

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

VEMA OF ASKLIPIOS

APRIL-JUNE 2003 VOLUME 2 No 2

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Εν αρχή ην ο φόβος;

Συνθήκες υγιεινής και ασφαλείας εργασίας

Προβλήματα χρονίως κατακεκλιμένων ασθενών

Η σχέση της προεγχειρητικής ενημέρωσης
με το μετεγχειρητικό πόνο

Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Αδενοκαρκίνωμα και ενδοκρινείς όγκοι
του λεπτού εντέρου

Ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ

And there was the fear?

Occupational health and safety

Problems of patients in chronic bed rest

The relationship between preoperative preparation
and post-operative pain

Quality of life assessment in breast cancer patients

Primary health care

Adenocarcinomas and endocrine tumors
of the small intestine

Quality of life before intensive care unit admission



ΕΛΛΑΣ



ΕΠΙΤΟ ΚΑΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα

Από τη Σύntαξη 67

Ειδικά άρθρα

Εν αρχή ην ο φόβος; Γ.Απ. Πανούσης 69

Συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας εργασίας. Ανάπτυξη προτύπου (model) για την πρόληψη και αντιμετώπιση εργατικών ατυχημάτων Ι.Δ. Μπουρής 73

Ανασκοπήσεις

Προβλήματα χρονίως κατακεκλιμένων ασθενών. Φ. Μπαμπάτσικου, Α. Ελευθερίου 81

Η σχέση της προεγχειρητικής ενημέρωσης με το μετεγχειρητικό πόνο. Θεωρητική προσέγγιση. Ε. Κοτρώτσιου, Ε. Αργυρούδης 86

Εξελίξεις και προοπτικές για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σ. Ανδρεά 89

Η οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια του γενικότερου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτιστικού μοντέλου ανάπτυξης της χώρας μας. Γ. Αναγνώστου, Χρ.Β. Οικονομοπούλου 94

Αδενοκαρκίνωμα και ενδοκρινείς όγκοι του λεπτού εντέρου. Χ. Καλέκου-Γκρέκα 99

Ερευνητική εργασία

Ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και νοσοκομειακή πνευμονία Ε. Αποστολοπούλου, Α. Γεωργούδη, Λ. Γρηγοράκος 105

Οδηγίες για τους συγγραφείς 111

Contents

From the editors 67

Special articles

And there was the fear? G.Ap. Panousis 69

Occupational health and safety. Developing a model for the prevention and reduction of work related accidents. J.D. Bouris 73

Reviews

Problems of patients in chronic bed rest. F. Babatsikou, A. Elefteriou 81

The relationship between preoperative preparation and post-operative pain—A theoretical approach. E. Kotrotsiou, E. Argiroudou 86

Prospects and developments on quality of life assessment in breast cancer patients. S. Andrea 89

The organization of primary health care within the social economic and cultural context. G. Anagnostou, Chr.V. Oikonomopoulou 94

Adenocarcinomas and endocrine tumors of the small intestine. An update. Ch. Kalekou-Greka 99

Original paper

Quality of life before intensive care unit admission. Nosocomial urinary tract infections and nosocomial pneumonia. E. Apostolopoulou, A. Georgoudi, L. Grigorakos 105

Instructions to authors 111

Ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ

Νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και νοσοκομειακή πνευμονία

Ε. Αποστολοπούλου,¹

Α. Γεωργούδη,²

Λ. Γρηγοράκος³

¹Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Νοσηλεύτρια Ελέγχου Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα

³Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη σε βαριά ασθενείς της ΜΕΘ. **Σκοπός** της μελέτης ήταν να αναλυθεί η ποιότητα ζωής των βαριά ασθενών πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ και η σχέση της με τη νοσοκομειακή πνευμονία, τη νοσοκομειακή βακτηριαιμία και τις νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. **Μέθοδος-Ασθενείς** Η συλλογή των στοιχείων για την ποιότητα ζωής του κάθε ασθενή έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: την υποκλίμακα I, που αναφέρεται στις βασικές φυσιολογικές δραστηριότητες, την υποκλίμακα II, που αναφέρεται στις καθημερινές δραστηριότητες και την υποκλίμακα III, που αναφέρεται στη συναισθηματική κατάσταση. **Αποτελέσματα** Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν $6,7 \pm 7,64$ βαθμούς. Το 29,3% των ασθενών είχαν φυσιολογική ποιότητα ζωής με 0 βαθμούς, το 30,3% των ασθενών βαθμολογήθηκε από 1-5 βαθμούς, το 11,1% βαθμολογήθηκε από 6-10 βαθμούς, το 15,2% βαθμολογήθηκε από 11-15 βαθμούς και το 14,1% βαθμολογήθηκε >15 βαθμούς. Η συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ συσχετίστηκε με το APACHE II και τη νοσοκομειακή πνευμονία. Επίσης, η βαθμολογία των καθημερινών δραστηριοτήτων (υποκλίμακα II) συσχετίστηκε με τη νοσοκομειακή πνευμονία και η βαθμολογία της συναισθηματικής κατάστασης (υποκλίμακα III) συσχετίστηκε με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της βακτηριαιμίας. **Συμπεράσματα** Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής των βαριά ασθενών πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ δεν είναι γενικά καλή, ενώ μια υψηλή αναλογία ασθενών έχει κακή ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή. Η ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ συσχετίζεται (με το APACHE II), με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και τη νοσοκομειακή πνευμονία, αλλά δεν συσχετίζεται με τη βακτηριαιμία. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες οι οποίες θα αναλύσουν την επιρροή της ποιότητας ζωής των βαριά ασθενών πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ στην εμφάνιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και της νοσοκομειακής πνευμονίας.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, ΜΕΘ

Abstract **Quality of life before intensive care unit admission. Nosocomial urinary tract infections and pneumonia.** E. Apostolopoulou,¹ A. Georgoudi,² L. Grigorakos.³ ¹Assistant Professor, Nursing Department, University of Athens, Athens, Greece, ²Infectious Diseases nurse, "Evangelismos" General Hospital of Athens, Athens, Greece, ³Associate Professor, Nursing Department, University of Athens, Athens, Greece. *Vema of Asklepios* 2003, 2(2):105-110. **Objective** We conducted a retrospective study of critically ill ICU-patients. The objective of the study was to analyze the quality of life of critically ill patients before their ICU admission and its relation to nosocomial urinary tract infections, blood stream infections and pneumonia. **Method-Patients** Data related to the quality of life of each patient were collected in a questionnaire that includes three subscales. Subscale I that refers to the basic physiologic activities, subscale II that refers to the normal daily activities and subscale III that refers to the emotional state. **Results** Our results showed that pre-ICU quality of life was 6.7 ± 7.64 points, and 29.3% of patients had a normal quality of life with a 0 points score, 30.3% scored between 1-5 points, 11.1% scored 6-10 points, 15.2% scored 11-15 points, and 14.1% scored >15 points. In addition, the normal daily activities score (subscale II) was correlated with nosocomial pneumonia and the emotional state score (subscale III) was correlated with the nosocomial urinary

Key words: Quality of life, ICU

tract infections. Furthermore, there was no correlation between quality of life and blood-stream infections. Conclusions In conclusion, the quality of life of critically ill patients before their ICU admission is not good and a high proportion of patients have a poor pre- ICU quality of life. The preadmission quality of life is correlated with (APACHE II score of admission), nosocomial urinary tract infections and nosocomial pneumonia but is not correlated with blood-stream infections. Further studies are required that would analyze the influence of quality of life of critically ill patients before their ICU admission on the development of nosocomial urinary tract infections and nosocomial pneumonia.

Κατάσταση υγείας, λειτουργική κατάσταση και ποιότητα ζωής είναι τρεις έννοιες που συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να αναφερθούν στον ίδιο τομέα της υγείας.¹ Ο τομέας της υγείας κυμαίνεται από τις αρνητικές έννοιες της ζωής, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου μέχρι τις πιο θετικές έννοιες, όπως είναι η ικανοποίηση. Τα όρια του ορισμού συνήθως εξαρτώνται από το γιατί κάποιος εκτιμά την υγεία και από τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα των ασθενών, των γιατρών και των ερευνητών.² Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «υγεία είναι η πλήρης σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία της νόσου και της αναπηρίας».³ Ο όρος ποιότητα ζωής δεν σημαίνει το ίδιο για όλους τους ερευνητές: μερικοί επικεντρώνονται μόνο στην κατάσταση υγείας συλλέγοντας πληροφορίες από τους συγγενείς των ασθενών, ενώ άλλοι θεωρούν την ποιότητα ζωής μια μοναδική προσωπική αντίληψη⁴⁻⁶ που εκτιμά και τη δυσλειτουργία που σχετίζεται με την υγεία και την αντιληπτή ποιότητα ζωής.

Το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής σε σχέση με τη φροντίδα υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.^{7,8} Ο σκοπός είναι να παρέχουμε περισσότερες ακριβείς εκτιμήσεις για την υγεία των ατόμων ή των πληθυσμών και για τα οφέλη και τις επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν από τη φροντίδα υγείας. Οι εφαρμογές των μετρήσεων της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν: προληπτικό έλεγχο και παρακολούθηση των ψυχολογικών προβλημάτων στην εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή, ανασκόπηση του πληθυσμού για αντιληπτά προβλήματα υγείας, ιατρικό ποιοτικό έλεγχο, μετρήσεις αποτελέσματος των υπηρεσιών υγείας ή αξιολόγηση έρευνας, κλινικές δοκιμές και αναλύσεις κόστους χρησιμοποίησης.^{9,10}

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αποφάσεις των κλινικών και των ασθενών για την ποιότητα της ζωής διαφέρουν σημαντικά και οι συστηματικές εκτιμήσεις μπορεί να βελτιώσουν τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας.^{11,12} Οι κλινικοί φαίνεται ότι βρίσκουν τις πληροφορίες από τις εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής χρήσιμες και ενημερωτικές, αλλά οι δοκιμές έχουν βρει ότι οι επιπρόσθετες πληροφορίες δεν επηρεάζουν πολύ τις κλινικές αποφάσεις ή τις βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην κατάσταση

της υγείας. Αυτά τα απογοητευτικά αποτελέσματα μπορεί να εμφανίζονται ή επειδή τα δεδομένα της ποιότητας ζωής είναι ακατάλληλα για τη λήψη της κλινικής απόφασης ή, περισσότερο πιθανό, επειδή οι πληροφορίες δεν ενημερώνουν τους κλινικούς για το πιο χρήσιμο σχήμα ή στο σωστό χρόνο.¹³

Οι αρχικές εκτιμήσεις της λειτουργίας των ασθενών και της γενικής ευεξίας όπως η λειτουργική κλίμακα της American Rheumatism Association,¹⁵ ή ο Karnofsky Index, είχαν την τάση να χρησιμοποιούν μία απλή βαθμολογία.¹⁶ Τώρα πολλά εργαλεία αντανακλούν την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής. Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι εργαλείων, τα εργαλεία ειδικών νοσημάτων και τα γενικά εργαλεία. Τα εργαλεία ειδικών νοσημάτων έχουν αναπτυχθεί για μία νόσο ή για ένα περιορισμένο φάσμα νοσημάτων.¹⁷ Τα γενικά εργαλεία στοχεύουν να χρησιμοποιηθούν σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας.¹⁸ Κάθε τύπος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και μπορεί να είναι κατάλληλος για διαφορετικές καταστάσεις. Οι έρευνες στην ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία έχουν οδηγήσει σε εργαλεία κατάλληλα για να ανιχνεύουν ελάχιστα σημαντικές επιδράσεις στις κλινικές δοκιμές, για να εκτιμούν την υγεία του πληθυσμού και για να παρέχουν πληροφορίες για την πολιτική των αποφάσεων. Τα εργαλεία της ποιότητας ζωής για να εφαρμοστούν σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να πληρούν μερικές ειδικές προϋποθέσεις. Πρώτον, πρέπει να συσχετίζονται με τη βασική κατάσταση του ασθενή πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ, επειδή μετά την εισαγωγή οι ασθενείς εξαρτώνται από το περιβάλλον της ΜΕΘ. Δεύτερον, οι αναπληρωτές πρέπει να είναι ικανοί να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο όταν οι ασθενείς είναι διασωληνωμένοι ή σε κωματώδη κατάσταση.

Πρόσφατα, επικυρώθηκε ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής το οποίο πληρεί όλα τα κριτήρια για την εφαρμογή του σε βαριά ασθενείς κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους στη ΜΕΘ. Αυτό καθιστά ικανή την ανάλυση των διαφορετικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και μπορεί να ολοκληρωθεί από ένα μέλος της οικογένειας, επιτρέπει τη μελέτη των βασικών καταστάσεων του ασθενούς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλα δείγματα ασθενών.

Σκοπός της μελέτης ήταν να αναλυθεί η ποιότητα ζωής ενός δείγματος βαριά ασθενών πριν την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ και να καθορισθεί η σχέση της με τα είδη των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ, ενώ καμιά μελέτη δεν έχει διερευνήσει την επιρροή της ποιότητας ζωής στις νοσοκομειακές λοιμώξεις.

Υλικό και μέθοδος

Συνολικά μελετήθηκαν 99 ασθενείς που παρέμειναν στη ΜΕΘ περισσότερο από 48 ώρες. Αναπτύχθηκε ειδικό πρωτόκολλο για την καταγραφή των δημογραφικών και των κλινικών χαρακτηριστικών στοιχείων των ασθενών τα οποία περιλαμβάνουν: φύλο, ηλικία, ημερομηνία εισαγωγής και εξόδου, διάγνωση εισαγωγής, βαρύτητα της νόσου (μετρούμενη με το APACHE II) ημερομηνία εμφάνισης και διάρκεια της νοσοκομειακής λοίμωξης, αντιβιοτικά που δόθηκαν πριν και μετά την εμφάνιση της νοσοκομειακής λοίμωξης, χειρουργικές επεμβάσεις, διεισδυτικές συσκευές (καθετήρας κύστης, κεντρικός φλεβικός καθετήρας, καθετήρας Swan Ganz και περιφερικός αρτηριακός καθετήρας). Η παρακολούθηση των ασθενών διαρκούσε καθόλη τη διάρκεια της παραμονής τους στη ΜΕΘ. Η διάγνωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του CDC.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε 15 θέματα ομαδοποιημένα σε 3 υποκλίμακες. Η υποκλίμακα I αναφέρεται σε 4 διαστάσεις των βασικών φυσιολογικών λειτουργιών και η βαθμολογία κυμαίνεται από 0–9 βαθμούς. Η υποκλίμακα II αναφέρεται σε οκτώ διαστάσεις καθημερινών δραστηριοτήτων και η βαθμολογία κυμαίνεται από 0–15 βαθμούς. Η υποκλίμακα 3 αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις της συναισθηματικής κατάστασης και η βαθμολογία κυμαίνεται από 0–5 βαθμούς.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από ένα εκπαιδευμένο νοσηλεύτη κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ ή μία ημέρα μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ και απαντήθηκε από τον ασθενή ή από ένα μέλος της οικογένειας που γνώριζε καλύτερα την κατάσταση του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο διερευνούσε την κατάσταση της ποιότητας ζωής του ασθενούς τους δύο τελευταίους μήνες πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Κάθε θέμα αξιολογήθηκε και τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως μια βαθμολογία (0–29 βαθμούς). Μια υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε χειρότερη ποιότητα ζωής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν σε 5 min.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε χ^2 , t test και γραμμική παλινδρόμηση (linear regression).

Αποτελέσματα

Συνολικά μελετήθηκαν 99 ασθενείς. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες (63,3%) και η μέση ηλικία ήταν 50,5 έτη. Τα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών.

Χαρακτηριστικά	N (%)
<i>Φύλο</i>	
Άνδρες	63 (63,6)
Γυναίκες	36 (36,4)
<i>Διάγνωση εισαγωγής</i>	
Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση	7 (7,07)
Λοίμωξη αναπνευστικού	13 (13,13)
Πολλαπλό τραύμα	27 (27,27)
ΑΕΕ	16 (16,16)
Νευρολογικό νόσημα	9 (9,09)
Αγγειο-χειρουργικό νόσημα	8 (8,08)
Καρδιολογικό νόσημα	5 (5,05)
Κακοήθειες	11 (11,11)
Δηλητηριάσεις	3 (3,03)
Ουρολοίμωξη	5 (5,1)
Πνευμονία	29 (29,3)
Βακτηραιμία	14 (14,1)
<i>Συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής</i>	
Υποκλίμακα I	6,7±7,64
Υποκλίμακα II	1,0±1,80
Υποκλίμακα III	4,3±5,04
Ηλικία (έτη)	1,3±1,58
Διάρκεια παραμονής (ημέρες)	50,5±19,54
APACHE II εισαγωγής	15,9±14,85
	18,5±7,63

APACHE=acute physiologic and chronic health evaluation

Το ποσοστό όλων των ασθενών με φυσιολογική βαθμολογία στα θέματα του ερωτηματολογίου που αφορά την ποιότητα ζωής και σύμφωνα με τη βαθμολογία ποιότητας ζωής φαίνεται στον πίνακα 2. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2 το 80,8% των ασθενών είχαν φυσιολογική βαθμολογία στην προφορική επικοινωνία και το 50,5% των ασθενών είχαν φυσιολογική βαθμολογία στις δραστηριότητες της εργασίας. Επίσης, ο πίνακας 2 δείχνει ότι οι βασικές φυσιολογικές δραστηριότητες και οι κινήσεις ακριβείας ήταν οι μεταβλητές που επηρεάστηκαν λιγότερο. Οι πιο επηρεασμένες μεταβλητές ήταν η ανοχή στη μέγιστη προσπάθεια και οι δραστηριότητες εργασίας. Κανένας ασθενής με βαθμολογία >10 δεν εργαζόταν. Οι ασθενείς με βαθμολογία ποιότητας ζωής 0 βαθμούς δεν παρουσιάζονται επειδή όλα τα θέματά τους βαθμολογούνται φυσιολογικά.

Ο πίνακας 3 δείχνει την κατανομή των ασθενών σύμφωνα με τις βαθμολογίες της ποιότητας ζωής στις ομάδες: 0–1 βαθμούς 1–5 βαθμούς, 6–10 βαθμούς, 11–15 βαθμούς και >15 βαθμούς.

Η σχέση της ποιότητας ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ με την εμφάνιση της νοσοκομειακής λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος, της νοσοκομειακής πνευμονίας, της νοσοκομειακής βακτηραιμίας και του APACHE II φαίνεται στους πίνακες 4, 5, 6 και 7. Η συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ

Πίνακας 2. Ποσοστό (%) των ασθενών με φυσιολογική βαθμολογία στις μεταβλητές της ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου και σύμφωνα με τη βαθμολογία της ποιότητας ζωής.

Διαστάσεις	Βαθμολογία ΠΖ (%)			
	Όλοι οι ασθενείς (n=99)	1-5 βαθμούς (n=30)	6-10 βαθμούς (n=11)	>10 βαθμούς (n=29)
<i>Υποκλίμακα I</i>				
<i>Βασικές φυσιολογικές δραστηριότητες</i>				
Προφορική επικοινωνία	80,8	93,3	81,8	48,3
Έλεγχος ούρησης	79,8	96,7	81,8	41,4
Έλεγχος αφόδευσης	87,9	93,3	90,9	69,0
Πρόσληψη τροφής	76,8	90,0	90,9	34,5
<i>Υποκλίμακα II</i>				
<i>Δραστηριότητες καθημερινής ζωής</i>				
Κινήσεις ακρίβειας	79,8	93,3	90,9	41,4
Ανοχή ελάχιστης προσπάθειας	56,6	80,0	9,1	6,9
Ανοχή μέγιστης προσπάθειας	51,5	66,7	9,1	3,4
Βάδισμα	71,7	96,7	72,7	17,2
Κινητοποίηση	59,6	76,7	27,3	13,8
Ντύσιμο	75,8	100	90,9	20,7
Δραστηριότητες εργασίας	50,5	66,7	9,1	0,0
Κοινωνικές σχέσεις	71,7	93,3	63,6	24,1
<i>Υποκλίμακα III</i>				
<i>Συναισθηματική κατάσταση</i>				
Υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας	59,6	66,7	45,5	17,2
Πνευματική κατάσταση	57,6	60,0	27,3	24,1
Ζωτικότητα	71,7	73,3	63,6	44,8

ΠΖ=Ποιότητα ζωής

Πίνακας 3. Κατανομή της ποιότητας ζωής στις ομάδες: 0 βαθμούς, 1-5 βαθμούς, 6-10 βαθμούς, 11-15 βαθμούς, και >15 βαθμούς.

Βαθμολογία	Ασθενείς N (%)
0 βαθμούς	29 (29,3)
1-5 βαθμούς	30 (30,3)
6-10 βαθμούς	11 (11,1)
11-15 βαθμούς	15 (15,2)
>15 βαθμούς	14 (14,1)
Σύνολο ασθενών	99 (100)

Πίνακας 4. Σχέση της βαθμολογίας ΠΖ με την εμφάνιση της νοσοκομειακής λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος.

Βαθμολογία ΠΖ	Ουρολοίμωξη		P
	Ναι (n=5)	Όχι (n=94)	
Συνολική βαθμολογία	11,4±8,17	6,5±7,57	0,160
Υποκλίμακα I	0,6±1,34	1,1±1,82	0,576
Υποκλίμακα II	7,6±5,94	4,2±4,97	0,138
Υποκλίμακα III	3,2±1,30	1,2±1,53	0,006

ΠΖ=Ποιότητα ζωής

Πίνακας 5. Σχέση της βαθμολογίας ΠΖ με την εμφάνιση της νοσοκομειακής πνευμονίας.

Βαθμολογία ΠΖ	Πνευμονία		P
	Ναι (n=29)	Όχι (n=70)	
Συνολική βαθμολογία	9,3±8,94	5,6±6,82	0,031
Υποκλίμακα I	1,5±2,11	0,8±1,62	0,089
Υποκλίμακα II	6,0±5,60	3,7±4,67	0,038
Υποκλίμακα III	1,8±1,86	1,1±1,42	0,062

ΠΖ=Ποιότητα ζωής

Πίνακας 6. Σχέση της βαθμολογίας ΠΖ με την εμφάνιση της νοσοκομειακής βακτηριαιμίας.

Βαθμολογία ΠΖ	Βακτηριαιμία		P
	Ναι (n=14)	Όχι (n=85)	
Συνολική βαθμολογία	7,0±7,60	6,7±7,69	0,878
Υποκλίμακα I	0,8±1,31	1,1±1,87	0,569
Υποκλίμακα II	4,6±5,14	4,3±5,06	0,850
Υποκλίμακα III	1,6±1,86	1,3±1,53	0,431

ΠΖ=Ποιότητα ζωής

Πίνακας 7. Σχέση της βαθμολογίας ΠΖ με το APACHE II βαθμολογία εισαγωγής.

Βαθμολογία ΠΖ	APACHE II		P
	<12 (n=22)	>12 (n=77)	
Συνολική βαθμολογία	3,0±5,81	7,8±7,79	0,009
Υποκλίμακα I	0,6±1,71	1,2±1,81	0,187
Υποκλίμακα II	1,9±3,91	5,0±5,13	0,009
Υποκλίμακα III	0,5±0,91	1,6±1,66	0,007

ΠΖ=Ποιότητα ζωής

συσχετίστηκε με τη βαρύτητα της νόσου, μετρούμενη με το APACHE II και με τη νοσοκομειακή πνευμονία. Η βαθμολογία των καθημερινών δραστηριοτήτων (υποκλίμακα II) συσχετίστηκε με τη νοσοκομειακή πνευμονία και η βαθμολογία της συναισθηματικής κατάστασης (υποκλίμακα III) συσχετίστηκε με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της βακτηριαιμίας.

Συζήτηση

Υπάρχει γενική ομοφωνία ότι η ποιότητα ζωής πρέπει να περιλαμβάνει αντικειμενικές απόψεις της ζωής των ασθενών (λειτουργική ικανότητα, φυσιολογικές λειτουργίες) και υποκειμενικές απόψεις (συναισθήματα, πνευματική κατάσταση και αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας).^{23,24} Όταν περιλαμβάνονται μόνο απόψεις υγείας για την ποιότητα ζωής ο όρος ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία προτιμάται από τον όρο ποιότητα ζωής που περιλαμβάνει τομείς όπως η ελευθερία, περιβάλλον και κοινωνικές επαφές. Εμείς χρησιμοποιούμε τον όρο ποιότητα ζωής για τη μελέτη μας επειδή αυτός ο όρος περιλαμβάνει υποκειμενικές εκτιμήσεις της ασθένειας και διαστάσεις όπως εργασιακές δραστηριότητες και κοινωνικές σχέσεις.

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη έκδοση ενός ερωτηματολογίου²² που σχεδιάστηκε και επικυρώθηκε από μία ισπανική ομάδα για την επιδημιολογική ανάλυση των βαριά ασθενών.^{25,26} Η έκδοση αυτή εκπληρεί όλες τις προϋποθέσεις που προτείνονται για να εφαρμοσθεί στους βαριά ασθενείς.²⁷ Οι βελτιώσεις στην έκδοση αυτή είναι ότι εκτιμώνται οι περισσότερες διαστάσεις κυρίως οι υποκειμενικές απόψεις και ότι έχει τη μεγαλύτερη αξιοπιστία και τη μεγάλη ικανότητα να διακρίνει αλλαγές.

Στο δείγμα μας η ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν ήταν καλή αφού ένα σημαντικό ποσοστό (29,3%) του μελετώμενου πληθυσμού είχε κακή ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ. Είναι ενδιαφέρον ότι μόνο το 50,5% των ασθενών είχαν φυσιολογική

βαθμολογία στις δραστηριότητες της εργασίας, αν και η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 50,5 έτη.

Αντίθετα, προηγούμενη μελέτη που έγινε στην Ισπανία έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν γενικά καλή και μόνο το 10% είχε κακή ποιότητα ζωής.²⁸ Οι διαφορές αυτές μπορεί να αντανακλούν τα διαφορετικά κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι βασικές φυσιολογικές δραστηριότητες και οι κινήσεις ακρίβειας διατηρούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι μεταβολές σε αυτές τις περιοχές υποδεικνύουν μια πολύ κακή ποιότητα ζωής. Αντίθετα, η ανοχή στην προσπάθεια επιδεινώθηκε σε >90% των ασθενών με βαθμολογία >11 βαθμούς και άρα μπορεί να είναι επηρεασμένη σε ένα πρώιμο στάδιο με την κινητικότητα να ακολουθεί το ίδιο πρότυπο. Η επιδείνωση των βασικών φυσιολογικών δραστηριοτήτων και των καθημερινών δραστηριοτήτων συνοδεύεται από μια βαριά επιδείνωση στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και από άλλους ερευνητές.²⁸

Επίσης, τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής δεν συσχετίζεται με την εμφάνιση της βακτηριαιμίας. Αυτό μπορεί να αντανακλά την παραβίαση των άσππτων τεχνικών κατά τη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ. Η παρατηρηθείσα κακή συναισθηματική κατάσταση στους ασθενείς με ουρολοίμωξη, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ουρολοίμωξη (P=0,006) χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Το προσωπικό της ΜΕΘ θα πρέπει να δώσει έμφαση στην άσππτη τεχνική κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και της διατήρησης του καθετήρα κύστης.

Επίσης είναι ενδιαφέρον το εύρημα ότι η συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής και η βαθμολογία της υποκλίμακας II που αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες αυξάνει την εμφάνιση της νοσοκομειακής πνευμονίας. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να συσχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου που μετράτε με το APACHE II κατά την εισαγωγή του ασθενή διότι οι ασθενείς με APACHE II εισαγωγής >12 βαθμούς είχαν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής (P=0,009) (που σημαίνει κακή ποιότητας ζωής) και μεγαλύτερη επιδείνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων από τους ασθενείς με APACHE II εισαγωγής <12 βαθμούς (P=0,007, πίνακας 7).

Συμπέρασμα

Η μελέτη μας έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που μελετήθηκαν πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν ήταν γενικά καλή. Η ποιότητα ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ συσχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου που μετράτε με το APACHE II, τη νοσοκομειακή λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος και τη νοσοκομειακή πνευ-

μονία. Τα αποτελέσματά μας αποτελούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση για να μπορούν να γενικευθούν. Η γνώση της ποιότητας ζωής πριν την εισαγωγή στη ΜΕΘ θα βοηθήσει στην αναγνώριση των ασθενών σε κίνδυνο για την ανάπτυξη της νοσοκομειακής λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος και της νοσοκομειακής πνευμονίας και στην παροχή πληροφοριών για την πολιτική των αποφάσεων.

Βιβλιογραφία

1. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. *Annu Rev Public Health* 1990, 11:165–168
2. Guyatt G, Feeny D, Patric D. Measuring Health-related Quality of life. *Ann Int Med* 1993, 118:622–629
3. World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. *WHO Chron* 1947, 1:29
4. Jacobs CJ, van der Vliet JA, van Roozendaal MT, van der Linden CJ. Mortality and quality of life after intensive care for critical illness. *Intens Care Med* 1988, 14:217–220
5. Vazquez Mata G, Rivera Fernandez R, Gonzales Carmona A, Delgado-Rodriguez M, Torres Ruiz JM, Raya Pugnaire A et al. Factors related to quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Crit Care Med* 1992, 20:1257–1262
6. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA* 1994, 272:619–626
7. Spilker B, Molined F, Johnston K, Simpson RL Jr, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes. *Med Care* 1990, 28(Suppl):DS1–77
8. Wilkin D, Hallam L, Doggett M. *Measures of need and outcome for primary care*. Oxford University Press, Oxford, 1992
9. Wolfe F, Cathey M. The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991, 18:1298–1306
10. Leigh P, Fries J. Mortality predictors among 263 patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991, 18:1307–1312
11. Slevin M, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988, 57:109–112
12. Pearlman R, Uhlmann R. Patient and physician perceptions of patient quality of life across chronic diseases. *J Gerontol* 1988, 43:25–30
13. Rubenstein L, Clkins D, Young R, Cleiary PD, Find A, Kosecoff J et al. Improving patient function: a randomized trial of functional disability screening. *Amm Intern Med* 1989, 111:836–842
14. Kazis L, Callahan L, Meenan R, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 1990, 43:1243–1253
15. Steinbrocker O, Traeger C, Battman R. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA* 1949, 140:659–662
16. Karnofsky D, Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod C (ed) *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Columbia University Press, New York, 1949:191–205
17. Hunt S, McEwen J, McDenna S. *Measuring health status*. Croom Helm, London, 1986
18. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter, Cox D. Quality of life Measure in health Care J: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992, 305:1074–1077
19. Vazquez-Mata G. Quality of life: A tool for decision-making in the ICU. Spanish Group for the Epidemiological Analysis of Critical Patients (PAEEC). *Intens Care Med* 1994, 20:251–252
20. Streiner GL, Norman DR. *Health measurement scales: a practical guide for their development and use*. Oxford University Press, 1990
21. Garmer JS, Jarvis WR, Emori TG. CDC definition for nosocomial infections. *Am J Infect Control* 1988, 16:128–140
22. Rivera-Fernandez R, Sanchez-Cruz JJ, Bazquez-Mata G. Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patients. *Intens Care Med* 1996, 22:1034–1042
23. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993, 118:622–629
24. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life. *JAMA* 1997, 278:47–50
25. Vazquez-Mata G, Rosado-Breton L, Cerda-Vila M et al. Estudio Multicentrico “Proyecto de analisis epidemiologico de los enfermos criticos” (PAEEC). *Med Intens* 1993, 17:47–70
26. Castillo-Lorente E, Rivera-Fernandez R, Vazquez-Mata G. Limitation of therapeutic activity, in elderly ill patients. Project for the Epidemiological Analysis of Critical Patients (PAEEC). *Crit Care Med* 1997, 25:1643–1648
27. Vazquez-Mata G. Quality of life: A tool for decision-making in the ICU. Spanish Group for the Epidemiological Analysis of Critical Patients (PAEEC). *Intens Care Med* 1994, 20:251–252
28. Rivera-Fernandez R, Sanchez-Cruz J, Abizanda-Campos R, Mata G. Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and Mortality rate. *Crit Care Med* 2001, 29:1701–1709

Corresponding author: E. Apostolopoulou, 123 Papdiamantopoulou street, GR-115 27 Athens, Greece
e-mail: eapostol@nurs.uoa.gr