patient and active voluntary euthanasia is legal in Belgium, Luxembourg and the Netherlands. Passive voluntary euthanasia can be described as the case when the patient brings about his or her own death with the assistance of a physician and it is legal throughout the U.S. The term assisted suicide is often used instead. Assisted suicide is legal in Switzerland and the U.S. states of Oregon, Washington and Montana.

Euthanasia conducted where the consent of the patient is unavailable is non-voluntary euthanasia. Examples include child euthanasia, which is illegal worldwide. Euthanasia conducted against the will of the patient is termed involuntary euthanasia (LaFollete, 2002).

Voluntary, non-voluntary and involuntary euthanasia can all be further divided into passive or active. Passive euthanasia entails the withholding of common treatments, such as antibiotics, necessary for the continuance of life. It must be underlined that passive euthanasia is when death is brought about by an omission by withdrawing or withholding treatment. Specifically withdrawing treatment means switching off a machine that is keeping a person alive, so that they die of their disease and withholding treatment means for example not carrying out surgery that will extend life for a short time (Rachels, 1975; Harris,2001).

Active euthanasia is when a person directly and deliberately causes the patient's death while assisted suicide is when the person who wants to die needs help to kill himself, asks for it and receives it. Active euthanasia entails the use of lethal substances or forces, such as administering a lethal injection, to kill and is the most controversial means. Indirect euthanasia is when treatment is provided, usually to reduce pain and that has the foreseeable side effect of causing the patient to die sooner. Euthanasia is a matter of controversy because some argue that human beings have the right to die when and how they want to and they are in favour of euthanasia and others acknowledge that euthanasia creates some problems that remain even after imposing strict regulations and they are against it. Christians are mostly against euthanasia because they believe that life is given by God, and that human beings are made in God's image and to propose euthanasia is to judge that the current life of that individual is not worthwhile and such a judgement is incompatible with recognising the worth and dignity of the person. Christians believe that the intrinsic dignity and value of human lives means that the value of each human life is identical so patients in a persistent vegetative state, although seriously damaged, remain living human beings, and so euthanasia is not a choice instead community should face death and dying with honesty and support (Rachels, 1975).

ARGUMENTS IN FAVOR OF EUTHANASIA

A basic argument in favor of euthanasia state that Legalizing euthanasia would help alleviate suffering of terminally ill patients. It would be inhuman and unfair to make them endure the unbearable pain. In case of individuals suffering from incurable diseases or in conditions where effective treatment wouldn't affect their quality of life; they should be given the liberty to choose induced death. Maintaining life support systems against the patient's wish is considered unethical by law as well as medical philosophy. If the patient has the right to discontinue treatment why would he not have the right to shorten his lifetime to escape the intolerance of the situation. Robert Ingersoll argued for euthanasia, stating in 1894 that where someone is suffering from a terminal illness, such as terminal cancer, they should have a right to end their pain through suicide (Dowbiggin, 2003).

Another point of view has to do with the dignity of the person who dies. Although the attribute of life is a supreme value, cannot rise up over dignity. The patient in the final stage is surrounded by machines supportive of life, exhausted and with feelings of despair. The insufferable pain, the weakness, the frequent lack of contact with the environment, flatten his dignity. Many patients choose euthanasia as a dignified outlet from life, when the others are sealed. (Beauchamp, 1996; Stuart et al, 1998).

At the same time euthanasia is viewed by many as a right in the fields of the self-determination and autonomy of the person. The community must respect the autonomous individual choice of person who dies because with this way show respect to the person himself. The belief that society knows best how someone can regulate life and death deprives the essence of individual freedom and autonomy of choice (Foster, 1995).

Supporters of euthanasia also claim that in many cases the basic fear of a terminally ill patient is not

connected with death but with the conditions under which he has to live. Nailing down in a bed for a long period, the dependence from medical equipment and the possibility to stop having contact with surroundings, magnify the despair ιν an already nerve-racking condition (Crippen, 1991).

Another argument, which associated with the humanitarian treatment of patient, relies on the doctor's obligation to ease the pain. According to medical ethics, which based on Hippocratic oath, doctor must not harm the patient. Although something like that at the first glance prohibits euthanasia, with another reading, it justifies it as a practice. The doctor is morally justified when his exclusive motive is the good of the patient. Maintaining in life with every possible sacrifice isn't always the most beneficial option, especially when accompanied by extreme agony, existential anguish and pain (Beauchamp & Childress, 1994; Battin,1994).

ARGUMENTS AGAINST EUTHANASIA

Arguments that are against it claim that human life deserves exceptional security and protection and that advanced medical technology has made it possible to enhance quality of human life. Palliative care and rehabilitation centers are better alternatives to help disabled or patients approaching death live a pain-free and better life. There is no way someone can be really sure if the decision towards assisted suicide is voluntary or forced by others. Even doctors cannot predict firmly about period of death and whether there is a possibility of remission or recovery with other advanced treatments. Legalizing euthanasia would be like empowering law abusers and increasing distrust of patients towards doctors. A 2010 study published in the Canadian Medical Association Journal found that 32% of all euthanasia deaths in the Flanders region of Belgium were without request or consent (Smets et al, 2010).

Another study made in 2010 and was published in the Lancet indicates that there were approximately 300 deaths without explicit request or consent in the Netherlands (Onwuteaka-Philipsen et al, 2010).

One of the bad arguments sometimes used against euthanasia comes from Leo Alexander who was a judge at the Nuremberg trials after World War II who employed a classic slippery slope argument (a fallacy that occurs when the conclusion of an argument rests upon the claim that a certain event will set off a chain reaction leading in the end to some undesirable consequence, and there is not sufficient reason to think that the chain reaction will actually take place) to suggest that any act of mercy killing inevitably will lead to the mass killings of unwanted persons (Balkin & Lane, 2005).

Moreover, the introduction of euthanasia in the modern environment of privatizing health care hides significant risks of abuse as a systemic practice. Given that cost for maintenance in life in several cases of serious diseases is high, the "temptation" to be used, not as a last resort but as a first-line option, is a real risk (Prado & Taylor, 1999).

At the same time the special conditions under which the patient in the final stage is faced with the choice of euthanasia, are such, that several times reverse the character of free choice. The long remaining in a "sterile" medical environment, the despair and desperation, often trigger emotional disorders such as depression that leads to an expression of wish of death, which seems more as the result of mental disorder, rather than a conscious choice (Beauchamp & Childress, 1994).

Besides for entire population groups such as older people with dementia, mentally ill, and people with disabilities, euthanasia enclose additional risks. In several of these cases the issue of full-conscious choice is in serious doubt (Prado & Taylor, 1999).

Also when the expression of desire for euthanasia is oral, is no strongly guaranteed. People are not always mean what they say, particularly under conditions of high pressure. At the same time, each the reproduction of spoken words is highly interpreted. Therefore a simply stated desire is just "possible" and "not sure" in an absolute way (Sommerville, 1995).

At the same time there are objections for the fact of the expression of willingness on behalf of someone else. This possibility concerns cases in which the patient cannot communicate, and the decision has to be taken by the family (Sommerville, 1995).

EUTHANASIA: AN OPEN CHALLENGE IN THE CORE OF BIOETHICS

The dilemmas that come to the forefront, associated with the dominating system of values for death, that prevails in an era. The views that are related to the manner of perception of death are changeable and under permanent reconstruction . The way under which society perceives death, depends on the historical, social and cultural context (Aries, 1981).

The French philosopher Aries (1981) relying on analyses of the perceptions and practices that accompany death in the history of the civilized world, distinguished four systems of perception of the end of life. The first one is found in primitive societies and continues until the middle age. It reflects the view that death is something normal. This comes as a result of familiarity with the end of life due to diseases, wars and other natural disasters. The second system of death's perception appears on track between the 12th and 15th century, under the weight of religious interpretation systems of the world, where death is connected with the "final crisis" of the person's acts and begins to be treated more as something undesirable and awesome,

because is linked to the probability of soul s going in hell. On the deaths system that dominated in the 19th century fear carried on the "death of the other". Here is not deplored the death in general, but the separation ,and the lament concerns more those who keep living after the loss of their familiar person. Finally the system that prevails nowadays and comes as a result of medical progress and longevity almost refuses to accept the fact of death (Aries, 1981).

We see therefore how attitudes to death and to things that are connected to (among them and the question of euthanasia) are not something stationary. They continue to develop, following the society evolution and all the dilemmas in which each time lies ahead.

Today's requirements impose the re-examination of issues like euthanasia and put forth its lawful and legislative regulatory. Under the weight of the new circumstances in the last decades, euthanasia became the subject of legislative interventions in a number of countries.

In the Netherlands since 1 April of 2002 voluntary active euthanasia. is allowed. "The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Review Procedures Act" defines the objective criteria for the submission of the request of the patient, for the ascertainment and observance of which responsible is the doctor (Jassen, 2002).

In the footsteps of Netherlands, Belgium vote "The Belgian Act on Euthanasia" The Belgian law allows voluntary euthanasia for adults. However provides more strict procedures and involvement of more people than the doctor (lawyers and people who provide care or patients) (Cohen-Almagor,2009).

Assisted suicide has been legal in Switzerland since 1940, and falls under Article 115 of the Swiss penal code. According to the law it is a crime if and only the motive is selfish. If this cannot be established, there is no crime. The procedure is attended by police and isn't necessary to be performed by a medical doctor (Hurst & Mauron, 2003).

In the State of Oregon in USA medical assisted suicide is allowed since 1994, with "Death With Dignity Act of 1994". The law ,that enacted in 1997, settle the presuppositions are strict too and the law refers only to citizens of Oregon. The following years assisted suicide became legal and in two otter states, Washington and Montana (Oregon Department of Human Services,2006; Ebbott, 2010).

On 25 May 1995 the North territory of Australia became the first place that passed the "right to die" to legislation. The "Rights of the Terminally Ill Amendment Act" finally lasted 9 months, before being overturned by the Australian Federal Parliament. Since then they have been a lot of legislative attempts. "Dying with Dignity Bill" which finally defeated by the Tasmanian Parliament is one of the last (Bartels & Otlowski, 2010).

Luxembourg is the most recent Country to have passed a law legalizing Euthanasia and assisted suicide. The condition of the field are similar to those in Netherlands. The law hasn't pass without controversy and the Grand Duke Henri, country's monarch, refused to sigh it for reasons of conscience as a catholic (Ebbott, 2010).

Except the above, the European "Convention o Human Rights and Biomedicine" of Oviedo (1997), which has been ratified by several European countries, indirectly refers to the issue of euthanasia. With the Article 5 protects the right of a person to refuse medical treatment. It is a text that recognizes and guarantees the voluntary passive euthanasia.

But if euthanasia at the level of and legalization and legislation has to do with the institutions of official state, that are obliged to promote social willingness, at the level of everyday life occupy those who provide health-care to patients in the final stage.

The provision of care to people who are near death is a highly stressful condition that causes strong and contradictory emotions. In many researches about the treatment of those patients by the nursing staff, it seemed that the lack of proper preparation in cognitive and especially emotional level, leads to elevated levels of anxiety and emotional detachment (Samarel, 1995).

Interventions for the relief of the person near death has five objectives: the maintenance in life in a way that offers physical and emotional relief, the handling of the physical deterioration, the coping of existential and spiritual issues, the organization of care for the remaining family members and the preparation for death (Samarel, 1995).

So regardless of whether or not euthanasia is allowed, doctors and nurses are daily come faced with the issue of death and the treatment of patients and their family, in the field of clinical practice. The ban on euthanasia leads to queries the professionals who believe that should be established in order to relief many patients from a painful prolongation of life. The possibility of setting up, on the other hand, will bring them face to face with acute ethical dilemmas, the negotiation of which requires proper training and preparation on many levels. The questions are numerous and multi-faceted and the answers are anything but easy. Moreover, each case is unique and no regulatory framework can provide the most efficient response to dilemmas that every time created.

In a case in 1990, Nancy Cruzan had been into a coma after a car crash that happened in 1983. Her parents wanted the machine that was keeping her alive to be removed. However, in this case the machine consisted of feeding tubes that provided her with hydration and nutrition. These tubes would give Cruzan

extra hope of living so that the doctors could continue to do work on her to see if she would show any signs of coming back to life. Her parents viewed the removal of the machine as the termination of unwanted treatment. They had to make a very difficult decision that would not be easy for anyone. They did not want their little girl to die but they had little hope of her survival and wanted to do what was best. They end up choosing to discontinue the use of her feeding tube so she would not suffer anymore. They felt this was the best option for their daughter. Cases like this show as that even if we wanted to freeze the discussion about euthanasia and assisted suicide, it would be impossible since reality in everyday clinical practice brings as face to face with the need of concrete actions (Glover, 1990).

CONCLUSION

In the past years there has been much discussion about euthanasia all over the world. Thanks to scientific progress people live longer and doctors can sometimes keep them alive for a long time with the help of machines..In the second part of the 20th century the requirement of the right to die has emerged by many people.

At the same time the discussion has led to legislative regulations in a number of countries. In some of them, like Switzerland, Belgium or the Netherlands certain types of euthanasia are legal. In other countries where is illegal, in many occasions' courts do not punish people who put it on, practice with one or another way.

For those who provide care in terminally ill patients euthanasia is an open dilemma in every day clinical practice. Even the Hippocratic Oath gives very good reasons in favor or against, when commits practitioners to "do no harm."

On the other hand supporting or not supporting euthanasia is a very important family and personal decision that should not be left up only to doctors or any other adults but the ones most important to the situation that is happening at hand.

Before resulting in Euthanasia, a person must consider the situation. There are a lot of circumstances under which is a reasonable and responsible choice. At the same time the establishment of euthanasia as a practice, hides a lot of dangers and requires answers in crucial questions.

Even the legislation attempts witch are necessary cannot predict answers for all facts, since each case is different from another. The professional ethical codes, the proper training and preparation in emotional level and the legal field can function as supports for professionals. The decisions that have to be taken in every case will always be a confrontation with hard and difficult existential and emotional issues.

References

1. Aries P. (1981) The Hour of Our Death, Knopf, New York.
2. Bacon F., Vickers B. (1996) Francis Bacon: the Major Works By Francis Bacon, Oxford University Press, New York.
3. Balkin .K F.,Lane R.D.. (2005) Humanist in Canada. Greenhaven Press.
4. Batin M. (1994), The Least Worse Death, Oxford University Press, New York.
5. Bartels L.," Otlowski M. (2010)A Right to Die? Euthanasia and the Law in Australia" J Law Med ,17(4):532-55.
6. Beauchamp T. Childress J. (1994) Principles of Biomedical Ethics, 4th edition, Oxford University Press, Oxford.
7. Beauchamp T. (1996) Intending Death, The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia, Prentice Hall, New Jersey.
8. Cohen-Almagor R. (2009) "Belgian Euthanasia Law: a Critical analysis" Journal of Medical Ethics, 35(7) :436-439.
9. Council of Europe CETS No.:164 of 4 April 1997 Oviedo Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Available from :http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm [17/12/2012]
10. Crippen D (1991)"Practical Aspects of Life Support withdrawal: a Critical Care Physician's opinion", Clinical Intensive Care, 2:260-265.
11. Dowbiggin I. (2003) A Merciful End: the Euthanasia Movement in Modern America. Oxford University Press, New York.
12. Ebbott K.(2010) "A good Death" Defined by Law: Comparing the Legality of Aid-In-Dying around the World" ,William Mitchell Law Review. 37(1) :170-205.
13. Foster T. A. (1995) "Can Society Deny the Right to Die?" British Medical Journal,310 (6992) :1466 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2549828/ [2/1/2013].
14. Glover J.J. (1990) " The Case of Ms. Nancy Cruzan and the Care of the Elderly " Journal of the American Geriatrics Society, 38(5):588-93.
15. Harris, NM. (2001) "The Euthanasia Debate" Journal of the Royal Army Medical Corps 147 (3): 367–70.
16. Hurst S. A. , Mauron A., (2003)Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians ,British Medical Journal, 326(7383): 271–273
17. Janssen A. (2002) The New Regulation of Voluntary Euthanasia and Medically Assisted Suicide in the Netherlands Inernational Journal of Law, Policy and the Family 16(2): 260-269.
18. LaFollette H. (2002) Ethics in Practice: an Anthology, Blackwell Publishing, Oxford.
19. Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul FG, van Delden J, van der Heide A. (2012) "Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey" The lancet. 380(9845) : 908-915.
20. Oregon Department of Human Services (2006) "Death With Dignity Act History" Available from: http://public.health.oregon.gov/

ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/history.pdf [2/1/2013]
21. Perrett RW. (1996) "Buddhism, Euthanasia and the Sanctity of Life" Journal of Medical Ethics, 22 (5): 309–313.
22. Prado C. J., Taylor S. J. (1999) Assisted Suicide : Theory and Practice in Elective Death, Humanity Books, New York.
23. Rachels J.(1975) "Active and Passive Euthanasia" New England. Journal of Medicine 1975; 292 (2): 78–80.
24. Samarel N. (1995) The Dying Process, In H. Wass & R.A. Niemeyer (Eds.), Dying : Facing the Facts, DC : Taylor & Francis, Washington.
25. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. BMJ 2010;341:c5174. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/ [2/1/2013]
26. Sommerville A. (1995) "Remembrance of Conversations Past : Oral Advance Statements about Medical Treatment" British Medical Journal 310 (6995) : 1663-1665 Available from : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550060/ [2/1/2013].
27. Stuart G. Gurter W. Demy T. (1998) Suicide and Euthanasia, Grand Rapids: Kregel Publications.

Η επίδραση της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στον πόνο νοσηλευομένων ασθενών σε Ογκολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου

Κωνσταντινίδης Θ.[1], Ντούμα Ι.[2], Καπρινιώτη Μ[2].

1. ΠΕ Νοσηλευτής, Μ.Ρ.Η., Καθηγητής Εφαρμογών, Τομέας Παθολογικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης **2.** ΤΕ Νοσηλεύτρια

Διεύθυνση επικοινωνίας
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Αρτακίνας 14, Μεσαμπελιές,71409, Ηράκλειο Κρήτης Τηλ: 6974718821
Ηλεκ. διεύθυνση: harriskon@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της μεταβολής στην ένταση του πόνου από τη συνολική ιατρονοσηλευτική φροντίδα κατά τη νοσηλεία ογκολογικών νοσηλευόμενων ασθενών.
Υλικό και Μέθοδος: Σε 100 τυχαίους ασθενείς Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου που έπασχαν από καρκίνο πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου, δόθηκε αριθμητική κλίμακα μέτρησης πόνου που βαθμολογήθηκε από 0 έως 10, την οποία συμπλήρωναν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και πριν την έξοδο τους από αυτό. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς το Νοέμβριο του 2008.
Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που συμπλήρωσαν την κλίμακα μέτρησης (ν=98) με βαθμολογία από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα», ανέφεραν μέση ένταση πόνου κατά την εισαγωγή τους 2,18 και κατά την έξοδο τους 1,94 (p=0,218). Παρά τις χαμηλές τιμές έντασης πόνου, στους 23(23,5%) ασθενείς, ο πόνος κατά τη νοσηλεία τους επιδεινώθηκε, ενώ στους 9(9,2%) παρέμεινε αμετάβλητος και δεν ήταν μηδενικός στην αρχική αξιολόγηση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στην ένταση του πόνου σε σχέση με την ηλικία (<65, 65+), την αιτία εισαγωγής (χημειοθεραπεία ή αντιμετώπιση παρενεργειών/συμπτωμάτων) και το είδος του καρκίνου (πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου).
Κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο οι ασθενείς συμφώνησαν ότι ότι ο πόνος τους αντιμετωπιζόταν ικανοποιητικά από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές (94,1% και 96,9% αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Ο πόνος φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από την ηλικία των ασθενών, το είδος του καρκίνου και την αιτία εισαγωγής στο συγκεκριμένο Ογκολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου που έγινε η μελέτη. Παρά την ικανοποιητική διαχείρισή του από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό υπάρχουν περιπτώσεις που ο πόνος επιδεινώνεται και απαιτείται εξατομικευμένη αξιολόγηση του.
Λέξεις - Κλειδιά: Πόνος, ογκολογικός ασθενής, ιατρονοσηλευτική φροντίδα

ORIGINAL ARTICLE

The Effect Of Medical Care In Hospitilized Patients Pain In A General Hospital Oncology Department

Theocharis Konstantinidis[1], Ioanna Ntouma[2], Maria Kaprinioti[2]

1. RN, BSc, MPH, Lecturer, TEI of Crete, Nursing Department **2.**RN

ABSTRACT

Aim: The assessment of pain intensity variation in hospitalized cancer patients during their medical care.
Material and methods: A numerical pain scale (0 to 10) was administered to 100 randomly selected patients to score their pain intensity, during their admission and before their discharge time. The target group included patients suffering from lung, breast and large intestine cancer while being treated in a general hospital medical oncology department. The questionnaires were completed in November 2008.
Results: In the scale of 0: "no pain at all" to 10: "unbearable pain", the patients who completed it (n=98), reported an average 2,18 pain intensity during their admission time and 1,94 (p=0,218) just before their discharge from hospital. Despite the low pain intensity scored by patients, 23 (23,5%) patients described their pain during hospitalization as deteriorated, while a percentage of 9 (9,2%) patients referred their pain as stable (score >0). There was no statistically significant change in pain intensity in relation to age (<65, 65+), reason of submission (chemotherapy or side effects/symptoms coping) and cancer type (lung, breast and large intestine). During their discharge from hospital, the patients stated that their pain was managed satisfactorily by doctors and nurses (94,1% and 96,9% respectively).
Conclusion: The intensity of pain seems not to be correlated with patient's age, type of cancer and reason of submission, to this general hospital's oncology department. Despite pain's satisfactory management by doctors and nurses, there are cases where pain level deteriorates requiring individualized assessment for every patient.
Keywords: Pain, cancer patient, medical care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ένα χρόνιο νόσημα που προκαλεί αρκετά σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα (Foster et al. 2009, Wilson et al. 2007). Τα περισσότερα από αυτά είναι αποτέλεσμα της νόσου και των συχνών επιπλοκών της, των διαφόρων θεραπειών και των παρενεργειών τους, της χρονιότητας της νόσου, των συχνών εισαγωγών και της υποστελέχωσης του προσωπικού των μονάδων φροντίδας υγείας (Cho et al. 2003, Kuuppelomaki & Lauri 1998, Molassiotis et al. 2010). Αν και κάθε ογκολογικός ασθενής εμφανίζει ποικιλία συμπτωμάτων, που εξαρτώνται κυρίως από το είδος του καρκίνου, το στάδιο και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης, ο καρκινικός πόνος αποτελεί ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται σε πολύ μεγάλα ποσοστά σε κάποια φάση της πορείας της νόσου (Mercadante et al. 1994). Ποικίλει ως προς την αιτιολογία, την ένταση, τη διάρκεια, την ποιότητα, αυξάνεται συνήθως με το χρόνο και αν και τις περισσότερες φορές δεν είναι βασανιστικός. Παραμένει ενοχλητικός, μεταβάλλει την καθημερινότητα του ασθενή και την ποιότητα ζωής του, επηρεάζοντας τελικά όχι μόνο τον ίδιο αλλά και το συγγενικό και υποστηρικτικό του περιβάλλον που τον βλέπει να υποφέρει (Banning et al. 1991, Ferrel et al. 1999).

Η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι σχετικά απλή διαδικασία με τις διάφορες κλίμακες μέτρησης πόνου που υπάρχουν (π.χ. οπτική αναλογική, αριθμητική, λεκτική περιγραφική, πολυδιάστατες) και εύκολα μπορούν να συμπληρωθούν τόσο από τον ασθενή όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Frampton & Hughes-Webb 2011, Williamson & Hoggart 2005). Δυστυχώς, όμως, δεν αποτελεί διαδικασία ρουτίνας στα ογκολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Το προσωπικό εστιάζεται πρωτίστως στη θεραπεία της νόσου και υποεκτιμά υποκειμενικά συμπτώματα που δεν αναφέρει ο ασθενής. Ο χρόνος που αφιερώνει στους ασθενείς λόγω φόρτου εργασίας είναι περιορισμένος, οι παρεμβάσεις τους επηρεάζονται συχνά από τις δικές τους αντιλήψεις για τις ανάγκες των ασθενών, υπάρχει ελλιπής συστηματική εκπαίδευση τους, ενώ και οι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν αυτά τα προβλήματα. Έτσι συχνά και ο πόνος υποεκτιμάται ή δεν αξιολογείται καθόλου προκαλώντας ποικίλα προβλήματα στον ασθενή (Ζώης και Πατηράκη-Κουρμπάνη 2008, Portenoy & Lesage 1999).

Σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Εταιρίας Μελέτης του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) του 1979, ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύει κάποια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται από το μέγεθος μιας τέτοιας βλάβης. Οι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, εκτός των σωματικών προβλημάτων (διαταραχές ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μειωμένη δραστηριότητα) αντιμετωπίζουν σε μεγάλο ποσοστό ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φόβο, απελπισία), επηρεάζεται η προσωπικότητά τους καθώς και η οικογενειακή και η κοινωνική τους ζωή (Gregurek et al. 2010, McMillan et al. 2008, Peters & Sellick 2006).

Ενώ η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι απλή στην εφαρμογή της, η αξιολόγηση των αιτιών που τον προκαλούν και η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης (φαρμακευτική, μη φαρμακευτική ή συνδυασμός και των δυο) απαιτεί εξειδικευμένη γνώση, ενεργοποίηση της ομάδας υγείας, ολιστική προσέγγιση και συνεχή ανατροφοδότηση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που οδηγούν στην ανακούφιση του (Jack et al. 2006, Ροβίθης 2002).

Ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί ιδανικό σημείο για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου. Η εκτίμηση του από τους ίδιους τους ασθενείς και με την ίδια κλίμακα μέτρησης πόνου κατά την εισαγωγή και την έξοδό τους από το νοσοκομείο και οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας θεωρούνται ως αξιόπιστα μέτρα εκτίμησης της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Caraceni et al. 2004, Twycross et al. 1996). Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μέτρηση της μεταβολής στην ένταση του πόνου από τη συνολική ιατρονοσηλευτική φροντίδα σε νοσηλευόμενους ογκολογικούς ασθενείς γενικού νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης σε εκατό τυχαίους νοσηλευόμενους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα, παχέος εντέρου και μαστού από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα το Νοέμβριο του 2008.

Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα: να έχει προηγηθεί διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός από τη διάγνωση, να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών, να έχουν υποβληθεί τουλάχιστον σε μια θεραπεία (χημειοθεραπεία, χειρουργείο, ακτινοθεραπεία), να μιλούν ελληνικά και η γενική τους κατάσταση να τους επιτρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Όλοι οι ασθενείς ανεξάρτητα από τον αριθμό εισαγωγών τους στο χρονικό διάστημα της μελέτης, επιλέχτηκαν μόνο μια φορά.

Για τη συλλογή των δεδομένων δόθηκε στους ασθενείς το ίδιο ερωτηματολόγιο σε δύο αντίγραφα. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το πρώτο με την εισαγωγή τους στη κλινική και το δεύτερο με την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, την αιτία εισαγωγής και την αριθμητική κλίμακα για τη μέτρηση του πόνου και του ύπνου. Ως μέθοδος αξιολόγησης του κλινικού πόνου χρησιμοποιήθηκε η αριθμητική κλίμακα, η οποία έχει λεκτικά άκρα, §καθόλου§ και §ανυπόφορος πόνος§, βαθμολογείται από 0 έως 10 και ο ασθενής επιλέγει/κυκλώνει τον αριθμό που τον εκφράζει καλύτερα. Καταγράφηκαν, επίσης τα αναλγητικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς, καθώς επίσης και η εκτίμηση τους για το πόσο ικανοποιητικά αντιμετωπίζεται ο πόνος τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε

μετά από την υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο και πριν την παραλαβή των δυο ερωτηματολογίων, οι ασθενείς ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για το σκοπό της έρευνας, τις οδηγίες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και τον τρόπο αυτοαξιολόγησης της έντασης του πόνου. Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν για την συμπλήρωση και παράδοση του δεύτερου ερωτηματολογίου πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 18.0. Στον προσδιορισμό των περιγραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών ελέγχθηκαν τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων με τους ελέγχους Student t και x2.

Με τη μέθοδο Student t ζευγαρωτών παρατηρήσεων, όπως και με τους μη παραμετρικούς ελέγχους McNemar, Wilcoxon Signed Rank Test και περιθωριακής ομογένειας, καθορίστηκαν τα επίπεδα τυχόν σημαντικών μεταβολών στην εκτίμηση της έντασης πόνου μεταξύ εισαγωγής και εξόδου των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς (61 άνδρες και 39 γυναίκες) κυρίως έγγαμοι (80%), που έπασχαν από καρκίνο πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου, με μέση ηλικία τα 62,6±10,8 έτη (Πίνακας 1). Στα χαρακτηριστικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών της μελέτης, στατιστικώς σημαντική διαφορά προέκυψε στην οικογενειακή κατάσταση, καθώς το 25,6% των γυναικών ήταν χήρες έναντι 1,6% των ανδρών x2 έλεγχος, p=0,002). Αρκετοί είχαν ήδη υποβληθεί πριν την εισαγωγή τους σε χειρουργική επέμβαση (66,3%), ακτινοθεραπείες (43,9%) και χημειοθεραπεία (99%) (Πίνακας 2), ενώ στην παθολογική ογκολογική κλινική στη φάση της μελέτης εισήχθησαν για χημειοθεραπεία (66%) ή για την αντιμετώπιση παρενεργειών της θεραπείας ή των συμπτωμάτων της ασθένειας (34%) (Πίνακας 3).

Στον Πίνακα 4 καταγράφηκε η ένταση του πόνου και η επίδραση του στον ύπνο κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Η μέση βαθμολογία της έντασης του πόνου στην κλίμακα μέτρησης από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα», κατά την εισαγωγή τους ήταν 2,18 και κατά την έξοδο τους 1,94 (p=0,218). Για τα προβλήματα με τον ύπνο, η μέση βαθμολογία κατά την εισαγωγή με 1,31 και κατά την έξοδο 1,52, με εξίσου στατιστικώς μη σημαντική μεταβολή.

Μετρήθηκε επίσης η μεταβολή στην ένταση του ατομικού πόνου κάθε ασθενή κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο (Πίνακας 5). Από όσους ανέφεραν πόνο κατά την εισαγωγή τους, στους 23(23,5%) ασθενείς ο πόνος τους επιδεινώθηκε, στους 9(9,2%) παρέμεινε αμετάβλητος, ενώ στους 28(28,6%) παρουσίασε βελτίωση.

Περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων (Πίνακας 6) δεν

Πίνακας 1.
Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 100 ασθενών της μελέτης.

Φύλο	Άνδρες -Γυναίκες	61 – 39
Ηλικία, χρόνια μέση ηλικία (τυπική απόκλιση):	όλων των ασθενών	62,6 (10,8)
	με καρκίνο πνεύμονα	62,2 (8,1)
	με καρκίνο μαστού	64,1 (11,7)
	με καρκίνο παχέος εντέρου	68,8 (13,1)
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος/η	80
	άγαμος/η	5
	διαζευγμένος/η	4
	χήρος/α	1
Επίπεδο εκπαίδευσης	δημοτικό ή καθόλου	53
	γυμνάσιο, λύκειο, σχολή	32
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	15
Συμβίωση με	σύζυγο	39
	σύζυγο και παιδιά	41
	παιδιά	4
	μόνος/η	11
	άλλους (αδέρφια, αποκλειστική κ.λπ.)	5
Είδος καρκίνου	πνεύμονα	45
	μαστού	17
	παχέος εντέρου	38

Πίνακας 2.
Αιτίες νοσηλείας των ασθενών της μελέτης σε σχέση με την είσοδο και έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Για την αιτία νοσηλείας στην κλινική, έχουν γίνει μέχρι στιγμής:	Χρόνος νοσηλείας Είσοδος	Έξοδος N (%)	P-value
Χειρουργική επέμβαση	65 (66,3)	68 (69,4)	0,250†
Ακτινοθεραπεία *	43 (43,9)	48 (49,0)	0,025++
Χημειοθεραπεία *	97 (99,0)	98 (100)	0,317++

* Η θεραπεία έχει συχνότητα 0 έως 3.
† Έλεγχος McNemar (μεταβολή κατάστασης).
++ Έλεγχοι Wilcoxon (μεταβολή συχνότητας).

Πίνακας 3.
Χαρακτηριστικά νοσηλείας των ασθενών της μελέτης.

Λόγος εισαγωγής για νοσηλεία την παρούσα χρονική στιγμή	Σύνολο N (%)	Είδος καρκίνου Πνεύμονα	Μαστού	Παχέος εντέρου
Χημειοθεραπεία	66 (66,0)	28 (62,2)	7 (41,2)	31 (81,6)
P-value				0,011
Αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων της ασθένειας	34 (34,0)	17 (37,8)	10 (58,8)	7 (18,4)

x^2 έλεγχος

Πίνακας 4.
Εκτίμηση της έντασης και επίδρασης του πόνου* των ασθενών της μελέτης στην Είσοδο και Έξοδο τους από την νοσηλεία.

		Χρόνος νοσηλείας Είσοδος Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ**)	Έξοδος	P-value
Ένταση πόνου	την τρέχουσα στιγμή	2,18 (0,0-4,0)	1,94 (1,0-3,0)	0,218
Επίδραση πόνου	στον ύπνο	1,31 (0,0-1,0)	1,52 (0,0-3,0)	0,325

* Η κλίμακα μέτρησης αφορά τιμές από 0: «δεν πονάω καθόλου» έως 10: «πονάω ανυπόφορα».
** ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος.
Έλεγχος Student ζευγαρωτών παρατηρήσεων.

Πίνακας 5:
Μεταβολή της έντασης του ατομικού πόνου κάθε ασθενή

	v	%
Όσοι είχαν 0 και παρέμειναν 0 (χωρίς πόνο)	38	38,8
Όσοι είχαν ίδιο πόνο (αμετάβλητοι)	9	9,2
Όσοι βελτιώθηκαν (μείωση πόνου)	28	28,6
Όσοι επιδεινώθηκαν (αύξηση πόνου)	23	23,5
Σύνολο	98	100,0

Πίνακας 6:
Ένταση του πόνου κατά την είσαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο σε σχέση με:

α) την ηλικία των ασθενών	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
<65 ετών	2,0 (0,0 – 3,0)	
		0,872
≥65	2,3 (0,0 – 5,0)	
Mann Whitney test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

β) το είδος του καρκίνου	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
πνεύμονα	2,14 (0,0-5,0)	
μαστού	3,53 (3,0-7,0)	0,083
παχέος εντέρου	1,63 (0,0-2,0)	
Kruskall Wallis test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

γ) την αιτία εισαγωγής	Μέση τιμή (Διάμεσος - ΕΤΕ*)	P-value
Χημειοθεραπεία	1,68 (0,0 – 2,0)	
		0,116
Αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων της ασθένειας	3,03 (3,0 – 6,0)	
Mann Whitney test		
* ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος		

Πίνακας 7.
Ικανοποίηση των ασθενών και ανακούφιση του πόνου από τη στάση που τηρούν Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.

		Βαθμός συμφωνίας Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	
					%	P-value
Οι γιατροί συνήθως αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον πόνου μου	Είσοδος	95,9	3,1	1,0	--	
						0,366
	Έξοδος	94,1	3,1	1,0	1,0	
Οι νοσηλευτές συνήθως αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τον πόνου μου	Είσοδος	98,0	2,0	--	--	
						0,366
	Έξοδος	96,9	2,0	1,0	--	
Ο πόνος μου ως σύμπτωμα ανακουφίζεται επαρκώς κατά τη νοσηλεία στην κλινική	Είσοδος	92,9	6,1	--	1,0	
						0,617
	Έξοδος	93,9	3,1	1,0	2,0	
# Έλεγχος περιθωριακής ομογένειας (μεταβολή κατάστασης).						

ανέδειξε στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ένταση του πόνου σε σχέση με την ηλικία (<65, 65+), την αιτία εισαγωγής (χημειοθεραπεία ή αντιμετώπιση παρενεργειών/ συμπτωμάτων) και το είδος του καρκίνου (πνεύμονα, μαστού και παχέος εντέρου) με ισχυρότερο πόνο κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο να αναφέρουν οι άνω των 65ασθενείς (μέσος όρος, μ.ο 2,3), τα άτομα που νοσηλεύονται για αντιμετώπιση παρενεργειών ή συμπτωμάτων (μ.ο. 3,03) και οι γυναίκες με καρκίνο μαστού (μ.ο. 3,53). Η χαμηλή βαθμολογία (απουσία πόνου) συσχετιζόταν με το γεγονός ότι το 70% των ασθενών κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο ελάμβανε αναλγητική αγωγή.

Εκτιμήθηκαν, επίσης οι αντιλήψεις των ασθενών για το αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και γενικά η νοσηλεία τους στην κλινική συνέβαλλε στην ανακούφιση του πόνου όσων έπασχαν (Πίνακας 7). Κατά την είσοδο τους, το 98% των ασθενών συμφωνούσε με την άποψη ότι ο πόνος τους αντιμετωπιζόταν ικανοποιητικά από τους νοσηλευτές σε προηγούμενες νοσηλείες τους και κατά την έξοδο το 96,9% (p=0,366), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ίδια ερώτηση για τους γιατρούς ήταν 95,9% και 94,1% (p=0,366). Τέλος, μόνο το 3% ανέφερε ότι "διαφωνεί" ή "μάλλον διαφωνεί" στο ότι ο πόνος τους ως σύμπτωμα ανακουφιζόταν επαρκώς κατά τη νοσηλεία τους στη κλινική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασική επιδίωξη της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή της μεταβολής στην ένταση του πόνου ασθενών ως αποτέλεσμα της συνολικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε νοσοκομείο. Διαπιστώθηκε χαμηλή ένταση πόνου τόσο κατά την εισαγωγή, όσο και κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, αλλά καταγράφηκαν επίσης αρκετές περιπτώσεις στις οποίες υπήρξε επιδείνωση του πόνου και για τις οποίες θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη φροντίδα.

Οι ασθενείς με καρκίνο αποτελούν μια ομάδα ασθενών που εμφανίζει πολλά προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν όχι μόνο τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους (Dougherty 2010). Βασική παράμετρο για αυτή την κατάσταση αποτελούν οι επιπλοκές της νόσου και ο συνδυασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση (Bower et al. 2010, Partridge et al. 2001). Στην παρούσα έρευνα, τα 2/3 του δείγματος, αν και νοσηλεύονταν σε παθολογικό - ογκολογικό τμήμα, είχαν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και αρκετοί ασθενείς σε ακτινοθεραπεία. Επίσης, στον ίδιο χώρο, με αναλογία 2:1, νοσηλεύονταν ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία και ασθενείς για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου και των παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής.Ο συνδυασμός των παραπάνω καταστάσεων οδηγεί συνήθως σε επιδείνωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς όπως είναι ο πόνος, οι διαταραχές του ύπνου, οι αιματολογικές διαταραχές κ.ά. (McGuire 2004, Mystakidou et al. 2007). Αν και ο πόνος αναφέρεται πιο έντονος σε ασθενείς που εισήχθησαν για παρενέργειες της νόσου ή της θεραπείας (Goudas et al. 2005, Strömgren et al. 2004), στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές πόνου και σημαντικές μεταβολές στην ένταση του. Η μέση βαθμολογία του κυμάνθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους από 2,18 κατά την εισαγωγή τους, σε 1,94 κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, χωρίς να μεταβάλλεται σημαντικά. Σύμφωνα με την Beck et al. (2010), χαμηλή ένταση πόνου συσχετίζεται με αποτελεσματική διαχείριση του σε επίπεδο νοσοκομείου και άριστη φροντίδα.

Οι ασθενείς αξιολόγησαν τον πόνο μόνοι τους με τη χρήση μιας αριθμητικής κλίμακας πόνου κατά την εισαγωγή και πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η συγκεκριμένη κλίμακα είναι αποτελεσματική για την καταγραφή του πόνου (Frampton & Hughes-Webb 2011), ενώ και η αυτοαξιολόγηση του πόνου από τους ίδιους τους ασθενείς αποτελεί αξιόπιστο τρόπο μέτρησης, που συμβάλλει στην καλύτερη διαχείρισή του (Caraceni et al. 2004, Williamson & Hoggart 2005).

Αντίστοιχες χαμηλές τιμές παρατηρούνται στην κλινική στην επίδραση του πόνου στον ύπνο (μέση βαθμολογία 1,31 κατά την είσοδο και 1,52 κατά την έξοδο, p=0,325). Ο πόνος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών του ύπνου. Πιθανότατα, οι χαμηλές τιμές έντασης πόνου εξηγούν και τις αντίστοιχες τιμές για τον ύπνο (Rumble et al. 2005). Παρά, όμως, τα χαμηλά επίπεδα πόνου που παρατηρούνται στους ασθενείς της μελέτης, από την περαιτέρω ανάλυση της έντασης του ατομικού πόνου του κάθε ασθενή, διαπιστώνεται ότι περίπου στο 25% των ατόμων, ο πόνος τους επιδεινώνεται κατά την παραμονή τους στη κλινική, ενώ σε ποσοστό 9,2% παραμένει αμετάβλητος (και δεν ήταν μηδενικός κατά την αρχική αξιολόγηση). Τα παραπάνω αποτελέσματα υποδηλώνουν την ανάγκη εξατομικευμένης, συνεχιζόμενης εκτίμησης και διαχείρισης του πόνου (Vallerand et al. 2011), ιδίως στις περιπτώσεις που λόγω χαμηλής έντασης μπορεί να μην αναφέρεται ή να υποεκτιμάται, τόσο από τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό και να μην ενεργοποιείται αποτελεσματικά η διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισής του (Fairchild 2010). Ο πόνος δεν είναι σταθερός, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με την αναλγητική αγωγή, την πορεία της νόσου ή όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε νέες αποτελεσματικές θεραπείες (Alexopoulos et al. 2010) και η γνώση αυτή πρέπει να παραμένει επίκαιρη στη σκέψη όλων όσων διαχειρίζονται τα μέτρα ανακούφισης από τον πόνο στη κλινική.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σχέση πόνου με την ηλικία των ασθενών στο νοσοκομείο και το είδος του καρκίνου από το οποίο έπασχαν. Μια πρόσφατη έρευνα του Kirkova et al. (2011) δεν διαπιστώνει επίσης διαφορά στη σοβαρότητα και την επί-

πτωση του πόνου σε πολλούς διαφορετικούς καρκίνους ασθενών με προχωρημένο νόσο. Επιπρόσθετα, οι Green & Hart Johnson (2010) αναφέρουν στην έρευνα τους μη σημαντικές διαφορές στη σοβαρότητα του πόνου σε σχέση με την ηλικία, συμφωνώντας με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όσον αφορά στη σχετική ομοιόμορφη διασπορά της έντασης του πόνου, ανεξάρτητα από το είδος του καρκίνου και την ηλικία των ασθενών.

Η χαμηλή βαθμολογία της έντασης του πόνου πιθανότατα συσχετίζεται και με την συντριπτικά μεγάλη ικανοποίηση των ασθενών από τον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου τους από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη. Όπως τονίζει ο Green et al. (2003), τα χαρακτηριστικά του ιατρικού προσωπικού και οι θεραπευτικοί στόχοι που επιλέγει καθώς και η κατάσταση και τα πιστεύω του ασθενή (Naveth et al. 2011) καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ανακούφιση του από τον πόνο.

Δυο ήταν οι βασικοί περιορισμοί στην παρούσα μελέτη. Το δείγμα που επιλέχτηκε αποτελούνταν από ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα, χωρίς όμως να καταγραφεί το στάδιο της νόσου. Μερικές φορές, όμως, οι ογκολογικοί ασθενείς με προχωρημένη νόσο, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα επιβαρυμένη ποιότητα ζωής και πόνο, σε σχέση με τους νεοδιαγνωσθέντες. Επίσης, οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη έπασχαν από διαφορετικά είδη καρκίνου.Ο σκοπός μας όμως ήταν να καταγράψουμε στο σύνολο των ασθενών την επίδραση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του πόνου, ανεξάρτητα από το είδος του καρκίνου, το στάδιο της νόσου και την αναλγητική αγωγή. Περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών θα μπορούσε να μελετήσει την ένταση του πόνου σε κάθε στάδιο ξεχωριστά και σε κάθε είδος καρκίνου, σε συνδυασμό με το είδος της φαρμακευτικής/αναλγητικής αγωγής.

Παρά τις αδυναμίες της παρούσας μελέτης είναι προφανές ότι στη συγκεκριμένη κλινική λειτουργούν όλοι εκείνοι οι μηχανισμοί και γίνονται οι απαιτούμενες παρεμβάσεις που οδηγούν σε αποτελεσματική διαχείριση του πόνου κάθε ασθενή, ιδιαίτερα κατά την ολιγοήμερη παραμονή του στο νοσοκομείο. Υποστηρίζεται, επίσης, η άποψη ότι ανεξάρτητα από την ηλικία των ασθενών, το είδος του καρκίνου και την αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο, μια ουσιαστική προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ελαττώνει σημαντικά την ένταση του και βελτιώνει την ικανοποίηση του ασθενή. Είναι σημαντικό, όμως, να επισημανθεί ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που η ένταση του πόνου έχει χαμηλή βαθμολογία, υπάρχουν περιπτώσεις που ο πόνος συγκεκριμένων ασθενών επιδεινώνεται κατά τη νοσηλεία τους. Έτσι, είναι ουσιαστική η εξατομικευμένη και συστηματική εκτίμηση του πόνου κάθε ασθενή ακόμη και με τη χρήση απλών αριθμητικών κλιμάκων που αναδεικνύουν τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alexopoulos, E. C., Koutsogiannou, P., Moratis, E., Mestousi, A., Jelastopulu, E. (2011) 'Pain in cancer patients: The Greek experience'. European Journal of Oncology Nursing 15(5), 442-446

Banning, A., SjΩgren, P., Henriksen, H. (1991) 'Pain causes in 200 patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic'. Pain 45(1), 45-48

Beck, S. L., Towsley, G. L., Berry, P. H., Lindau, K., Field, R. B., Jensen S. (2010) 'Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives'. Journal of Pain and Symptom Management 39(1), 100-115

Bower, W. F., Vlantis, A. C., Chung, T. M., Van Hasselt, C. A. (2010) 'Mode of treatment affects quality of life in head and neck cancer survivors: Implications for holistic care'. Acta Oto-laryngologica 130(10), 1185-1192

Caraceni, A., Galbiati, A., Brunelli, C., Gorni, G., Martini, C., Zecca, E., De Conno, F. (2004) 'Cancer patient compliance in the self-administration of a pain assessment tool'. Journal of Pain and Symptom Management 27(5), 417-424

Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H., Smith, D. G. (2003) 'The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs'. Nursing Research 52(2), 71–79

Dougherty, M. (2010) 'Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience'. Clinical Journal of Oncology Nursing 14(3), 301-6

Fairchild, A. (2010) 'Under-treatment of cancer pain'. Current Opinion in Supportive and Palliative care 4(1), 11-15

Ferrell, B. R., Grant, M., Borneman, T., Juarez, G., ter Veer, A. (1999) 'Family caregiving in cancer pain management'. Journal of Palliative Medicine 2(2), 185-195

Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J., Roffe, L. (2009) 'Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence'. European Journal of Cancer Care 18(3), 223-247

Frampton, C. L., Hughes-Webb P. (2011) 'The measurement of pain'. Clinical Oncology 23(6), 381-386

Goudas, L. C., Bloch, R., Gialeli-Goudas, M., Lau, J., Carr, D. B. (2005) 'The epidemiology of cancer pain'. Cancer Investigation 23(2), 182-190

Green, C. R., Hart-Johnson, T. (2010) 'Cancer pain: an age-based analysis'. Pain Medicine 11(10), 1525-1536

Green, C. R., Wheeler, J. R., LaPorte, F. (2003) 'Clinical decision making in pain management: Contributions of physician and patient characteristics to variations in practice'. The Journal of Pain 4(1), 29-39

Gregurek, R., Bras, M., Dordeviç, V., Ratkoviç, A. S., Brajkoviç, L. (2010) 'Psychological problems of patients with cancer'. Psychiatria Danubina 22(2), 227-230

International Association for the Study of Pain (2011) Pain terms. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Def i...isplay .cfm&ContentID=1728#Pain> [17 July 2011]

Jack, B., Hillier, V., Williams, A., Oldham, J. (2006) 'Improving cancer

patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team'. European Journal of Cancer Care 15(5), 476-480

Kirkova, J., Rybicki, L., Walsh, D., Aktas, A., Davis, M. P., Karafa, M. T. (2011) 'The relationship between symptom prevalence and severity and cancer primary site in 796 patients with advanced cancer'. The American Journal of Hospice and Palliative Care 28(5), 350-355

Kuuppelomaki, M., Lauri, S. (1998) 'Cancer patients' reported experiences of suffering'. Cancer Nursing 21(5), 364-69

McGuire, D. B. (2004) 'Occurrence of cancer pain'. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (32), 51-56

McMillan, S. C., Tofthagen, C., Morgan, M. A. (2008) 'Relationships among pain, sleep disturbances, and depressive symptoms in outpatients from a comprehensive cancer center'. Oncology Nursing Forum 35(4), 603-611

Mercadante, S., Armata, M., Salvaggio, L. (1994) 'Pain characteristics of advanced lung cancer patients referred to a palliative care service'. Pain 59(1), 141-145

Molassiotis, A., Zheng, Y., Denton-Cardew, L., Swindell, R., Brunton, L. (2010) 'Symptoms experienced by cancer patients during the first year from diagnosis: patient and informal caregiver ratings and agreement'. Palliative & supportive care 8(3), 313-324

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Gennatas, K., Smyrniotis, V., Vassiliou, I. (2007) 'The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients'. Sleep, 30(6), 737-742

Naveh, P., Leshem, R., Dror, Y. F., Musgrave, C. F. (2011) 'Pain severity, satisfaction with pain management, and patient-related barriers to pain management in patients with cancer in Israel'. Oncology Nursing Forum 38(4), E305-513

Partridge, A. H., Burstein, H. J., Winer, E. P. (2001) 'Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer'. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (30), 135-142

Peters, L., Sellick, K. (2006) 'Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care'. Journal of Advanced Nursing 53(5), 524-533

Portenoy, R.K., Lesage, P. (1999) 'Management of cancer pain'. Lancet 353(9165), 1695-1700

Ροβίθης, Μ. (2002) 'Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου'. Νοσηλευτική 41(2), 156-162

Rumble, M.E., Keefe, F.J., Edinger, J.D., Porter, L.S., Garst, J.L. (2005) 'A pilot study investigating the utility of the cognitive-behavioral model of insomnia in early-stage lung cancer patients'. Journal of Pain and Symptom Management 30(2), 160-169

Strömgren, A.S., Groenvold, M., Petersen, M.A., Goldschmidt, D., Pedersen, L., Spile, M., Irming-Pedersen, G., Sjogren, P. (2004) 'Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care'. Journal of Pain and Symptom Management 27(2), 104-113

Twycross, R., Harcourt, J., Bergl, S. (1996) 'A survey of pain in patients with advanced cancer'. Journal of Pain and Symptom Management 12(5), 273-282

Vallerand, A. H., Musto, S., Polomano, R. C. (2011) 'Nursing's role in cancer pain management'. Current Pain and Headache Reports 15(4), 250-262

Williamson, A., Hoggart, B. (2005) 'Pain: a review of three commonly used pain rating scales'. Journal of Clinical Nursing 14(7), 798-804

Wilson, K.G., Chochinov, H.M., McPherson, C.J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., Fainsinger. R.L. (2007) 'Suffering with advanced cancer'. Journal of Clinical Oncology 25(13), 1691-1697

Ζώης, Κ., Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2008) 'Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου'. Νοσηλευτική 47(2), 167–174

Μεταβολές της Ποιότητας Ζωής τραυματιών μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ

Παντελής Στεργιάννης[1], Γεώργιος Φιλντίσης[2], Γεώργιος Ίντας[3], Θεοφάνης Κατοστάρας[4], Πέτρος Γαλάνης[5], Στυλιανός Καρατζάς[6], Περιστέρα Σεφέρη[7], Αναστασία Τσαγκάρη[8], Γεώργιος Μπαλτόπουλος[9]

1. Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD(c), ΠΑΝ ΜΕΘ ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», pantstergiannis@yahoo.gr **2.** Αναπληρωτής Καθηγητής Υπερβαρικής Οξυγονοθεραπείας και Εντατικής Ιατρικής Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, fildiss@nurs.uoa.gr **3.** Νοσηλευτής ΠΕ, MSc, PhD, ΓΝ «Η Αγία Βαρβάρα», intasgeo@yahoo.gr **4.** Αναπληρωτής Καθηγητής Οικονομικών Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, tkatos@nurs.uoa.gr **5.** Νοσηλευτής ΠΕ, MSc Δημόσιας Υγείας, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, pegalan@nurs.uoa.gr **6.** Εντατικολόγος, PhD, Διευθυντής ΜΕΘ ΓΝ «Ιπποκράτειο», spkaratzas@gmail.com **7.** Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναισθησιολογικό ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», pseferi@hotmail.com **8.** Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναισθησιολογικό ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», natatsagari@yahoo.gr **9.** Καθηγητής Εντατικολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής ΠΑΝ ΜΕΘ ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», gbaltop@nurs.uoa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το 2007 σημειώθηκαν στην Ελλάδα, 15092 τροχαία ατυχήματα με 1578 νεκρούς και 18886 τραυματίες. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε 24ωρο έχουμε 6 νεκρούς και 67 τραυματίες από Τροχαία Ατυχήματα. Τα τροχαία ατυχήματα επηρεάζουν τομείς της καθημερινότητας του τραυματία, όπως η σωματική του λειτουργία και η ψυχική του υγεία, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται και η ποιότητα της ζωής του. Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η μεταβολή της ποιότητας ζωής των τραυματιών από τροχαία ατυχήματα κατά τη διάρκεια δύο ετών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
Μεθοδολογία: Οι ασθενείς ή οι φροντιστές τους κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο EQ-5D σε 6, 12 ,18 και 24 μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, ώστε να αποτυπωθεί προοδευτικά η μεταβολή της ποιότητας ζωής.
Αποτελέσματα: Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η συμβίωση με άλλα άτομα στο σπίτι, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και η Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των τραυματιών, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το αυξημένο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και η απουσία Κρανιοεγκεφαλικής Κάκωσης σχετίζονταν με αύξηση του δείκτη EQ VAS. Η συχνότητα των σοβαρών προβλημάτων κινητικότητας, αυτοεξυπηρέτησης, καθημερινών δραστηριοτήτων, πόνου/δυσφορίας και άγχους/κατάθλιψης μειωνόταν με το πέρασμα του χρόνου.
Συμπεράσματα: Με το πέρασμα του χρόνου, έως και 2 χρόνια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο η Ποιότητα Ζωής των τραυματιών συνεχίζει να βελτιώνεται, χωρίς όμως να σταθεροποιείται ή να πλησιάζει τα επίπεδα της Ποιότητας Ζωής πριν το ατύχημα.
Λέξεις Κλειδιά: Ποιότητα Ζωής, τροχαία ατυχήματα, τραυματίας, ερωτηματολόγιο EQ-5D.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τροχαία ατυχήματα, αποτελούν για τη διεθνή κοινότητα, και κατά μείζονα λόγο για τη χώρα μας, εθνικό και κοινωνικό πρόβλημα που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, κάθε χρόνο σημειώνονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση 3,5 εκατομμύρια οδικά ατυχήματα με 42.000 νεκρούς και 1,7 εκατομμύρια τραυματίες, εκ των οποίων το 10-12% καταλήγουν σε μόνιμες αναπηρίες (www.who.int). Στην Ελλάδα, κατά μέσο όρο, σημειώνονται 22,000 οδικά ατυχήματα, με 2,100 νεκρούς και 32,000 τραυματίες, εκ των οποίων 3,200 έως 3,500 άτομα καταλήγουν σε μόνιμες αναπηρίες. Ειδικότερα, το 2007 σημειώθηκαν στην Ελλάδα 15,092 τροχαία ατυχήματα με 1578 νεκρούς και 18,886 τραυματίες (www.statistics.gr). Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε 24ωρο έχουμε 6 νεκρούς και 67 τραυματίες από τροχαία ατυχήματα. Τα τροχαία ατυχήματα επηρεάζουν τομείς της καθημερινότητας του τραυματία, όπως η σωματική του λειτουργία και η ψυχική του υγεία, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται και η ποιότητα της ζωής του. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η μεταβολή της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) τραυματιών από τροχαία ατυχήματα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη παρατήρησης. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του νοσοκομείου ΚΑΤ και στην Πανεπιστημιακή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ. Στη μελέτη εντάχθηκαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας άνω των 14 ετών, που είχαν νοσηλευτεί για τουλάχιστον 24 ώρες στις τρεις ΜΕΘ κατά τη τριετία 2008-20010 και ο τραυματισμός τους οφειλόταν σε τροχαίο ατύχημα. Η συλλογή τον δεδομένων ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2009 και τελείωσε τον Ιανουάριο του 2011.

Η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ασθενών έγινε με το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EQ-5D, το οποίο αποτελεί ένα γενικό και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ΠΖ. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του έχει επιβεβαιωθεί με πλήθος μελετών, ενώ έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί στην Ελληνική γλώσσα (Yfantopoulos 2001). Το EQ-5D αποτελείται από το περιγραφικό σύστημα (descriptive system) και την οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS) (Szende et all 2007). Το περιγραφικό σύστημα περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις της υγείας: (α) κινητικότητα, (β) αυτοεξυπηρέτηση, (γ) καθημερινές δραστηριότητες, (δ) πόνος/δυσφορία και (ε) άγχος/κατάθλιψη. Κάθε μία από αυτές διαιρείται σε τρία επίπεδα απαντήσεων: κανένα πρόβλημα, μερικά προβλήματα και σοβαρά προβλήματα. Οι διαφορετικές καταστάσεις υγείας μετατρέπονται σ΄ έναν συνοπτικό δείκτη, που ονομάζεται δείκτης EQ-5D (EQ-5D index). Για τον υπολογισμό του δείκτη EQ-5D χρησιμοποιούνται «βάρη» (weights) από το γενικό πληθυσμό. Επιλέχθηκε η χρήση των «βαρών» που βασίζονται στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, καθώς αποτελούν την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη επιλογή. Επιπλέον, η επιλογή «βαρών» από διαφορετικούς πληθυσμούς δεν διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξαγωγή συμπερασμάτων σε μελέτες όπως η παρούσα. Ο δείκτης EQ-5D κυμαίνεται από -0.109 έως 1, με υψηλότερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κατάσταση υγείας. Ο δείκτης EQ VAS είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα και κυμαίνεται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κατάσταση υγείας.

Για τις ανάγκες της παρούσης μελέτης, οι ασθενείς ή οι φροντιστές τους, όταν αδυνατούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς, κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο EQ-5D 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεση τιμή και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ενώ στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών υπολογίστηκαν η απόλυτη και η σχετική συχνότητα. Ο έλεγχος κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov. Σε όλες τις ποσοτικές μεταβλητές δεν απορρίφθηκε ότι ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, εκτός από τον δείκτη EQ-5D ακόμη και μετά τους μετασχηματισμούς.

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (t test), ενώ για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής σε περισσότερες από 2 κατηγορίες μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).

Στην περίπτωση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, χρησιμοποιήθηκαν:

(α) μη παραμετρικοί έλεγχοι Friedman και Wilcoxon, στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή ή ήταν διατάξιμη μεταβλητή.

(β) παραμετρικός έλεγχος της ανάλυσης διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures of analysis of variance), στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή ή μεταξύ διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική και προέκυπταν περισσότερες από 2 στατιστικά σημαντικές μεταβλητές κατά τη διμεταβλητή ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε το υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression). Υπολογίστηκαν οι συντελεστές b της γραμμικής παλιν-

δρόμησης με τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (τιμές p), καθώς και οι συντελεστές προσδιορισμού (R2). Για την εξουδετέρωση πιθανών συγχυτικών επιδράσεων χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης (backward elimination). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, επελέγησαν από τη διμεταβλητή ανάλυση με βάση τη στατιστική τους σημαντικότητα στο επίπεδο του 0.20 (p<0.20).

Το χρησιμοποιούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (a), σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, ορίστηκε στο 0.05. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences) για Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείτο από 85 ασθενείς με μέση ηλικία 38.8 έτη και τυπική απόκλιση 18.1. Το 80% (n=68) ήταν άντρες, ενώ το 20% (n=17) γυναίκες. Το 85.9% (n=73) είχε τόπο διαμονής Αθήνα ή Πειραιά, ενώ το 14.1% (n=12) έμενε στην επαρχία. Το 25.9% (n=22) είχαν λάβει ανώτερη μόρφωση, ενώ το 87.1% (n=74) συμβίωναν με άλλους στο σπίτι. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Πρόκειται για πολυτραυματίες, με μείζονες κακώσεις από το θώρακα, την κοιλία, τη σπονδυλική στήλη, το ΚΝΣ και τα άκρα, εκ των οποίων 63.5% (n=54) είχαν υποστεί και κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ). Η μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS) στη ΜΕΘ ήταν 41.4±17 ημέρες και η μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο ήταν 123.7±54 ημέρες. Η μέση τιμή του APACHE II την ημέρα εισαγωγής στη ΜΕΘ ήταν 23.8±6.2. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 3 αποτυπώνεται η εξέλιξη του δείκτη EQ-5D

Πίνακας 1.
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

	Μεταβλητές	Ν (%)
Φύλο	Άντρας	68 (80)
	Γυναίκα	17 (20)
Ηλικία		38.8 (18.1)*
Τόπος διαμονής	Αθήνα/Πειραιάς	73 (85.9)
	Επαρχία	12 (14.1)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/χήρος	43 (50.6)
	Έγγαμος/σε συμβίωση	42 (49.4)
Ύπαρξη παιδιών	Ναι	42 (49.4)
	Όχι	43 (50.6)
Αριθμός παιδιών		0.9 (0.9)*
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αγράμματος	14 (16.5)
	Απόφοιτος δημοτικού	6 (7.1)
	Απόφοιτος γυμνασίου	12 (14.1)
	Απόφοιτος λυκείου	31 (36.5)
	Ανώτερη εκπαίδευση	22 (25.9)
Ύπαρξη ατόμων που συμβιώνουν στο σπίτι	Ναι	74 (87.1)
	Όχι	11 (12.9)
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	0-500	3 (3.5)
	501-1000	29 (34.1)
	1001-1500	25 (29.4)
	1501-2000	9 (10.6)
	2001-2500	10 (11.8)
	2501-3000	7 (8.2)
	>3000	2 (2.4)

* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Πίνακας 2.

Κλινικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού.

Μεταβλητές	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
APACHE II	23.8	6.2	11	32
LOS^{ΜΕΘ}	41.4	17	9	75
LOS^{νοσοκομείο}	123.7	53.9	29	256

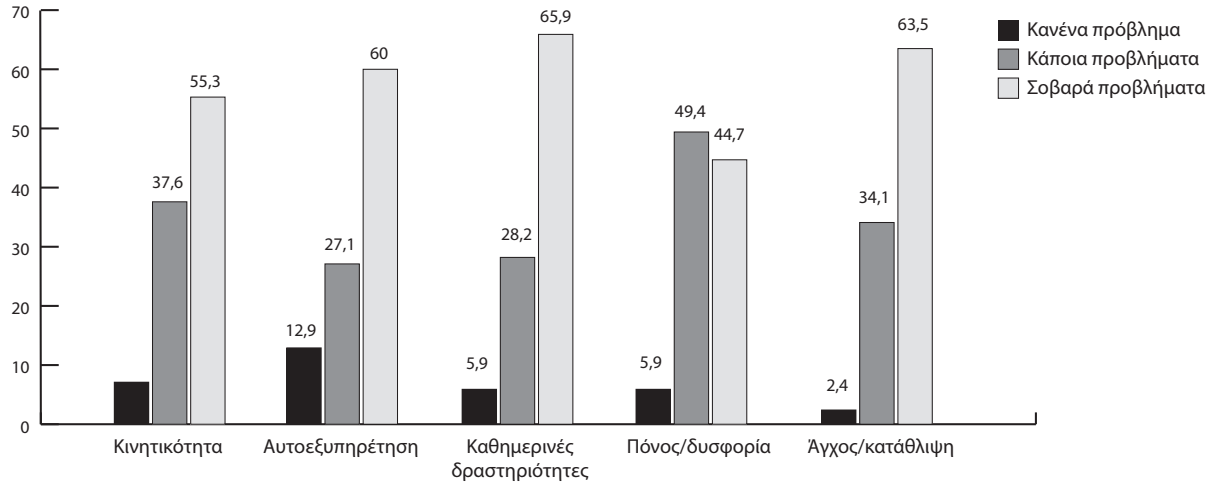
Πίνακας 3.

Μέτρα θέσης και διασποράς του δείκτη EQ-5D 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
6	0.2	0.325
12	0.44	0.32
18	0.56	0.31
24	0.6	0.32

Εικόνα 1.

Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων των 5 διαστάσεων EQ-5D, 6 μήνες μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.



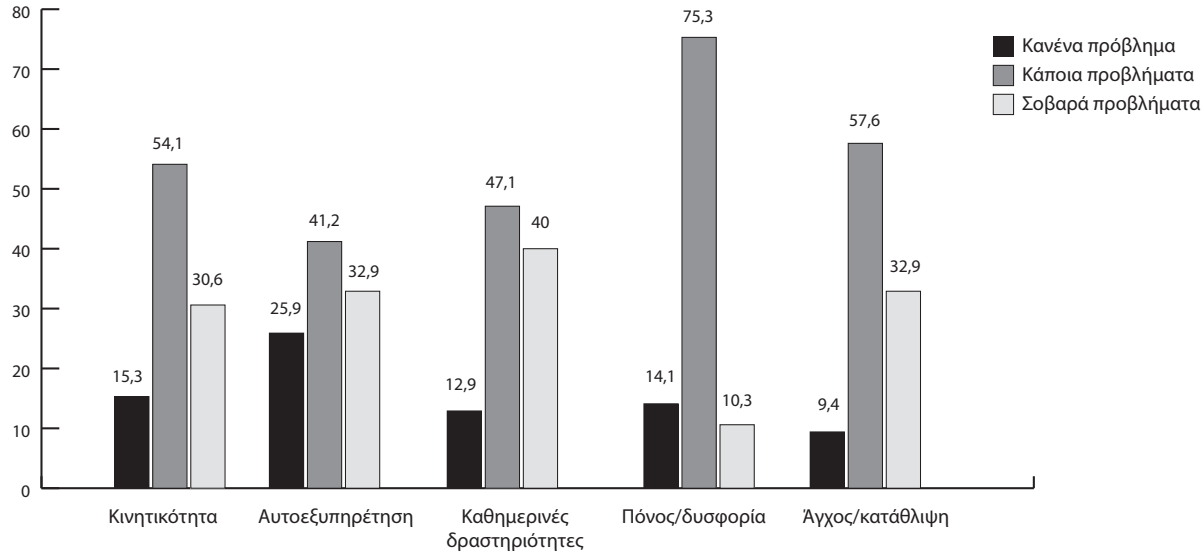
δύο χρόνια μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο. Στις εικόνες 1, 2, 3 και 4 φαίνονται τα ραβδογράμματα σχετικών συχνοτήτων των 5 διαστάσεων του EQ-5D, 6, 12, 18 και 24 μήνες αντίστοιχα μετά την έξοδο των τραυματιών από το νοσοκομείο. Από τα προαναφερθέντα ραβδογράμματα μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι η μεγαλύτερη βελτίωση της ΠΖ παρατηρείται στους 12 μήνες. Στους 18 και 24 μήνες η βελτίωση της ΠΖ συνεχίζεται, με ποιο αργούς όμως ρυθμούς.

Το APACHE II εισαγωγής, η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ και στο νοσοκομείο και η ύπαρξη ΚΕΚ συσχετίζονταν ισχυρά μεταξύ τους (βλέπε πίνακα 4). Για τον λόγο αυτόν, επιλέχθηκε μια από τις τρείς αυτές μεταβλητές ως ανεξάρτητη μεταβλητή και συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, επιλέχθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η ύπαρξη ή όχι ΚΕΚ.

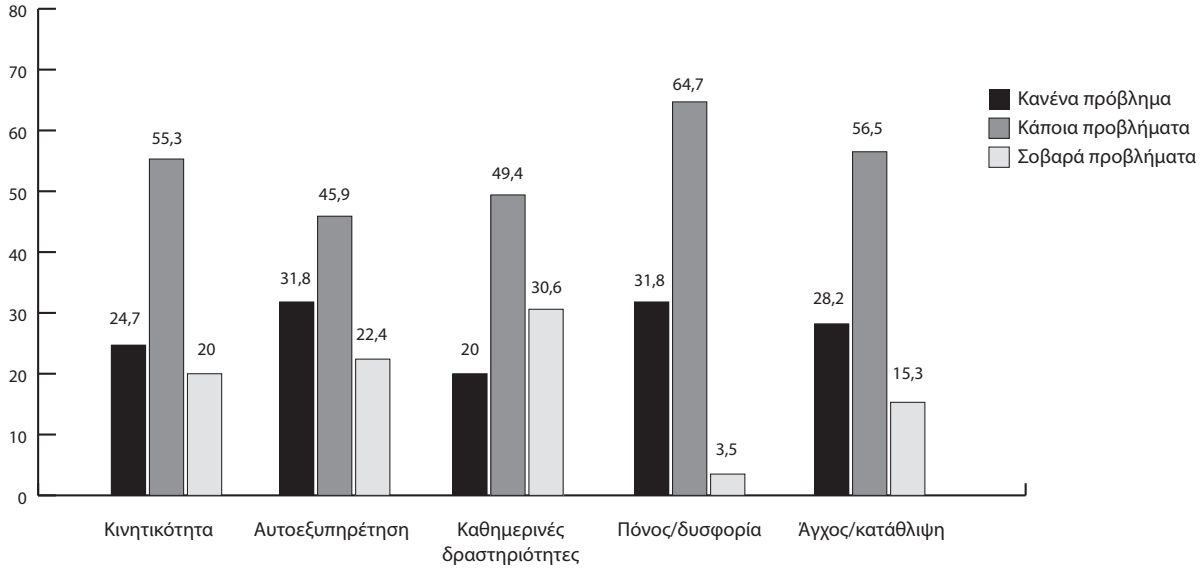
Δείκτης EQ VAS

Ο δείκτης EQ VAS αυξάνονταν με το πέρασμα του χρόνου, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 5, με την αύξηση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική σε όλες τις χρονικές στιγμές ($p<0.001$). Στην εικόνα 5 παρουσιάζονται τα μέτρα θέσης και διασποράς του δείκτη EQ VAS 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

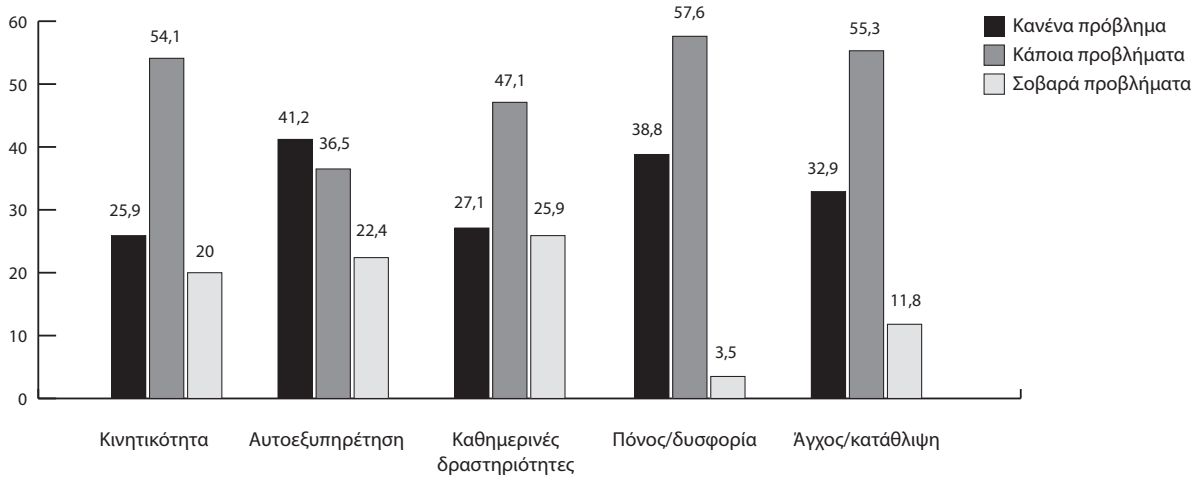
Εικόνα 2.
Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων των 5 διαστάσεων EQ-5D,
12 μήνες μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.



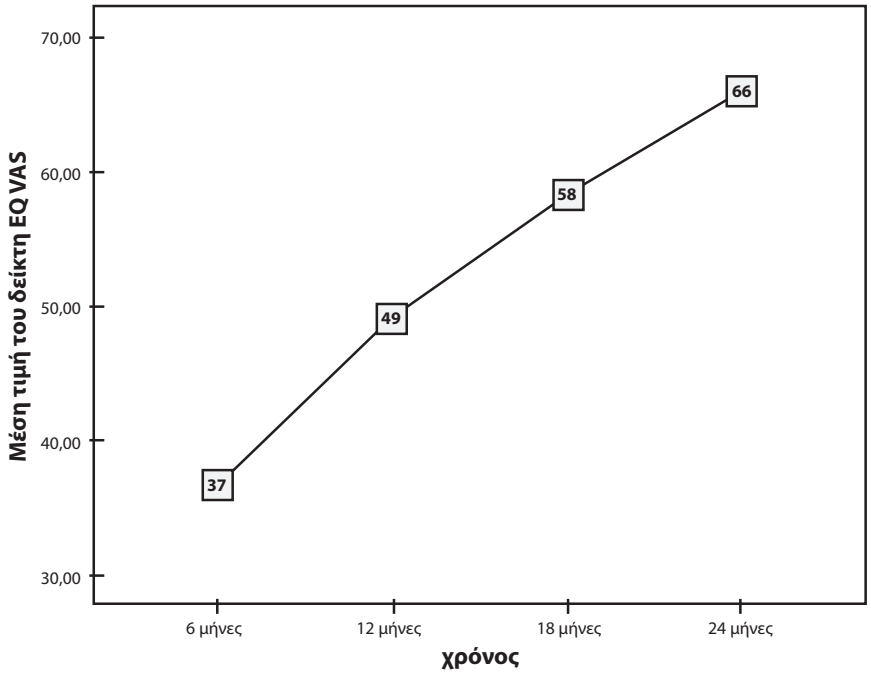
Εικόνα 3..
Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων των 5 διαστάσεων EQ-5D,
18 μήνες μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.



Εικόνα 4.
Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων των 5 διαστάσεων EQ-5D,
24 μήνες μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.



Εικόνα 5.
Μεταβολή του δείκτη EQ VAS με το πέρασμα του χρόνου.



Πίνακας 4.
Συσχετίσεις μεταξύ του APACHE εισαγωγής,
της διάρκειας νοσηλείας στη ΜΕΘ και της διάρκειας νοσηλείας στο νοσοκομείο.

	Διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ		Διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο		Κρανιοεγκεφαλική κάκωση	
	r	p	r	p	r	p
APACHE εισαγωγής	0.85	<0.001	0.82	<0.001	0.82	<0.001
$LOS^{ΜΕΘ}$			0.86	<0.001	0.82	<0.001
$LOS^{νοσοκομείο}$					0.75	<0.001

LOS: διάρκεια νοσηλείας, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Πίνακας 5.
Μέτρα θέσης και διασποράς του δείκτη EQ VAS
6, 12, 18 και 24 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
6	36,1	20,3
12	49,6	22,7
18	58,0	24
24	65,3	25,2

Συζήτηση

Η μελέτη αυτή εξέτασε τη μεταβολή της ΠΖ των τραυματιών από τροχαία ατυχήματα δύο χρόνια μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Πολλές από αυτές περιορίζονται στους 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Wehler et al 2001, Hurel at al 1997, Granja 2002), άλλες εστιάζουν στους 12 (Eddleston et al 2000, Konopad et all 1995) ή στους 18 μήνες (Garcia et al 2003), ενώ κάποιες άλλες μελετούν την ΠΖ μετά από 24 μήνες (Kvale et al 2003) ή και σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Kaarlola et al 2003, Flaatten et al 2003).

Οι μελέτες που διερευνούν την ΠΖ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε αυτές που εκτιμούν την ΠΖ σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και σε αυτές που εκτιμούν την ΠΖ σε διαφορετικές στιγμές μελετώντας την εξέλιξή της. Η παρούσα μελέτη διαπραγματεύεται την εξέλιξη της ΠΖ, κάνοντας μετρήσεις σε 4 διαφορετικές χρονικές στιγμές, αποτυπώνοντας την εξέλιξη της ΠΖ στη διάρκεια 2 ετών μετά την έξοδο των τραυματιών από το νοσοκομείο.

Κύριο εύρημα της παρούσης μελέτης ήταν ότι η ΠΖ, παρουσίαζε σημαντική βελτίωση στους 6 μήνες μετά την έξοδο των τραυματιών από το νοσοκομείο, παραμένοντας, όμως, σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την ΠΖ πριν το ατύχημα, γεγονός με το οποίο συμφωνούν και οι Alves και συν. Η μεγαλύτερη βελτίωση αποτυπώθηκε στους 12 μήνες. Στους 18 και 24 μήνες η βελτίωση συνεχίστηκε, με ποιο αργούς ρυθμούς. Αρκετές μελέτες συμφωνούν ότι η ΠΖ βελτιώνεται σταδιακά σε βάθος χρόνου. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, οι Wehler και συν αναφέρουν ότι η ΠΖ των ασθενών σταθεροποιήθηκε 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Οι μεταβλητές που προέκυψαν στατιστικά σημαντικές κατά τη διμεταβλητή ανάλυση ήταν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η συμβίωση με άλλα άτομα στο σπίτι, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και η ΚΕΚ. Εφαρμόζοντας πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση προέκυψε ότι το αυξημένο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και η απουσία ΚΕΚ σχετίζονταν με αύξηση του δείκτη EQ VAS. Οι Fildissis και συν συμφωνούν ότι η ηλικία επηρεάζει τη βελτίωση της ΠΖ, όμως, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη επισημαίνουν ότι η ΠΖ επηρεάζεται και από το φύλλο τονίζοντας ότι οι άνδρες παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην ΠΖ. Ομοίως, και οι Ulvik και συν επισημαίνουν ότι το φύλλο έχει επηρεάζει την ΠΖ, λέγοντας ότι οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα στη διάσταση θλίψης και ανησυχίας. Επιπροσθέτως, αναφέρουν ότι οι τραυματίες με ΚΕΚ επηρεάζει θετικά τη βελτίωση της ΠΖ, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη που επισημαίνει ότι οι τραυματίες με ΚΕΚ παρουσίασαν μικρότερη βελτίωση σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ τους.

Η παρούσα μελέτη επισημαίνει ότι κατά τη διάρκεια

των δύο ετών όλες οι διαστάσεις της ΠΖ των τραυματιών βελτιώθηκαν έστω και με αργούς ρυθμούς. Οι ΤΩien και συν, αντιθέτως, δεν παρατήρησαν αισθητή βελτίωση στον τομέα της κοινωνικότητας και των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών.

Συμπεράσματα

Η ΠΖ των τραυματιών μετά από τροχαίο ατύχημα επιδεινώνεται σημαντικά σε σχέση με την ΠΖ πριν το ατύχημα. Η μελέτη έδειξε ότι ακόμα και 2 χρόνια μετά την έξοδο από το νοσοκομείο η ΠΖ των τραυματιών συνεχίζει να βελτιώνεται, χωρίς όμως να σταθεροποιείται ή να πλησιάζει τα επίπεδα της ΠΖ πριν το ατύχημα. Χρειάζεται, επομένως, να μελετηθεί η ΠΖ σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πέρα των 2 ετών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, καθώς αρκετοί συνεχίζουν την αποκατάσταση ακόμα και μετά από αυτό το χρονικό διάστημα.

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ του νοσοκομείου ΚΑΤ και της Πανεπιστημιακής ΜΕΘ του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ, για τη βοήθεια που παρείχαν κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Changes in Quality of Life injured after hospitalization in ICU

Stergianis Pantelis, Fildisis Georgios, Intas Georgios, Katostaras Theofanis,Galanis Petros, Karatzas Stylianos,Seferi Peristera,Tsagari Anastasia,Baltopoulos Georgios

ICU, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: During the year 2007, 15092 road accidents occurred in Greece, leading to 1578 deaths and 18886 trauma patients. This means that every 24 hours, there were 6 dead and 67 trauma patients in road accidents. Road accidents affect areas of the trauma patient's life every day, such as physical functioning and mental health, thus changing his quality of life.

Purpose: The purpose of this study was to assess the change in quality of life of the trauma patient from road accidents up to two years after leaving the hospital.

Method: Patients or their caregivers were asked to respond to the questionnaire EQ-5D at 6, 12, 18 and 24 months after leaving the hospital, which reflected the gradual change in their quality of life.

Results: Age, marital status, living with other people at home, monthly household income and head injuries, are factors that affect the lives of trauma patients, after leaving the hospital. The increased monthly family income and the absence of brain injury were associated with increase in the EQ VAS. The frequency of serious mobility problems, self-service, daily activities, pain/discomfort and anxiety/depression decreased over time.

Conclusion: Quality of life of trauma patients continues to improve, even 2 years after discharge from the hospital, but is not stabilized or approaching levels of the patient's Quality of life before the accident.

Key Words: Quality of Life, road accidents, trauma patient, EQ-5D questionnaire.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). www.who.int
2. Δελτίο τύπου γενικής γραμματείας εθνικής στατιστικής υπηρεσίας Ελλάδας για τα οδικά τροχαία ατυχήματα που εκδόθηκε στον Πειραιά στις 29/02/2008. www.statistics.gr
3. Yfantopoulos J., (2001) "The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument" Arch Hellen Med, 18(2), 180-191
4. Szende A, Oppe M, Devlin N. (2007) EQ-5D value sets. Inventory, comparative review and user guide. Springer. New York
5. Wehler M, Martus P, Geise A, Bost A, Mueller A, Hahn EG, et al. (2001) "Changes in quality of life after medical intensive care". Intensive Care Med. 27:154–9
6. Hurel D, Loirat P, Saulnier F, Nicolas F, Brivet F. (1997) "Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale". Intensive Care Med. 23:331–7
7. Granja C, Teixeira-Pinto A, Costa-Pereira A. (2002) "Quality of life after intensive care–evaluation with EQ-5D questionnaire". Intensive Care Med. 28:898–907
8. Eddleston JM, White P, Guthrie E. (2000) "Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care". Crit Care Med. 28:2293–9
9. Konopad E, Noseworthy TW, Johnston R, Shustack A, Grace M. (1995) "Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit". Crit Care Med. 1995;23:1653–9
10. Garcia Lizana F, Peres Bota D, De Cubber M, Vincent JL. (2003) "Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life?". Intensive Care Med. 29:1286–93
11. Kvale R, Flaatten H. (2003) "Changes in health-related quality of life from 6 months to 2 years after discharge from intensive care". Health Qual Life Outcomes. 1:2
12. Kaarlola A, Pettila V, Kekki P. (2003) "Quality of life six years after intensive care". Intensive Care Med. 29:1294–9
13. Flaatten H, Kvale R. (2001) "Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population". Intensive Care Med. 27:1005–11
14. Alves AL, Salim FM, Martinez EZ, Passos AD, De Carlo MM, Scarpelini S. (2009) "Quality of life in trauma victims six months after hospital discharge". Rev Saude Publica. 43(1):154-60
15. Fildisis G, Zidianakis V, Tsigou E, Koulenti D, Katostaras T, Economou A, Baltopoulos G. (2007) "Quality of Life Outcome of Critical Care Survivors Eighteen Months after Discharge from Intensive Care". Croat Med J. 48:814-21
16. Chaboyer W, Elliott D. (2000) "Health-related quality of life of ICU survivors: review of the literature". Intensive Crit Care Nurs. 16:88-97.
17. Vazquez Mata G, Rivera Fernandez R, Perez Aragon A,Gonzalez Carmona A, Fernandez Mondejar E, NavarreteNavarro P. (1996) "Analysis of quality of life in polytraumatized patients two years after discharge from an intensive care unit. J Trauma. 41:326-32
18. Badia X, Diaz-Prieto A, Gorriz MT, Herdman M, Torrado H, Farrero E, et al. (2001) "Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit". Intensive Care Med. 27:1901–7
19. TΩien K, Bredal IS, Skogstad4 L, Myhren H, Ekeberg ·. (2008) "Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population". Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 19:22
20. Ulvik, A, Kv¨le, R, Wentzel-larsen, T, Flaatten H. (2008) "Quality of life 2–7 years after major trauma". Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 52: 195–201
21. Baldwin FJ, Hinge DH, Dorsett JD, Boyd OF. (2009) "Quality of life and persisting symptoms in intensive care unit survivors: implications for care after discharge". BMC Res Notes. 2009; 2: 160
22. Polinder S, Haagsma JA, Belt E, Lyons RA, Erasmus V, Lund J, van Beeck EF. (2010) "A systematic review of studies measuring health-related quality of life of general injury populations". BMC Public Health. 10:783.
23. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkins RO, Girard TD, Ely EW. (2007) "Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem". Crit Care. 11(1): R27
24. Elliott D, McKinley S, Alison J, Aitken LM, King M, D Leslie GD, Kenny P, Taylor P, Foley R, Burmeister E. (2011) "Health-related quality of life and physical recovery after a critical illness: a multi-centre randomised controlled trial of a home-based physical rehabilitation program". Crit Care. 15(3): R142
25. Steel JL, Dunlavy AC, Stillman J, Pape HC. (2011) "Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists". Injury. 42(3): 288–300
26. Curiel Balsera E, Prieto Palomino M, Delange M, Mu•oz A, Fernandez Ortega JF, Quesada Garc£a G. (2010) "Functional status and quality of life in patients suffering severe cranioencephalic trauma at the time of discharge from the intensive care unit and 1 year after". Crit Care. 14(Suppl 1): P436.

Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Σακχαρώδη Διαβήτη

Μαλλιαρού Μ[1], Αγόρη Α[2], Σαράφης Π[3], Κοτρώτσιου Ε[4].

1. Λγος (ΥΝ), Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSc Πληροφορική Υγείας, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, 404 ΓΣΝ Λάρισας. **2.** Νοσηλεύτρια ΤΕ **3.** Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Λαμίας, τμήμα Νοσηλευτικής **4.** Καθηγήτρια ΤΕΙ Λαρισας τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ είναι ένα χρόνιο μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο έχει σοβαρές επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό αλλά και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παίρνει διαστάσεις επιδημίας και προκαλεί σημαντικές αλλαγές στην ζωή του ατόμου, καθώς είναι μία ασθένεια που σχετίζεται με πολλές επιπλοκές. Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με την συγκεκριμένη ασθένεια, όπως συμβαίνει με την πλειοψηφία των χρόνιων ασθενειών, στο παγκόσμιο επιστημονικό στερέωμα. Η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα, στην περιοχή της Θεσσαλίας σε 34 διαβητικούς ασθενείς. Η διαδικασία συμμετοχής στην έρευνα περιελάμβανε την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή στην αυτοσυμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείτο, από ερωτήσεις καταγραφής πληροφοριών σχετικά με δημογραφικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία, το ερωτηματολόγιο γενικής εκτίμησης υγείας SF-36. Για τη ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τα συμπεράσματα της έρευνας αναδεικνύουν ως βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, την παχυσαρκία και τα έτη διαβήτη.

Ο ΣΔ τύπου 2 είναι μια ασθένεια με ιδιαίτερα σημαντικές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, για αυτό κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, τα οποία θα μπορούσαν να παρέμβουν αποφασιστικά στην τροποποίηση των παραγόντων εκείνων που φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ, ΣΥΠΖ, SF-36.

ORIGINAL ARTICLE

Quality of life of patients with Diabetes mellitus

Malliarou M , Agori A , Sarafis P , Kotrotsiou E .

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic metabolic syndrome, which has serious implications at ones individual, family and socioeconomic status. Diabetes mellitus can take epidemic proportions and can cause significant changes in one's life, as it is a disease associated with many complications.
The purpose of this study is to investigate the quality of life of patients with this disease, like the majority of chronic diseases, in the global science scene. The quality of life is now used extensively as a marker for evaluating therapeutic interventions.
The survey was conducted on a random sample in the region of Thessaly on 34 diabetic patients. The process of participation in the survey included the voluntary and anonymous participation in the self-complete of a questionnaire which consisted, by questions of recording information on demographics k anthropocentric elements, the generic Health Assessment Questionnaire SF-36 questionnaire. For the analysis of data obtained, the statistical program SPSS was used.
The findings highlight as key determinants of health-related quality of life of sex, marital status, education, coexisting diseases, obesity and diabetes years.
The type 2 diabetes is a disease with highly significant medical, social and economic impact thus it is necessary to create educational, health promotion and prevention programs, which could intervene decisively to change the factors that seem to affect the quality of life patients.

Keywords: Diabetes mellitus type II, SYPZ, SF-36.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνιο μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο προκαλείται από απόλυτη ή σχετική ανεπάρκεια στην έκκριση ινσουλίνης. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ έχει πάρει μορφή επιδημίας σε διάφορες περιοχές του κόσμου και είναι μια από τις μεγαλύτερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες (Καραμήτσος, 1987; Καραμήτσος και Διδάγγελος, 2005).

Ο όρος «Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία» (Health Related Quality of Life – HRQoL) περιλαμβάνει τρεις βασικές παραμέτρους.

- Την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους ζωής (Γκατζόλης, 2008).

Στην έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, σύμφωνα με γνωστούς συγγραφείς, περιλαμβάνεται η πνευματική, η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική υγεία, δηλαδή οι θετικές και αρνητικές πλευρές της ζωής

και της ευεξίας του ατόμου. Σημειώνεται ωστόσο ότι η μεταβολή του επιπέδου υγείας, των σχέσεων, των εμπειριών και των ρόλων του ατόμου μπορεί να μεταβάλουν αυτή την πολυδύναμη έννοια της ΣΥΠΖ (Παπαθανασίου και συν, 2005; Θεοφίλου, 2010).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση ερωτηματολογίων τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (Ναάκου, 2001; Οικονομάκης, 2006; Πήτα και συν, 2006; Μπακόλα, 2007; Υφαντόπουλος, 2007; Σαρρής και συν, 2008)

Η σημασία μελέτης της μέτρησης της ποιότητας ζωής στον σακχαρώδη διαβήτη ή σε άλλα χρόνια νοσήματα πηγάζει από το ενδιαφέρον των ιδίων των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους, από το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας κατά πόσο οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις της επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και το ενδιαφέρον της πολιτείας για την αποτελεσματικότητα μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης και του κόστους αποτελεσματικότητας αυτής (Κατσάνος και Τσιάνος, 2001).

Συνοπτικά, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εκφράζει το μέγεθος κατά το οποίο επηρεάζεται η ζωή ενός ατόμου σε όλους τους τομείς της από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας και όλα τα επακόλουθα που αυτή μπορεί να έχει.

Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

Οι παράγοντες που επιδρούν στο άτομο, όταν αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια είναι εκείνοι που σχετίζονται με την ασθένεια, οι προσωπικοί παράγοντες και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Σαπουντζή, 2004). Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των στρατηγικών της διαχείρισης του στρες.

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν: (α) τη φύση της ασθένειας, (β) τις επιπτώσεις της ασθένειας στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου και τέλος (γ) τις πλευρές της θεραπείας (Πολυκανδριώτη και Καλογιάννη, 2008).

Οι προσωπικοί παράγοντες σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, τη φιλοσοφία που διέπει το πνεύμα του ατόμου, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας, το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα, δυσκολίες ψυχικής υγείας και πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται στα πλαίσια του νοσοκομείου, του στενού οικογενειακού, κοινωνικού και ευρύτερου περιβάλλοντος καθώς και σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης.

Τοιουτοτρόπως, ο σακχαρώδης διαβήτης ως χρόνια ασθένεια, επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς, οι οποίες είναι: η ψυχολογική, η κοινωνική, η σωματική και η επαγγελματική (Μοσχονάς, 2000; Γιαβασόπουλος και Γουρνή, 2008).

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ και η αναζήτηση αλληλεπιδράσεων μεταξύ προσωπικών, ιατρικών, κοινωνικών και δημογραφικών παραμέτρων, διαμέσου της χρήσης δύο σημαντικών ερευνητικών εργαλείων: των ερωτηματολογίων γενικής εκτίμησης υγείας SF-36.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για μια περιγραφική ποσοτική μελέτη. Η διαδικασία συμμετοχής στην έρευνα περιλάμβανε την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή στην συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου με την φυσική παρουσία του ερευνητή. Στην έρευνα συμπεριλήφθησαν ενήλικα άτομα με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ διαγνωσμένα πριν από 6 μήνες τουλάχιστον και η συλλογή των ερωτηματολογίων είχε διάρκεια 12 μηνών.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το πρώτο μέρος του οποίου περιέχει ερωτήσεις καταγραφής πληροφοριών σχετικά με δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση), ανθρωπομετρικά στοιχεία (ύψος, βάρος, από τα οποία υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος), επιπλοκές διαβήτη και συνυπάρχοντα νοσήματα ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τα βασικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής:

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Εκτίμησης Υγείας SF-36.

Το ερωτηματολόγιο γενικής Εκτίμησης Υγείας SF-36 δομικά αποτελείται από 36 ερωτήσεις με διαβαθμισμένες απαντήσεις (Pappa et al, 2005). Οι ερωτήσεις αυτές ομαδοποιούνται σε 8 υποσύνολα αντιπροσωπεύοντας ισάριθμες κλίμακες αξιολόγησης, κάθε μία από της οποίες εμπεριέχει από δύο έως δέκα από τις αρχικές ερωτήσεις. Οι οκτώ κλίμακες αυτές ομαδοποιούνται εκ νέου προκειμένου έτσι να δημιουργηθούν δύο τελικές συνοπτικές και γενικότερες κλίμακες αξιολόγησης.

Οι οκτώ κλίμακες αξιολόγησης είναι οι εξής:

- Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning) με 10 ερωτήσεις. Προσδιορίζει κατά πόσο το επίπεδο υγείας περιορίζει σωματικές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών κτλ.
- Σωματικός Ρόλος (Role - Physical) με 4 ερωτήσεις.

Προσδιορίζει την θετική ή αρνητική επιρροή του επιπέδου της φυσικής υγείας στην εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες.

• Σωματικός Πόνος (Bodily Pain) με 2 ερωτήσεις.
Προσδιορίζει την ένταση και διάρκεια του πόνου και την επίδρασή του στις δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι.

• Γενική Υγεία (General Health) με 5 ερωτήσεις.
Προσδιορίζει την προοπτική διατήρησης ης υγείας σε υψηλό επίπεδο και την δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια.

• Ζωτικότητα (Vitality) με 4 ερωτήσεις.
Προσδιορίζει το αίσθημα της ζωντάνιας, της δημιουργικότητας, της εξάντλησης και κούρασης.

• Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning) με 2 ερωτήσεις. Προσδιορίζει το βαθμό κατά τον οποίον η φυσική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν τις κοινωνικές δραστηριότητες.

• Συναισθηματικός Ρόλος (Role - Emotional) με 3 ερωτήσεις.
Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού της εργασίας και άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων από τα συναισθηματικά προβλήματα.

• Ψυχική Υγεία (Mental Health) με 5 ερωτήσεις.
Προσδιορίζει την γενική ψυχική υγεία και περιλαμβάνει την κατάθλιψη, την ανησυχία και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των συναισθημάτων.

Αυτές οι οκτώ κλίμακες αξιολογούνται με μια βαθμολογία που κυμαίνεται από 0-100 η κάθε μία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή τιμή και ταυτόχρονα την χειρότερη υγεία, ενώ η μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας, η τιμή 100 την άριστη υγεία. Όταν προκύπτει αποτέλεσμα κάτω του 50 αυτό σημαίνει ότι η υγεία του ασθενή είναι κάτω από το μέσο όρο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows (version 17).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εκ των 34 συνολικά ερωτηθέντων, η επεξεργασία των δημογραφικών δεδομένων κατέδειξε ότι το 52,9% ήτανε γυναίκες και το 47,1% ήτανε άνδρες.

Η ηλικία των ατόμων που εξετάστηκαν κυμάνθηκε από 18 έως άνω των 70 ετών. Το 41,2% δήλωσε πως ανήκει στην ηλικία 51-60, το 26,5% στην ηλικία άνω των 70 ετών, το 14,7% στην ηλικία 41-50, το 11,8% στην ηλικία 61-70 και τέλος το 5,9% στην ηλικία των 18 με 30 ετών.

Η κατανομή των ερωτηθέντων αναλόγως του επαγγέλματος τους, ήταν στην πλειοψηφία συνταξιούχοι σε ποσοστό 35,3%, η αμέσως επόμενη κατηγορία με ποσοστό 26,5% ήταν τα οικιακά, ενώ το 17,6% εργαζόταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Επίσης, δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι συγκεντρώνουν από ποσοστό 8,8% η κάθε κατηγορία. Τέλος, το 2,9% ήταν άνεργοι.

Το 44,1% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν πως ήταν κάτοικοι σε αστική περιοχή, το 38,2% σε αγροτική περιοχή, ενώ τέλος το 17, 6% σε ημιαστική περιοχή. Από απόψεως οικογενειακής κατάστασης το 67,6% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι, το 23,5% διαζευγμένοι ή χήροι και το 8,8% άγαμοι.

Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ήταν γνωστή η ασθένεια του Σακχαρώδη Διαβήτη κυμάνθηκε από τα 2 μέχρι τα 30 έτη. Τα μεγαλύτερα ποσοστά επί τοις εκατό συγκεντρώνονται ωστόσο μεταξύ των 5 και 10 ετών. Στην ερώτηση αν τα ερωτηθέντα άτομα ακλουθούν τις ιατρικές οδηγίες που τους δίνονται σχετικά με την λήψη φαρμάκων το 97,1% απάντησε ναι, ενώ μόνο το 2,9% απάντησε όχι. Οι ερωτηθέντες στην ερώτηση αν είναι καπνιστές απάντησαν σε ποσοστό 70,6% όχι και σε ποσοστό 29,4% ναι. Τα 10 από τα 34 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι ήταν καπνιστές (29,4%). Το 70,6% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στην ερώτηση σχετικά με την τήρηση των οδηγιών της δίαιτας του. Αντίθετα το 29,4% απάντησε ότι δεν τηρεί τις οδηγίες που του δίνονται.

Το 91,2% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η στάση της οικογένειας του ήταν υποστηρικτική σε σχέση με το πρόβλημα υγείας και μόνο το 8,8% απάντησε πως ήταν αδιάφορη.

Στην ερώτηση αν το πρόβλημα υγείας επιβαρύνει τον οικογενειακό προγραμματισμό το 91,2% του δείγματος των ατόμων που ρωτήθηκαν απάντησε μέτρια έως λίγο ενώ το 5,9% πολύ καθώς και το 2,9% καθόλου. Σχετικά με την ερώτηση που τέθηκε στους ερωτηθέντες για την παρακολούθηση του βάρους τους, το 67,6% απάντησε ότι το παρακολουθεί, ενώ αντίθετα το 32,9% απάντησε ότι δεν το παρακολουθεί. Το 64,7% όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ενώ αντίθετα το 35,3% δεν γνωρίζει περί τίνος πρόκειται. Η καταγραφή των νοσολογικών δεδομένων του δείγματος ανέδειξε ότι το 14,7% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν έπασχε από κάποιο άλλο νόσημα. Παρόλα αυτά όμως, ο παραπάνω πίνακας μας υποδεικνύει ως τα κυριότερα συνυπάρχοντα νοσήματα σύμφωνα με την σειρά αναφοράς την υπέρταση, την στεφανιαία νόσο κα την δυσλιπιδαιμία. Σε μικρότερη ωστόσο συχνότητα παρουσιάζεται η αρθρίτιδα, η κατάθλιψη, η οσφυαλγία ή κάποιο άλλο νόσημα.

Το 94,1% δήλωσε ότι διαθέτει συσκευή αυτομετρήσεως ενώ μόνο το 5,9% δεν διαθέτει.

Το 52,9% των ατόμων που εξετάστηκαν δεν είχε παρουσιάσει κάποια επιπλοκή εξαιτίας του Σακχαρώδη Διαβήτη. Αντίθετα, το 20,6% είχε παρουσιάσει αγγειοπάθεια και το 11,8% αμφιβληστροειδοπάθεια. Επίσης, παρουσίασε κατά φθίνουσα σειρά ανάλογα με τα ποσοστά νευροπάθεια, νεφροπάθεια, έλκος ποδιού και ευπάθεια στις λοιμώξεις. (πίνακας 1)

Το 64,7% των ατόμων που ερωτήθηκαν αν το σάκχαρό τους ρυθμίζεται σωστά απάντησαν αρνητικά, ενώ θετικά απάντησε το 35,3%.

Πίνακας 1:
Επιπλοκές εξαιτίας του Σακχαρώδη Διαβήτη

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
	18	52,9
Αγγειοπάθεια	7	20,6
Αμφιβληστροειδοπάθεια	4	11,8
Έλκος ποδιού	1	2,9
Ευπάθεια στις λοιμώξεις	1	2,9
Νευροπάθεια	2	5,9
Νεφροπάθεια	1	2,9
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0

Εκ των ερωτηθέντων το 97,1% απάντησε θετικά στην ερώτηση αν έχει λάβει εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο μέτρησης και ρύθμισης του Σακχαρώδη διαβήτη ενώ μόνο το 2,9% απάντησε αρνητικά.

Στην ερώτηση ποιος επαγγελματίας υγείας ανέλαβε την εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο μέτρησης και ρύθμισης του Σακχαρώδη Διαβήτη των ερωτηθέντων ατόμων, το 14,7% απάντησε ειδικός γιατρός κατά την διάρκεια της νοσηλείας, το 8,8% ειδικευόμενος γιατρός κατά την διάρκεια νοσηλείας, το 11,8% γιατρός σε κέντρο υγείας, το 2,9% γιατρός στα εξωτερικά ιατρεία τριτοβάθμιου νοσοκομείου, το 14,7% νοσηλευτής κατά την διάρκεια της νοσηλείας, το 8,8% νοσηλευτής σε κέντρο υγείας, το 2,9% νοσηλευτής στα εξωτερικά ιατρεία τριτοβάθμιου νοσοκομείου , το 8,8% ο φαρμακοποιός και τέλος το 26,5% ο ιδιώτης γιατρός που τους παρακολουθεί.

Το 64,7% των ερωτηθέντων απάντησε πως δεν έχει ψάξει πληροφορίες σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη μέσω του διαδικτύου σε αντίθεση με το 35,3% που έχει συλλέξει. (πίνακας 2)

Το 79,4% του δείγματος χαρακτηρίζει την υγεία του μέτρια, ενώ μόνο το 17,6 % καλή και το 2,9% κακή. (πίνακας 3)

Το 61,8% των ερωτηθέντων, σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, αξιολογεί την τωρινή υγεία του περίπου ίδια .Το 20,6% τη θεωρεί κάπως χειρότερη, το 8,8% την βρίσκει κάπως καλύτερη και τέλος άλλο ένα 8,8% την αξιολογεί ως πολύ χειρότερη από ότι ένα χρόνο πριν.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των κλιμάκων.

Κλίμακα Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning, ΣΛ)

Η κλίμακα προσδιορίζει κατά πόσο το επίπεδο υγείας περιορίζει σωματικές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών κτλ. Το χαμηλό αποτέλεσμα δείχνει περιορισμό στην εκτέλεση δραστηριοτήτων και το υψηλό την δυνατότητα εκτέλεσης όλων των φυσικών δραστηριοτήτων ακόμη και των πιο έντονων. Η κατανομή των επιμέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που παρατίθεται: (πίνακας 4)

Κλίμακα Ρόλος Σωματικός (Role Physical, ΡΣ)

Προσδιορίζει την θετική ή αρνητική επιρροή του επιπέδου της φυσικής υγείας στην εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες. Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί: (πίνακας 5)

Κλίμακα Σωματικός Πόνος (Bodily Pain, ΣΠ)

Προσδιορίζει την ένταση και διάρκεια του πόνου και την επίδρασή του στις δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι. Το χαμηλό αποτέλεσμα δείχνει υψηλό πόνο Βε αντίστοιχους περιορισμούς ενώ το αντίθετο αποτέλεσμα αντικατοπτρίζει την έλλειψη περιορισμών. Η κατα-

Πίνακας 2:
Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καλή	6	17,6	17,6	17,6
Μέτρια	27	79,4	79,4	97,1
Κακή	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Πίνακας 3:
Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	8,8	8,8	8,8
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	21	61,8	61,8	70,6
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	7	20,6	20,6	91,2
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	8,8	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Πίνακας 4:
κλίμακα ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15,000	1	2,9	2,9	2,9
20,000	1	2,9	2,9	5,9
25,000	2	5,9	5,9	11,8
30,000	4	11,8	11,8	23,5
35,000	1	2,9	2,9	26,5
40,000	4	11,8	11,8	38,2
45,000	2	5,9	5,9	44,1
50,000	2	5,9	5,9	50,0
55,000	3	8,8	8,8	58,8
60,000	2	5,9	5,9	64,7
65,000	2	5,9	5,9	70,6
70,000	1	2,9	2,9	73,5
80,000	1	2,9	2,9	76,5
85,000	4	11,8	11,8	88,2
90,000	2	5,9	5,9	94,1
100,000	2	5,9	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Πίνακας 5:
κλίμακα ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,000	17	50,0	50,0	50,0
25,000	1	2,9	2,9	52,9
50,000	3	8,8	8,8	61,8
75,000	3	8,8	8,8	70,6
100,000	10	29,4	29,4	100,0
	Total	34	100,0	100,0

Πίνακας 6
Κλίμακα ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
12,000	4	11,8	11,8	11,8
31,000	3	8,8	8,8	20,6
32,000	1	2,9	2,9	23,5
41,000	5	14,7	14,7	38,2
42,000	1	2,9	2,9	41,2
51,000	1	2,9	2,9	44,1
52,000	6	17,6	17,6	61,8
62,000	4	11,8	11,8	73,5
74,000	7	20,6	20,6	94,1
100,000	2	5,9	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

νομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί: (πίνακας 6)

Κλίμακα Γενική Υγεία (General Health, ΓΥ)

Προσδιορίζει την προοπτική διατήρησης της υγείας σε υψηλό επίπεδο και την δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια. Το χαμηλό αποτέλεσμα δείχνει ότι το άτομο θεωρεί το επίπεδο υγείας του χαμηλό και πιθανολογεί ότι θα επιδεινωθεί το αμέσως επόμενο διάστημα. Το υψηλό αποτέλεσμα από την άλλη δείχνει ότι ο ερωτώμενος αντιλαμβάνεται την υγεία του ως άριστη. Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που παρατίθεται: (πίνακας 7)

Κλίμακα Ζωτικότητα (Vitality, ΖΤ)

Προσδιορίζει το αίσθημα της ζωντάνιας, της δημιουργικότητας, της εξάντλησης και κούρασης. Το χαμηλό αποτέλεσμα παρουσιάζει υψηλό αίσθημα κούρασης ενώ το υψηλό αίσθημα ενεργητικότητας. Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί. (πίνακας 8)

Κλίμακα Κοινωνικός Ρόλος (Social Functioning, ΚΛ)

Προσδιορίζει το βαθμό κατά τον οποίο η φυσική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα παρεμβαίνουν στις κοινωνικές δραστηριότητες. Το χαμηλό αποτέλεσμα δείχνει ακραία και συχνή παρέμβαση ενώ το υψηλό καμία.

Πίνακας 7:
Κλίμακα ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,000	1	2,9	2,9	2,9
15,000	1	2,9	2,9	5,9
20,000	3	8,8	8,8	14,7
25,000	6	17,6	17,6	32,4
30,000	5	14,7	14,7	47,1
32,000	1	2,9	2,9	50,0
35,000	5	14,7	14,7	64,7
37,000	1	2,9	2,9	67,6
40,000	5	14,7	14,7	82,4
45,000	1	2,9	2,9	85,3
47,000	2	5,9	5,9	91,2
50,000	1	2,9	2,9	94,1
57,000	2	5,9	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Πίνακας 8
Κλίμακα ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,000	1	2,9	2,9	2,9
10,000	2	5,9	5,9	8,8
15,000	1	2,9	2,9	11,8
20,000	2	5,9	5,9	17,6
25,000	2	5,9	5,9	23,5
30,000	3	8,8	8,8	32,4
35,000	2	5,9	5,9	38,2
40,000	2	5,9	5,9	44,1
45,000	5	14,7	14,7	58,8
50,000	4	11,8	11,8	70,6
55,000	4	11,8	11,8	82,4
60,000	4	11,8	11,8	94,1
65,000	2	5,9	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα: (πίνακας 9)

Κλίμακα Ρόλος Συναισθηματικός (Role Emotional, ΡΣΘ)
Προσδιορίζει τον βαθμό επηρεασμού της εργασίας και άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων από τα συναισθηματικά προβλήματα. Το χαμηλό αποτέλεσμα δείχνει ότι τα συναισθηματικά προβλήματα παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες Βε αντίκτυπο στην μείωση του χρόνου που αφιερώνουν σε αυτές. Αντίθετα το υψηλό αποτέλεσμα δείχνει την απουσία επηρεασμού στις καθημερινές δραστηριότητες. Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα: (πίνακας 10)

Κλίμακα Ψυχική Υγεία (Mental Health, ΨΥ)
Προσδιορίζει την γενική ψυχική, διανοητική υγεία συΒπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ανησυχία και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των συναισθημάτων. Το χαμηλό αποτέλεσμα εκφράζει το συναίσθημα της νευρικότητας και της κατάθλιψης όλο το διάστημα που λαμβά-

Πίνακας 9:
Κλίμακα ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,000	1	2,9	2,9	2,9
12,500	2	5,9	5,9	8,8
25,000	3	8,8	8,8	17,6
37,500	4	11,8	11,8	29,4
50,000	14	41,2	41,2	70,6
62,500	5	14,7	14,7	85,3
75,000	3	8,8	8,8	94,1
87,500	1	2,9	2,9	97,1
100,000	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

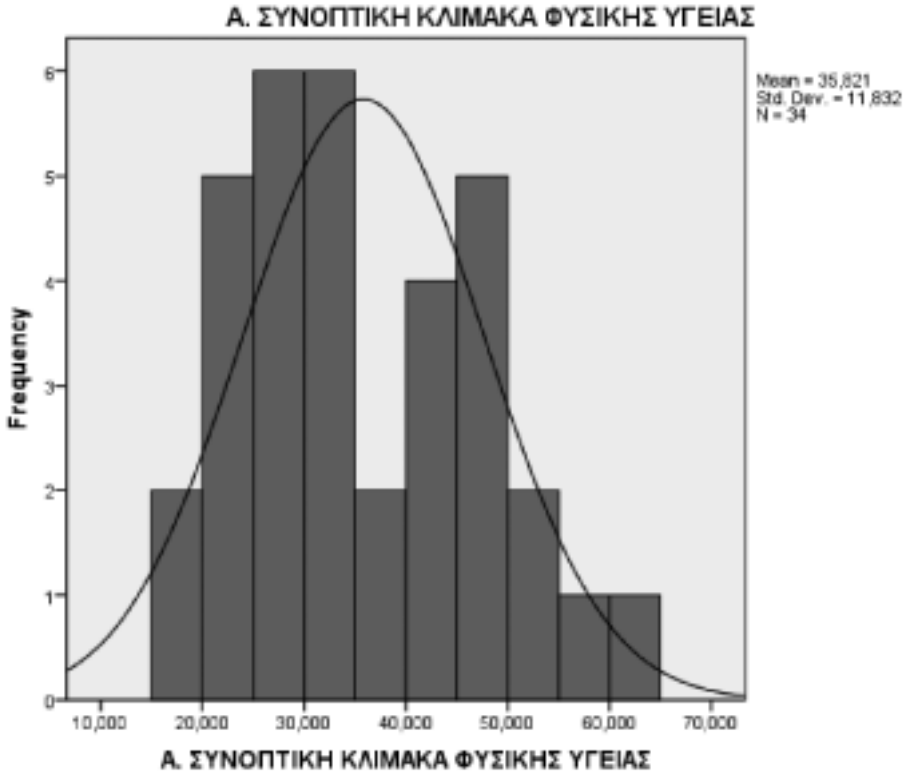
Πίνακας 10:
Κλίμακα ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ

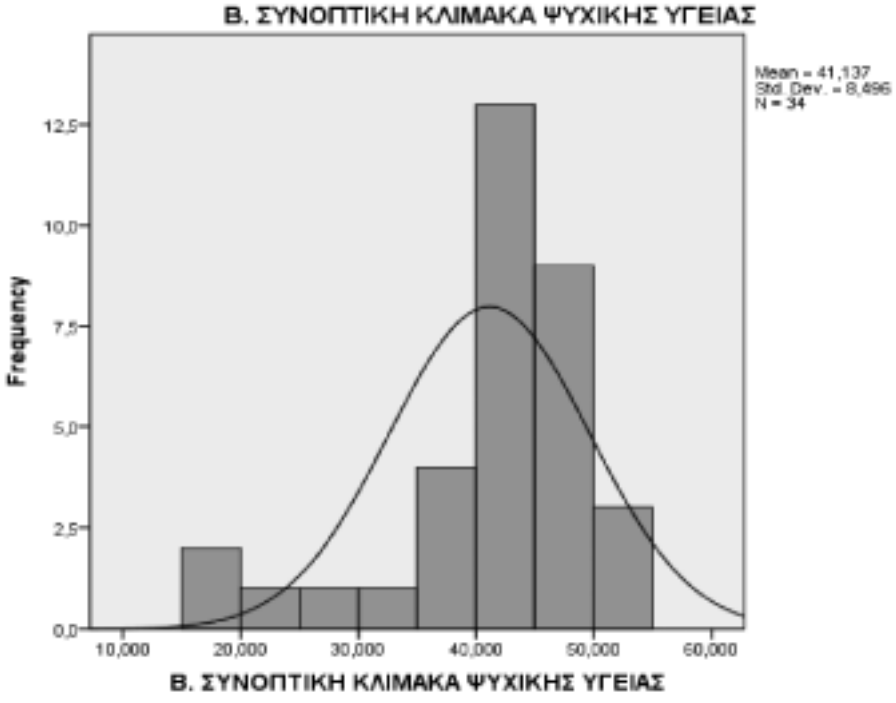
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,000	4	11,8	11,8	11,8
33,333	6	17,6	17,6	29,4
66,667	7	20,6	20,6	50,0
100,000	17	50,0	50,0	100,0
Total	34	100,0	100,0	

Πίνακας 11:

Κλίμακα ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20,000	1	2,9	2,9	2,9
24,000	2	5,9	5,9	8,8
32,000	2	5,9	5,9	14,7
36,000	2	5,9	5,9	20,6
40,000	1	2,9	2,9	23,5
44,000	3	8,8	8,8	32,4
48,000	2	5,9	5,9	38,2
52,000	6	17,6	17,6	55,9
56,000	1	2,9	2,9	58,8
60,000	9	26,5	26,5	85,3
64,000	2	5,9	5,9	91,2
68,000	3	8,8	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	


Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Mean = 35,821
Std. Dev. = 11,832
N = 34
Frequency
0
1
2
3
4
5
6
10,000
20,000
30,000
40,000
50,000
60,000
70,000
Α. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ


Β. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Mean = 41,137
Std. Dev. = 8,496
N = 34
Frequency
0,0
2,5
5,0
7,5
10,0
12,5
10,000
20,000
30,000
40,000
50,000
60,000
Β. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

νει χώρα η έρευνα ενώ το υψηλό αποτέλεσμα αναδεικνύει συναισθήματα ηρεμίας, έλλειψης νεύρων. Η κατανομή των επί μέρους τιμών εμφανίζεται στον πίνακα και το διάγραμμα που βρίσκεται παρακάτω: (πίνακας 11)

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι τέσσερις πρώτες κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36 αναφέρονται σε διαστάσεις της σωματικής υγείας και οι τέσσερις επόμενες σε διαστάσεις της ψυχοκοινωνικής υγείας και συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της βαθμολογίας των κλιμάκων, διαπιστώνεται ότι οι διαβητικοί εκφράζουν γενικά μέτρια σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία.

Η κλίμακα της γενικής υγείας δείχνει ότι οι διαβητικοί εκτιμούν πως η προσωπική τους υγεία είναι μέτρια και ότι βρίσκεται περίπου στην ίδια κατάσταση με ότι ένα χρόνο πριν.

Η κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας εκφράζει την άποψη ότι οι διαβητικοί εκτελούν τις συνηθισμένες κοινωνικές τους δραστηριότητες με μέτρια επιρροή από σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.

Η κλίμακα του σωματικού πόνου δείχνει τους διαβητικούς να εκτιμούν ότι κατά τον τελευταίο μήνα νιώσανε ήπιο σωματικό πόνο, ο οποίος επηρέασε λίγο τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες εντός και εκτός κατοικίας.

Επίσης, οι ερωτηθέντες διαβητικοί εξέφρασαν ότι μερικές φορές αισθάνθηκαν κούραση, εξάντληση, εκνευρισμό, απελπισία καθώς και μελαγχολία. Παράλληλα όμως νιώσανε αρκετές φορές συναισθήματα ζωντάνιας, ηρεμίας, γαλήνης και έντονης ενεργητικότητας. Ενώ, η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι για σημαντικό διάστημα ήταν ευτυχισμένοι.

Στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας συνάγεται ότι οι διαβητικοί δηλώνουν ότι περιορίζονται από λίγο μέχρι πολύ κατά την άσκηση σωματικών δραστηριοτήτων, ανάλογα βέβαια με το επίπεδο δυσκολίας.

Στις κλίμακες των ρόλων (ρόλος σωματικός και ρόλος συναισθηματικός), παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ του σωματικού και του συναισθηματικού ρόλου. Διαφαίνεται ότι ο συναισθηματικός ρόλος είναι βελτιωμένος έναντι του σωματικού ρόλου.

Συζήτηση- συμπεράσματα

Με την βοήθεια του ερωτηματολογίου SF-36 μετρήθηκε στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που έλαβαν μέρος στην συγκεκριμένη μελέτη, η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, η οποία βρέθηκε χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

Τα συμπεράσματα της έρευνας, προερχόμενα από την ανάλυση των δεδομένων από τα δύο κύρια ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, αναδεικνύουν ως βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, την παχυσαρκία και τα έτη διαβήτη.

Στο βαθμό που αφορά τα δεδομένα που προέρχονται από το ερωτηματολόγιο SF-36 μεμονωμένα, εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, διαπιστώνεται ότι η ηλικία αλλά και η άσκηση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, με την αύξηση της ηλικίας από την μία και την έλλειψη άσκησης από την άλλη να την επηρεάζουν αρνητικά.

Ο ΣΔ τύπου 2 είναι μια ασθένεια με ιδιαίτερα σημαντικές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η διαχείριση της ασθένειας αυτής με γνώμονα την αξιολόγηση των ολοένα και αυξανόμενων δεδομένων σχετικά με την ποιότητα ζωής των σακχαροδιαβητικών ασθενών κρίνεται απαραίτητη, στα πλαίσια χάραξης ενός σύγχρονου μοντέλου Πολιτικής Υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, προγράμματα πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας θα μπορούσαν να παρέμβουν αποφασιστικά στην τροποποίηση των παραγόντων εκείνων που φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Μια τέτοια προσπάθεια, όμως, οφείλει να έχει ως αρωγό την τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση. Για τον λόγο αυτό η εκπόνηση παρόμοιων εργασιών με τη συγκεκριμένη, αλλά με ευρύτερο και αντιπροσωπευτικότερο πληθυσμιακό δείγμα, κρίνεται απαραίτητη.

Βιβλιογραφία

Γιαβασόπουλος Ε., Γουρνή Π. (2008), Ψυχολογικές Αλληλεπιδράσεις στη Χρόνια Ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους Χρονίως Πάσχοντες Ασθενείς, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος – Μάρτιος 2008

Γκατζόλης Η. (2008), Παράγοντες που Επηρεάζουν την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Διαβητικών Ασθενών Τύπου 2. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο

Θεοφίλου Π., (2010), Ποιότητα Ζωής Στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας

Καραμήτσος Θ.Δ., (1987), Σακχαρώδης διαβήτης από τη θεωρία στη πράξη, εκδόσεις Α. Σιώκη, Θεσσαλονίκη

Καραμήτσος Θ. Δ., Διδάγγελος Π. Τ., (2005), Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, Ελληνικά Διαβητολογικά χρονικά 18, 1: 22-27

Κατσάνος Χ. Κ., Τσιάνος Β. Ε., (2001), Βασικές Αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής στην ηπατίτιδα C, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 272-278.

Μοσχώνας Α.Ι., (2000), Εγχειρίδιο προσέγγισης του Διαβητικού ασθενούς, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Μπακόλα Θ., (2007), Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και της Ικανοποίησης από την Θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από Σακ-

χαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Νάκου Σ., (2001), Η Εκτίμηση της Ποιότητας της Ζωής στο Χώρο της Υγείας – Εφαρμογές στην Παιδιατρική, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):254-266.
Οικονομάκης Μ., (2006), Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Διαβητικών Ασθενών με Χρήση του Γενικού Ερωτηματολογίου EuroQol EQ-5D. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. Quality of Life Research 14(5): 1433-1438.

Παπαδόπουλος Α. Α., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν. ,Φρύδας Α., Νιάκας Δ.,(2007), Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(Συμπλ 1):66-74.

Παπαθανασίου Α., Φιλαλήθης Α., Λιονής Χ., (2005), Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής στους Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη - Βιβλιογραφική αναζήτηση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(4):336-343.

Πήτα Ρ., Γρηγοριάδου Ε., Μαρίνα Ε., Κουβάτσου Ζ., Διδάγγελος Τ., Καραμήτσος Δ. (2006), Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 19, 4:282-294

Πολυκανδριώτη Μ., Καλογιάννη Α., (2008), Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, τύπου ΙΙ, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος - Ιούνιος

Σαπουντζή – Κρέπια Δ (2004), Χρόνια Ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα- Μια ολιστική προσέγγιση, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.

Σαρρής Μ., Γούλα Α. ,Σούλης Σ., (2008), Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(3):334-340

Υφαντόπουλος Γ. (2007), Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Συμπλ 1):6-18

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα.
Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης παρέχει την δυνατότητα για τη δημοσίευση ακαδημαϊκών άρθρων που εκθέτουν ερευνητικά συμπεράσματα, ανασκοπήσεις βασισμένες στην έρευνα, άρθρα συζήτησης και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών, των διοικητών και των ερευνητών σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, και των επιστημών φροντίδας υγείας.

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα άρθρα κάτω από τρεις κύριες κατηγορίες:
- Άρθρα σύνταξης
- Τα άρθρα σύνταξης που είναι σχετικά σύντομα (μέγιστο 200 λέξεων).
- Πρωτότυπα άρθρα - ερευνητικές εργασίες

- Τα πλήρη άρθρα που αναφέρονται σε πρωτογενή έρευνα μπορούν να είναι μέχρι 5.000 λέξεις.
- Τα πρωτόκολλα των κλινικών δοκιμών πρέπει να είναι μέχρι 2.500 λέξεις. Οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν τον αριθμό μητρώου της δοκιμής (εάν υπάρχει), καθώς επίσης και πότε θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα.

Ανασκοπήσεις και σύντομες παρουσιάσεις (μέχρι 2000 λέξεις)

- Ανασκοπήσεις, που περιλαμβάνουν:
- συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυση,
- βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις,
- πολιτικές ανασκοπήσεις.
- άλλου είδους (π.χ κοινωνικο-οικονομικές)

- Άρθρα κριτικής βιβλίων: Να είναι μέχρι 1000 λέξεις.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ

Οι συγγραφείς πρέπει να υποβάλλουν τα χειρόγραφα στο περιοδικό ηλεκτρονικά μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού: journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία, συμπεριλαμβανομένης της ανακοίνωσης της απόφασης του υπεύθυνου σύνταξης και των αιτημάτων για επανεξέταση, θα γίνονται με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στα αγγλικά ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Διαδικασία αξιολόγησης

Αρχικά όλα τα άρθρα αξιολογούνται από την συντακτική επιτροπή και κατανέμονται ανά θεματικό τομέα στους κριτές. Ακολούθως γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση μετά από μια διπλή μυστική αξιολόγηση από τουλάχιστον δύο κριτές.
Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:
(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις.
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις.
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων.
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Γενικές οδηγίες: Οι υποβληθείσες εργασίες πρέπει να είναι κατάλληλες για διεθνές ακροατήριο και οι συγγραφείς δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στις εθνικές και πολιτικές πρακτικές και την εγχώρια νομοθεσία. Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα, υπόδειγμα της οποίας υπάρχει στην σελίδα του περιοδικού που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση της ΕΝΕ: www.enne.gr
Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:
- Βεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί ολόκληρη ή τμήμα αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το ονοματεπώνυμο, την ταχυδρομική και την ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία.

Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία

ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα μας.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟΥ

Οργανώστε το χειρόγραφο στην ακόλουθη σειρά: τίτλος του άρθρου, σελίδα τίτλου, ευχαριστίες, περίληψη και λέξεις κλειδιά, κείμενο, βιβλιογραφικές αναφορές, πίνακες, αριθμοί, παράρτημα (γραμματοσειρά: TIMES NEW ROMAN μέγεθος 12, 1.5 διάστημα γραμμών). Παρακαλούμε αριθμήστε τις σελίδες του χειρογράφου σας.

Τίτλος: Ο τίτλος ενός άρθρου πρέπει να περιγράφει το θέμα του και όπου είναι σχετικό τον πληθυσμό, το κλινικό πρόβλημα και την μέθοδο της έρευνάς του.

Σελίδα τίτλου: Η σελίδα τίτλου περιλαμβάνει:

- Το πλήρες όνομα, τον πλήρη τίτλο του άρθρου (μέχρι 90 χαρακτήρες), τα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα και το ινστιτούτο για κάθε συγγραφέα.
- Την διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τον κάθε συγγραφέα.
- Την ημερομηνία υποβολής του άρθρου.

Ευχαριστίες: Γράφονται ευχαριστίες στους βασικούς συνεισφέροντες.

Περίληψη: Οι περιλήψεις πρέπει να είναι μέχρι 250 λέξεις, και δεν πρέπει να περιλάβουν βιβλιογραφικές αναφορές ή τις συντμήσεις.

Οι περιλήψεις των ερευνητικών εργασιών πρέπει να υιοθετήσουν τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης. Και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι περιλήψεις για τις ανασκοπήσεις πρέπει να παρέχουν μια περίληψη υπό τους ακόλουθους τίτλους, όπου είναι δυνατόν: Εισαγωγή, σκοπός, επί μέρους στόχοι, ανασκόπηση βιβλιογραφίας: πηγές δεδομένων, μέθοδοι ανασκόπησης, αποτελέσματα, συμπεράσματα.

Οι περιλήψεις για τα άρθρα κριτικής βιβλίων πρέπει να παρέχουν μια συνοπτική περίληψη της γραμμής επιχειρήματος που ακολουθείται και συμπερασμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: Ο αριθμός αυτών να είναι μέχρι έξι λέξεις-κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες προσδιορίζουν ακριβώς το θέμα του άρθρου, σκοπό και μέθοδο. Χρησιμοποιήστε τον ιατρικό θησαυρό τίτλων (MeSH®) και (CINAHL) όπου είναι δυνατόν.

Κείμενο: Στην εισαγωγή του κειμένου απαιτείται για όλα τα άρθρα να έχουν μια αναφορά σε αυτό που είναι ήδη γνωστό για το θέμα και τι είναι αυτό που το άρθρο προσθέτει στην νοσηλευτική επιστήμη. Αναλόγως της κατηγορίας του άρθρου ακολουθείται η ακόλουθη μορφή:

Οι ανασκοπήσεις πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, (γ) Υλικό και μέθοδο, (δ) Αποτελέσματα, (ε) Συζήτηση, (στ) Συμπεράσματα και να ακολουθούν την ανάπτυξη της περίληψης αλλά σε μεγαλύτερη έκταση.

Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (πρέπει απαραίτητα να αναφέρεται η χρονική περίοδος συγκέντρωσης των δεδομένων, η πηγή των δεδομένων, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, λεπτομέρειες για το πώς επιλέχθηκαν, κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, αριθμοί αυτών που εισάγονται και που αφήνουν τη μελέτη, τα σχετικά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, το εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, η άδεια χρήσης αυτού, η διαδικασία στάθμισης αυτού, το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε), (γ) Αποτελέσματα που πρέπει να συνοδεύουν ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αφορούν τους στόχους και τις υποθέσεις μελέτης. και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Περιγραφή περίπτωσης, (γ) Σχόλιο.

Οι βραχείες δημοσιεύσεις διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση.

Πίνακες/αριθμοί: Οι πίνακες και οι αριθμοί είναι τυπωμένοι μόνο όταν εκφράζουν κάτι περισσότερο από αυτό που μπορεί να γίνει από τις λέξεις. Οι πίνακες πρέπει να αριθμηθούν με συνέπεια και να τους δοθεί ένας κατάλληλος τίτλος και κάθε πίνακας να δακτυλογραφείται σε ξεχωριστή σελίδα.

Μονάδες μέτρησης: Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.

Συντμήσεις: Αποφύγετε τις συντμήσεις οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιεσδήποτε συντμήσεις που οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, πρέπει να καταγραφούν πλήρως και να ακολουθηθούν από γράμματα εντός παρενθέσεως την πρώτη φορά που εμφανίζονται.

Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να

γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexed in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Στατιστική: Πρέπει να χρησιμοποιηθούν πρότυποι και διεθνώς αναγνωρισμένοι μέθοδοι παρουσίασης στατιστικού υλικού.

Συγκατάθεση Ενημέρωσης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www. icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

Άδειες: Η άδεια να αναπαραχθεί το προηγουμένως δημοσιευμένο υλικό πρέπει να ληφθεί εγγράφως από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων.

Ερωτηματολόγια: Ερωτηματολόγια και προγράμματα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στις ερευνητικές μελέτες που δεν είναι καθιερωμένα και γνωστά πρέπει να περιληφθούν ως παράρτημα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές: Όλες οι δημοσιεύσεις που αναφέρονται στο κείμενο πρέπει να παρουσιαστούν σε έναν κατάλογο βιβλιογραφικών αναφορών. Οι αναφορές πρέπει να δοθούν με το σύστημα «Harvard» Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0,Quickstart Guide v3.0,Glossary v3.0.

Παράδειγμα:

1. Για βιβλίο με ένα συγγραφέα: Biggs, G. (2000) Gender and Scientific Discovery. 2nd edn. London: Routledge
2. Για βιβλίο με πολλαπλούς συγγραφείς: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) Advances in Engineering. 2nd edn. London: Routledge
3. Για ένα κεφάλαιο ή δοκίμιο συγκεκριμένου συγγραφέα σε ένα βιβλίο: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In a Guide to Contemporary Ornithology. ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Για ένα τυπωμένο άρθρο σε περιοδικό: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". Journal of Writing Studies 3 (2) 44-59
5. Για μια ιστοσελίδα: Centre of Academic Writing The List of References Illustrated [online] available from http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm [Sept 2009]
6. Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" Medical Monthly [online] 3 (1) 55-88. available from http://hospitals/infections/latest-advice [20 April 2005]

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Εάν υποβάλλετε ένα άρθρο που έχει ήδη αξιολογηθεί από την συντακτική επιτροπή του ΕΠΝΕ, παρακαλώ να συνυποβάλλετε ηλεκτρονικό μήνυμα που παρέχει τις τυχόν παρατηρήσεις σας στα σχόλια του εκδότη και των κριτών.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι Αποδείξεις της διακίνησης των άρθρων γίνονται ΜΟΝΟ ηλεκτρονικά.

Ανάτυπα

Τρία ανάτυπα θα δοθούν δωρεάν στον υπεύθυνο επικοινωνίας του άρθρου.

Πνευματικά δικαιώματα

Τα Πνευματικά δικαιώματα των δημοσιευθέντων άρθρων ανήκουν στους συγγραφείς. Το Περιοδικό διατηρεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής ή της αναδημοσίευσης του άρθρου με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
Η ΕΝΕ θα προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την εγγύηση της προστασίας των πνευματικών δικαιωμάτων των συγγραφέων.

Hellenic journal of Nursing Science

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Hellenic Journal of Nursing Science (HJNS) is the official journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses HRBoN. It is a peer-reviewed, cross-disciplinary journal with the purpose of promoting nursing science in Greece.
The Hellenic Journal of Nursing Science provides opportunity for the publication of academic articles presenting research conclusions, research based reviews, discussion articles and commentaries of interest to an international readership of professionals, educators, administrators and researchers in all the fields of nursing, and health care professionals.

TYPE OF ARTICLES

HJNS publishes articles which fall into three main categories:
- Editorial articles
- Editorial articles which are relatively brief (200 words maximum)
- Original articles – research work

- Full articles relating to primary research can have up to 5000 words.
- Clinical trials protocols should not exceed 2.500 words. Authors must state the trial registration number (where available), as well as the timing of the presentation of the conclusions.

Reviews and brief presentations (2000 words maximum)

- Reviews that contain:
- systematic reviews, meta-analysis
- book reviews
- political reviews
- other type (e.g. socio-economic)

- Book reviews: Should not exceed 1000 words.

ARTICLE SUBMISSION

Authors must submit manuscripts via the journal email address: journal@enne.gr. All correspondence, including the editorial decision statement and re-review requests, will be carried out online. An article is submitted on the condition that it has not been previously published, that it is not under consideration for publication elsewhere and that if accepted it will not be published elsewhere, either in English or in any other language, without the written consent of the publisher.

REVIEW PROCESS

All articles are initially evaluated by the editorial team and are thematically assigned to the reviewers. Subsequently they are admitted for publication following a double-blind review by at least two anonymous reviewers. Reviewers decide whether the article is:
(a) Accepted for publication without alterations.
(b) Accepted for publication after minor modifications.
(c) Accepted for publication after extensive revision.
(d) Rejected for publication in its present form

PREPARATION OF MANUSCRIPT

General Guidelines: All submitted work should be suitable for an international audience and authors should not limit their work to national and political practices and to legislation specific to their country.
Each article must be accompanied by a cover letter, an example of which can be found on the journal website: www.enne.gr
The cover letter must provide the following:
- Statement that the work has not been published in whole or in part in another journal.
- Statement that the final version has been acknowledged and approved by all the authors.
- Written permission (registration number of approval) for the research from the ethics committee of the institution where the work was carried out.
- Full name, postal address, email address and telephone number of the author responsible for correspondence.

Detailed information about online submission of manuscripts can be found on our website.

ORGANIZATION OF MANUSCRIPT

Organize your manuscript in the following order: article title, title page, acknowledgements, abstract and keywords, text, references, tables, figures, supplements (Font: TIMES NEW ROMAN size12, 1.5 line spacing). Please number the pages of your manuscript.

Title: The title must describe the topic of the article,

participants where relevant, clinical problem and research method used.

Title page: The title page contains:
- Full name, full article title (maximum 90 characters), academic and professional qualifications and institute for every author.
- Email address of every author.
- Submission date of article.

Acknowledgements: Basic contributors to the work are thanked in the acknowledgements.

Abstract: Abstracts should be no more than 250 words and should not include any references or abbreviations. Abstracts of research work should be structured under the following headings, where possible: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusions, which must have a bearing on the objectives and the context of the study, and provide recommendations for clinical implementation of the results.
Abstracts of reviews should come under the following headings, where possible: Introduction, purpose, secondary aims, references: data bases, review methods, results, conclusions.
Abstracts of book reviews should provide a brief summary of the rationale and conclusions.

Keywords: Up to six keywords in alphabetical order should be included, stating clearly the context of the article, objective and method used.
Use the medical title thesaurus (MeSH®) and (CINAHL) where possible.

Text: The text introduction must refer to what is already known on the topic and what this article has to add to nursing science. Depending on the type of article, it should be set out as follows:
Reviews should carry: (a) Introduction, (b) Purpose, (c) Materials and Methods, (d) Results, (e) Discussion, (f) Conclusions, and must expand in detail on the summary.
Research works must follow a specific structure: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (it is necessary to state the time period for the collection of data, data source, sample sizes and sample selection methods, details of how they were chosen, selection and exclusion criteria, number of new participants or dropouts, relevant clinical and demographic characteristics, data collection methods, data collection device and permission and approval process for its use, response rates, statistical methods used for analysis (c) Results along with accurate rates of statistical importance (d) Discussion, (e) Research limitations and (f) Conclusion, which must have a bearing on the objective and the context of the review, and provide recommendations for clinical implementation of the results.
Interesting cases are divided into: (a) Introduction, (b) Case reports, (c) Comments.
Prolonged publications are separated into: (a) Introduction, (b) Materials and Methods, (c) Results, (d) Discussion.

Tables/figures: Tables and figures are printed only when presenting further supporting data not provided by text. Tables should be numbered consecutively, given a concise title and must each be typed on a separate page.

Units of Measurement: Length, height, weight and volume must be expressed in metric units in accordance with internationally recognized symbols.

Abbreviations: Avoid using abbreviations wherever possible. All abbreviations to be used by the authors must be written in their expanded form along with their abbreviated form in parenthesis at first use. Titles of journals should be abbreviated according to the list of Index Medicus, which is published in January every year in a separate issue (List of Journals Indexed in Index Medicus). There is a relevant list (IATROTEK) with abbreviations of Greek journals.

Statistics: Standardized and internationally approved methods must be used to present statistical material.

Statement of Informed Consent: Authors must ensure that research has been conducted in accordance with the ethical principles clearly laid down in the International Committee of Medical Journal Editors (www. icmje.org) and the World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000. In other words it is imperative that authors assure that the results of their studies arise from research work which has obtained informed consent from the participants and approval from the formal ethics committee.

Permissions: Permission to reprint previously published material must be obtained in written form from the copyright holder.

Questionnaires: Non-standard and unfamiliar questionnaires and evaluation programmes used in research work should be applied to supplements.

References: All publications referring to the text must be cited in a reference list. References should

be presented according to the style used in «Harvard» Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0,Quickstart Guide v3.0,Glossary v3.0.

Examples

1. Book with one author: Biggs, G. (2000) Gender and Scientific Discovery. 2nd edn. London: Routledge
2. Book with many authors: Ong, E., Chan, W. and Peters, J. (2004) Advances in Engineering. 2nd edn. London: Routledge
3. Chapter or dissertation of specific author in a book: Aggarwal, B. (2004) "Has the British Bird Population Declined?" In a Guide to Contemporary Ornithology. ed by Adams, G. London: Palgrave, 66-99
4. Journal article: Padda, J. (2003) "Creative Writing in Coventry". Journal of Writing Studies 3 (2) 44-59
5. Website: Centre of Academic Writing The List of References Illustrated [online] available from http://home.ched.coventry.ac.uk/caw/harvard/index.htm [Sept 2009]
6. Article in electronic journal: Για ένα άρθρο σε ηλεκτρονικό περιοδικό: Dhillon, B. (2004) "Should Doctors Wear Ties?" Medical Monthly [online] 3 (1) 55-88. available from http://hospitals/infections/latest-advice [20 April 2005]

IMPORTANT NOTE

If submitting an article that has already been reviewed by the editorial team of EPNE, please attach the email message with your response to the comments of the editor and reviewers.

AUTHOR SERVICES

Article progress can be checked ONLY online.

Reprints

Three reprints will be given free of charge to the corresponding author of the article.

Copyright

Copyright of published articles belongs to the authors. The journal retains the right to reproduce or republish an article for the purposes of promoting Nursing Science.
EPNE will take all necessary measures to protect authors' rights.

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

Επιτομή χρήσιμων πληροφοριών

Σύσταση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ συστήθηκε δια του Νόμου 3252/2004 υπό την μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και λειτουργεί ως επίσημος επαγγελματικός σύλλογος των Νοσηλευτών. Η εγγραφή σε αυτήν όλων των Νοσηλευτών, είναι υποχρεωτική, όπως συμβαίνει σε κάθε αντίστοιχο επιμελητήριο άλλων επαγγελματιών που λειτουργεί ως ρυθμιστικός φορέας και επίσημος σύμβουλος της Πολιτείας (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών, Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, κ.τ.λ).

Κυριότεροι σκοποί της ΕΝΕ

Για να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι που πρέπει όλοι οι νοσηλευτές να είναι εγγεγραμμένοι, παραθέτουμε τους βασικότερους στόχους που περιγράφει ο Νόμος 3252/2004 και που καλείται να επιτελέσει η Ε.Ν.Ε:

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης
- την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- τη διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα
- τη διαρκή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των Νοσηλευτών και την υλοποίηση και αξιοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- τη συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων που επιχορηγούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους διεθνείς οργανισμούς
- την έκδοση πιστοποιητικών, απαραίτητων για την άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών
- τον περιορισμό της αντιποίησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου
- την έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου
- τη μελέτη υγειονομικών θεμάτων και την οργάνωση επιστημονικών συνεδρίων αυτόνομα ή σε συνεργασία με άλλους φορείς
- τη δημιουργία επιτροπής δεοντολογίας και ηθικής του επαγγέλματος του νοσηλευτή
- τον καθορισμό και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων και
- την προστασία και προαγωγή της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Μέλη της ΕΝΕ

Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι: α) Τμημάτων Νοσηλευτικών Α.Ε.Ι., β) Νοσηλευτικών Τμημάτων Τ.Ε.Ι., γ) Πρώην Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων, Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δ) Πρώην Νοσηλευτικών Σχολών ΚΑΤΕΕ, ε) Νοσηλευτικών Σχολών ή Τμημάτων της αλλοδαπής, των οποίων τα διπλώματα έχουν αναγνωριστεί ως ισότιμα με τα πτυχία των νοσηλευτικών σχολών της ημεδαπής από τις αρμόδιες υπηρεσίες και στ) Στρατιωτικών Ανωτάτων Νοσηλευτικών Σχολών.

Διάρθρωση της ΕΝΕ

Η ΕΝΕ διαρθρώνεται σε Κεντρική Διοίκηση, που εδρεύει στην Αθήνα και σε επτά Περιφερειακά Τμήματα, που λειτουργούν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

Κεντρική Διοίκηση

Η Κεντρική Διοίκηση αποτελείται από 15μελές Δ.Σ και έχει έδρα την Αθήνα. Η διεύθυνση των γραφείων είναι: Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας 47, Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Η ιστοσελίδα της Ε.Ν.Ε είναι www.enne.gr και το e-mail: info@enne.gr.

Περιφερειακά Τμήματα

Τα δεκατρία Περιφερειακά Τμήματα (Π.Τ) της Ε.Ν.Ε, ακολουθούν τον αριθμό των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.Π.Ε) και είναι τα ακόλουθα:

1. Πρώτο Περιφερειακό Τμήμα Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης: Β. ΠΑΥΛΟΥ 10Α ΚΟΜΟΤΗΝΗ ΤΗΛ. 6944152505-6948625299 FAX. 2531080126. Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης και Ροδόπης. Έδρα του 1ου ΠΤ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης είναι η Κομοτηνή
2. Δεύτερο Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Μακεδονίας: ΜΑΒΙΛΗ 11, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, Τ.Κ.54630, τηλ. 2310522822 και fax. 2310522219. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής. Έδρα του 2ου ΠΤ Κεντρικής Μακεδονίας είναι η Θεσσαλονίκη.

3. Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Μακεδονίας: ΑΕΤΟΡΑΧΗΣ & ΓΡΑΜΜΟΥ 5, ΚΟΖΑΝΗ ΤΗΛ.24610 49591 FAX:2461067817. Περιλαμβάνει τους Νομούς Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Έδρα του 3ου ΠΤ Δυτικής Μακεδονίας είναι η Κοζάνη
4. Τέταρτο Περιφερειακό Τμήμα Ηπείρου: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, και Πρεβέζης. Έδρα του 4ου ΠΤ Ηπείρου είναι τα Ιωάννινα.
5. Πέμπτο Περιφερειακό Τμήμα Θεσσαλίας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2, ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41223 ΤΗΛ 2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Έδρα του 5ου ΠΤ Θεσσαλίας είναι η Λάρισα.
6. Εκτο Περιφερειακό Τμήμα Ιονίων Νήσων: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας καθώς και το δήμο Ιθάκης που αποτελεί αυτοτελή περιφερειακή ενότητα.
7. Έβδομο Περιφερειακό Τμήμα Δυτικής Ελλάδας: ΥΠΑΤΗΣ 1 &Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ, ΤΚ 26441 ΤΗΛ. 2610423830 FAX. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας. Έδρα του 7ου ΠΤ Δυτικής Ελλάδας είναι η Πάτρα.
8. Όγδοο Περιφερειακό Τμήμα Στερεάς Ελλάδας: ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 2 ΤΚ. 41223 ΤΗΛ.2410284866 FAX. 2410284871. Περιλαμβάνει τους Νομούς Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος. Έδρα του 8ου ΠΤ Στερεάς Ελλάδας είναι η Λαμία.
9. Ένατο Περιφερειακό Τμήμα Αττικής: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει το Νομό Αττικής.
10. Δέκατο Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου: ΥΠΑΤΗΣ 1 & Ν.Ε.Ο. ΠΑΤΡΩΝ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΑΤΡΑ ΤΚ 441 ΤΗΛ. 2610423830 ΦΑΞ. 2610426215. Περιλαμβάνει τους Νομούς Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έδρα του 10ου ΠΤ Πελοποννήσου είναι η Τρίπολη.
11. Ενδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Βορείου Αιγαίου: ΑΛΚΑΙΟΥ 8, ΜΥΤΙΛΗΝΗ ΤΚ 81100 ΤΗΛ. 22510-46272 ΦΑΞ. 22510-46272. Περιλαμβάνει τους Νομούς Λέσβου, Σάμου και Χίου.
12. Δωδέκατο Περιφερειακό Τμήμα Νοτίου Αιγαίου: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΒΑΣΙΛΙΣΣΗΣ ΣΟΦΙΑΣ 47,Τ.Κ. 10676, τηλ. 210 3648044, 048 και fax. 210 3617859 και 210 3648049. Περιλαμβάνει τους Νομούς Κυκλάδων και Δωδεκανήσου.
13. Δέκατο Τρίτο Περιφερειακό Τμήμα Κρήτης: ΣΠΙΝΑΛΟΓΚΑΣ 6, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΤΚ 71201 τηλ. 2810310366, 2810311684 και fax.2810310014. Περιλαμβάνει τους Νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων. Έδρα του 13ου ΠΤ Κρήτης είναι το Ηράκλειο.

Εγγραφή και συνδρομή των μελών

Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα. Η αίτηση συνοδεύεται υποχρεωτικά από επικυρωμένα αντίγραφα πτυχίου και αστυνομικής ταυτότητας, δυο έγχρωμες φωτογραφίες, το αποδεικτικό της τραπεζικής κατάθεσης των 65 €, απλό φωτοαντίγραφο της άδειας άσκησης επαγγέλματος και προαιρετικά από τους τίτλους που τυχόν κατέχει το υποψήφιο μέλος (μεταπτυχιακοί τίτλοι, πιστοποιητικά γνώσης ξένης γλώσσας, κοινωνικές δραστηριότητες κ.τ.λ). Κάθε Νοσηλευτής υποχρεούται να ανανεώνει την εγγραφή του ετησίως, αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικώς (όχι με fax) μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου, υποβάλλοντας σχετική δήλωση στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκει. Η δήλωση υποβάλλεται ταυτόχρονα με την καταβολή της ετήσιας συνδρομής, που έχει οριστεί δια του Νόμου 3252/2004 στο ποσό των σαράντα πέντε (45) ευρώ. Σε κάθε Νοσηλευτή που εγγράφεται ή ανανεώνει την εγγραφή του στην ΕΝΕ χορηγείται Δελτίο Ταυτότητας Νοσηλευτή.

Άδεια άσκησης επαγγέλματος

Για την έκδοση από τις κατά τόπους Νομαρχίες της άδειας άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές οφείλουν να συμπεριλάβουν, μεταξύ των δικαιολογητικών, και βεβαίωση εγγραφής στο οικείο Περιφερειακό Τμήμα της Ε.Ν.Ε. Με την παραλαβή της άδειας άσκησης επαγγέλματος, υποχρεούνται να καταθέσουν άμεσα αντίγραφο αυτής, στο Περιφερειακό Τμήμα όπου ανήκουν. Βάσει του Νόμου 3252/2004, όποιος ασκεί τη νοσηλευτική χωρίς να έχει άδεια άσκησης επαγγέλματος διώκεται ποινικά σύμφωνα με το άρθρο 458 του Ποινικού Κώδικα. Καταγγελία για παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε ιδιώτης στα Περιφερειακά Συμβούλια ή στο Δ.Σ. της Ε.Ν.Ε., το οποίο στη συνέχεια υποχρεούται να γνωστοποιήσει το γεγονός στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

Στις περιπτώσεις που επιβάλλεται πειθαρχική ποινή προσωρινής ή οριστικής διαγραφής από την Ε.Ν.Ε., αναστέλλεται αυτοδίκαια η άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Όργανα διοίκησης

Η Ε.Ν.Ε διοικείται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων και το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα Περιφερειακά Τμήματα διοικούνται από την Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο.

Διεθνής εκπροσώπηση της Ε.Ν.Ε

Η Ε.Ν.Ε είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών (F.E.P.I), κατέχοντας μια από τις επτά θέσεις του Διοικητικού της Συμβουλίου. Στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία συμμετέχουν ακόμα η Αγγλία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πολωνία, η Κροατία, η Ρουμανία, η Πορτογαλία και υπό ένταξη είναι η Γαλλία, η Κύπρος και το Βέλγιο. Για περισσότερες πληροφορίες, συνδεθείτε με την ιστοσελίδα www.fepi.org.

Ανάδειξη και θητεία των αιρετών οργάνων διοίκησης

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Ν.Ε, εκλέγεται από την Συνέλευση των Αντιπροσώπων. Οι Αντιπρόσωποι εκλέγονται χωριστά για κάθε Περιφερειακό Τμήμα από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Τα Περιφερειακά Συμβούλια εκλέγονται ομοίως από τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Περιφερειακού Τμήματος. Οι εκλογές διεξάγονται κάθε τρία (3) χρόνια, ενώ συμμετέχουν σ'αυτές όσοι Νοσηλευτές είναι οικονομικώς τακτοποιημένοι.

Πειθαρχικός έλεγχος

Ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών της Ε.Ν.Ε ασκείται σε πρώτο βαθμό από τα Περιφερειακά Συμβούλια, που λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.
Ο δευτεροβάθμιος πειθαρχικός έλεγχος, καθώς και ο πειθαρχικός έλεγχος των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των Περιφερειακών Συμβουλίων ασκείται από το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο, στο οποίο προεδρεύει Εφέτης των Πολιτικών Δικαστηρίων.

Επιστημονικό Περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» που αποτελεί και το επίσημο περιοδικό της. Είναι ένα περιοδικό πολυδιάστατο με κριτική επιτροπή που στοχεύει στην προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην Ελλάδα. Το «Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης» αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό που εκδίδεται στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή με συμβολική αμοιβή σε όλους τους ενδιαφερόμενους ερευνητές, πανεπιστημιακούς δασκάλους, φοιτητές, σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα γενικότερα αλλά και στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΤΕΙ και ΑΕΙ) της ημεδαπής και της αλλοδαπής.
Παράλληλα παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση και στην κλινική νοσηλευτική να δημοσιεύσουν το έργο τους και να δεχθούν εποικοδομητικές κριτικές. Στο περιοδικό δημοσιεύονται ερευνητικές μελέτες, ανασκοπήσεις, πρωτότυπες πραγματείες και βιβλιοκριτικές. Οι εργασίες που δημοσιεύονται, μοριοδοτούνται με τρόπο θεσμικά προβλεπόμενο και επικυρωμένο από την ελληνική νομοθεσία και σύμφωνα πάντα με τη διεθνή πρακτική.

Ενημερωτικό περιοδικό

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος δημιούργησε το 2008 το μηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό «Ο Ρυθμός της Υγείας», με σκοπό την ανάδειξη του νοσηλευτή ως ενιαίας ψυχοσωματικής, και επαγγελματικής οντότητας, με ενδιαφέροντα που κινούνται πέρα από τα τετριμμένα, αγκαλιάζοντας όλα τα επίπεδα της πολύπλευρης κοινωνικής του υπόστασης.

Ο Έλληνας νοσηλευτής, εκτός από την ανάγκη για την επίλυση πρωταρχικών ζητημάτων που τον απασχολούν ως επαγγελματία, έχει ανάγκη να εκφραστεί, να επικοινωνήσει, να διασκεδάσει και να προβάλλει πολύπλευρα τον κοινωνικό του προορισμό.
Έτσι, «Ο Ρυθμός της Υγείας», σκοπεύει να ενώσει τη φωνή όλων των νοσηλευτών της χώρας και να αποτελέσει ένα άμεσο και έγκυρο κανάλι επικοινωνίας, δίνοντας βήμα σε όλες ανεξαιρέτως της φωνές της επαγγελματικής –και όχι μόνο- κοινότητας.

Μελλοντικοί Στόχοι

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας, με τη συνεργασία όλων των μελών της, στοχεύει να υλοποιήσει και να ολοκληρώσει κάποια σημαντικά έργα που αποτελούν πάγια αιτήματα της νοσηλευτικής κοινότητας, ορισμένα από τα οποία ήδη άρχισαν να εκπονούνται:

- Καθορισμός και κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων
- Δημιουργία ανοιχτής γραμμής επικοινωνίας με σκοπό την καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων των νοσηλευτών
- Ενίσχυση των διεθνών σχέσεων των ελλήνων νοσηλευτών με οργανισμούς, fora και ινστιτούτα του εξωτερικού
- Δημιουργία ηλεκτρονικής ψηφιακής βιβλιοθήκης η χρήση της οποίας θα είναι δωρεάν για τα μέλη της ΕΝΕ και προσβάσιμη από όλη την επικράτεια
- Προσφορά ειδικών εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Διοργάνωση επιστημονικών συνεδρίων και ημερίδων με μοριοδότηση των συνέδρων νομικά ισχύουσα και κατοχυρωμένη
- Δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Έργου, όπως Εκπαίδευσης, Τεκμηρίωσης, Διεθνών Σχέσεων και Ενημέρωσης
- Οργάνωση δικτύου εμπειρογνωμόνων για νοσηλευτικά θέματα και παροχή νομοτεχνικών συμβουλών
- Οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης
- Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και Νοσηλευτικής επάρκειας

Επικοινωνία

Οι νοσηλευτές μπορούν να απευθύνονται στα τηλέφωνα: 210 3648044, 3648048 (08:00- 15:00), στα fax:210 3648049, 3617859 και στο e- mail: info@enne.gr

- για επαγγελματικά θέματα
- για θέματα εκπαίδευσης
- για νομικά θέματα
- για την εγγραφή τους ή την ανανέωση αυτής
- για γενική ενημέρωση (συνέδρια, δράσεις, εκδηλώσεις κλπ)
- για τις προκηρύξεις μέσω ΑΣΕΠ
- για θέσεις εργασίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας

E.N.E
Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος

5ο Πανελλήνιο
&
4ο Πανευρωπαϊκό

Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο



Κέρκυρα
Corfu Holiday Palace Hotel
10-13 Μαΐου 2012

Συνδιοργάνωση με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)

Με την υποστήριξη της fepi

Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

FREI S.A. TRAVEL - CONGRESS
Παπαρηγοπούλου 3, 105 61, Αθήνα
Τηλ.: 210 3215600, Fax: 210 3219296
www.frei.gr e-mail: info@frei.gr

E.N.E.



ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr