



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΩΝ »**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ :**

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΤΖΟΒΟΛΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**Καλαμάτα 2008**

*Για να γίνει η επαύριο της ζωής πάλι ζωή...*

*Οδυσσέας Ελύτης*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξέλιξη των θεραπευτικών μεθόδων, έχει οδηγήσει σε μεγάλες επιτυχίες στην ιστορία των μεταμοσχεύσεων. Σήμερα όλα σχεδόν τα ανθρώπινα όργανα ή τμήματα τους μπορούν να μεταμοσχευθούν, οδηγώντας στην αποκατάσταση της υγείας. Η ποιότητα ζωής και η μέτρησή της απασχολεί την επιστημονική κοινότητα όλο και πιο έντονα τα τελευταία 20 χρόνια ανακαλύπτοντας συνεχώς νέες μεθόδους. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας διεξήχθη έρευνα, για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων μυελού των οστών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36. Συνολικά εξετάστηκαν 23 άτομα που έχουν υποβληθεί σε αλλογενή και αυτόλογη μεταμόσχευση, κατά το χρονικό διάστημα 10-04-2008 έως 17-04-2008. Οι μεταμοσχευθέντες, στο δείγμα που εξετάστηκε, παρουσιάζουν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, με αναλυτική επεξήγηση των αποτελεσμάτων στις κλίμακες μέτρησης. Τα ευρήματα της ερευνάς μας συμφωνούν με άλλες σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί με σκοπό τον εντοπισμό της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων.

Τέλος, η διαδικασία υποβολής σε μεταμόσχευση συμβάλλει καθοριστικά στην βελτίωση της ποιότητα ζωής των ασθενών.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στον κ. Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος.
- Στον κ. Θεόδωρο Πισιμίση, Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας.
- Στον κ. Δημήτριο Νιάκα, Αναπληρωτή καθηγητή Management Υπηρεσιών Υγείας, Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου για την ευγενική παραχώρηση του ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής SF-36.
- Στον κ. Αλέξανδρο Σπυριδωνίδη, Επίκουρο Καθηγητή Αιματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών για την καθοδήγηση του για την πραγματοποίηση της έρευνας.
- Στους Διοικητικούς υπαλλήλους του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.
- Στους μεταμοσχευθέντες, που απάντησαν στα ερωτηματολόγια και έτσι συνέβαλαν στην διεκπεραίωση της έρευνας, διδάσκοντας μας παράλληλα την θέληση για ζωή. Και τέλος,
- στις οικογένειες μας και αγαπημένους φίλους που υπέδειξαν υπομονή και κατανόηση κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	vii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	vii
ΟΡΟΛΟΓΙΑ	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

1.1 Ιστορική Αναδρομή	3
1.2 Μεταμόσχευση –ορισμός	5
1.3 Είδη της μεταμόσχευσης	5
1.4 Όργανα προς μεταμόσχευση	6
1.5 Προβλήματα απόρριψης μοσχεύματος	8
1.6 Κέντρα μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα	9
1.7 Κόστος	10
1.8 Δότες	11
1.8.1 Εγκεφαλικός θάνατος	11
1.8.2 Ζώντες δότες	13
1.8.3 Πλεονεκτήματα –μειονεκτήματα μεταμόσχευσης	14
1.8.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων	14
1.9 Λίστες αναμονής	15
1.10 Η διαθεσιμότητα μοσχευμάτων στην Ελλάδα	17
1.11 Συντονισμός και οργάνωση μεταμοσχεύσεων	17
1.12 Ψυχολογική υποστήριξη	19
1.13 Ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων	20
1.14 Στατιστικά στοιχεία	21
1.14.1 Η μεταμοσχευτική δραστηριότητα για το έτος 2007	23

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιότητας ζωής	24
2.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες ποιότητας ζωής	25
2.3 Πολιτικές για την Ποιότητα ζωής στην Ελλάδα	26
2.4 Ποιότητα ζωής και χρόνια ασθένεια	27
2.5 Ποιότητα ζωής και θεραπεία	31
2.6 Ποιότητα ζωής και επιμέρους νοσήματα	31
2.7 Ποιότητα ζωής και ευτυχία	32
2.8 Θεωρητικά μοντέλα	32
2.9 Μεταμοσχεύσεις και ποιότητα ζωής	36
2.9.1 Αλλαγές στην εικόνα του σώματος	36
2.9.2 Βελτίωση στην ποιότητα ζωής μετά την μεταμόσχευση	36
2.9.3 Στρες και ποιότητα ζωής σε ενήλικους και μεταμοσχευμένους λήπτες νεφρού	37
2.9.4 Στρες και ποιότητα ζωής στα μέλη των οικογενειών των μεταμοσχευθέντων ληπτών νεφρού	38
2.9.5 Οι προσδοκίες για την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων	38

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

3.1 Γενικά	40
3.2 Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας και δείκτες ποιότητας	41
3.3 Η μετρησιμότητα της ποιότητας ζωής και η αξιολόγηση της στην ιατρική	41
3.4 Όργανα μέτρησης	43
3.5 Η ειδική περίπτωση του πόνου	47
3.6 Αξιοπιστία και εγκυρότητα μετρήσεων	48

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΩΝ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

4.1 Εισαγωγή	52
4.2 Χαρακτηριστικά και δραστηριότητες του Π.Γ.Ν.Π.	52
4.2.1 Ταυτότητα και σύντομο ιστορικό του Π.Γ.Ν.Π	52
4.2.2 Σκοπός του νοσοκομείου	54
4.2.3 Γεωγραφία-Πληθυσμός ευθύνης	54
4.2.4 Οργανωτική διάρθρωση	56
4.2.5 Στελέχωση-Ανθρώπινοι πόροι	58
4.2.6 Δείκτες αποδοτικότητας Π.Γ.Ν.Π.	60
4.3 Μυελός των οστών	60
4.4 Έρευνα της ποιότητας ζωής μεταμοσχευθέντων Μυελού των Οστών στο Π.Γ.Ν.Π.	63
4.4.1 Μεθοδολογία έρευνας	63
4.4.2 Επιλογή του δείγματος	65
4.4.3 Περιγραφή του δείγματος	66
4.4.4 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας	70
4.4.5 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας με άλλες μελέτες-έρευνες για την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο SF-36	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΦΕΚ Ν. 2737/1999	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΦΕΚ Ν. 171/1986	

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
1.1 Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων	4
1.2 Μονάδες μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων και ιστών	9
1.3 Η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους	12
1.4 Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις στον διεθνή χώρο	21
1.5 Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα (1985-2002)	22
2.1 Η ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow	35
4.1 Κλίνες ανά Τμήματα	53
4.2 Κατάσταση Θέσεων Προσωπικού Π.Γ.Ν.Π.	59
4.3 Δείκτες Απόδοσης Π.Γ.Ν.Π. (ετών 2006-2007)	60
4.4 Αριθμός Μεταμοσχεύσεων στο Π.Γ.Ν.Π.	63
4.5 Εκπαίδευση	67
4.6 Οικογενειακή κατάσταση	68
4.7 Ημερομηνία υποβολής σε Μεταμόσχευση	69
4.8 Είδος Μεταμόσχευσης	70
4.9 Απαντήσεις στην Ερώτηση 1.	71
4.10 Απαντήσεις στην Ερώτηση 2.	71
4.11 Απαντήσεις στην Ερώτηση 3.	72
4.12 Απαντήσεις στην Ερώτηση 4.	75
4.13 Απαντήσεις στην Ερώτηση 5.	75
4.14 Απαντήσεις στην Ερώτηση 6.	76
4.15 Απαντήσεις στην Ερώτηση 7.	76
4.16 Απαντήσεις στην Ερώτηση 8.	77
4.17 Απαντήσεις στην Ερώτηση 9.	77
4.18 Απαντήσεις στην Ερώτηση 10.	80
4.19 Απαντήσεις στην Ερώτηση 11.	81



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
4.1 Ιατρική Υπηρεσία	56
4.2 Νοσηλευτική Υπηρεσία	57
4.3 Διοικητική Υπηρεσία	57
4.4 Διοίκηση του Νοσοκομείου	58
4.5 Κατανομή του Φύλου	66
4.6 Κατανομή της Ηλικίας	67

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

	Σελίδα
1.1 Όργανα προς μεταμόσχευση	7
4.1 Χάρτης Περιφέρειας Πελοποννήσου	54
4.2 Χάρτης Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας	55
4.3 Χάρτης Περιφέρειας Ηπείρου	55
4.4 Χάρτης Περιφέρειας Ιονίων Νήσων	56

## ΟΡΟΛΟΓΙΑ

**Αυτομόσχευμα:** όταν το μόσχευμα προέρχεται από το ίδιο άτομο.

**Ανοσοκατασταλτική θεραπεία:** η θεραπεία που περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία εμποδίζουν την αντίδραση απόρριψης μοσχεύματος.

**Αλλομόσχευμα:** όταν το μόσχευμα ανήκει στο ίδιο είδος και έχει διαφορετική γενετική υποδομή (π.χ. από άνθρωπο σε άνθρωπο).

**Δότης:** Εκείνος που προσφέρει το μόσχευμα.

**Δωρητής οργάνων:** εκείνος που όντας στη ζωή, δηλώνει ότι επιθυμεί να δωρίσει, το/τα όργανά του για μεταμόσχευση, μετά το θάνατό του.

**Εγκεφαλικός θάνατος:** κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death), που από επιστημονική, ηθική και νομική άποψη είναι αποδεκτή σαν θάνατος του ανθρώπου.

**Ετεροτοπική μεταμόσχευση:** όταν το μόσχευμα τοποθετηθεί σε άλλη θέση.

**Ζώντες μη συγγενείς δότες:** άτομα που είτε έχουν συναισθηματική σχέση ή συγγένεια εξ αγχιστείας (π.χ. σύζυγοι) ή απλή γνωριμία με τον υποψήφιο λήπτη ή μπορεί να μη τον γνωρίζουν καθόλου, αλλά έχουν δηλώσει στα αρμόδια Εθνικά κέντρα, ότι επιθυμούν να είναι δωρητές ιστού.

**Ζώντες συγγενείς δότες:** μέλη της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατά με το λήπτη, που προσφέρουν για μεταμόσχευση το ένα όργανο (π.χ. το ένα νεφρό) ή τμήμα του οργάνου (π.χ. την ουρά του παγκρέατος ή λοβό του πνεύμονος) ή άλλο ιστό (π.χ. Μ.Ο.). Οι ιδανικότεροι συγγενείς δότες είναι οι μονοωογενείς δίδυμοι.

**Ιστοσυμβατότητα:** με απλά λόγια, το κατά πόσο το μόσχευμα μπορεί να γίνει αποδεκτό από (είναι συμβατό με) αυτόν (σύστημα ιστοσυμβατότητας αποκαλείται μια ομάδα πρωτεϊνών που καθορίζουν την «ταυτότητα» των κυττάρων ενός οργανισμού.

**Λήπτης:** εκείνος που λαμβάνει το μόσχευμα.

**Μόσχευμα:** ο ιστός ή το όργανο το οποίο εμφυτεύεται στο λήπτη.

**Ορθοτοπική μεταμόσχευση:** όταν το μόσχευμα τοποθετηθεί στη θέση του οργάνου που αφαιρείται.

### **Μυελός των Οστών και αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα:**

Μυελός των οστών είναι ο ρευστός ιστός που βρίσκεται μέσα στα οστά και περιέχει αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα, δηλαδή τις πρόδρομες μορφές των λευκών αιμοσφαιρίων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που κυκλοφορούν στο αίμα. Αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα υπάρχουν σε μικρό ποσοστό και στο αίμα, ενώ αρκετά μεγάλος αριθμός τους ανευρίσκεται και στο αίμα του ομφαλίου λώρου.

**Πτωματικός δότης:** το άτομο με διαγνωσμένο εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύεται, βρίσκεται υπό μηχανική υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων.

**Συντονιστής μεταμόσχευσης:** ο επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δωτών οργάνων, καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Ε.Ο.Μ.:	Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
Ε.Σ.Μ.:	Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων
Μ.Ε.Θ.:	Μονάδα εντατικής Θεραπείας
Μ.Κ. :	Μεταμοσχευτικό κέντρο
Μ.Ο :	Μυελός των οστών
Π.Γ.Ν.Π:	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
ΚΕ.Σ.Υ.:	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Π.Ο.Υ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι η ποιότητα ζωής μεταμοσχευθέντων.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών έχουν υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η διερεύνηση (θεωρητικές προσεγγίσεις και εμπειρικές έρευνες) της έννοιας της μεταμόσχευσης, της έννοιας της ποιότητας ζωής και των δεικτών μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας για τον εντοπισμό του επιπέδου της ποιότητας ζωής ατόμων που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία (δευτερογενής πηγές). Για το δεύτερο στόχο οργανώσαμε και υλοποιήσαμε έρευνα πεδίου. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36, το οποίο περιλαμβάνει οκτώ (8) κλίμακες μέτρησης στις οποίες αντιστοιχούν συνολικά τριάντα έξι (36) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής. Συνολικά εξετάστηκαν είκοσι τρεις (23) μεταμοσχευμένοι.

Αντιμετώπισαμε προβλήματα κατά την υλοποίηση του πρώτου και δεύτερου στόχου. Όσο αφορά τον πρώτο στόχο η δυσκολία έχει να κάνει κυρίως με τον εντοπισμό της σχετικής βιβλιογραφίας. Η απουσία ελληνικής βιβλιογραφίας έκανε το έργο μας ακόμη πιο δύσκολο. Κατά τον δεύτερο στόχο η κυριότερη δυσκολία ήταν η εύρεση του ερωτηματολογίου διότι δεν ήταν δυνατή η ελεύθερη διακίνηση του και χρησιμοποίησή του. Έπειτα από μεγάλο χρονικό διάστημα αναζήτησης ο κ. Δημήτριος Νιάκας μας παραχώρησε ανιδιοτελώς το ερωτηματολόγιο. Άλλη μια μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η άρνηση των μεταμοσχευθέντων να απαντήσουν στα

ερωτηματολόγια και να συμμετάσχουν στην έρευνα κυρίως γιατί δεν ήταν σε θέση ψυχολογικά.

Η εργασία, εκτός της παρούσας εισαγωγής, είναι δομημένη σε τέσσερα (4) κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις, στο δεύτερο κεφάλαιο η έννοια της ποιότητας ζωής και στο τρίτο κεφάλαιο οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υλικό, η μεθοδολογία καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Κατά την περίοδο της αρχαιότητας στην Ελλάδα οι σημαντικότερες αναφορές στη μεταμόσχευση εμφανίζονται στο έργο του Γαληνού και στη συνέχεια στην Ινδία όπου το 700 π.Χ. στο κείμενο *Suschouta Shamhita* περιγράφονται μεταμοσχεύσεις ιστών και αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος. Αναφορές υπάρχουν και στην ορθόδοξη εκκλησία για μεταμοσχεύσεις οργάνων. Οι Άγιοι Ανάργυροι Κοσμάς και Δαμιανός μετά από καταλυτική προσευχή ακρωτηρίασαν ένα κάτω άκρο που είχε προσβληθεί από κακοήγη όγκο και μεταμόσχευσαν στη θέση του ένα υγιές που πήραν από έναν Αιθίοπα ο οποίος είχε πεθάνει πρόσφατα (13ος αιώνας). Όσον αφορά καταγεγραμμένες επιστημονικές ιατρικές προσπάθειες, αυτές θα αργούσαν πολύ ακόμα. Μεταμοσχεύσεις ιστών επιχειρήθηκαν από το Βρετανό ερευνητή J.Hunter (1771). Το 1804 ο Βaronio απέδειξε, μετά από πειραματική προσπάθεια, ότι η ελεύθερη δερματική αυτομεταμόσχευση σε πρόβατα θα μπορούσε να είναι επιτυχής. Η αληθινή μεταμόσχευση οργάνων αρχίζει από τις αρχές του 19ου αιώνα. Στηρίχθηκε στη δυνατότητα αποκατάστασης της ροής του αίματος στο μόσχευμα μετά τη συρραφή και την αναστόμωση των αγγείων που εκτέλεσε ο Alexis Carrel το 1902. Μετά την επίτευξη της αγγειοραφής, τον ίδιο χρόνο οι Ullman και De Castello καθώς επίσης και ο Carrel στη Γαλλία, πραγματοποίησαν μεταμοσχεύσεις νεφρών σε πειραματόζωα. Οι πρώτες γνωστές προσπάθειες για κλινική μεταμόσχευση νεφρού από πειραματόζωα σε άνθρωπο, με την εκτέλεση αγγειακών αναστομώσεων, αναφέρθηκαν μεταξύ των ετών 1906-1923. Το έτος 1948 ανακοινώθηκε από τους Hufnagel, Hume και Landsteiner μεταμόσχευση νεφρού από έναν άνδρα που μόλις είχε πεθάνει, σε γυναίκα που βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση. Ο μεταμοσχευμένος νεφρός έπαψε να λειτουργεί μετά από τρεις ημέρες, δόθηκε όμως η ευκαιρία στην ασθενή να ανανήψει από το κόμα και να επιβιώσει. Οι μεταμοσχεύσεις αυτές έγιναν χωρίς ανοσοκαταστολή και τα περισσότερα μόσχευματα αποβλήθηκαν μέσα σε λίγες εβδομάδες, παρόλο που είχαν επιλυθεί τα περισσότερα εγχειρητικά προβλήματα. Η πρώτη πειραματική ετεροτοπική μεταμόσχευση ήπατος έγινε το 1955 από τον Welch. Λίγο αργότερα αναφέρθηκαν πειραματικές ορθοτοπικές μεταμοσχεύσεις ήπατος από τον ίδιο ερευνητή το 1956 και από τους Cannon (1956) και Moore (1959). Μεγάλη είναι η συμβολή στη μεταμόσχευση ήπατος του Αμερικανού Th. Starzl, ο οποίος το 1963 μετά



από μακροχρόνιες πειραματικές προσπάθειες πραγματοποίησε την πρώτη κλινική ορθοτοπική μεταμόσχευση αυτού του οργάνου. Η πρώτη ετεροτοπική μεταμόσχευση ήπατος εφαρμόστηκε από τον Absolon το 1964. Η πρώτη επιτυχής κλινική ετεροτοπική μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε από τον Kelly το 1966 ο οποίος μεταμόσχευσε ταυτόχρονα νεφρό και πάγκρεας σε ασθενή με διαβητική νεφροπάθεια. Η εισαγωγή των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων έφερε επανάσταση. Πρώτα η κορτιζόνη και στη συνέχεια η αζαθειοπρίνη και η από κοινού χορήγησή τους έδωσαν μεγάλη ώθηση στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, εδώ και μισό αιώνα. Άλλος σημαντικός σταθμός στην επιβίωση των μοσχευμάτων αποτέλεσε η εφαρμογή της κυκλοσπορίνης – Α, εδώ και μια τριακονταετία περίπου. Η κυκλοσπορίνη χρησιμοποιείται ως το κύριο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο στις μεταμοσχεύσεις όλων των οργάνων με εξαιρετικά αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια η ανακάλυψη νέων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, έχουν βελτώσει ακόμη περισσότερο την επιβίωση όλων των μοσχευμάτων και την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων ασθενών<sup>1</sup>. Μια σύντομη παρουσίαση της ιστορίας των μεταμοσχεύσεων φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 1.1 Ιστορική αναδρομή των μεταμοσχεύσεων**

<b>ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΕΣ</b>	<b>ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ</b>
<b>1937</b>	Πρώτη μεταμόσχευση από πτωματικό μόσχευμα κερατοειδούς χιτώνα από τον Edward Zirm
<b>1940</b>	Πρώτες πειραματικές προσπάθειες για μεταμόσχευση Μ.Ο.
<b>1953</b>	Πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού
<b>1963</b>	Πρώτη κλινική μεταμόσχευση πνεύμονα
<b>1967</b>	Πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος
<b>1967</b>	Πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από άνθρωπο σε άνθρωπο από τον Christian Bernard
<b>1968</b>	Πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση ήπατος από τον Calne

(πηγή: <http://www.eom.gr/>→30/05/07 )

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

Στην Ελλάδα, η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον Καθηγητή κ. Κ. Τούντα και τους συνεργάτες του το 1968 και στην Αθήνα από τον Καθηγητή κ. Γρ. Σκαλκέα και τον συνεργάτη του κ. Ι. Χώματα το 1971. Η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος έγινε στη Θεσσαλονίκη από τον Καθηγητή κ. Α. Αντωνιάδη το 1990 και την ίδια χρονολογία στην Αθήνα από τον Καθηγητή κ. Ι. Παπαδημητρίου και τους συνεργάτες του. Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος, που ήταν διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος έγινε από τους Καθηγητές κ. κ. Γρ. Σκαλκέα και Α. Κωστάκη το 1989 στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς έγινε από τον Καρδιοχειρουργό κ. Γ. Τόλη στο θεραπευτήριο Υγεία το 1990 και λίγους μήνες αργότερα άρχισε το πρόγραμμα μεταμοσχεύσεων καρδιάς από τον καρδιοχειρουργό κ. Χρ. Λόλα στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός στην Αθήνα. Η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονας έγινε από τον Καθηγητή κ. Π. Σπύρου στη Θεσσαλονίκη το 1992 και η πρώτη ταυτόχρονη διπλή μεταμόσχευση καρδιάς - πνεύμονας έγινε το ίδιο έτος από τον Καθηγητή κ. Π. Σπύρου και τους συνεργάτες του. Η πρώτη διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση ήπατος και νεφρού έγινε από τον Καθηγητή κ. Ε. Χατζηγιαννάκη στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός το 1992 και ένα έτος αργότερα έγινε από τον ίδιο Καθηγητή διπλή μεταμόσχευση ήπατος και παγκρέατος<sup>2,3</sup>.

## 1.2 Μεταμόσχευση – ορισμός

Μεταμόσχευση καλείται η αντικατάσταση φθαρμένων ή νοσούντων ιστών και οργάνων για ιατρικούς σκοπούς. Σήμερα όλα σχεδόν τα ανθρώπινα όργανα ή τμήματα τους μπορούν να μεταμοσχευθούν<sup>1</sup>.

## 1.3 Είδη της μεταμόσχευσης

Με κριτήριο τη θέση τοποθέτησης του μοσχεύματος, μία μεταμόσχευση μπορεί να είναι ορθοτοπική ή ετεροτοπική και να είναι βοηθητική ή μη. Ως παράδειγμα αναφέρεται η μεταμόσχευση ήπατος. Κατά την κλασική ορθοτοπική μεταμόσχευση του ήπατος απομακρύνεται το πάσχον ήπαρ γίνεται δηλαδή, ολική ηπατεκτομή και ακολουθεί αντικατάστασή του από ολόκληρο ηπατικό μόσχευμα στην ίδια θέση.

<sup>2</sup><http://www.transplantation.gr/>→05/06/20 07

<sup>3</sup><http://www.eom.gr/>→30/05/07

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup>, σελ.140-153



Αντίθετα, κατά τη βοηθητική μεταμόσχευση απομακρύνεται μόνον ο ένας λοβός του πάσχοντος φυσικού ήπατος, συνήθως ο δεξιός. Το μόσχευμα διαχωρίζεται στους δύο λοβούς ή και μειώνεται ακόμη περισσότερο σε μέγεθος, ανάλογα με τις ανάγκες, μετά την αφαίρεσή του από το δότη. Η τεχνική αυτή εμφανίζει το πλεονέκτημα της διατήρησης φυσικού ηπατικού ιστού, ο οποίος, όταν ανανήψει από τη νόσο και λάβει χώρα η διαδικασία της ηπατικής αναγέννησης, μπορεί να στηρίξει μόνος του τις μεταβολικές απαιτήσεις του οργανισμού. Κατόπιν τούτου, επιτρέπεται η διακοπή της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, οπότε το μόσχευμα ατροφεί και ο ασθενής επιβιώνει φυσιολογικά με το φυσικό του ήπαρ. Στις βοηθητικές ετεροτοπικές μεταμοσχεύσεις, το ηπατικό μόσχευμα τοποθετείται σε διαφορετική θέση εκτός της φυσικής (ετεροτοπικά), συνήθως κάτω από το φυσικό ήπαρ.

Τα μοσχεύματα διακρίνονται με τη σειρά τους, σε συγγενικά, αλλογενή και αυτόλογα. Ένα συγγενικό μόσχευμα είναι αυτό του οποίου ο δωρητής και ο λήπτης είναι ταυτόσημοι γενετικά οργανισμοί. Παράδειγμα, μεταξύ μονοωγενών διδύμων. Αλλογενές χαρακτηρίζεται ένα μόσχευμα όταν δότης και λήπτης είναι οργανισμοί διαφορετικοί γενετικά (εδώ γεννάται σοβαρό ζήτημα συμβατότητας). Μια μεταμόσχευση χαρακτηρίζεται ως αυτόλογη (κυρίως πρόκειται στην πράξη για μεταμόσχευση μυελού των οστών), όταν το μόσχευμα προέρχεται από τον ίδιο το λήπτη. Στην περίπτωση αυτόλογης μεταμόσχευσης του μυελού των οστών, μυελός του πάσχοντα απομακρύνεται αρχικά ακολουθεί ακτινοβολία και χημειοθεραπεία και το μόσχευμα επανατοποθετείται στο μυελό του ασθενούς<sup>1,4</sup>.

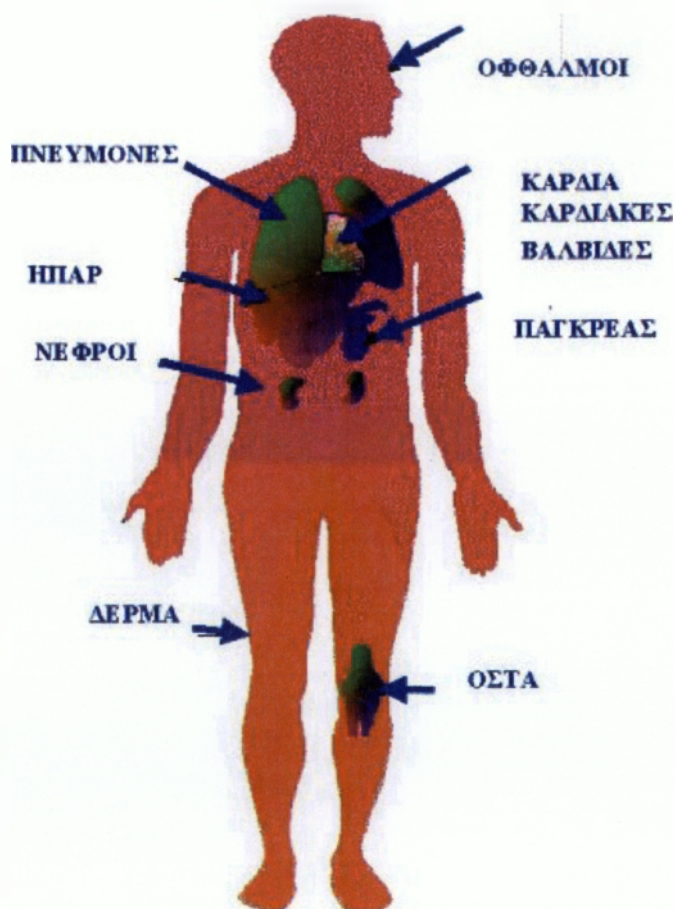
#### **1.4 Όργανα προς μεταμόσχευση**

Στις μέρες μας, σχεδόν όλα τα όργανα συμπαγή αλλά και κοίλα (π.χ έντερο) μπορούν να μεταμοσχευθούν. Συγκεκριμένα, τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη,

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>4</sup> McGraw Hill, (1994), «Harrison's Principle of Internal Medicine International», p. 1793-1798

ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων. Πρόσφατα επιχειρήθηκε με επιτυχία τμημάτων του σώματος, όπως τμήματος του προσώπου <sup>1</sup>.



**Εικόνα 1.1 Όργανα προς μεταμόσχευση**

(πηγή εικόνας: <http://www.eom.gr/>→30/05/07)

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

## 1.5 Προβλήματα απόρριψης μοσχεύματος

Η φυσιολογική αντίδραση του λήπτη προς το μόσχευμα, το οποίο αποτελεί ένα ξένο σώμα για τον λήπτη είναι αυτό που πρέπει να εξουδετερωθεί ή να κατασταλεί με τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Πρόκειται για τη γνωστή αντίδραση απόρριψης, η οποία και λαμβάνει άλλοτε άλλη έκταση.

Η βιωσιμότητα των μοσχευμάτων, εξαρτάται απόλυτα από την συμβατότητα. Τα διάφορα όργανα απαιτούν και διαφορετικού βαθμού συμβατότητα. Εκτός όμως από την καλή συμβατότητα, θα πρέπει να δοθούν εκείνα τα φάρμακα που θα εμποδίσουν ή θα ελαττώσουν την πιθανότητα αναγνώρισης περισσότερων αντιγόνων, που είναι δυνατό να συμβεί χωρίς βοήθεια, μόνο στους μονοωγενείς διδύμους.

### Απόρριψη

Η απόρριψη, όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί το μηχανισμό αποβολής του ξένου σώματος, και στην προκειμένη περίπτωση του μοσχεύματος<sup>1,4</sup>. Διακρίνουμε τέσσερις κύριους τύπους :

- Υπεροξεία απόρριψη

Σπάνια σήμερα, προϋποθέτει απόλυτη ασυμβατότητα ή ύπαρξη αντισωμάτων έναντι του μοσχεύματος, από προηγούμενη ευαισθητοποίηση. Συνοδεύεται με υψηλό πυρετό, ρίγος με άμεση συνέπεια τη νέκρωση του μοσχεύματος ακόμα και κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

- Επιταχυνόμενη απόρριψη

Προϋπόθεση απαραίτητη για την εμφάνιση της είναι η προηγηθείσα ευαισθητοποίηση. Είναι μεικτού τύπου, δηλαδή, κυτταρικού και χημικού και σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη συνήθη αντιπορριπτική αγωγή.

- Οξεία απόρριψη

Είναι ο συνηθέστερος τύπος απόρριψης. Συνήθως εμφανίζεται την πρώτη ή τη δεύτερη (λιγότερο συχνά) εβδομάδα αλλά είναι πιθανή και εντός του έτους από τη μεταμόσχευση. Διαπιστώνονται τοπικά και συστηματικά σημεία φλεγμονής.

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>4</sup> McGraw Hill, (1994), «Harrison's Principle of Internal Medicine International», p. 1793-1798

- Χρόνια απόρριψη

Πρόκειται για προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας του μοσχεύματος. Με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μπορεί το μόσχευμα να παραμείνει σε βιώσιμη λειτουργία.

### 1.6 Κέντρα μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα

Στην Αθήνα λειτουργούν τέσσερις μονάδες μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων ( δυο για νεφρό, ένα για καρδιά και ένα για πνεύμονες). Σ αυτές πρέπει να προστεθεί και η μονάδα του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Στη Θεσσαλονίκη λειτουργεί ένα Μ.Κ νεφρού ήπατος και παγκρέατος, και δυο Μ.Κ καρδιάς και πνευμόνων. Στην Πάτρα λειτουργεί μονάδα μεταμόσχευσης Μ.Ο. ενώ η μονάδα μεταμόσχευσης νεφρού δεν πραγματοποιεί μεταμοσχεύσεις. Σε Πάτρα, Γιάννενα, Αθήνα και Θεσσαλονίκη έχουν χορηγηθεί τέσσερις άδειες για μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά οι έδρες των μεταμοσχευτικών κέντρων στην Ελληνική Επικράτεια.

**Πίνακας 1.2 Μεταμοσχευτικά Κέντρα ιστών και οργάνων**

<b>Μ.Κ.</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>
<b>Νεφρού</b>	Γ.Ν. Λαϊκό, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο, Π.Γ.Ν.Π
<b>Ήπατος</b>	Γ.Ν. Λαϊκό, Γ.Ν.Θ Ιπποκράτειο
<b>Καρδιάς- Πνευμόνων</b>	Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου
<b>Κερατοειδή χιτώνα</b>	Π.Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς, Οφθαλμιατρείο Αθηνών, Π.Γ.Ν.Π, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, ΑΧΕΠΑ, ΠΕ.ΠΑ.Γ.ΝΗ., Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου,
<b>Δέρματος</b>	Π.Γ.Ν.Α. Γ.Γεννηματάς
<b>Μ.Ο</b>	Παίδων Αγία Σοφία, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Γ.Ν.Θ. Γ.Παπανικολάου, Π.Γ.Ν.Π

(πηγή: <http://www.iatronet.gr/>→12/06/20 07)

## 1.7 Κόστος

Τα έξοδα καλύπτονται από το ταμείο του ασφαλισμένου, αν όμως δεν είναι ασφαλισμένος οι ανάγκες μπορούν να καλυφθούν από ειδική πίστωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Γεγονός είναι πως το κόστος μιας μεταμόσχευσης είναι πάρα πολύ υψηλό. Και σαν αποτέλεσμα αυτού, οι μεταμοσχεύσεις να αποτελούν προνόμιο των καλά αποκαταστημένων και οικονομικά εύρωστων χωρών. Το κόστος μιας μεταμόσχευσης περιλαμβάνει, τις απαντητικές εξετάσεις, την επέμβαση και την μετεγχειρητική ανάνηψη, ενώ διαφέρει από χώρα, σε νοσοκομείο και τύπο οργάνου.

### Νοσοκομειακά έξοδα

Τα νοσοκομειακά έξοδα περιλαμβάνουν :

- αποτίμηση και επεξεργασία εξετάσεων
- εγχείρηση
- φροντίδα και συνεχής παρακολούθηση
- πρόσθετη νοσοκομειακή διαμονή για επιπλοκές
- αμοιβή για τους χειρουργούς, τους φυσιοθεραπευτές, τον καρδιολόγο, τον αναισθησιολόγο και τις περιοδικές εργαστηριακές εξετάσεις
- Ανοσοκατασταλτικά και ναρκωτικά φάρμακα
- αποκατάσταση

### Μη νοσοκομειακά έξοδα

Τα μη νοσοκομειακά έξοδα περιλαμβάνουν:

- φαγητό, κατάλυμα και μακράς απόστασης τηλεφωνήματα
- μεταφορά, από και προς το μεταμοσχευτικό κέντρο, πριν και μετά τη μεταμόσχευση
- αεροπορικό ταξίδι

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στη χώρα μας το κόστος της μεταμόσχευσης μυελού των οστών είναι 50.000 ευρώ. Το ποσό αυτό μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με τις επιπλοκές, το χρόνο παρακολούθησης κτλ. Αντίστοιχες επεμβάσεις στο εξωτερικό φθάνουν τα 300.000 ευρώ. Η πρόοδος της επιστήμης που οδηγεί σε αποτελεσματικότερη και φθηνότερη τεχνολογία, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, η επινόηση περισσότερο απλουστευμένων χειρουργικών τεχνικών και η ευκολότερη εξεύρεση



μοσχευμάτων πιστεύεται ότι στο μέλλον θα καταστήσουν φθηνότερες τις μεταμοσχεύσεις<sup>5,6</sup>.

## 1.8 Δότες

Οι δότες των οργάνων μπορεί να είναι είτε εν ζωή (ζώντες δότες) ή να έχουν πεθάνει (πτωματικοί δότες). Σήμερα δεχόμαστε ότι ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με εγκεφαλικό θάνατο και οι εγκεφαλικά νεκροί συνάνθρωποί μας αποτελούν τους υποψήφιους δότες οργάνων. Μόνο εφόσον τεκμηριωθεί ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους και δοθεί άδεια από τους άμεσους συγγενείς επιτρέπεται η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση. Υποψήφιος δότης είναι ένα προηγουμένως υγιές άτομο, το οποίο έχει υποστεί μη αναστρέψιμη, καταστροφική βλάβη του εγκεφάλου, γνωστής αιτιολογίας, που οδηγεί σε θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Οι δότες είναι συνήθως νεαρά άτομα, θύματα τροχαίων ατυχημάτων που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και έχουν υποστεί ανεπανόρθωτη και μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους. Είναι επίσης άτομα με ρήξη εγκεφαλικών ανευρυσμάτων, υπαραχνοειδή αιμορραγία ή με όγκους εγκεφάλου, που πληρούν τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου. Τα κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και η μεθοδολογία για λήψη των οργάνων τους αναφέρονται στο άρθρο αυτό, όπως έχουν υιοθετηθεί από το Ιατρικό Κολλέγιο της Αγγλίας (Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, October 11, 1976), από την απόφαση του ΚΕΣΥ αρ. 9 της 21ης ολομέλειας 20.3.1985 και τον ελληνικό νόμο 1383/83 περί αφαιρέσεως και Μεταμοσχεύσεως Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων (ΦΕΚ, Τεύχος πρώτο, Αριθ. φύλλου 106/1983)<sup>1,4,6</sup>

### 1.8.1 Εγκεφαλικός θάνατος

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται με κλινικά κριτήρια. Στη χώρα μας έχει συνταχθεί ειδικό πιστοποιητικό. Περιέχει κατά σειρά τη διαδικασία και τις συγκεκριμένες δοκιμασίες, που εκτελούν και συνυπογράφουν, όπως έχει θεσπισθεί το 1987, δύο γιατροί: ο θεράπων γιατρός και ένας αναισθησιολόγος, νευρολόγος ή νευροχειρουργός.

<sup>5</sup> <http://www.imlaxis.gr/>→02/05/2007

<sup>6</sup> <http://www.servitoros.gr/>→17/05/2007

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>4</sup> McGraw Hill, (1994), «Harrison's Principle of Internal Medicine International», p. 1793-1798

Επιβάλλεται να έχουν ασκήσει την ιατρική τουλάχιστον 2 χρόνια μετά τη λήψη της ειδικότητας τους. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή των δοκιμασιών θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους είναι να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο ο υποψήφιος δότης να ευρίσκεται σε κώμα από αναστρέψιμο αίτια: 1) φαρμακευτικό κώμα από βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά, υπνωτικά ή αλκοόλη 2) αδυναμία μυϊκής λειτουργίας λόγω χορήγησης μυοχαλαρωτικών ή λόγω νευρομυϊκής πάθησης 3) μεταβολικές διαταραχές 4) υποθερμία και 5) καταπληξία. Εφόσον τηρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις και είναι γνωστό το αίτιο του θανάτου εκτελούνται οι δοκιμασίες του εγκεφαλικού θανάτου<sup>1</sup>.

**Πίνακας 1.3 Η διάγνωση του θανάτου του στελέχους απαιτεί:**

<b>-Απουσία οποιασδήποτε αυτόματης μυϊκής κινητικότητας</b>
<b>-Αδυναμία έκλυσης οποιουδήποτε αντανακλαστικού</b>
<b>-Κατάργηση της αυτόματης αναπνοής</b>

Οι δοκιμασίες επαναλαμβάνονται μετά 12 ώρες και τότε υπογράφεται το πιστοποιητικό θανάτου. Ο αποκλεισμός ενός δότη γίνεται βάσει γενικών ή ειδικών αντενδείξεων για κάθε όργανο. Στις γενικές αντενδείξεις περιλαμβάνονται το ιστορικό νόσου ή τραυματισμού των οργάνων που πρόκειται να μεταμοσχευθούν.

Οι ειδικές αντενδείξεις διαφέρουν ανάλογα με το προς μεταμόσχευση όργανο. Η ηλικία για λήψη νεφρών, π.χ., εκτείνεται από 6 μηνών έως 70 έτη, ενώ για την καρδιά μέχρι 40 έτη. Η λειτουργικότητα του οργάνου ελέγχεται πριν αποφασισθεί η καταλληλότητα για μεταμόσχευση, όπως ελέγχεται και το μέγεθος του οργάνου σε σχέση με το αντίστοιχο του λήπτη. Γενικά όταν πρόκειται για δότη πολλαπλών οργάνων ισχύουν τα εξής κριτήρια :

- Ηλικία μεταξύ 1-60 ετών.

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

- Απουσία φλεγμονής ή κακοήθειας.
- Αρνητικό αυστραλιανό αντιγόνο.
- Αρνητικά αντισώματα για AIDS.
- Οπωσδήποτε συμβατότητα στις ομάδες αίματος δότη και λήπτη.
- Απουσία παρατεταμένων περιόδων υπότασης.
- Έγγραφη συναίνεση των συγγενών του δότη για την προσφορά των οργάνων.

Η λήψη οργάνων, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες γίνεται από εγκεφαλικά νεκρούς δότες, στους οποίους οι ζωτικές λειτουργίες διατηρούνται με μηχανικά μέσα και φαρμακευτική υποστηρικτική αγωγή.

### 1.8.2 Ζώντες δότες

Οι ζώντες δότες είναι συνήθως συγγενείς του πάσχοντος, οι οποίοι προσφέρουν κυρίως τον ένα νεφρό τους, σπανιότερα δε τμήμα ήπατος ή παγκρέατος. Και ενώ για τη διάθεση και λήψη του ενός νεφρού τα ηθικά και κοινωνικά προβλήματα που εγείρονται είναι λίγα (άλλωστε ιδιαίτερα στη χώρα μας οι ζώντες δότες νεφρικών μοσχευμάτων αποτέλεσαν την κύρια πηγή εξεύρεσης μοσχευμάτων), για την αφαίρεση τμήματος ήπατος ή παγκρέατος από ζώντα δότη υπάρχουν πολλαπλά ερωτήματα, δεδομένου ότι οι επεμβάσεις αυτές είναι πολύπλοκες και υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του δότη. Διεθνώς επικρατεί η άποψη για τον περιορισμό της λήψης οργάνων από ζώντα δότη, με παράλληλη ενίσχυση των προγραμμάτων ενημέρωσης της κοινής γνώμης για αύξηση της προσφοράς πτωματικών μοσχευμάτων. Αν δεν πρόκειται για συγγενή δότη, τότε ανακύπτουν και ηθικά ερωτήματα. Είναι δύσκολη η διάκριση στο κατά πόσον ένας μη συγγενής δότης προσφέρει τον ένα νεφρό του καθαρά από "αλτρουιστικά αισθήματα" και όχι από άλλα κίνητρα. Για την αντιμετώπιση των κινδύνων αυτών η Διεθνής Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων έχει θεσπίσει κριτήρια για την αξιολόγηση και χρησιμοποίηση τέτοιων δοτών, απαγορεύοντας κάθε είδους συναλλαγή και "εμπορεία" στην προσφορά οργάνων.

Ο υποψήφιος δότης υποβάλλεται σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο για να διαπιστωθεί η λειτουργικότητα του μοσχεύματος, αλλά και για να ανακαλυφθούν ενδεχομένως παθήσεις, που θα απαγορεύουν τη λήψη του μοσχεύματος. Σημαντική είναι η ψυχιατρική εξέταση του δότη για τη διαπίστωση της αβίαστης εθελοντικής προ-



σφοράς. Δότες μικρότεροι των 20 ετών (κυρίως αδέρφια) πρέπει να ελέγχονται κυρίως για το αβίαστο και εθελοντικό της προσφοράς τους. Σημειώνεται ότι υπάρχει προβληματισμός στο αν πρέπει να λαμβάνεται μόσχευμα από οροθετικούς δότες στο μεγαλοκυτταροϊό (CMV) μια και είναι γνωστή η δια του μοσχεύματος μεταφορά του ιού και η αναζωπύρωση του με την ανοσοκαταστολή. (Λόγω όμως της μεγάλης έλλειψης μοσχευμάτων τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και τίθενται οι λήπτες σε ειδική θεραπεία) <sup>1,6</sup>.

### 1.8.3 Πλεονεκτήματα –μειονεκτήματα μεταμόσχευσης

Για να τεθεί η ένδειξη της μεταμόσχευσης και να αποφασιστεί οριστικά σημαίνει ότι αυτή αποτελεί μονόδρομο για την επιβίωση του ασθενούς, εφόσον πρόκειται βέβαια για μη αισθητικού τύπου μεταμοσχεύσεις. Συνεπώς η επιβίωση αποτελεί ένα αναντίλεκτο επιχείρημα. Από την άλλη και ενώ αναμένεται βελτίωση της ποιότητας ζωής σε επιτυχή μεταμόσχευση ( τα ποσοστά αγγίζουν το 70-90%), τα προβλήματα από τις επιπλοκές σημαίνουν σημαντικότερη ψυχολογική, αλλά και σωματική επιβάρυνση για το λήπτη, που μπορεί να του κοστίσουν ακόμα και την ίδια του τη ζωή. Η εξάρτηση από τα φάρμακα, η ευαισθησία στις λοιμώξεις, η συχνή παρακολούθηση μπαίνουν στη μία πλευρά του ζυγού. Στην άλλη, ένα δώρο ζωής<sup>1</sup>.

### 1.8.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων

Μια σειρά παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν την επιτυχία μιας μεταμόσχευσης. Η επιλογή του κατάλληλου μοσχεύματος, η φυσική κατάσταση του λήπτη, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η συντήρηση του μοσχεύματος, και η εμπειρία του μεταμοσχευτικού κέντρου, αλλά ακόμα και η ψυχολογική κατάσταση του λήπτη είναι κάποιοι από αυτούς.

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>6</sup> <http://www.servitoros.gr/>→17/05/20 07

## 1.9 Λίστες αναμονής

Στην αναμονή για το σωτήριο μόσχευμα που θα τους προσφέρει μία νέα ζωή βρίσκονται εκατοντάδες συνάνθρωποί μας. Το Νοέμβριο του 2007 στη λίστα αναμονής του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων βρίσκονται 850 ασθενείς για νεφρικό μόσχευμα. Ωστόσο δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για όσους αναζητούν ήπαρ και καρδιά, καθώς η λίστα μεταβάλλεται καθημερινά, κι αν δεν βρεθεί σύντομα το συμβατό μόσχευμα, οι ασθενείς αυτοί καταλήγουν και τη θέση τους καταλαμβάνουν άλλοι συνάνθρωποί μας. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων έχει αυξηθεί, απέχουμε πολύ από το επιθυμητό επίπεδο. Σήμερα υπάρχουν 8,2-8,3 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού, όταν παλαιότερα είχαμε 4 ή 5. Ο ιδανικός αριθμός θα ήταν 40 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού, κάτι πολύ δύσκολο για τις περισσότερες χώρες. Στη δυτική Ευρώπη βρίσκονται σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού ή άλλων οργάνων 40.000 άνθρωποι. Το 15% έως 30% αυτών θα πεθάνουν περιμένοντας. Αυτό μεταφράζεται σε 6.000 έως 12.000 θανάτους, οι οποίοι θα μπορούσαν ενδεχομένως να είχαν αποφευχθεί. Ο μέσος χρόνος αναμονής για μεταμόσχευση είναι τρία χρόνια και μέχρι το 2010 αναμένεται να φτάσει τα 10. Σε θέματα ζωής και θανάτου, ο νόμος μετράει ελάχιστα. Ένας άνθρωπος αντιμέτωπος με το θάνατο, το δικό του ή ενός αγαπημένου του προσώπου, παραμερίζει πολλές φορές τους ηθικούς φραγμούς. Γι' αυτό και το εμπόριο οργάνων ανθεί. Σύμφωνα με έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης, η τρέχουσα αμοιβή που παίρνει ένας νέος άνθρωπος από την ανατολική Ευρώπη για ένα νεφρό είναι 2.500 έως 3.000 δολάρια. Το συνολικό ποσό, όμως, που πληρώνουν οι ευκατάστατοι ασθενείς για μια παράνομη μεταμόσχευση φτάνει από 100.000 έως και 200.000 δολάρια. Σύμφωνα με την Πρωτοβουλία της Ελληνικής Δημοκρατίας για την έκδοση της απόφασης-πλασιού του Συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη και καταστολή της εμπορίας ανθρωπίνων οργάνων και ιστών η εμπορία ανθρωπίνων οργάνων και ιστών αποτελεί μορφή της εμπορίας ανθρώπων, που συνιστά σοβαρή καταπάτηση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, και ιδίως της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και σωματικής ακεραιότητας. Η εμπορία αυτή αποτελεί πεδίο δραστηριοποίησης οργανωμένων εγκληματικών ομάδων, που συχνά επιστρατεύουν ανεπίτρεπτες πρακτικές, όπως η εκμετάλλευση ευάλωτων προσώπων και η χρήση βίας και απειλών. Επιπλέον δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία και προσβάλλει το δικαίωμα των πολιτών για ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος υποσκάπτει την εμπιστοσύνη των πολιτών στο νόμιμο σύστημα μεταμοσχεύσεων. Η καταπολέμηση της εμπορευματοποίησης του ανθρώπινου σώματος και των μερών του έχει απασχολήσει επανειλημμένα πολλούς διεθνείς οργανισμούς και έχει αποτελέσει

αντικείμενο ρύθμισης διεθνών συμβάσεων. Το Συμβούλιο της Ευρώπης ήδη το 1978 με την απόφασή του για την εναρμόνιση των νομοθεσιών των κρατών μελών στην αφαίρεση και μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων, που υιοθετήθηκε από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης την 11η Μαΐου 1978, διακήρυξε ότι καμιά ανθρώπινη ουσία δεν μπορεί να προσφερθεί έναντι κέρδους. Η διακήρυξη αυτή επιβεβαιώθηκε στην τρίτη σύνοδο των ευρωπαϊκών υπουργών Υγείας, που συνήλθε στο Παρίσι στις 16-17 Νοεμβρίου 1987, στην τελική δήλωση της οποίας τονίστηκε ότι ένα ανθρώπινο όργανο δεν πρέπει να προσφέρεται έναντι κέρδους από οποιοδήποτε οργανισμό ανταλλαγής οργάνων, κέντρο αποθήκευσης οργάνων ή οποιονδήποτε άλλο οργανισμό ή ιδιώτη.

Σημαντικό βήμα στην προσπάθεια καταπολέμησης της εμπορίας ανθρώπινων οργάνων και ιστών, και γενικότερα της εμπορευματοποίησης του ανθρώπινου σώματος και των μερών του, αποτελεί η σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, που συνάφθηκε στο Οβιέδο στις 4 Απριλίου 1997 και τέθηκε σε ισχύ την 1η Δεκεμβρίου 1999. Το σοβαρό έγκλημα της εμπορίας ανθρώπινων οργάνων και ιστών πρέπει να αντιμετωπισθεί όχι μόνο μέσω μεμονωμένης δράσης από κάθε κράτος μέλος, αλλά με ολοκληρωμένη προσέγγιση, της οποίας θα αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα ο ορισμός των στοιχείων του εγκλήματος, κοινός σε όλα τα κράτη μέλη, και οι αποτελεσματικές, ανάλογες και αποτρεπτικές κυρώσεις. Δεδομένου ότι οι προαναφερθέντες στόχοι της παρούσας απόφασης-πλαίσιου δεν μπορούν να επιτευχθούν ικανοποιητικά από τα κράτη μέλη και μπορούν συνεπώς, να επιτευχθούν καλύτερα στο επίπεδο της Ένωσης, η Ένωση μπορεί να λάβει μέτρα σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας.

Σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας, η παρούσα απόφαση-πλαίσιο δεν υπερβαίνει τα αναγκαία όρια για την επίτευξη των στόχων αυτών. Είναι αναγκαίο να καθιερωθούν κυρώσεις όσον αφορά τους δράστες, επαρκώς αυστηρές, ώστε να είναι δυνατόν να υπαχθεί η εμπορία ανθρώπων στα νομοθετήματα που έχουν ήδη θεσπισθεί για την καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος.<sup>5,6</sup>

<sup>5</sup> <http://www.imlarisis.gr/>→02/05/200 7

<sup>6</sup> <http://www.servitoros.gr/>→17/05/20 07

### **1.10 Η διαθεσιμότητα μοσχευμάτων στην Ελλάδα**

Δυστυχώς η διαθεσιμότητα μοσχευμάτων στην Ελλάδα είναι πολύ μικρή σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ιδιαίτερη κάμψη παρουσιάστηκε τις χρονιές που ήταν σε συζήτηση ο νόμος για τις μεταμοσχεύσεις κι ανεύθυνη φιλολογία είχε αρνητικά αντίκτυπο στην κοινή γνώμη. Η κατάσταση φαίνεται να αντιστρέφεται τα τελευταία 2 χρόνια. Το 2002 η προσφορά μοσχευμάτων ήταν αυξημένη, σε αρκετές περιπτώσεις δεν βρέθηκε κατάλληλος λήπτης στην Ελλάδα και μοσχεύματα δόθηκαν σε κέντρα του εξωτερικού. Την ίδια περίοδο προσφέρθηκαν στην Ελλάδα 26 μοσχεύματα το 2001 και 27 μοσχεύματα το 2002 από χώρες της Ευρώπης που για διάφορους λόγους όμως δεν ήταν δυνατόν να αξιοποιηθούν.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα (περίπου 10 ετησίως), αντιστοιχεί περίπου σε μία μεταμόσχευση ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Τα καλύτερα συστήματα σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Αυστρία, η Ισπανία, οι Η.Π.Α. έχουν αντίστοιχα ποσοστά 10,11,8, κι 8 μεταμοσχεύσεων αντίστοιχα. Είναι φανερό λοιπόν η διαφορά που υπάρχει και η οποία οφείλετε καθαρά στην αποδοτικότητα του συστήματος έγκαιρης διάγνωσης κι αξιοποίησης των εν δυνάμει μοσχευμάτων από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δοτών νοσοκομείων.<sup>7,8</sup>

### **1.11 Συντονισμός και οργάνωση μεταμοσχεύσεων**

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) και το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.) αποτελούν τους δύο φορείς, που είναι υπεύθυνοι για το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Ο Ε.Ο.Μ. αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και έχει ως νομοθετημένη αρμοδιότητα τη χάραξη της εθνικής στρατηγικής το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων.

Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από :

- Ένα καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε γνωστό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση.
- Ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού των Οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

<sup>7</sup> <http://www.enet.gr/-->20/05/2007>

<sup>8</sup> <http://eurlex.europa.eu/-->07/06/2007>

- Ένα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοσηλευτικού Ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού Ιδρύματος, εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Ένα Διευθυντή Κέντρου Ιστοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις.
- Ένα εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.).
- Ένα ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- Ένα εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος.
- Ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.
- Έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών/ Νοσηλευτών Ελλάδος.

Καθήκοντά του είναι :

- Η σύσταση των όρων και προϋποθέσεων για τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και του κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των μονάδων μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.
- Η καταγραφή των δωρητών ιστών και οργάνων, καθώς και των υποψήφιων ληπτών.
- Η συνεργασία με κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.
- Η μέριμνα για την ψυχοκοινωνική στήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και του συγγενικού τους περιβάλλοντος.
- Η αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας των μονάδων μεταμόσχευσης.
- Η πληροφόρηση του κοινού με σκοπό την αύξηση του αριθμού των υποψήφιων δοτών.<sup>9</sup>

Το Ε.Σ.Μ. ιδρύθηκε με την υπ' Α3α/ 2715/11-3-1991 απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Είναι δεκατριαμελές συλλογικό όργανο, που συγκροτείται και λειτουργεί βάσει του άρθρου 19 του Ν. 1599/1986 για θητεία τριών ετών.

<sup>9</sup> ΦΕΚ Ν.2737/1999, τεύχος Α, αρ. φύλλου 174, άρθρο 15-16



Απαρτίζεται από τον Πρόεδρο του ΚΕΣΥ, τον Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων, το Διευθυντή της Υ.Σ.Ε., τον Πρόεδρο της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ), τον Πρόεδρο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα υπόλοιπα επτά μέλη του επιλέγονται από τον Υπουργό Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από επιστήμονες κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις σε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

Οι αρμοδιότητες του ΕΣΜ είναι :

- Η συμβολή στη χάραξη της εθνικής πολιτικής μεταμοσχεύσεων.
- Η εισήγηση στο ΚΕΣΥ μέτρων, όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των μεταμοσχευτικών κέντρων.
- Η γνωμοδότηση επί γενικών, ειδικών και δεοντολογικών προβλημάτων που αφορούν στις μεταμοσχεύσεις.
- Η σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριμένων θεμάτων.

### **1.12 Ψυχολογική υποστήριξη**

Σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης φυσικά έχει η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία τους αποτελούν η βασική νόσος κυρίως, έπειτα η επιδείνωση της ποιότητας της ζωής, οι πολλές και συχνές νοσηλείες και η διάψευση των προσδοκιών. Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση. Σημαντική είναι η συνεχής επαφή με το μεταμοσχευτικό κέντρο, οι τακτικές εξετάσεις και η συμμόρφωση όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή. Ο ασθενής πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά σταδίων και προσαρμοστικών διαδικασιών από τη στιγμή της οριστικής απόφασης για τη μεταμόσχευση μέχρι την ολοκλήρωση της αλλά και αργότερα. Ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον οφείλουν να είναι ενήμεροι για το τι θα πρέπει να περιμένουν από τη μεταμόσχευση, για όλες τις πιθανές επιπλοκές, τη φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί αλλά και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες που ίσως παρουσιαστούν. Μετά την μετεγχειρητική ανάνηψη και πριν ακόμη καθιςχάσει το αίσθημα ευφορίας ο ασθενής, λήπτης πια, διακατέχεται από έντονους και συγκεκριμένους προβληματισμούς. Από τις πρώτες κιόλας μέρες αναρωπιέται για την προέλευση του μοσχεύματος, τις ψυχικές και φυσικές του ιδιότητες. Παρατηρείται ακόμη συχνά «ταύτιση» του λήπτη με ψυχικά και φυσικά χαρακτηριστικά του δότη. Η αρχική

ικανοποίηση υποχωρεί και δίνει τη θέση της στο άγχος μιας πιθανής απόρριψης. Το άγχος αυτό κορυφώνεται την 7η-11η μέρα από τη μεταμόσχευση όπου βγαίνουν τα πρώτα αποτελέσματα αξιολόγησης του κινδύνου απόρριψης του μοσχεύματος. Στις περιπτώσεις που το μόσχευμα δεν επιβιώνει ο ασθενής βιώνει συναισθήματα ενοχής απέναντι στον εαυτό του και στο δότη. Συχνά αισθάνεται ότι έχει ληστέψει ένα τμήμα σώματος του δότη. Συχνή είναι η κατάθλιψη λόγω των ανεκπλήρωτων προσδοκιών. Μετεγχειρητικά, με την πάροδο του χρόνου ο λήπτης συνειδητοποιεί, την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό της κοινωνικής και επαγγελματικής του θέσης, την ανάληψη διαφόρων οικογενειακών και λοιπών ευθυνών <sup>10,11</sup>

### **1.13 Ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων**

Το σύνολο της κοινωνίας είναι θετικό απέναντι στις μεταμοσχεύσεις. Η χριστιανική εκκλησία, Ορθόδοξη και Καθολική έχουν ευλογήσει τη δωρεά οργάνων, ως ύψιστη πράξη αγάπης. Ο συναισθηματισμός ωστόσο των συγγενών στην περίπτωση πτωματικού δότη, συχνά δρα ανασταλτικά. Οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με πολλά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, και αυτό γιατί συνδέονται με λεπτές έννοιες όπως η ζωή, ο θάνατος, το ανθρώπινο αυτεξούσιο κ.λπ., που δεν είναι τόσο εύκολο να απαντηθούν. Ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει την πλήρη και μόνιμη καταστροφή του εγκεφάλου. Αυτός ο κλινικά ασθενής που βρίσκεται σε κάποια Μ.Ε.Θ. είναι ένας υποψήφιος δότης και η λειτουργία των οργάνων του υποστηρίζεται με τεχνητά μέσα. Ωστόσο με την καρδιά να πάλλεται ο θάνατος δε νοείται εύκολα και πολύ περισσότερο από τους οικείους του. Άλλο ζήτημα είναι η συναίνεση. Εδώ θα πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητα δόλου με σκοπό να βρεθεί το απαιτούμενο μόσχευμα. Ένα ερώτημα είναι αν οι συγγενείς του ασθενούς μπορούν να υποκαταστήσουν τη βούλησή του ή δικαιούνται αυτοί να συναινέσουν αντί αυτού. Αν κάποιος είναι δότης και οι δικοί του για ποικίλους λόγους ηθικούς ή συναισθηματικούς αρνούνται τη δωρεά ποιος πρέπει να εισακουστεί; Υπάρχει η δυνατότητα εξασφάλισης μοσχευμάτων για ασθενείς που τα έχουν άμεσα ανάγκη, από νεογέννητα βρέφη που πάσχουν από συγγενείς ανωμαλίες (π.χ. ανεγκεφαλία) και τα καθιστούν πρακτικά μη βιώσιμα; Η έρευνα για την παρασκευή κλωνοποιημένων οργάνων, αλλά και η διαδικασία παραγωγής τους είναι πιθανό να συνοδεύονται από παράλληλη καταστροφή ανθρώπινων όντων σε εμβρυικό στάδιο.

<sup>10</sup> Ιορδανίδης, Π.-Ιεροδιακόνου, Χ.(1993) «Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών», σελ. 51

<sup>11</sup> Παπαδημητρίου, Ι. (1994) «Η ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων», σελ. 10-11

Υπάρχει η δυνατότητα η παραγωγή οργάνων να μη συνδυάζεται με την καταστροφή της ανθρώπινης εμβρυικής ζωής; Ίσως η τεχνολογία στο μέλλον βοηθήσει να αποφύγουμε τις επώδυνες απαντήσεις. Πιθανόν στο μέλλον να είναι αχρείαστη η δωρεά, με την έννοια της χρήσης πολυδύναμων βλαστικών κυττάρων που δεν προέρχονται από έμβρυα, αλλά από μετασχηματισμό σωματικών κυττάρων (π.χ. δέρματος) <sup>1,10,11,12</sup>.

#### 1.14 Στατιστικά στοιχεία

**Πίνακας 1.4 Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις στον διεθνή χώρο**

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2001								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Εuro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	11	100,95	268	41,1	0,65	59,1	10
Πρωματικοί δότες	1066	32	1491	6081	1335	2	777	202
Α.Ε.Π.*	17,8	2,9	14,8	22,6	32,5	3	13,1	20,2
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1921	74	2693	8859	1893	4	1333	359
Α.Ε.Π.	32	6,7	26,7	33	46	6	22,5	35,9
Μετ. νεφρού (ζωντ. δότης)	101	89	447	5293	31	26	358	10
Α.Ε.Π.	1,7	8,1	4,4	19,7	0,75	40	6,1	1,0
Μετ. ήπατος	803	18	1086	5177	972	-	675	184
Α.Ε.Π.	13,4	1,6	10,8	19,3	23,6	-	11,4	18,4
Μετ. καρδιάς	342	5	559	2202	341	-	198	17
Α.Ε.Π.	5,7	0,5	5,5	8,2	8,3	-	3,4	1,7
Μετ. καρδιάς - πνευμόνων	26	-	19	27	4	-	32	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	0,1	-	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	53	-	240	884	56	-	41	4
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,4	3,2	1,3	-	0,7	0,4

\*ΑΝΑ-ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ-ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

\*\* ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

(πηγή: <http://www.eom.gr/> → 30/05/07)

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>10</sup> Ιορδανίδης, Π.-Γεροδιακόπου, Χ.(1993) «Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών», σελ. 51

<sup>11</sup> Παλαδημητρίου, Ι. (1994) «Η ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων», σελ. 10-11

<sup>12</sup> Βλαχογιάννης, Ι.(2005) «Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας», σελ.78-83



Πίνακας 1.5 Οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - 2002)													
ΕΤΟΣ	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	θ	ι	ια	ιβ	ιγ
1985	18	22	40	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
1986	35	20	55	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1987	48	18	66	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1988	55	19	74	-	-	-	-	-	-	-	74	-	-
1989	58	35	93	-	-	-	-	1	-	-	108	-	-
1990	64	83	147	3	5	-	-	2	-	-	135	-	-
1991	70	104	174	7	10	-	-	6	-	-	132	-	-
1992	68	92	160	8	12	2	1	-	-	1	111	-	-
1993	55	86	141	13	10	-	-	1	1	-	101	-	1366
1994	67	46	113	7	13	4	-	2	-	-	64	-	1489
1995	89	42	131	7	10	1	-	-	-	-	52	-	1423
1996	60	46	106	10	7	3	1	-	-	2	57	-	1627
1997	90	55	145	18	8	1	-	1	-	-	78	-	1200
1998	82	87	169	18	13	-	-	-	-	-	83	-	-
1999	85	69	154	12	7	-	-	-	-	1	52	1	-
2000	72	32	104	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	89	74	163	18	5	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	85	107	192	21	9	-	-	1	-	-	-	-	-

α = ζάσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, β = πρωματικές μετ. νεφρού, γ = σύνολο μετ. νεφρού, δ = μετ. ήπατος, ε = μετ. καρδιάς, στ = μετ. πνευμόνων, ζ = μετ. νεφρών + ήπατος, η = μετ. νεφρών + παγκρέατος, θ = μετ. ήπατος + παγκρέατος, ι = μετ. καρδιάς + πνευμόνων, ια = μετ. κερατοειδούς, ιβ = μετ. παγκρέατος, ιγ = υποψήφιοι λήπτες νεφρού.

(πηγή: <http://www.eom.gr/> → 30/05/07)

Όσον αφορά στο τρέχον εννιάμηνο, στο διάστημα 01/01/2007 - 12/10/2007 έχουν αναφερθεί 126 δυνητικοί δότες από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) της χώρας μας ενδεικτικά το 2006 αναφέρθηκαν συνολικά 179 - από τους οποίους οι 18 κρίθηκαν ιατρικώς ακατάλληλοι, ενώ από τους 108 των οποίων προσεγγίστηκαν οι οικογένειες για τη συναίνεσή τους, αξιοποιήθηκαν μόλις 50 δότες, σημειώνοντας ποσοστό άρνησης της τάξεως του 54%. Η ελαφρά κάμψη των μεταμοσχεύσεων στο εννεάμηνο του 2007, βρίσκεται στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση 886 νεφροπαθείς και 81 ασθενείς συνολικά για ήπαρ, καρδιά και πνεύμονες στοιχεία που απεικονίζουν την επιτακτική ανάγκη ευαισθητοποίησης των Ελλήνων πολιτών στην κατεύθυνση αποδοχής και διάδοσης της

ιδέας Δωρεάς Οργάνων, ανεξαρτήτως των περιόδων όπου η επικαιρότητα και οι συγκυρίες δίνουν μία αυξημένη δημοσιότητα στο θέμα. Από τις 111 μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιήθηκαν στο 9μηνο, οι 78 αφορούσαν σε μεταμοσχεύσεις νεφρού, οι 5 σε καρδιά, οι 2 σε πνεύμονες και οι 26 σε ήπαρ.

#### 1.14.1 Η μεταμοσχευτική δραστηριότητα για το έτος 2007

Οι μεταμοσχεύσεις στη χώρα μας για το έτος 2007 παρουσιάζουν μια μείωση της τάξεως του 21% σε σχέση με το 2006. Παρά το γεγονός ότι το 2007 πραγματοποιήθηκαν λιγότερες μεταμοσχεύσεις (συνολικά 140) συμπαγών οργάνων σε σχέση με το 2006 (συνολικά 178) το ποσοστό αξιοποίησης δυνητικών δοτών παραμένει σχετικά σταθερό στο 39%. Για το 2007 αναφέρθηκαν 166 δυνητικοί δότες από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) όλης της χώρας, το 2006 αναφέρθηκαν συνολικά 179, από τους οποίους αξιοποιήθηκαν μόνο οι 64. Από τις 140 μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργάνων που πραγματοποιήθηκαν το 2007 οι 101 ήταν μεταμοσχεύσεις νεφρού, οι 32 ήπατος, οι 2 πνευμόνων και 5 μεταμοσχεύσεις καρδιάς. Παρατηρείται μια αύξηση της τάξεως του 20% σε σχέση με το 2006 στις μεταμοσχεύσεις ήπατος με 32 μεταμοσχεύσεις έναντι 27 των οποίων έχει ο ΕΟΜ μέσα από την Ελληνική και την Παγκόσμια δεξαμενή εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

Από ενάρξεως της λειτουργίας της Μονάδας Αναζήτησης, το 2002 στον ΕΟΜ, παρατηρείται μια γεωμετρική αύξηση των ετερόλογων μη συγγενικών μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών στη χώρα μας της τάξεως του 270%. Ειδικότερα για το 2007, οι μη συγγενικές μεταμοσχεύσεις, που διενεργήθηκαν στα 4 ελληνικά μεταμοσχευτικά κέντρα μυελού των οστών (Παιδών Αγία Σοφία, Ευαγγελισμός, Γ.Ν.Θ.Γ. Παπανικολάου, Π.Γ.Ν. Πατρών), αυξήθηκαν από 38 το 2006 σε 51 το 2007, σημειώνοντας αύξηση της τάξεως του 35%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι 12 από τις 51 μεταμοσχεύσεις διενεργήθηκαν σε παιδιά ηλικίας 2-15 ετών. Τέλος αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι το 2007 παρατηρείται μια κατακόρυφη αύξηση των αιτήσεων δωρητών οργάνων, ξεπερνώντας το 85% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά (2006)<sup>34</sup>.

<sup>34</sup>ΕΟΜ, (2007) «Η Μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα για το 2007 σύμφωνα με τον ετήσιο απολογισμό του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων», Διάγνωση, φύλλο 80, σελ.10

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ποιότητας ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1950. Αρχικά, είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς περιλάμβανε έννοιες που είχαν να κάνουν με την καταναλωτική κοινωνία: την ιδιοκτησία ηλεκτρικών συσκευών, αυτοκινήτων και οικίας. Ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για διακοπές και αναψυχή προστέθηκαν αργότερα. Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας.

Η έννοια είναι πολύ γενικότερη από εκείνη του βιοτικού επιπέδου, το οποίο θεωρείται προϋπόθεση της ποιότητας ζωής. Η Διεθνής Ένωση για τις Έρευνες Ποιότητας Ζωής ορίζει ως βιοτικό επίπεδο την ποσότητα και ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται στους πολίτες, όπως το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), τον αριθμό των ιατρών ανά χίλια άτομα, το ποσοστό ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία και την παιδεία ή τον αριθμό των τηλεοράσεων και τηλεφώνων σε κάθε νοικοκυριό. Αντιθέτως, η ποιότητα ζωής αποτελεί το προϊόν αλληλεπίδρασης των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και υγειονομικών παραγόντων που επιδρούν στην ατομική και κοινωνική ανάπτυξη. Η υποβάθμιση ενός από τους εν λόγω παράγοντες αρκεί για να απειλήσει ή να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία των ατόμων και των κοινωνιών.

Η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται στενά με την οικονομική ανάπτυξη, θεωρώντας ότι η μία είναι συνέπεια της άλλης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την τεχνολογική ανάπτυξη και «τη σωστή διαχείριση των έμβιων όντων», όπως φαίνεται και από σχετική απόφαση του Συμβουλίου της Ευρώπης (1999). Οι ραγδαίες οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις στην Ευρώπη προκάλεσαν από τη μια πλευρά την αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ενώ από την άλλη δημιούργησαν υψηλότερες απαιτήσεις και οδήγησαν σε υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το κενό που δημιουργήθηκε ανάμεσα στους φυσικούς πόρους και την αλόγιστη ανθρώπινη δραστηριότητα, η

Ευρωπαϊκή Ένωση προσπαθεί να αξιοποιήσει τη δυναμική της τεχνολογίας για να ενισχύσει τους τομείς της ζωής που σχετίζονται με περαιτέρω ανάπτυξη και ποιότητα

<sup>13,14,15</sup>

## 2.2 Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες ποιότητας ζωής

Η βασικότερη διάκριση είναι ανάμεσα στους λεγόμενους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους. Η αντικειμενική διάσταση συνδέεται με την ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις αναφορικά με την υλική ευημερία, την κοινωνική θέση και τη σωματική ευεξία. Σε συμφωνία με τα παραπάνω, σημαντικό ρόλο για την ποιότητα ζωής και συνεπώς την ανάπτυξη παίζει ο δημογραφικός παράγοντας. Το χαμηλό κόστος αγοράς ή ενοικίασης κατοικίας σε μία πόλη οδηγεί στη σύσταση μόνιμων νοικοκυριών και αποτρέπει τους πολίτες από την αναζήτηση νέου τόπου κατοικίας, ωθώντας τους σε διατήρηση των κοινωνικών τους δικτύων. Με τον τρόπο αυτό, είναι ευκολότερο να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στους πολίτες και να τεθούν οι βάσεις για το σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών ανάπτυξης. Από τη θεωρητική επισκόπηση των ερευνών, προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής βασίζεται σε 10 αντικειμενικούς δείκτες, που συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη μιας περιοχής:

- Ελλιπής ή πεπαλαιωμένη υποδομή
- Έλλειψη κονδυλίων για τη χρηματοδότηση πρωτοβουλιών και τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας
- Έλλειψη κατάλληλων δεξιοτήτων από το εργατικό δυναμικό
- Αποκλεισμός από τις ευκαιρίες στέγασης ή από την αγορά εργασίας
- Ελλιπής πληροφόρηση για το κόστος, τις υπηρεσίες και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται εκτός της κοινότητας
- Ανικανότητα τους συστήματος να καταναίμει το ανθρώπινο δυναμικό σε θέσεις εργασίας
- Υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας

<sup>13</sup>Σαρρής,Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>14</sup>Υφαντόπουλος, Ι. (2003), «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ 549-590

<sup>15</sup>Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254–266



- Πλημμελής παροχή υπηρεσιών σε ευάλωτες ομάδες ή απομακρυσμένες περιοχές
- Απροθυμία των επιχειρήσεων να επεκταθούν ή να εκσυγχρονιστούν
- Καθεστώς υψηλής φορολογίας που εντείνει τις ανισότητες μέσα στην κοινότητα

Αντίθετα, οι θιασώτες των υποκειμενικών παραγόντων για την ποιότητα ζωής θεωρούν ότι λαμβάνοντας υπόψη μόνο τους αντικειμενικούς δείκτες, όπως το εισόδημα και τους δείκτες ανεργίας, αγνοείται το πώς πραγματικά νιώθουν οι πολίτες για τη ζωή τους. Σε πρόσφατες έρευνες βρέθηκε ότι σε χώρες με το χαμηλότερο ΑΕΠ, η ικανοποίηση από το εισόδημα μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης. Αντιθέτως, σε χώρες με υψηλό ΑΕΠ, η ικανοποίηση από τα επίπεδα του εισοδήματος δεν συνοδεύεται πάντα από γενικότερα αισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή. Σε εναρμόνιση με τη διττή φύση της ποιότητας ζωής, ο Rogerson διέκρινε ανάμεσα στον υλικό και προσωπικό τομέα της ζωής των ατόμων, οι οποίοι πλαισιώνονται από το περιβάλλον στο οποίο διαβιώνουν. Οι διαθέσιμοι περιβαλλοντικοί πόροι και τα χαρακτηριστικά τους διαμορφώνουν και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που τους αξιοποιούν και επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους. Επιχειρείται έτσι να συμφιλιωθεί η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με τις αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων. Τα αγαθά, οι υπηρεσίες και άλλα στοιχεία του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος αποτελούν το υλικό περιβάλλον. Το προσωπικό περιβάλλον ορίζεται από την αίσθηση ικανοποίησης και ευημερίας των ατόμων<sup>14,16</sup>

### **2.3 Πολιτικές για την Ποιότητα ζωής στην Ελλάδα**

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι σχετικά νέος για την Ελλάδα. Ακολουθώντας τα Ευρωπαϊκά πρότυπα και τις Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η έννοια τείνει να ενσωματωθεί στο σχεδιασμό και εφαρμογή των πολιτικών ανάπτυξης που εφαρμόζονται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη (2005), η ποιότητα ζωής θεωρείται μία πολυσύνθετη έννοια που συνδέεται άμεσα με την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και την εξομάλυνση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων. Προκειμένου να μετρηθεί με αντικειμενικούς δείκτες, προτείνεται ένα σύνθετος «δείκτης κοινωνικής ευημερίας» για την ποιότητα ζωής στην ύπαιθρο, ο οποίος βασίζεται σε ένα πλήθος άλλων δεικτών.

<sup>14</sup>Υφαντόπουλος, Ι. (2003), «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ 549-590

<sup>16</sup> Rogerson, R.J.(1995) «Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities», p.1373–1382

Μερικοί από αυτούς που αναφέρονται είναι οι παρακάτω: κατά κεφαλή εισόδημα και επαγγελματική κατάσταση, απασχολούμενες οικονομικά ενεργές γυναίκες, ποσοστό ηλικιών έως 45 ετών στο συνολικό πληθυσμό, αριθμός ΙΧ ανά κάτοικο, κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος ανά κάτοικο, τηλεφωνικές συσκευές ανά κάτοικο, αριθμός γιατρών ανά κάτοικο, υποδομές υγείας (κέντρα υγείας, ιατρεία) ανά κάτοικο, ασφαλτοστρωμένοι δρόμοι (χλμ) ανά κάτοικο, ποσοστό κάλυψης αποχετευτικού δικτύου σχολεία ανά αριθμό μαθητών, βρεφικοί και παιδικοί σταθμοί ανά αριθμό παιδιών (ηλικίας έως 5 ετών), ΚΑΠΗ ανά αριθμό ηλικιωμένων η εξασφάλιση υψηλών επιμέρους δεικτών σημαίνει και την εξασφάλιση ενός υψηλού δείκτη ποιότητας ζωής για τους πολίτες, καθώς και την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και την προώθηση της ανάπτυξης τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο<sup>15</sup>.

## **2.4 Ποιότητα ζωής και χρόνια ασθένεια**

Η τεχνολογική πρόοδος συνέβαλε στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης για τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες. Πέρα όμως από αυτό, η ανάγκη για συνεχή και εξειδικευμένη φροντίδα σε χρόνια βάση και φυσικά η σε πολλές περιπτώσεις παραμένουσα αναπηρία διαταράσσει σε ένα σημαντικό βαθμό τη ποιότητα ζωής του πάσχοντος ατόμου καθώς και της οικογένειά του.

Στην έννοια της χρόνιας ασθένειας ανήκει ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που επηρεάζουν μια σειρά από σωματικές ή διανοητικές λειτουργίες. Ενδεικτικά, αναφέρονται ο καρκίνος, η σκλήρυνση κατά πλάκας, τα κινητικά προβλήματα, η ηπατίτιδα, η μεσογειακή αναιμία, τα καρδιακά προβλήματα και η νεφρική ανεπάρκεια. Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των χρόνιων ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη «χρόνια ασθένεια» και έδωσαν διάφορους ορισμούς. Χρόνια ασθένεια, σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικάνικης Commission of Chronic Illness (Mayo 1956), είναι όλες οι βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό που έχει κάποιο άτομο με ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά :

α) είναι διαρκή β) αφήνουν υπόλοιπο αναπηρίας γ) προκλήθηκαν από μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλοιώσεις

<sup>15</sup> Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254–266

δ) το άτομο χρειάζεται για μια μεγάλη χρονική περίοδο επίβλεψη και φροντίδα <sup>19</sup>.

Ένας άλλος ορισμός, ο ορισμός της Coe (1970), ορίζει τη χρόνια ασθένεια ως εξής: «Χρόνια ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτά έχουν τις ρίζες τους α) στην ίδια την ασθένεια β) στο περιβάλλον γ) στον ανθρώπινο πληθυσμό».

Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, είναι συνδεδεμένη με τη διαδικασία της αποκατάστασης. Η αποκατάσταση, ως σφαιρική διαδικασία (ολιστικό πρότυπο υγείας), αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων, φυσικών και πνευματικών και δρα σε συνδυασμό με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της ομάδας αποκατάστασης του ασθενούς, της οικογένειάς του και της κοινότητας. Πλέον γίνεται λόγος για διεπιστημονική συνεργασία και φροντίδα του χρονίως πάσχοντα.

Οι επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στην αποκατάσταση, αλλά και τον ευρύτερο χώρο της υγείας οφείλουν να είναι σε θέση να χειρίζονται διάφορους ρόλους ανάλογα με την κατάσταση που αντιμετωπίζουν και ανάλογα με τον ασθενή στον οποίο παρέχουν φροντίδα <sup>15,18</sup>

Στην Ιατρική, ο όρος ποιότητα ζωής απευθύνεται σε όλες εκείνες τις ανθρώπινες ανάγκες που συχνά έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1947), ανεπιφύλακτα συνέστησαν την έννοια της ποιότητας ζωής στην φροντίδα υγείας όταν προσδιόρισαν την υγεία ως «την κατάσταση φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο την απουσία της νόσου». Το 1978, ο Π.Ο.Υ. κατηγορηματικά δήλωσε ότι όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα στην ψυχοκοινωνική φροντίδα και σε ισότιμη ποιότητα ζωής σε σχέση με την ψυχολογική φροντίδα.

Ο Paul Jones, αναφέρει επιγραμματικά ότι ποιότητα ζωής είναι το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το πραγματοποιήσιμο, που οφείλεται στην ύπαρξη κάποιας νόσου. Η ποιότητα ζωής, που εξαρτάται άμεσα από την υγεία μπορεί να επηρεάζεται από σωματικά

<sup>15</sup> Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254–266

<sup>18</sup> W.H.O., (2001) «Revised Targets for Health for All in Europe », whoqol,272: p.619–625

<sup>19</sup> Οικονόμου, Μ.-Κοκκώση, Μ.-Τριανταφύλλου, Ε.-Χριστοδούλου Γ.(2004) «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση» σελ. 239-253

συμπτώματα, ψυχολογικές αντιδράσεις στα συμπτώματα αυτά, να εργασθεί ή να ψυχαγωγηθεί λόγω των συμπτωμάτων του, την κοινωνική απομόνωση που αυτά προκαλούν και το φόβο ότι η πάθησή του επιδεινώνεται και ότι η ζωή του απειλείται. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα κράμα ικανοποιητικής λειτουργίας του προσώπου σε τέσσερις διαστάσεις: σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Δεν πρόκειται απλά και μόνο για την απουσία νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας δημιουργεί πρωτόγνωρες συνθήκες για τον άνθρωπο του σήμερα. Έτσι, *ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση*, είναι έννοιες που σήμερα καλούμαστε να τις δούμε υπό το φως των νέων δεδομένων. Καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής<sup>13,15,18</sup>.

Προκειμένου να εξειδικευτεί αυτή η γενική τοποθέτηση σε θέματα που αφορούν την υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life (HRQL) δηλαδή η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, επιστήμονες από διαφορετικά πεδία προσεγγίζουν την έκβαση της υγείας με κοινό παρανομαστή τον όρο: «ποιότητα ζωής».

Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: Τη σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Στη ψυχική ευεξία ανήκουν η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική ευεξία αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο είναι γενικότερα ικανοποιημένο από τη ζωή του και από τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες.

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>15</sup> Νάκου, Σ. (2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254-266

<sup>18</sup> W.H.O., (2001) «Revised Targets for Health for All in Europe », whoqol,72: p.619-625



Έχει να κάνει με τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους- οικογένεια). Επομένως, η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή η θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης.

Στην ψυχική ευεξία ειδικότερα, διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του αρρώστου με τη χρησιμοποίηση κλιμάκων μέτρησης της αυτοεκτίμησης, της ευεξίας και της συνολικής επίδρασης, κλίμακες οι οποίες χρησιμοποιούνται και στο γενικό πληθυσμό. Ως τυπικά θέματα εξετάζονται το άγχος, η κατάθλιψη, η προσαρμοστικότητα στην αρρώστια κτλ. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη και άγχος είναι ανήμποροι να αντιληφθούν και να ευχαριστηθούν όποια άλλη πλευρά συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής τους. Συναισθηματική επιβίωση ή υγιής ψυχολογική κατάσταση μπορεί να υπάρξει σε εκείνα τα άτομα που έχουν ικανότητα προσαρμογής και διορθωτικών ρυθμίσεων όταν βρίσκονται σε καθεστώς δοκιμασιών και συμφορών από τη ζωή. Μερικοί ασθενείς είναι ανήμποροι να αντιμετωπίσουν το γεγονός της αρρώστιας και της θεραπείας τους, ενώ άλλοι φαίνεται να διαθέτουν τεράστιες πηγές σθένους, θάρρους και αξιοπρέπειας παρόλη τη μειονεκτικότητα, τον πόνο και την απειλή θανάτου<sup>19</sup>. Η υγιής ψυχολογική λειτουργία που είναι ελεύθερη από άγχος και κατάθλιψη και η ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες καταστάσεις αρρώστιας είναι το κομβικό σημείο για τη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή σε κοινωνικές και ελεύθερες δραστηριότητες ευρύτερα αναφέρονται στον κοινωνικό τομέα. Οι αρρώστιες και ιδιαίτερα οι χρόνιες είναι καταθλιπτικές και συχνά ο ασθενής εκφράζει φόβους εγκατάλειψης από φίλους και συγγενείς. Κοινωνικό-ανθρωπολογικές μελέτες μαρτυρούν ότι η αποφυγή και η εγκατάλειψη του χρόνιου ασθενή από το κοινωνικό σύνολο εκφράζει μια συμπεριφορά αποκλεισμού απέναντι σε μειονοκτούντα άτομα όπως έχει παρατηρηθεί ιστορικά στις περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, λέπρας, καρκίνου, AIDS, προκειμένου να διασφαλισθεί η εύρυθμη λειτουργία και υγεία της κοινωνικής ομάδας. Σταθερή υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και φιλικό περιβάλλον σε συνδυασμό με την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής.

<sup>19</sup>Οικονόμου, Μ.-Κοκκώση, Μ.-Τριανταφύλλου, Ε.-Χριστοδούλου Γ.(2004) «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση» σελ. 239-253

Στον τομέα της φυσικής ευεξίας, συνήθως εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο της φυσικής λειτουργίας. Ο χρόνιος πόνος περιορίζει αυστηρά τη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργήσει και να δημιουργήσει μια καλή ποιότητα ζωής προκαλώντας ταυτόχρονα σημαντικά ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά άγχη. Ο πόνος σπάνια αποτελεί αίσθηση που παράγεται από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα και η αντίληψη γι' αυτόν δεν είναι πάντα αναλογική με το ερέθισμα. Ο πόνος είναι μια ιδιαίτερη προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται από παράγοντες όπως η κουλτούρα, η συναισθηματική κατάσταση κ.α. Ιδιαίτερα, ο ανεξέλεγκτος πόνος αποτελεί μία από τις πλέον ισχυρές εμπειρίες φόβου για τους ασθενείς π.χ. με καρκίνο.

## **2.5 Ποιότητα ζωής και θεραπεία**

Η εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων οφείλει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το αμιγώς σωματικό όφελος, όπως αυτό μπορεί να προσδιοριστεί από τις εργαστηριακές εξετάσεις, αλλά την επίπτωση της θεραπείας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και να ζητείται η συναίνεση του τελευταίου. Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα.

## **2.6 Ποιότητα ζωής και επιμέρους νοσήματα**

Σε κάθε χρόνο νόσημα η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τις θεραπείες. Οι ασθενείς του τεχνητού νεφρού, είναι παράδειγμα ασθενών με καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ίδιους προ εικοσαετίας και αυτό λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας, της φαρμακευτικής αγωγής και της μεταμόσχευσης. Η πρόσφατη εξέλιξη της τεχνολογίας στην ιατρική, όπως οι συσκευές («στυλό», αντλίες) για της χορήγηση ινσουλίνης ή τελευταία η εισπνεόμενη ινσουλίνη δημιούργησαν νέα δεδομένα που χρήζουν μελέτης και πιθανόν οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών. Στις περιπτώσεις μαστεκτομής επίσης επηρεάζεται η ποιότητα ζωής με αποτέλεσμα την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης, που με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε ανοσοκαταστολή και υποτροπή της νόσου <sup>13,20</sup>.

<sup>13</sup>Σαρχής,Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>20</sup>Lindstrom, B. (1994) « the quality of Life of Children in the Nordic Countries», p.1673-1732

Στους καρκινοπαθείς, την ποιότητα ζωής καθορίζουν πολλοί παράγοντες όπως, προβλήματα ύπνου, αδυναμία εργασίας, λύπη και κατάθλιψη, ελάττωση της όρεξης, έλλειψη από απλές χαρές της ζωής, αδυναμία να κάνει ταξίδια, αίσθημα απομόνωσης, εξάντληση της οικογένειας<sup>13,20</sup>.

## 2.7 Ποιότητα ζωής και ευτυχία

Από τα προαναφερθέντα γίνεται αντιληπτό ότι όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται σε μια ολιστική εκτίμηση του ασθενούς και έχει να κάνει με αυτό που συνηθίζουμε να ονομάζουμε ευτυχία. Ουσιαστικά ο ορισμός της υγείας τείνει να καλύψει τον καλύπτει τον ορισμό της ευτυχίας. Μπορεί να υπάρχουν επιφυλάξεις ως προς την ακριβή διατύπωση των ορισμών, αλλά η αλληλεπίδραση υγείας και ευτυχίας δεν αμφισβητείται. Στόχος των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πια η θεραπεία της αρρώστιας, η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον αποδέκτη ποιότητας ζωής. Ωστόσο, στην πράξη καθώς η έννοια της ευτυχίας είναι δύσκολα μετρήσιμη και ακόμη και η ίδια η έννοια διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και από γλώσσα σε γλώσσα, δόθηκε περισσότερη βάση στην έννοια της ικανοποίησης που θεωρήθηκε ευκολότερα μετρήσιμη. Επειδή όμως και αυτή μεταβάλλεται υποστηρίχθηκε ότι η ικανοποίηση σε σχέση με την ποιότητα ζωής αναφέρεται στη «συνολική εκτίμηση της υποκειμενικής εμπειρίας για τη ζωή». Έγινε λοιπόν προσπάθεια να αναπτυχθούν διάφορα μοντέλα, που επιχειρούν να συσχετίσουν τις αντικειμενικές συνθήκες με τις υποκειμενικές αντιλήψεις και να καταγράψουν τους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής<sup>15,20</sup>.

## 2.8 Θεωρητικά μοντέλα

Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής είχε σαν αποτέλεσμα τη διεξαγωγή πολλών ερευνών προκειμένου να διερευνηθούν και να ταξινομηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν και την ανάπτυξη ενός πλήθους θεωριών σχετικά με το θέμα. Τα μοντέλα που αναπτύχθηκαν ήταν πολλά και ποικίλαν ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που απέδιδαν σε διαφορετικούς παράγοντες. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα μοντέλα που ακολουθώντας την ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών του Maslow έδιναν προτεραιότητα

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>15</sup> Νάκου, Σ. (2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254-266

<sup>20</sup> Lindstrom, B. (1994) « the quality of Life of Children in the Nordic Countries», p.1673-1732

στις βασικές ανάγκες, ενώ άλλα μοντέλα βασίζονταν αποκλειστικά στην ψυχολογική ευεξία, στην ευτυχία, στην ικανοποίηση από τη ζωή στις κοινωνικές προσδοκίες ή στις ατομικές αντιλήψεις.

Μια άλλη ταξινόμηση των παραγόντων επιχειρήθηκε από τον Flanagan (1978-1982), ο οποίος εντόπισε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους και ταξινόμησε σε 5 μεγάλες κατηγορίες: σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια, υγεία), σχέσεις με άλλους ανθρώπους (συζυγικές σχέσεις, ανατροφή παιδιών, σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους), κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες), προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (πνευματική ανάπτυξη, και αυτογνωσία, ενδιαφέρον για τη δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία) και τέλος ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, δραστηριότητες αναψυχής).

Οι Campbell et al. (1976) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης. Οι Young και Longman (1983) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη και υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία του ατόμου. Για το λόγο αυτό, οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η γειτονιά, η φιλία, οι εργασίες στο σπίτι, η απασχόληση, η ζωή σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον, η στέγαση, η παιδεία, το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης και η οικονομική άνεση. Αν οι εν λόγω τομείς βαίνουν καλά, τότε τα επίπεδα ικανοποίησης των ατόμων από τη ζωή τους είναι υψηλά και συνεπώς και η ποιότητα ζωής. Συνοψίζοντας τρία είναι τα κύρια μοντέλα που δημιουργήθηκαν: το μοντέλο της ικανοποίησης, του συνδυασμού της σημασίας και της ικανοποίησης και το μοντέλο της ιεράρχησης των αναγκών<sup>17,21,22</sup>.

#### A) Μοντέλο της ικανοποίησης

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο σχετικά με τους διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Ωστόσο, το πρότυπο

<sup>17</sup>Campbell, A.-Convese, PE.- Rogers, WL.(1976) « The quality of American Life. Perceptions, Evaluation and Satisfaction», p.684-701

<sup>21</sup> Flanagan, J.C.(1978) «A Research Approach to Improving our Quality of Life», American Psychologist, 33 : p. 138-147

<sup>22</sup> Flanagan, J.C.(1982) «Measurement of Quality of Life», Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63 : p.56-59



αυτό δεν εξασφαλίζει ότι οι σχετικές μετρήσεις εξασφαλίζουν έγκυρο δείκτη της Ποιότητας Ζωής του ατόμου. Έτσι, αν κάποιος ασθενής αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποίηση για κάποια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του, υπάρχουν τρεις πιθανές εκδοχές : α) μπορεί να σημαίνει ότι πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό, β) μπορεί ο συγκεκριμένος τομέας να μην αξιολογείται από το άτομο ως τόσο σημαντικός και έτσι να μην επηρεάζεται το επίπεδο ικανοποίησης του ατόμου και γ) μπορεί το άτομο να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα. Μπορεί με άλλα λόγια η ικανοποίηση να είναι προϊόν ενός συμβιβασμού, χωρίς απαραίτητα να επιτευχθούν κάποιο υψηλό επίπεδο.

#### B) Μοντέλο συνδυασμού σημασίας και ικανοποίησης

Το δεύτερο μοντέλο, που είναι ο συνδυασμός της σημασίας και της ικανοποίησης, είναι απόρροια του προβληματισμού που προέκυψε κατά τη θεωρητική ανάπτυξη του μοντέλου της ικανοποίησης. Έτσι, για ένα άτομο χαμηλού επιπέδου φιλοδοξιών επαγγελματικής εξέλιξης, οι ευκαιρίες που του προσφέρονται για προαγωγή δεν αποτελούν ένα σημαντικό κριτήριο για την εκτίμηση της ικανοποίησής του στον εργασιακό τομέα, ενώ για κάποιον άλλο που έχει μεγάλες φιλοδοξίες σχετικά με τον τομέα αυτόν, οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προαγωγή αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο. Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα τους Angermeyer και Kilian, ενώ επισημαίνει τη σπουδαιότητα των προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, δεν εξετάζει το ενδεχόμενο ότι οι πιθανές πτήσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον το αναγκάζουν πολλές φορές, να αποφύγει ή να μειώσει κάποια γνωστική συμφωνία και να υποτιμά τους στόχους εκείνους που κατά τη γνώμη του είναι ανέφικτο να πραγματοποιηθούν.

#### Γ) Μοντέλο ιεράρχησης των αναγκών

Το τρίτο μοντέλο έχει να κάνει με την ιεράρχηση των αναγκών, σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow και βασίζεται στη θεωρία των κινήτρων. Το άτομο, αφού ικανοποιήσει τις βασικές οργανικές του ανάγκες, συνεχίζει σε ανώτερες βαθμίδες για να καταλήξει στην αυτοπραγμάτωση. Η τελευταία τοποθετείται στην κορυφή της πυραμίδας και συνίσταται στην ενεργοποίηση όλων των ικανοτήτων του ατόμου, στην κατανόηση και την αποδοχή του εαυτού του.

**Πίνακας 2.1 Η ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow**

<b>Αυτοπραγμάτωση</b> Εκπλήρωση ενός μοναδικού δυναμικού
<b>Εκτίμηση και αναγνώριση</b> Αυτοεκτίμηση και σεβασμός από άλλους Επιτυχία στην εργασία, γόητρο
<b>Αγάπη και «αίσθημα του ανήκειν»</b> Απόδοση και απολαβή στοργής, συντροφικότητα, ταύτιση με ομάδες
<b>Ασφάλεια</b> Αποφυγή ζημιών, επίτευξη σιγουριάς, τάξης και σωματικής ασφάλειας
<b>Φυσιολογικές</b> Ανάγκη για φαγητό, καταφύγιο, νερό, ύπνο, οξυγόνο, σεξουαλικότητα

(πηγή πίνακα: κίνητρο και προσωπικότητα by Maslow 1962)

Τα παραπάνω θεωρητικά πρότυπα τονίζουν τη σημασία που έχει για την ευεξία του ατόμου την αυτονομία του, η οικογένεια και οι κοινωνικές του δραστηριότητες. Υπό το πρίσμα αυτό πρέπει να δούμε και την προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών. Η ευημερία των αριθμών και των εργαστηριακών τιμών, θα μείνει γράμμα κενό, αν ο ασθενής δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, βρίσκεται σε φυτική κατάσταση, ή αναγκάζεται λόγω επιπλοκών, να γίνεται τρόφιμος του νοσοκομείου και όχι του σπιτιού του <sup>13,23,24</sup>

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>23</sup> Segovia, J. -Bartlett, R.- Edwards AC.(1989) «An empirical analysis of the dimensions of health status measures», 29:p. 761-768

<sup>24</sup> Spitzer, W.- Dobson. A.- Hall, J.- Cheeseman, E.- Levi, J.- Shepherd R et al.(1981) « Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians» 34: p 585-597



## 2.9 Μεταμοσχεύσεις και ποιότητα ζωής

### 2.9.1 Αλλαγές στην εικόνα του σώματος μετά από τη μεταμόσχευση

Ο κάθε άνθρωπος αναπτύσσει και διατηρεί μια συγκεκριμένη ιδέα για τη μορφή και τη διάταξη που έχει το σώμα τους στο χώρο. Στο ζήτημα της μεταμόσχευσης υπάρχει πάντα μια ανησυχία του ατόμου από τις μεταβολές που του συμβαίνουν. Στην ουσία το μόσχευμα είναι ένα ξένο σώμα που πρέπει να ενσωματώσει ο ασθενής στο κορμί του. Συχνά υπάρχει η πίστη από την πλευρά του ασθενούς ότι το μόσχευμα αντιπροσωπεύει ένα κομμάτι της προσωπικότητας του δότη. Το μόσχευμα καταλήγει να αποκτά μια μεταφυσική σημασία, δεν είναι πια ένα απλό όργανο, αλλά μετουσιώνεται σε μια συμβολική αναπαράσταση ενός ανθρώπου.

### 2.9.2 Βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά την μεταμόσχευση

Η ποιότητα ζωής στις ψυχιατρικές έρευνες εξειδικεύεται σε τρεις παραμέτρους: 1) στη σωματική κατάσταση 2) στη συναισθηματική κατάσταση 3) στη κοινωνική κατάσταση. Η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει την υποκειμενική αντίληψη του εαυτού ως υγιή ή άρρωστο και συναρτάται από τη δυνατότητα ανταπόκρισης στις καθημερινές υποχρεώσεις, την ικανοποίηση από την υγεία του ατόμου και τη συχνότητα και τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική διάσταση αναφέρεται στο αίσθημα της αυτοπεποίθησης, της χαράς και της ικανοποίησης από τη ζωή του ατόμου, ενώ στην κατηγορία της κοινωνικής διάστασης της ποιότητας ζωής κατατάσσεται η επαγγελματική επανένταξη, η φυσιολογική σεξουαλική ζωή και η αποκατάσταση των σχέσεων του ασθενούς με το φυσικό και το οικείο του περιβάλλον.

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά την μεταμόσχευση θεωρείται δεδομένη με βάση τόσο αναφορές των ασθενών, όσο και αντικειμενικές μετρήσεις. Οι νεφροπαθείς που υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση αναφέρουν χαρακτηριστικά, πως μετά τη μεταμόσχευση το αίσθημα της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας είναι απίστευτα ανανεωμένο και για την πλειοψηφία των μεταμοσχευθέντων, η επιτυχημένη έκβαση της επέμβασης συνοδεύεται από καλύτερευση της ποιότητας της οικογενειακής ζωής, της εργασίας και της δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου. Το 84% επιστρέφει στα επίπεδα σεξουαλικής δραστηριότητας στα οποία βρίσκονται πριν από την έναρξη της νόσου, ενώ τα παιδιά κάτω των 16 ετών ακολουθούν φυσιολογικούς ρυθμούς ανάπτυξης.

Από τη αντικειμενική σκοπιά των στατιστικών ερευνών, η διάρκεια της νοσηλείας για τη μεταμόσχευση νεφρού είναι 9-11 ημέρες, χρόνος μικρότερος από αρκετές άλλες

επεμβάσεις μεταμοσχεύσεις οργάνων. Η υπόσχεση επιμήκυνσης της ζωής του νεφροπαθούς και η βελτίωση στην εμφάνισή του επιτείνουν τα αισθήματα αναγέννησης. Σε τελική ανάλυση και κατά παράδοξο τρόπο, οι ασθενείς μετά την επιτυχημένη μεταμόσχευση παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερες παραμέτρους ποιότητας ζωής από τον υπόλοιπο απολύτως υγιή πληθυσμό.

Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίστηκε ως «αποτέλεσμα μήνα του μέλιτος» και εξηγείται από το γεγονός, ότι οι μεταμοσχευθέντες εξακολουθούν για αρκετό καιρό μετά την επέμβαση να συγκρίνουν την μετεγχειρητική τους ζωή με αυτήν που ζούσαν πριν από την εγχείρηση, όσο καιρό ήταν χρόνιοι νεφροπαθείς. Ωστόσο, σε περίπτωση εμφάνισης επιπλοκών, ή στην έσχατη περίπτωση της απόρριψης μοσχεύματος τα πράγματα διαφοροποιούνται.

Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν πως η απόρριψη του μοσχεύματος δεν φαίνεται να διαφοροποιεί την ποιότητα ζωής. Οι περισσότεροι όμως καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι η αποτυχημένη μεταμόσχευση συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με όλες τις άλλες ομάδες χρόνιων νεφροπαθών και εκείνους με επιτυχή μεταμόσχευση. Η ανάγκη για επανάληψη της αιμοδιάλυσης, η ίδια η απόρριψη, η προοπτική μιας δεύτερης μεταμόσχευσης με αμφίβολα αποτελέσματα συμβάλλουν στην μείωση της ποιότητας ζωής. Στον τομέα της επαγγελματικής επαναδραστηριοποίησης των ανδρών οι συνέπειες της απόρριψης είναι σαφώς αρνητικές. Επίσης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έχουν επιχειρήσει μεταμόσχευση νεφρού, τα άτομα που έχουν υποστεί απόρριψη του μοσχεύματος εμφανίζουν στατικά χαμηλότερους δείκτες ποιότητας ζωής<sup>1,13,25</sup>.

### 2.9.3 Στρες και ποιότητα ζωής σε ενήλικους μεταμοσχευμένους λήπτες νεφρού

Σε μελέτη που έγινε το 1990 και αφορούσε 55 μεταμοσχευμένους λήπτες νεφρού και στην οποία έλαβαν μέρος 31 άνδρες (56,4%) και 24 γυναίκες (43,6%), με ηλικίες κυμαινόμενες από 19 έως 67 χρονών, βρέθηκαν τα ακόλουθα., όσον αφορά τα ερωτήματα που προκαλούν το μεγαλύτερο stress.

«Είμαι αβέβαιος / ανήσυχος για το αν θα είναι επιτυχής η μεταμόσχευση (76,4%) »

«Ανησυχία για την πιθανότητα μόλυνσης και ιώσεων (70%).»

«Ανησυχία για τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες των φαρμάκων (63,7%) ».

<sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153

<sup>13</sup>Σαρής,Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>25</sup>.Hathaway, D.- Strong, M.- Ganza, M.(1990) « Post transplant, Quality of life expectations), 17 : p 433-9

«Ανησυχία ότι αλλαγές στην φυσική μου παρουσία θα επηρεάσουν την κοινωνική μου ζωή (61,9%) »

Ο μέσος για την ποιότητα ζωής πριν από την μεταμόσχευση ήταν 3,45. Είκοσι επτά (49%) άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν απαίσια, δυστυχία και κυρίως ανικανοποίητα με την ποιότητα ζωής πριν τη μεταμόσχευση. Ο μέσος όρος για την ποιότητα ζωής μετά την μεταμόσχευση ήταν 5,65, με 47 ερωτώμενους να αναφέρουν ικανοποιημένοι ή ευτυχισμένοι. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά υψηλότερες μετά, παρά πριν την μεταμόσχευση<sup>26</sup>.

#### 2.9.4 Στρες και ποιότητα ζωής στα μέλη των οικογενειών των μεταμοσχευμένων ληπτών νεφρού

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 50 μέλη οικογενειών από 6 κέντρα μεταμοσχεύσεων. Οι συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες που αναφέρθηκαν να είναι εξαιρετικής σημασίας για τα μέλη των οικογενειών είναι οι εξής: α) ανησυχία για το ποιες θα είναι οι μακροχρόνιες παρενέργειες των φαρμάκων (76%) β) άλλες ιατρικές καταστάσεις ή επιπλοκές που θα μπορούσαν να εμφανιστούν (74%) και γ) ο πόνος και η δυσανεξία του λήπτη (72%).

Η μέση τιμή για την ποιότητα ζωής των μελών της οικογένειας ήταν 4.5, ενώ η μέση τιμή ποιότητας ζωής μετά την μεταμόσχευση ήταν 5.36, δηλαδή οι τιμές ποιότητας ζωής μετά την μεταμόσχευση ήταν σημαντικά υψηλότερες από ότι πριν από αυτήν<sup>27</sup>

#### 2.9.5 Οι προσδοκίες για την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευμένων

Η έρευνα έγινε σε κέντρο παραπομπών, το οποίο διενεργούσε νεφρικές μεταμοσχεύσεις από το 1970. Στην έρευνα έλαβε μέρος ένα δείγμα 57 ασθενών. Οι λίστες συνέντευξης περιλάμβαναν θετικές αλλαγές ή επιθυμίες σχετικά με μια καλύτερη ζωή και αρνητικές αλλαγές ή ανησυχίες για πιθανά προβλήματα στο μέλλον. Η μία λίστα αντιπροσώπευε 11 θετικές αλλαγές (ελπίδες) σε σχέση με την ποιότητα ζωής και η δεύτερη λίστα αντιπροσώπευε 12 αρνητικές αλλαγές (ανησυχίες) σε σχέση με την ποιότητα ζωής.

<sup>26</sup> White, M. -Ketefian, S.-Starr, A.- Voepel, J.- (1990) «Stress, Coping and quality of life in Adult Kidney Transplant Recipients» 17 : p 421-4

<sup>27</sup>Voepel-Lewis, T.- Starr, A.- Ketefian, S.-White, MJ, (1990) «Stress, Coping and quality of life in family members Kidney Transplant Recipients» 17 : p 427-31

Στην ερώτηση «Γιατί αποφασίσατε να κάνετε μεταμόσχευση;», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρώτο κίνητρο ήταν για να απαλλαγούν από την αιμοδιάλυση. Στην ερώτηση «Τι γνωρίζατε για τη ζωή του μεταμοσχευμένου λήπτη πριν την εγχείρησή σας;», οι ασθενείς απάντησαν ότι δεν ήξεραν τίποτα για τη ζωή ενός μεταμοσχευμένου λήπτη.

Στην ερώτηση «Πώς νομίζεται ότι η ζωή σας θα καλύτερεύσει τώρα που έχετε κάνει τη μεταμόσχευση και τι προβλήματα περιμένετε να αντιμετωπίσετε στη ζωή σας τώρα;», ο μέσος αριθμός των ελπίδων που αναγνωρίστηκε από το προσωπικό για τους ασθενείς ήταν 8,02 από 11 πιθανές ελπίδες, ενώ οι ασθενείς αναγνώρισαν ένα μέσο αριθμό 3,29. Από τις 12 ανησυχίες το προσωπικό αναγνώρισε ένα μέσο όρο 4,12 ενώ οι ασθενείς ένα μέσο όρο 1,10. αυτές οι διαφορές υπέδειξαν ότι το προσωπικό είχε πολύ περισσότερες ελπίδες για τους ασθενείς, απ' ότι οι ίδιοι ασθενείς, αλλά και περισσότερες ανησυχίες για το μέλλον και την ποιότητα ζωής των ασθενών<sup>25,28</sup>

<sup>25</sup>.Hathaway, D.- Strong, M.- Ganza, M.(1990) « Post transplant, Quality of life expectations), 17 : p 433-9

<sup>28</sup>.Frey, G.(1990) «Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant », 17 : p.443-6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 3.1 Γενικά

Όπως προκύπτει από όσα έχουν ήδη αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα, με αντικειμενική διάσταση που εκφράζεται ως «ανάγκες» και υποκειμενική διάσταση που αφορά τις επιθυμίες των ανθρώπων. Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες ποιότητας καλύπτουν μόνο ένα μέρος της αντικειμενικής διάστασης. Το ΑΕΠ λ.χ. δεν θα πρέπει να είναι ο μοναδικός δείκτης για τον προσδιορισμό της οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας καθώς αυτός παρουσιάζει συγκεκριμένα μειονεκτήματα. Η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας θα πρέπει να διαχωρίζεται από την οικονομική μεγέθυνσή της. Μια θεαματική αύξηση του ΑΕΠ δε συνεπάγεται απαραίτητα και ευημερία για όλους, πρώτον γιατί μπορεί να υπάρχει ανισοκατανομή του παραγομένου πλούτου και δεύτερον, γιατί, το προϊόν της οικονομικής μεγέθυνσης πολλές φορές προέρχεται από την κατασπατάληση φυσικών πόρων και την περιβαλλοντική καταστροφή η οποία όμως μέχρι σήμερα δεν υπολογίζεται. Η ποιότητα ζωής και η οικονομική ανάπτυξη γενικότερα θα πρέπει να περιγράφονται από πολλούς όχι μόνο ποσοτικούς αλλά και ποιοτικούς δείκτες. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε που ο ΟΟΣΑ υιοθετεί τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (HDI) σαν έναν από τους δείκτες κοινωνικής ευημερίας. Ο συγκεκριμένος δείκτης περιλαμβάνει για παράδειγμα το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας, το επίπεδο εκπαίδευσης, το προσδόκιμο ζωής, την εγκληματικότητα, την φτώχεια κ.τ.λ. Θα πρέπει δηλαδή για την μέτρηση της ποιότητας ζωής να βασιστούμε σε δείκτες που εκτός από την οικονομική κατάσταση να λαμβάνουν υπόψη τις υπόλοιπες τρεις διαστάσεις που συνθέτουν την «ποιότητα ζωής» και οι οποίες είναι η περιβαλλοντική, η κοινωνική και η θεσμική<sup>14,29</sup>

<sup>14</sup>Υφαντόπουλος, Ι.(2003) «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ 549-590

<sup>29</sup>Gill, TM.(1994) «A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements» 272: p 619-625



### 3.2 Ποιότητα Ζωής στο χώρο της υγείας και δείκτες ποιότητας

Οι κλασικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες είναι ανεπαρκείς για το χώρο της υγείας, όπου σχεδιάστηκαν ειδικοί δείκτες και ειδικά εργαλεία εκτίμησης. Η αντίληψη των ίδιων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους και το πώς αυτή επηρεάζει τη ζωή τους διαφοροποιείται σημαντικά από τις παρατηρήσεις των γιατρών και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά και εργαλεία για την εκτίμηση των υποκειμενικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Στην Ιατρική, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής βοηθά στη διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αναπηρίας και στην παρακολούθηση της πορείας χρόνιων νοσημάτων. Είναι δυνατή επίσης η ανίχνευση ατομικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, τα οποία ίσως εμποδίζουν τη θεραπευτική ανταπόκριση. Η επιλογή των εργαλείων εξαρτάται από το στόχο της εκτίμησης και η επιτυχία συναρτάται με τη λειτουργικότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία τους, σε συνδυασμό με την καταλληλότητα για τη συγκεκριμένη ομάδα και τη γνώση των πιθανών σφαλμάτων και προβλημάτων εφαρμογής. Τα εργαλεία, συμπληρωμένα είτε από τον ερευνητή, είτε από τον ασθενή, πρέπει να αναγνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητες των ασθενών.<sup>13,15,29</sup>

### 3.3 Η μετρησιμότητα της ποιότητας ζωής και η αξιολόγηση της στην Ιατρική

Για την εκτίμηση της Ποιότητα Ζωής, υπάρχουν πολλά όργανα μέτρησης. Κάθε εργαλείο μέτρησης, θα πρέπει να είναι σύμφωνο με το αντικείμενο και τους σκοπούς της μελέτης και τη φιλοσοφία του ερευνητή. Απαιτείται επίμονη διεπιστημονική συνεργασία με έμπειρους γιατρούς στις κλινικές έρευνες, καθώς και με οικονομολόγους και άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, όπως ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και βιοστατιστικούς.

Η Ιατρική εστιάζεται στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη υγεία. Οι κλίμακες που προτάθηκαν αφορούσαν δέκα ενότητες :

(α) επίπεδο υγείας (αυτο-βαθμολογημένο), (β) ανησυχία για την υγεία, (γ) χρόνιες παθήσεις, (δ) βαθμός ενεργητικότητας, (ε) ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση, (στ) αισθηματική κατάσταση, (ζ) βαθμός ευτυχίας, (η) αναπηρία, (θ) περιορισμοί, (ι) κοινωνικές επαφές. Τα εργαλεία που σχεδιάστηκαν για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας θεωρήθηκαν χρήσιμα τόσο στην επιδημιολογική έρευνα για την αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού και για την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας.

<sup>13</sup>Σαρρής,Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>15</sup>Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254-266

<sup>29</sup>.Gill, TM.(1994) «A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements» 272: p 619-625



Στην κλινική Ιατρική, η έμφαση δίνεται στην εκτίμηση των επιδράσεων που έχουν διάφορα νοσήματα, όπως π.χ. ο καρκίνος, στην ποιότητα ζωής καθώς και οι διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι νέες θεραπείες επέφεραν βελτίωση στα χρόνια επιβίωσης, αλλά χρειάστηκε να διερευνηθεί πώς οι επιζώντες βιώνουν τα «κερδισμένα» χρόνια. Τα εργαλεία κάλυπταν πληροφορίες και για τη συμπτωματολογία, αλλά και για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στην αρρώστια. Στην κλινική πράξη συχνά χρησιμοποιούνται εργαλεία που συμπληρώνονται από τον ασθενή, σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις του γιατρού (ή του επαγγελματία υγείας γενικότερα.). Μερικά εργαλεία είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των επιπτώσεων συγκεκριμένων νοσημάτων στη ζωή των ασθενών (disease-specific) και έχουν στενό πεδίο εφαρμογής. Για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού ή την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γενικά, σημειώνεται μια τάση να χορηγηθεί ένα από τα γνωστά, δοκιμασμένα εργαλεία, όπως π.χ. το Nottingham Health Profile με 38 ερωτήσεις ή το Sf-36 με 36 ερωτήσεις σε οκτώ κλίμακες (φυσική δραστηριότητα, κοινωνική δραστηριότητα, σωματικοί περιορισμοί, αισθηματικοί περιορισμοί, ψυχική υγεία, ενέργεια/ζωντάνια, γενική αντίληψη για την υγεία).

Πιο πρόσφατα, ο ΠΟΥ ανέλαβε να συντονίσει το σχεδιασμό και τη δοκιμή σε πληθυσμούς με διάφορες πολιτισμικές συνήθειες και αρχές ενός νέου εργαλείου, του WHOQOL. Η ομάδα του ΠΟΥ, αναγνωρίζοντας την πολυδιάστατη έννοια που έχει η ποιότητα ζωής, έχει οργανώσει το εργαλείο WHOQOL σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία ή ενότητες: (α) σωματική σφαίρα, (β) ψυχολογική σφαίρα, (γ) βαθμός αυτονομίας, (δ) κοινωνικές σχέσεις, (ε) περιβάλλον, (στ) πνευματική σφαίρα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις. Οι πρώτες δοκιμές δείχνουν ότι το εργαλείο είναι κατάλληλο για χρήση.

Πιθανοί τρόποι για την εκτίμηση της επίδρασης των νοσημάτων και τη θεραπείας πάνω στην ποιότητα ζωής :

- Επιβίωση
- Πόνος
- Συμπτωμάτων
- Δοκιμασία κόπωσης
- Δυσχέρεια
- Δοκιμασίες πνευμονικής Ημερολόγιο
- Λειτουργίας

- Συμπτωμάτων
- Φυσική ευεξία
- Φυσικές λειτουργίες
- Καθημερινές δραστηριότητες
- Κοινωνική συμμετοχή
- Κοινωνικός ρόλος
- Σεξουαλική δραστηριότητα
- Ψυχική ευεξία
- Ψυχολογικοί δείκτες
- Διάθεση
- Ψυχολογικοί δείκτες

Οι περισσότερες εργασίες αναφέρονται στις δύο κύριες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, την αντικειμενική, που εκφράζεται με το βαθμό λειτουργικότητας και τη συμπεριφορά του ατόμου, και την υποκειμενική, που είναι η ευεξία του ατόμου και η δική του αντίληψη της κατάστασής του <sup>13,15</sup>.

### 3.4 Όργανα μέτρησης

Τα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, των οποίων η συνοπτική παρουσίαση ακολουθεί παρακάτω συνιστούν μερικά μόνο από τα δημοφιλέστερα όργανα μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί, τις τελευταίες δεκαετίες, για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών<sup>13</sup>.

- Δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky (Karnofsky Performance index, KPI) : ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky, επικεντρώνεται στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε μια ποσοστιαία κλίμακα από το μηδέν (0) έως το εκατό (100) έχουν κατηγοριοποιηθεί δέκα (10) επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας, με ιεραρχική θέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από το γιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο. Το όργανο αυτό αποφέρει

<sup>13</sup>Σαρής,Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309

<sup>15</sup>Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254–266

μια πολύ αδρή εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

- Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (Who Performance Status) : ο Δείκτης αυτός, τον οποίο δημιούργησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, είναι παρόμοιος με το δείκτη λειτουργικότητας Karnofsky. Σε μια πεντάβαθμη κλίμακα από το μηδέν (0) έως το τέσσερα (4)., κατατάσσονται πέντε (5) κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Η βαθμίδα μηδέν (0), αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς, ενώ στη βαθμίδα τέσσερα (4), ο άρρωστος είναι εντελώς ανήμπορος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του.
  
- Δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (Katz Index of Activities of Daily Living) : ο Δείκτης αυτός δημιουργήθηκε αρχικά για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές σύμφωνα με έξι (6) ερωτήσεις, που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι άρρωστοι βαθμολογούνται ανάλογα με τη μη εξάρτησή τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Ο δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλος για να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.
  
- Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life Index) : ο Δείκτης αυτός σχεδιάστηκε αρχικά για να χρησιμοποιηθεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών, αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς: α) δραστηριότητες, β) καθημερινή ζωή, γ) αντίληψη της υγείας, δ) κοινωνική υποστήριξη και ε) άποψη για τη ζωή. Σε κάθε έναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος είτε αυτοβαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε κλίμακα τριών (3) βαθμών, από το μηδέν (0) μέχρι το δύο (2). Η απλότητα και η ταχύτητα στη συμπλήρωσή του στο καθιστούν ιδανικό για τη χρήση από πολυάσχολους ιατρούς ή νοσηλευτές που δε διαθέτουν ικανό χρόνο<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Σαπρής, Μ.(2001) «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ 289-309

- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire) : το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με είκοσι οκτώ (28), η δεύτερη με τριάντα (30) και η τρίτη με εξήντα (60) ερωτήσεις. Οι είκοσι οκτώ (28) ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες, που αφορούν την κατάθλιψη, το άγχος, την κοινωνική λειτουργία και τα σωματικά συμπτώματα. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους, όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρει κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.
- Επισκόπηση Υγείας EQ- 5D (EuroQol) : Η Επισκόπηση Υγείας EQ- 5D (EuroQol), αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας 1980 από Ευρωπαίους ερευνητές και σήμερα αποτελεί ένα από τα περισσότερα διαδεδομένα όργανα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Έχει πέντε βασικές διαστάσεις που μετρούν την ποιότητα ζωής: α) κινητικότητα, β) αυτοεξυπηρέτηση, γ) συνήθειες δραστηριότητες, δ) πόνος και ε) άγχος – κατάθλιψη, και κάθε διάσταση διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και αποτελεί ένα από τα πλέον έγκυρα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, τόσο σε φυσιολογικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικότερα δείγματα πληθυσμού που αναφέρονται σε ειδικές νόσους. Στην Ελλάδα, έχει μεταφραστεί και έχει σταθεροποιηθεί από την ομάδα του κ. Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Επισκόπηση Υγείας SF – 36 (SF-36 Health Survey) : η Επισκόπηση Υγείας SF-36, δημιουργήθηκε από τον Ware (1992), προκειμένου να επιτευχθούν οι ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Οι τριάντα έξι (36) ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή εκατόν σαράντα εννέα (149) ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Οι τριάντα έξι (36) αυτές ερωτήσεις συνθέτουν οκτώ (8) κλίμακες, από δύο (2) μέχρι (10) ερωτήσεις η κάθε μία: α) σωματική λειτουργικότητα β)

ρόλος σωματικός γ) σωματικός πόνος δ) γενική υγεία ε) ζωτικότητα στ) κοινωνική λειτουργικότητα ζ) ρόλος – συναισθηματικός και η) ψυχική υγεία. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36, είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από πέντε (5) έως δέκα (10) λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα <sup>13</sup>

– Επισκόπηση Υγείας EQ- 15D: Η Επισκόπηση Υγείας EQ- 15D, προσομοιάζει με τη φιλοσοφία του EQ- 5D, με τη μόνη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Οι διαστάσεις αυτές είναι :

- 1) κινητικότητα
- 2) όραση
- 3) ακοή
- 4) αναπνοή
- 5) ύπνος
- 6) φαγητό
- 7) ομιλία
- 8) αφόδευση
- 9) συνήθειες δραστηριότητες
- 10) νοητικές λειτουργίες
- 11) δυσφορία και συμπτώματα
- 12) κατάθλιψη
- 13) εξάντληση
- 14) ζωτικότητα
- 15) σεξουαλική δραστηριότητα.

Κάθε μια διάσταση αξιολογείται σε πέντε επίπεδα.

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ.(2001) «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ 289-309



### 3.5 Η ειδική περίπτωση του πόνου

#### Εργαλεία μέτρησης για τον πόνο

Ο πόνος δεν μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά. Η ένταση του πόνου είναι ένα από τα πιο δύσκολα και ίσως απογοητευτικά χαρακτηριστικά του για να καθοριστεί. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες δοκιμασίες και κλίμακες ή βαθμολογίες για να βοηθήσουν στην μέτρηση του πόνου. Η εκτίμηση μιας μόνο διάστασης, όπως η ένταση, ωστόσο, δεν θα μπορέσει μοιραία να συλλάβει τα πολλά χαρακτηριστικά του πόνου και της εμπειρίας του. Υπάρχουν πολλά ανταγωνιστικά εργαλεία και κλίμακες για την μέτρηση του πόνου.

- Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (McGill Pain Questionnaire) : οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν ένα όργανο μέτρησης με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Ο πόνος, ως γνωστό, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την εκτίμησή της. Το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.

#### Άλλα εργαλεία μέτρησης του πόνου

##### Κλίμακες Αυτοαξιολόγησης

Οι κλίμακες αυτό-αξιολόγησης είναι πολύ απλές, χρήσιμες και ασφαλείς μέθοδοι για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της επώδυνης κατάστασης του αρρώστου. Όπως οι λεκτικές περιγραφές και η κλίμακα οπτικού αναλόγου. Στην τελευταία ο ασθενής καλείται να σημειώσει πάνω σε μία γραμμή που βαθμονομείται από το 0 έως το 100 την ένταση του πόνου.

Άλλο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης χρήσιμο για την εκτίμηση του χρόνιου πόνου είναι ο Δείκτης Ανικανότητας του Πόνου (Pain Disability Index [PDI]) και το Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Νόσου (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]). Ο PDI χρησιμεύει στην εκτίμηση της συμπεριφοράς πόνου των ασθενών καθώς και του επιπέδου ανικανότητας που παρατηρείται.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> [www.qualitymetric.com/](http://www.qualitymetric.com/)→ 07/06/2007

Το IBQ ελέγχει την ψυχοκοινωνική απελπισία των ασθενών και προσδιορίζει την παρουσία μειωμένης ικανότητας αντιμετώπισης.

Το Διάγραμμα Εκτίμησης του Πόνου του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης (ΓΝΜ) αποσπά πληροφορίες για τον πόνο, την εντόπιση του (σχέδιο του σώματος), την ποιότητα του πόνου, τις θεραπείες που δοκιμάστηκαν και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν στο παρελθόν και που χορηγούνται τώρα. Χρειάζεται 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί και είναι ένας ιδιαίτερα πολύτιμος έλεγχος.

Το Ημερολόγιο του Πόνου του ασθενούς χρησιμεύει για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της καθημερινής δραστηριότητας. Ο πόνος περιγράφεται χρησιμοποιώντας την κλίμακα αριθμητικής βαθμονόμησης από το 0 μέχρι το 10 κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας όπως το βάδισμα, η ορθοστασία, το κάθισμα και μικρές εργασίες.

Άλλα δημοφιλή εργαλεία εκτίμησης περιλαμβάνουν το Ερωτηματολόγιο Στρατηγικής Αντιμετώπισης (Coping Strategies Questionnaire) (CSQ) και τη Δοκιμασία Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory) (BDI). Αφού η νοητική δραστηριότητα αντιμετώπισης του πόνου φαίνεται να συσχετίζεται με το σύνδρομο του χρόνιου πόνου, θα ωφελούσε να προηγηθεί η εκτίμηση της πριν γίνει δεκτός ο άρρωστος στο πρόγραμμα αποκατάστασης του πόνου. Το BDI είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται στους αρρώστους με χρόνια πόνο, επειδή η κατάθλιψη συμμετέχει στον απροσάρμοστο κύκλο του πόνου και της ανικανότητας.

### **3.6 Αξιοπιστία και εγκυρότητα μετρήσεων**

Κάθε όργανο μέτρησης πρέπει να πληρεί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις και συνθήκες προκειμένου τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα αφενός και αφετέρου να είναι δυνατή η ερμηνεία τους. Οι βασικές αυτές προϋποθέσεις αφορούν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ειδικότητα και την ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης.

Μία σημαντική παράμετρος είναι η αξιοπιστία του (reliability), η οποία εκφράζεται με τα ακόλουθα: α) αν τελικά η δοκιμασία αυτή μετρά με ακρίβεια και συνέπεια αυτό που προτίθεται να μετρήσει β) η πλειονότητα των τυχαίων παραγόντων στη ζωή ενός ατόμου μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα μετρήσεων <sup>30</sup>.

<sup>30</sup> [www.qualitymetric.com/](http://www.qualitymetric.com/) → 07/06/2007

Η ακριβής ερμηνεία των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει μόνον εφόσον είναι γνωστή η αξιοπιστία του οργάνου μέτρησης. Εάν ο συντελεστής αξιοπιστίας ενός οργάνου μέτρησης δεν είναι γνωστός, τότε η βελτίωση ή η επιδείνωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου μπορεί να αποδίδεται στη συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ στην πραγματικότητα πιθανόν να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας υπολογίζεται με διάφορους τρόπους. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος είναι να δίνονται δύο εκδόσεις του ίδιου οργάνου μέτρησης σε ένα δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού παρόμοιας ηλικίας, φύλου, κοινωνικών χαρακτηριστικών και επιπέδου υγείας. Εάν τα αποτελέσματα είναι σχετικά ίδια, η δοκιμασία μέτρησης είναι αξιόπιστη. Η μέγιστη αξιοπιστία εκφράζεται με το συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων να ανέρχεται στο 1,00. Συνήθως, ένα καλό όργανο μέτρησης έχει δείκτη αξιοπιστίας που κυμαίνεται μεταξύ 0,70 και 0,90.

Μια άλλη παράμετρος που επίσης έχει ιδιαίτερη σημασία για ένα εργαλείο μέτρησης σχετίζεται με το τι είναι αυτό που μετρά και εάν αυτό που μετρά είναι πραγματικά αυτό που προτίθεται να μετρήσει. Ο έλεγχος επομένως της εγκυρότητας (validity) ακολουθεί μετά τον έλεγχο της αξιοπιστίας. Ένα όργανο μέτρησης, εάν δεν είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο, τότε η εγκυρότητά του θα είναι αντίστοιχα χαμηλή. Αντίθετα, ένα έγκυρο όργανο μέτρησης θα είναι εξ' ορισμού αξιόπιστο, καθώς ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης δεν είναι υποχρεωτικά και έγκυρο. Προτού να χρησιμοποιηθεί ένα όργανο μέτρησης είναι χρήσιμο να ληφθούν πληροφορίες για την εγκυρότητά του. Σημειώνεται ότι ο έλεγχος της εγκυρότητας ενός οργάνου μέτρησης απαιτεί, συνήθως, εκτεταμένες αναλύσεις διαφορετικών συσχετίσεων μεταξύ των μετρήσεων.

Η εγκυρότητα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους, οι οποίοι συνθέτουν την εικόνα της εγκυρότητας ενός οργάνου: α) εγκυρότητα έκφρασης (face validity) β) εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) γ) εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion validity) και δ) δομική εγκυρότητα (construct validity). Η εγκυρότητα έκφρασης εξετάζει εάν τα θέματα μιας δοκιμασίας αφορούν θέματα που σχετίζονται άμεσα με το σκοπό της δοκιμασίας (π.χ. εκτίμηση της ποιότητας της ζωής). Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στο εάν τα βασικά και σημαντικά θέματα που αφορούν το σκοπό της δοκιμασίας έχουν συμπεριληφθεί στην κατασκευή του οργάνου μέτρησης<sup>13,14</sup>.

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ.(2001) «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ 289-309

<sup>14</sup>Υφαντόπουλος, Ι.(2003) «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ 549-590

Ο συνηθέστερος τρόπος για τον προσδιορισμό των θεμάτων αυτών είναι η συνέντευξη με ορισμένους αρρώστους που συγκεντρώνουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της κατηγορίας, συνέντευξη με εντελώς ανοικτές ερωτήσεις. Τα θέματα που αναφέρονται συνηθέστερα στη διάρκεια των συνεντεύξεων αυτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο ερωτηματολόγιο.

Η σχετιζόμενη με κριτήριο εγκυρότητα εξετάζει εάν ένα όργανο μέτρησης έχει σχεδιασθεί να παρέχει μία μέτρηση σε σχέση με κάποιο εξωτερικό κριτήριο. Η συσχέτιση της βαθμολογίας που δίνει το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης με τη βαθμολογία κάποιας άλλης μεταβλητής – κριτηρίου αποδίδει την εκτίμηση της σχετιζόμενης με κριτήριο εγκυρότητας.

Η δομική εγκυρότητα αφορά τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ενός θέματος, ενός χαρακτηριστικού, μιας κατηγορίας ή μιας δομής με άλλα θέματα ή χαρακτηριστικά ή δομές. Επειδή τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά για να εκτιμηθούν έχουν ανάγκη από κάποια θεωρία ή από κάποια εμπειρικά στοιχεία, καθώς δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν άμεσα με αντικειμενικά κριτήρια, πρέπει να υπάρχει εξακρίβωση ότι το όργανο μέτρησης μετρά πραγματικά αυτό το χαρακτηριστικό ή αυτή τη δομή, βάσει του θεωρητικού πλαισίου που χρησιμοποιείται. Αυτό επιτυγχάνεται με τον έλεγχο της ικανότητας της δομής του οργάνου μέτρησης να διακρίνει και να καταγράφει διαφοροποιήσεις μεταξύ δύο ομάδων του πληθυσμού που είναι γνωστό ότι διαφέρουν μεταξύ τους με ένα ιδιαίτερο και συγκεκριμένο τρόπο (τεχνική γνωστών ομάδων—known groups technique). Εάν πραγματικά το όργανο μέτρησης χαρακτηρίζεται από δομική εγκυρότητα, τότε θα πρέπει να αποτυπώνονται κάποιες διαφορές στα αποτελέσματα μέτρησης μεταξύ των ομάδων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται συνήθως για τον έλεγχο της δοκιμής εγκυρότητας είναι η παραγοντική ανάλυση (factor analysis). Κάθε ενιαίο χαρακτηριστικό εντάσσεται σε μια ομάδα σχετιζόμενων μεταβλητών που ονομάζεται παράγοντας.

Η ειδικότητα (specificity) και η ευαισθησία (sensitivity) αποτελούν δύο επιπλέον κριτήρια που δηλώνουν εάν κάποιο όργανο μέτρησης έχει κατασκευαστεί κατάλληλα και σύμφωνα με τους στόχους της έρευνας και ουσιαστικά έχουν να κάνουν με το ποσοστό ψευδώς θετικών και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων στον υπό εξέταση πληθυσμό. Η ειδικότητα αναφέρεται στη δυνατότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής να προσδιορίζει σωστά διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Ένα όργανο μέτρησης με καλή ειδικότητα θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ των ατόμων εκείνων π.χ. με καλή ποιότητα ζωής έναντι εκείνων με κακή ποιότητα ζωής, διαφορετικών ομάδων πληθυσμού έρευνας. Έτσι αν έχουμε ψηλή ειδικότητα, ο αριθμός ψευδώς θετικών

αποτελεσμάτων (δηλαδή εκείνων που φαίνεται ότι έχουν καλή ποιότητα ζωής ενώ δεν έχουν, είναι μικρός).

Η ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης με την έννοια ότι δεν διαφεύγουν τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας, η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο, κ.α. σ' αυτήν την περίπτωση μια ψηλή ευαισθησία σημαίνει μικρό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Συνεπώς θα καταγραφούν σχεδόν όλα τα περιστατικά που εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής και που σχετίζονται με τους προαναφερθέντες παράγοντες.

Εκτιμώντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητα ενός οργάνου μέτρησης και ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα των μετρήσεων θα πρέπει επίσης να εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο αυτά εκφράζονται. Ένα αριθμητικό αποτέλεσμα εκφράζει λίγα πράγματα, εκτός εάν είναι διαθέσιμες επιπλέον πληροφορίες για τα αποτελέσματα που δίνουν οι περισσότεροι άνθρωποι παρεμφερούς ηλικίας, φύλου, κοινωνικής θέσης, εκπαίδευσης ή επιπέδου υγείας σε παρόμοιες συνθήκες. Με ένα πρότυπο όργανο μέτρησης, τα αποτελέσματα προκύπτουν ή τροποποιούνται με τέτοιο τρόπο, ο οποίος επιτρέπει τη σύγκριση των ατομικών με τα ομαδικά αποτελέσματα (norms).

Κατά την επεξεργασία των συνολικών αποτελεσμάτων μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη η γνώση της μέσης και σταθερής απόκλισής τους, προκειμένου να ερμηνευτούν ικανοποιητικά τα αποτελέσματα αυτά. Οι τροποποιήσεις των πινάκων βαθμολογίας (raw scores) σε μονάδες σταθερής απόκλισης διευκολύνουν την άμεση κατάταξη της βαθμολογίας ενός ατόμου πάνω ή κάτω από τη μέση τιμή. Καθίσταται μ' αυτόν τον τρόπο δυνατή η άμεση σύγκριση<sup>13,14</sup>.

<sup>13</sup> Σαρρής, Μ.(2001) «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ 289-309

<sup>14</sup> Υφαντόπουλος, Ι.(2003) «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ 549-590



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

## ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

### ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΩΝ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

#### 4.1 Εισαγωγή

Σκοπός του κεφαλαίου είναι η παρουσίαση έρευνας για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων και συγκεκριμένα μυελού των οστών, που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Θα προηγηθεί μια σύντομη περιγραφή του Νοσοκομείου, όσον αφορά το ιστορικό του, την τοποθεσία, πληθυσμό ευθύνης, τις κλίνες, το οργανόγραμμα, το προσωπικό και τη δραστηριότητα. Καθώς επίσης περιγραφή και επεξήγηση του ορισμού του μυελού των οστών, της μεταμόσχευσης μυελού των οστών, της λήψης του μοσχεύματος, των ειδών, των επιπλοκών και των δεξαμενών εθελοντών.

#### 4.2 Χαρακτηριστικά και δραστηριότητες του Π.Γ.Ν.Π.

##### 4.2.1 Ταυτότητα και σύντομο ιστορικό του Π.Γ.Ν.Π.

Το Π.Γ.Ν.Π. είναι εντεταγμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπάγεται στην 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδας. Παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική κι επαγγελματική του κατάσταση. Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1986 και προσφέρει τις υπηρεσίες του αδιάκοπα έως και σήμερα<sup>31</sup>.

Ο οργανισμός του νοσοκομείου τροποποιήθηκε αρκετές φορές μετά την ίδρυσή του με αποτέλεσμα να αυξηθεί τόσο η δυναμικότητα των κλινών όσο και ο αριθμός του προσωπικού του.

Όλα αυτά τα χρόνια οι κτηριακές εγκαταστάσεις εξελίσσονται με την κατασκευή νέων κτηρίων ενώ παράλληλα το νοσοκομείο επανδρώνεται με κάθε νέο τεχνολογικό εξοπλισμό. Το νοσοκομείο έχει πλέον δυναμικότητα 667 κλινών.

<sup>31</sup> ΦΕΚ Ν.171/α/1986, τεύχος Β, αρ. φύλλου 767, άρθρο 1-3

**Πίνακας 4.1 Κλίνες ανά Τμήματα**

<b>ΤΜΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ</b>
Κλινική Ακτινοθεραπείας	2
Καρδιολογική Κλινική	26
Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας και ΧΜΘ	14
Αίθουσα SARS	4
Παθολογική Κλινική	84
Μονάδα Εμφραγμάτων	12
Τμήμα Ιωδίου	4
Παθολογικό Τμήμα	21
ΜΕΘ Νεογνών-Προώρων	25
Μονάδα Παιδοογκολογίας	6
ΜΕΘ Παιδών	6
Παιδιατρική Κλινική	42
Νευρολογική Κλινική	28
Δερματολογική Κλινική	25
Νεφρολογική Κλινική	16
Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού	6
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	15
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού Οστών	4
Βραχεία Νοσηλεία-ΤΕΠ	6
Χειρουργική Κλινική	53
Οφθαλμολογική Κλινική	24
Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική	48
Ω.Ρ.Λ. Κλινική	23
Ουρολογική	26
Ορθοπαιδική Κλινική	54
Νευροχειρουργική Κλινική	24
ΜΕΘ Ενηλίκων	14
Ψυχιατρική Κλινική- Ξενώνες	54
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>667</b>

(πηγή : Τμήμα Κινήσεως Ασθενών Π.Γ.Ν.Π.,2007)

#### 4.2.2 Σκοπός του Νοσοκομείου

Αποστολή και ρόλος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, όπως θεσμοθετούνται και οριοθετούνται καταστατικά μέσω του οργανισμού του, είναι:

- Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης (τριτοβάθμιου επιπέδου) μορφής στον πληθυσμό της υγειονομικής περιφέρειας, καθώς και σε άτομα που παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες.
- Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φοιτητές του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου της Πάτρας καθώς και σε φοιτητές σχολών άλλων επαγγελμάτων υγείας.
- Η ειδίκευση γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση γιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και άλλων συναφών επιστημών
- Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών της υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων<sup>31</sup>.

#### 4.2.3 Γεωγραφία – Πληθυσμός Ευθύνης

Το Π.Γ.Ν.Π. καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών της Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. Η Περιφέρεια της Πελοποννήσου αποτελείται από τους νομούς Κορινθίας, Αρκαδίας, Αργολίδας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Έχει έκταση 15.490 km<sup>2</sup>, πληθυσμό 638.942 κατοίκους σύμφωνα με απογραφή του 2001 και πυκνότητα πληθυσμού 41,2 κάτοικοι/ km<sup>2</sup>.



Εικόνα 4.1 Χάρτης Περιφέρειας Πελοποννήσου

Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας αποτελείται από τους νομούς Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας. Έχει έκταση 11.350 km<sup>2</sup>, πληθυσμό 740.506 κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και πυκνότητα πληθυσμού 65,2 κάτοικοι/ km<sup>2</sup>.



**Εικόνα 4.2 Χάρτης Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας**

Η Περιφέρεια Ηπείρου αποτελείται από τους νομούς Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων και Πρεβέζης. Έχει έκταση 9.203 km<sup>2</sup>, πληθυσμό 353.820 κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή του 2001 και πυκνότητα 38,4 κάτοικοι/ km<sup>2</sup> <sup>33</sup>



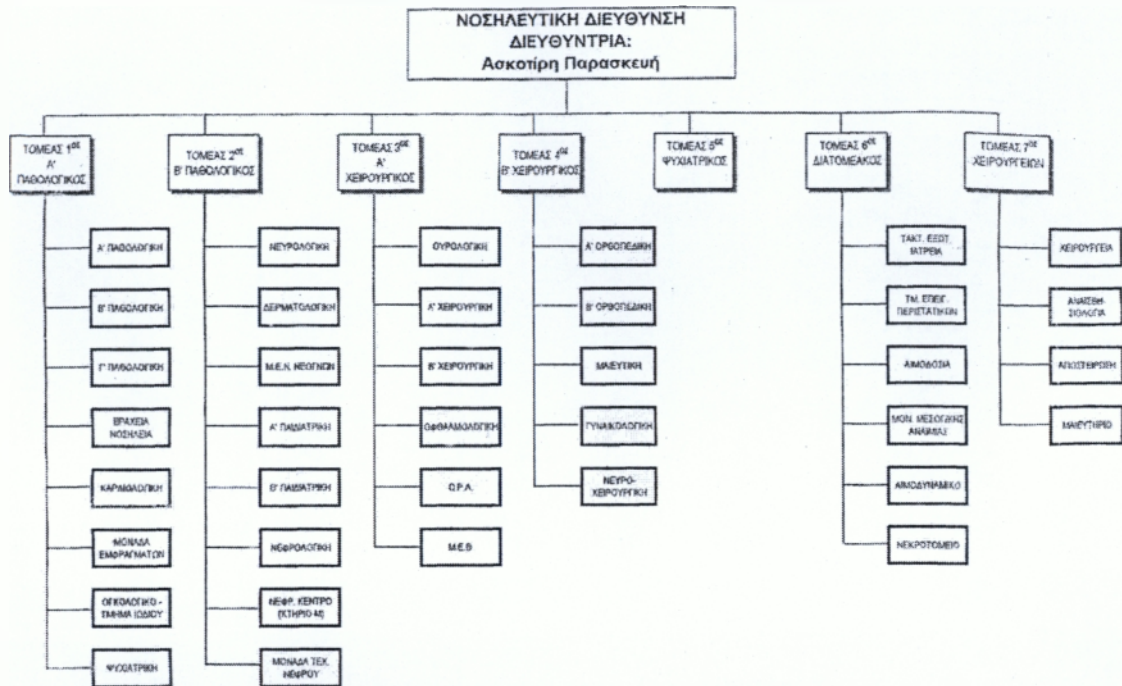
**Εικόνα 4.3 Χάρτης Περιφέρειας Ηπείρου**

<sup>33</sup> <http://www.google.gr>→περιφέρειες ελλάδας,→15/10/2007,18:20



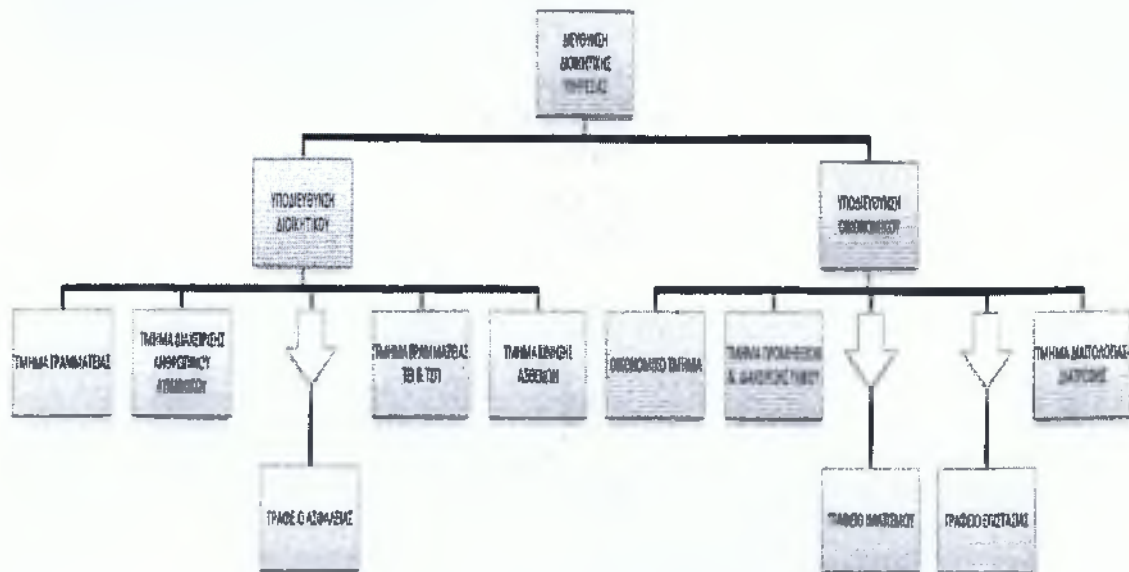


ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Π.Γ.Γ.Ν.Π.



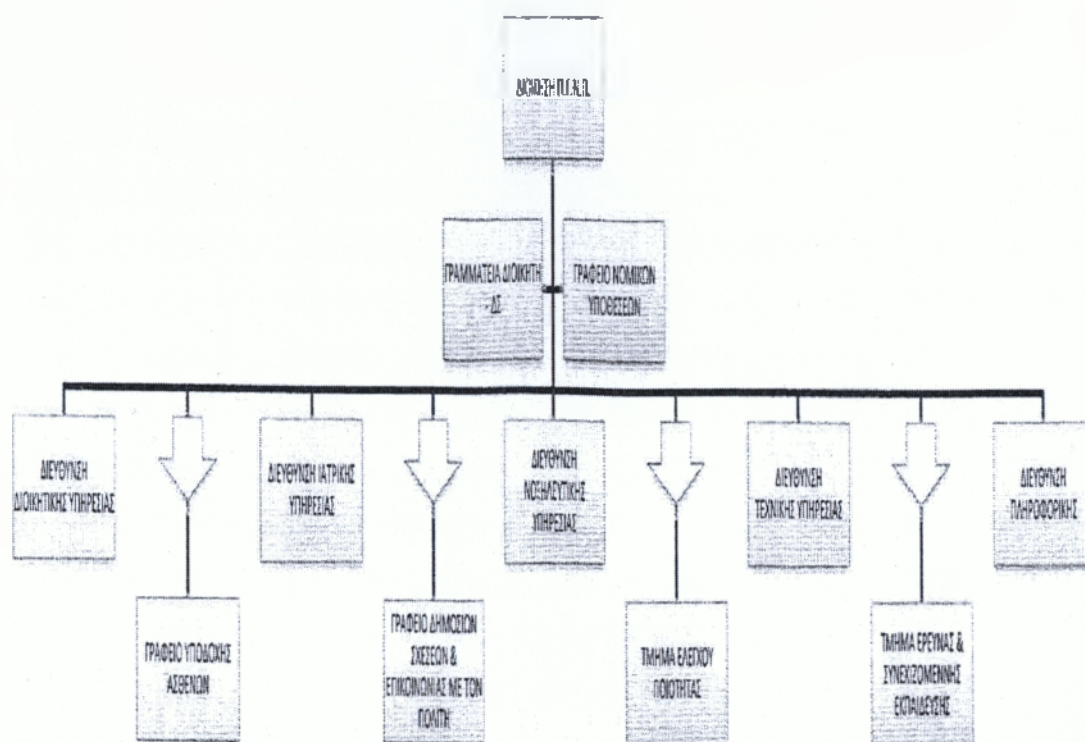
Διάγραμμα 4.2 Νοσηλευτική Υπηρεσία

(πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Γ.Ν.Π)



Διάγραμμα 4.3 Διοικητική Υπηρεσία

(πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Γ.Ν.Π)



**Διάγραμμα 4.4 Διοίκηση του νοσοκομείου**

(πηγή: Τμήμα Πληροφορικής Π.Γ.Ν.Π)

#### 4.2.5 Στελέχωση – Ανθρώπινοι Πόροι

Το προβλεπόμενο και το υπηρετούν προσωπικό καθώς και οι κενές οργανικές θέσεις για κάθε κατηγορία και κλάδο αναλυτικά παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί σύμφωνα με στοιχεία που τηρούνται στο Τμήμα Προσωπικού του Π.Γ.Ν.Π.:

**Πίνακας 4.2 Κατάσταση Θέσεων Προσωπικού Π.Γ.Ν.Π.**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΚΕΝΑ
<b>1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΠΕ	26	14	12
ΤΕ	465	387	78
ΔΕ	339	294	45
ΥΕ	197	160	37
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1027</b>	<b>588</b>	<b>172</b>
<b>2. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΠΕ	33	20	13
ΤΕ	0	0	0
ΔΕ	6	5	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	<b>14</b>
<b>3. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΠΕ	35	23	12
ΤΕ	45	37	8
ΔΕ	191	148	43
ΥΕ	261	127	134
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>532</b>	<b>335</b>	<b>197</b>
<b>4. ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΠΕ	6	2	4
ΤΕ	10	9	1
ΔΕ	123	101	22
ΥΕ	0	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>139</b>	<b>112</b>	<b>27</b>
<b>5. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ	0	25	0
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	273	255	18
ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ	184	131	53
ΔΕΠ	0	112	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>457</b>	<b>523</b>	<b>71</b>
<b>6. ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>			
ΤΕ	91	58	33
ΔΕ	103	83	20
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>194</b>	<b>141</b>	<b>53</b>

(πηγή: Τμήμα Προσωπικού Π.Γ.Ν.Π.,2007)

#### 4.2.6 Δείκτες Αποδοτικότητας Π.Γ.Ν.Π.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται συγκεντρωτικά οι προβλεπόμενοι βασικοί δείκτες παραγόμενου έργου:

**Πίνακας 4.3 Δείκτες Απόδοσης Π.Γ.Ν.Π. (ετών 2006-2007)**

		2006	2007
Νοσηλευθέντες		49.945	48.168
Διαθέσιμες Νοσηλείας	Ημέρες	243.455	243.455
Πραγματικές Νοσηλείας	Ημέρες	199.598	198.573
Πληρότητα		81,99%	80,33%
Αριθμός Κλινών		667	667
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας		4.062	4.121

(πηγή: Τμήμα Κίνησης Ασθενών Π.Γ.Ν.Π.,2007)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ο αριθμός των νοσηλευθέντων ασθενών μειώθηκε από 49.945 το 2006 σε 48.168 στο τέλος του 2007. Οι Διαθέσιμες Ημέρες Νοσηλείας είναι σταθερές και για τα δύο έτη όπως και ο Αριθμός των Κλινών. Οι Πραγματικές Ημέρες Νοσηλείας μειώθηκαν από 199.598 το 2006 σε 198.573 στο τέλος του 2007 καθώς μείωση σημείωσε και η πληρότητα από 81,99% το 2006 σε 80,33% το 2007. Τέλος, η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας αυξήθηκε από 4.062 το 2006 σε 4.121 στο τέλος του 2007.

#### 4.3 Μυελός των οστών

##### Ορισμός Μυελού των Οστών

Ο μυελός των οστών είναι ο ρευστός ιστός που βρίσκεται μέσα στα οστά και περιέχει αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα, δηλαδή τις πρόδρομες μορφές των λευκών αιμοσφαιρίων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που κυκλοφορούν στο αίμα. Αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα υπάρχουν σε μικρό ποσοστό και στο αίμα, ενώ αρκετά μεγάλος αριθμός τους ανευρίσκεται και στο αίμα του ομφαλίου λώρου.

##### Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών είναι μια θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ορισμένων περιπτώσεων καρκίνου και ιδιαίτερα για τις

λευχαιμίες και τα λεμφώματα. Πιο συγκεκριμένα, σε περίπτωση που ο μυελός των οστών έχει καταστραφεί ή διηθηθεί από κακοήγη κύτταρα, εκδηλώνονται σοβαρότατα αιματολογικά νοσήματα, όπως λευχαιμία, μυελική απλασία κ.ά. Αν και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες θεραπείες, συχνά μόνη θεραπεία είναι η μεταμόσχευση, δηλαδή η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού με μυελό που θα δημιουργηθεί αν του μεταμοσχευθούν αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα από έναν συμβατό με αυτόν, υγιή δότη. Η διάρκεια της μεταμόσχευσης διαρκεί τέσσερις ώρες. Γίνεται όπως και μία μετάγγιση. Η νοσηλεία ωστόσο του ασθενούς διαρκεί περίπου ένα μήνα, για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών και για να επιβεβαιωθεί η ανταπόκριση του νέου μυελού<sup>3</sup>.

### Λήψη του μοσχεύματος

Η λήψη του μοσχεύματος από τον δότη γίνεται στο πλησιέστερο Μεταμοσχευτικό Κέντρο της περιοχής του και μεταφέρεται στο κέντρο που θα μεταμοσχευθεί ο λήπτης. Για την μεταμόσχευση μπορεί να χρησιμοποιηθούν είτε μυελός των οστών του δότη, είτε κύτταρα από το περιφερικό του αίμα. Αν η πηγή των προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων που θα χρησιμοποιηθούν για έναν ασθενή είναι ο μυελός των οστών, τότε η λήψη τους γίνεται στο χειρουργείο από ειδικούς Αιματολόγους με παρακέντηση στα οστά της λεκάνης κάτω από γενική ή ραχιαία αναισθησία. Το ποσό του μυελού του συλλέγεται, αποτελεί το 5% περίπου του συνόλου του μυελού του δότη και αναγεννάται γρήγορα, χωρίς να επηρεάζεται η γενική κατάστασή του. Ο δότης επιστρέφει στο σπίτι του την επομένη της λήψης και το μόνο σύμπτωμα που παρουσιάζει είναι ένας ελαφρός πόνος στο σημείο της παρακέντησης.

Κατά την τελευταία δεκαετία έχει αναπτυχθεί μέθοδος όπου τα κύτταρα προς μεταμόσχευση συλλέγονται από το περιφερικό αίμα και όχι άμεσα από το μυελό των οστών. Το προϊόν της συλλογής υφίσταται επεξεργασία και τελικά το μόσχευμα των αιμοποιητικών κυττάρων χορηγείται στον ασθενή με ενδοφλέβια έγχυση (σαν μετάγγιση αίματος). Όσον αφορά τον τρόπο συλλογής, είναι σχετικά απλός και ακίνδυνος. Χορηγείται μια μικρή δόση ενός λεγόμενου αυξητικού παράγοντα, που κινητοποιεί τα αρχέγονα πολυδύναμα κύτταρα και προκαλεί τον πολλαπλασιασμό τους και την έξοδό τους στο περιφερικό αίμα. Τα τελευταία, μέσω μιας συσκευής που καλείται διαχωριστής απομονώνονται, και περισυλλέγονται (κυτταραφαίρεση). Στην περίπτωση χρησιμοποίησης μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος, αυτές έχουν συλλεχθεί από τον ομφάλιο λώρο νεογέννητων και, μετά την επεξεργασία που έχουν υποστεί, φυλάσσονται καταψυγμένες

<sup>3</sup> <http://www.eom.gr> /→30/05/07



στις ειδικές "Τράπεζες", ώστε να χορηγηθούν και πάλι με ενδοφλέβια έγχυση στους ασθενείς για τους οποίους είναι κατάλληλες.

#### Είδη μεταμόσχευσης μυελού των οστών

- Αυτόλογη: Όταν ο μυελός των οστών δεν ασθενεί (π.χ. σε λεμφώματα) μπορεί να αναρροφηθεί μυελός του ασθενούς και να του δοθεί εκ νέου, αφού έχει εκτεθεί σε τεράστιες δόσεις χημειοθεραπείας για την αιματολογική του κακοήθεια. Το μόσχευμα προέρχεται δηλαδή από τον ίδιο τον λήπτη.
- Αλλογενής: Ο μυελός προέρχεται από αδελφό του ασθενούς ή από μη συγγενή εθελοντή δότη.

#### Επιπλοκές

Μια απειλητική για τη ζωή του λήπτη επιπλοκή είναι η λεγόμενη νόσος δότη κατά ξενιστή (graft vs host disease). Πρόκειται για μια σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να εμφανιστεί μετά τη μεταμόσχευση. Συνίσταται στο ότι τα μεταμοσχευθέντα κύτταρα του δότη επιτίθενται, αναγνωρίζοντάς τα ως ξένα, στα κύτταρα του ασθενούς –ξενιστή και προκαλούν βλάβες σε ζωτικά όργανα, δημιουργώντας μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση.

#### Οι δεξαμενές εθελοντών

Η καταγραφή εθελοντών δοτών ξεκίνησε τη δεκαετία του '70 στην Ολλανδία, τις ΗΠΑ και την Μεγάλη Βρετανία. Σε κάθε κράτος, οι καταγραμμένοι εθελοντές συγκεντρώνονται σε ένα κεντρικό αρχείο που αποτελεί την Εθνική «Δεξαμενή» της χώρας. Σήμερα, υπάρχουν 58 «Δεξαμενές» δοτών σε 43 χώρες και 39 «Τράπεζες» φύλαξης μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος σε 21 χώρες. Τα στοιχεία δοτών και μονάδων συγκεντρώνονται σε ένα Διεθνές Αρχείο, το οποίο έχει σήμερα καταγεγραμμένους περισσότερους από 11.000.000 εθελοντές (συμπεριλαμβανομένων 250.000 περίπου μονάδων ομφαλοπλακουντιακού αίματος). Όλες οι συνεργαζόμενες εθνικές «Δεξαμενές» έχουν πρόσβαση στο Διεθνές Αρχείο <sup>3</sup>.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων που έχουν πραγματοποιηθεί στο Π.Γ.Ν.Π. τα τελευταία 5 χρόνια.

<sup>3</sup> <http://www.com.gr> /→30/05/07

**Πίνακας 4.4 Αριθμός Μεταμοσχεύσεων στο Π.Γ.Ν.Π.**

ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΥΤΟΛΟΓΕΣ	ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ	
2003	11	8	19
2004	16	8	25
2005	21	9	28
2006	28	10	36
2007	10	9	22
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>86</b>	<b>44</b>	<b>130</b>

(πηγή: Μονάδα Μεταμόσχευσης Π.Γ.Ν.Π.)

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι αλλογενής μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν σχεδόν οι μισές από τις αυτόλογες. Για τα έτη 2004, 2005, 2006 παρατηρούμε αύξηση των μεταμοσχεύσεων και στα δύο είδη. Για το έτος 2007 έχουμε μείωση και στα δύο είδη των μεταμοσχεύσεων. Σύμφωνα Επίκουρο Καθηγητή Αιματολογίας κ. Αλέξανδρο Σπυριδωνίδη είναι πολύ δύσκολο να γενικεύσει κανείς τα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων και τα ποσοστά υποτροπής. Πάντως τα τελευταία χρόνια αυξάνονται συνεχώς τα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων σε όλα τα είδη μειώνοντας παράλληλα τα ποσοστά της θνησιμότητας. Για το έτος 2007 τα ποσοστά της θνησιμότητας στην αυτόλογη μεταμόσχευση ανέρχονται περίπου στο 5% και στην αλλογενή περίπου στο 25%.

#### **4.4 Έρευνα της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων Μυελού των Οστών στο Π.Γ.Ν.Π.**

##### **4.4.1 Μεθοδολογία έρευνας**

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36 (SF-36 health survey), που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και την σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Θεωρείται το επικρατέστερο όργανο μέτρησης για την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων, έγκυρο και αξιόπιστο. Γι' αυτό το λόγο επιλέξαμε το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης για την έρευνα μας.

Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης τα οποία χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης αποτελούμενες από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις τις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Συγκεκριμένα, οι κλίμακες μέτρησης είναι:

- Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΛ (physical functioning), με 10 ερωτήσεις
- Ρόλος Σωματικός, ΡΣ (role physical), με 4 ερωτήσεις
- Σωματικός Πόνος, ΣΠ (bodily pain), με 2 ερωτήσεις
- Γενική Υγεία, ΓΥ (general health), με 5 ερωτήσεις
- Ζωτικότητα, ΖΤ (vitality), με 4 ερωτήσεις
- Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΚΛ (social functioning), με 2 ερωτήσεις
- Ρόλος Συναισθηματικός, ΡΣΘ (role emotional), με 3 ερωτήσεις
- Ψυχική Υγεία, ΨΥ (mental health), με 5 ερωτήσεις

Υπάρχει μια ακόμη ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατασκευή κάποιας κλίμακας. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η κλίμακα της ΣΛ προκύπτει από την ερώτηση 3. του ερωτηματολογίου, η κλίμακα του ΡΣ προκύπτει από την ερώτηση 4. του ερωτηματολογίου, η κλίμακα του ΣΠ προκύπτει από την ερώτηση 7. και 8. του ερωτηματολογίου, η κλίμακα της ΓΥ προκύπτει από την ερώτηση 1. και 11. του ερωτηματολογίου, η κλίμακα της ΖΤ προκύπτει από τις ερωτήσεις 9α, 9ε, 9ζ, 9θ του ερωτηματολογίου, η κλίμακα της ΚΛ προκύπτει από την ερώτηση 6. και 10. του ερωτηματολογίου, η κλίμακα του ΡΣΘ προκύπτει από την ερώτηση 5. του ερωτηματολογίου και τέλος, η κλίμακα της ΨΥ προκύπτει από τις ερωτήσεις 9β, 9γ, 9δ, 9στ και 9η του ερωτηματολογίου.

Παράλληλα με την ανάπτυξη του SF-36, ξεκίνησε προσπάθεια μέσω του έργου IQOLA (international quality of life assessment project), να μεταφραστεί σε άλλες γλώσσες, να γίνουν οι απαιτούμενοι έλεγχοι εγκυρότητας και να τυποποιηθεί, ώστε να επιτρέπεται η σύγκριση ατομικών και ομαδικών αποτελεσμάτων. Τα τρία αυτά στάδια συνιστούν την προτεινόμενη διαδικασία για την χρήση του SF-36 σε άλλη γλώσσα, μέσω της οποίας συγκρίνονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν μεταξύ διαφορετικών χωρών. Το έργο

IQOLA ουσιαστικά καθιέρωσε και τεκμηρίωσε, μέσα από εμπειρικές μελέτες σε πολλές χώρες, τις συγκεκριμένες διαδικασίες για τη μετάφραση του SF-36, τον έλεγχο υποθέσεων για τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων και την κατασκευή των κλιμάκων πολλαπλών ερωτήσεων (multi-item scales) και τέλος, για την τυποποίηση των αποτελεσμάτων.

Οι απαντήσεις είναι κωδικοποιημένες, αθροίζονται και ανάγονται σε κλίμακα από το μηδέν (0) που είναι το χειρότερο επίπεδο υγείας έως το εκατό (100) που είναι το καλύτερο επίπεδο υγείας. Αποτυπώνεται από τον ερωτώμενο η άποψή του για την υγεία του, για το πώς αισθάνεται και πόσο καλά μπορεί να ασχοληθεί με τις συνηθισμένες δραστηριότητες του.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων περιείχε την ελληνική μετάφραση του SF-36 και πρόσθετες ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (οικογενειακή κατάσταση, φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση) και μια ερώτηση για το είδος και την ημερομηνία της μεταμόσχευσης που έχουν υποβληθεί<sup>32</sup>.

#### 4.4.2 Η μέθοδος επιλογής του δείγματος

Για την έρευνα επιλέχθηκε το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών για το λόγο ότι πραγματοποιούνται στη Μονάδα Μεταμόσχευσης του νοσοκομείου και τα δύο είδη μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών, αλλογενής και αυτόλογη μεταμόσχευση.

Για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας κατά στρώματα κατά την οποία ο πληθυσμός υποδιαιρείται σε ομοιογενή στρώματα σύμφωνα με κάποιο κριτήριο. Δικό μας κριτήριο αποτέλεσε το χρονικό διάστημα από την ημερομηνία υποβολής σε μεταμόσχευση. Σύμφωνα με τον επίκουρο καθηγητή Αιματολογίας κ. Αλέξανδρο Σπυριδωνίδη ο μεταμοσχευμένος είναι σε θέση να αξιολογεί την ποιότητα ζωής του μετά την 30<sup>η</sup> ημέρα ειδικά στην αυτόλογη μεταμόσχευση. Ένα άλλο κριτήριο ήταν το είδος της μεταμόσχευσης. Οι μεταμοσχευμένοι μυελού των οστών που επισκέπτονται το Π.Γ.Ν.Π. για έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους ανέρχονται στα 72 άτομα και από αυτά επιλέχθηκαν για δείγμα της έρευνας μας τα 31 άτομα.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους μεταμοσχευμένους στο χώρο του νοσοκομείου στο Ιατρείο της Αιματολογίας στα Τ.Ε.Ι. κατά το χρονικό διάστημα 10-4-08 έως 17-4-08. Επίσης, ορισμένα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τηλεφωνική συνέντευξη την ίδια χρονική περίοδο. Δόθηκαν διευκρινήσεις σχετικά με το σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση

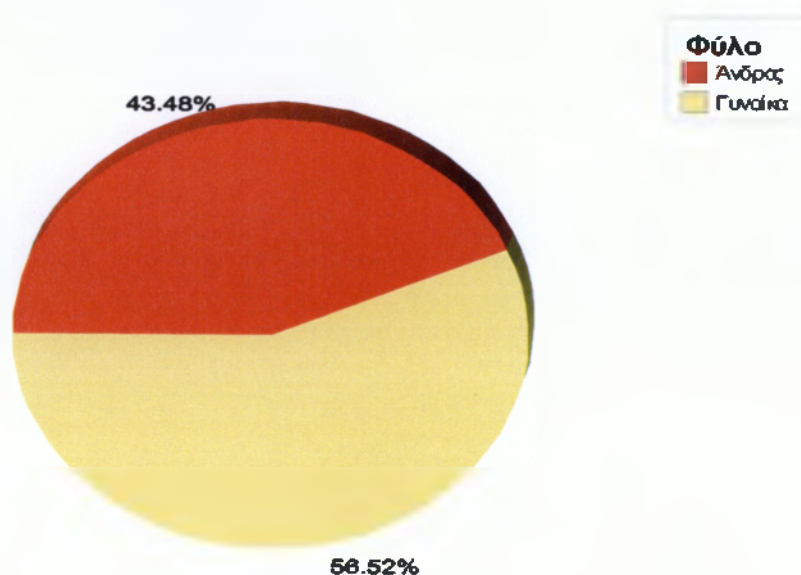
<sup>32</sup>Νιάκας, Δ., Παππά, Ε.- Κοντοδημόπουλος, Ν.(2005) «Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού», 23: σελ.159-166



της ανωνυμίας του ερωτηματολογίου, καθώς επίσης επισημάνθηκε η σημαντικότητα της συμμετοχής τους. Σε αρκετές περιπτώσεις δόθηκαν επεξηγήσεις για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Πολλές φορές λόγω της κατάστασης της υγείας των ασθενών χρειάστηκε να συμπληρώνουμε εμείς τα ερωτηματολόγια διαβάζοντας και εξηγώντας κάθε ερώτηση. Υπήρχαν ασθενείς που αρνήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και να συμμετάσχουν στην έρευνα για διάφορους λόγους, κυρίως γιατί δεν ήταν σε θέση ψυχολογικά. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών είχε θετική στάση απέναντι στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Από τους 31 μεταμοσχευθέντες απάντησαν οι 23 ενώ οι υπόλοιποι 8 αρνήθηκαν να απαντήσουν.

#### 4.4.3 Περιγραφή του δείγματος

Θα ακολουθήσει περιγραφή και σχολιασμός των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Το παρακάτω διάγραμμα (4.5) μας δείχνει το ποσοστό συμμετοχής των ανδρών και των γυναικών αντίστοιχα.



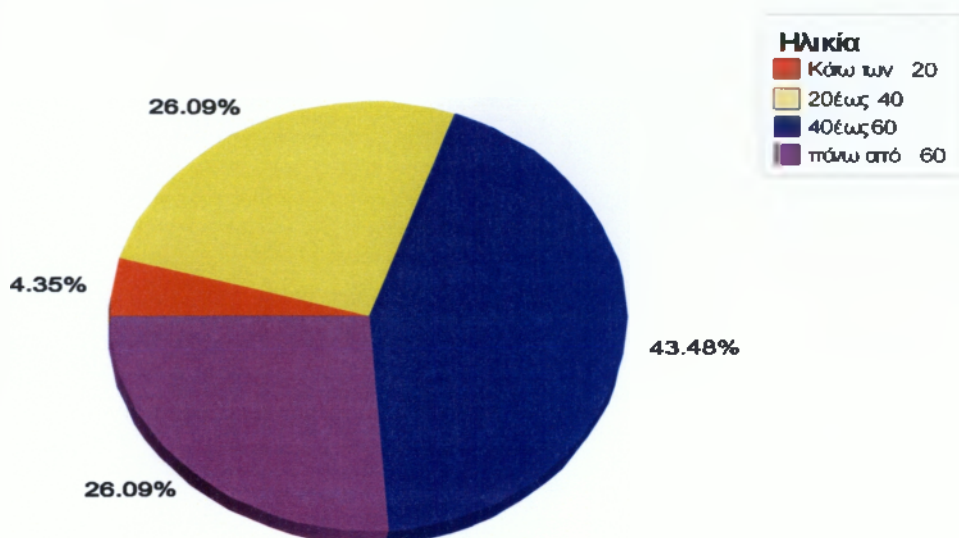
**Διάγραμμα 4.5 Κατανομή του φύλου**

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Βλέπουμε ότι το 56,52% του δείγματος είναι γυναίκες αποτελώντας την πλειοψηφία και το υπόλοιπο 43,48% είναι άνδρες. Σύμφωνα με στοιχεία που τηρούνται στην Μονάδα Μεταμόσχευσης του νοσοκομείου οι γυναίκες κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό υποβολής σε μεταμόσχευση και των δύο ειδών.



Στο διάγραμμα (4.6) θα δούμε πώς κατανέμονται οι ηλικίες..



**Διάγραμμα 4.6 Κατανομή της ηλικίας**

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Το 4,35% βρίσκεται στην ηλικία κάτω των 20 ετών ενώ το 26,09% του δείγματος είναι 20 έως 40 ετών. Το 43,48% του δείγματος που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι από 40 έως 60 ετών και το υπόλοιπο 26,09% είναι πάνω από 60 ετών. Στον Πίνακα (4.5) παρουσιάζεται αναλυτικά το μορφωτικό επίπεδο ανάλογα με την βαθμίδα που ανήκει ο καθένας από το δείγμα.

**Πίνακας 4.5 Εκπαίδευση**

Εκπαίδευση		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Υποχρεωτική	9	39.1	39.1	39.1
	Δευτεροβάθμια	5	21.7	21.7	60.9
	Τριτοβάθμια	2	8.7	8.7	69.6
	Ανώτατη (ΤΕΙ)	3	13.0	13.0	82.6
	Ανώτατη (ΑΕΙ)	4	17.4	17.4	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 39,1% έχει υποχρεωτική εκπαίδευση και το 21,7% είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μόλις το 13,0% είναι απόφοιτοι κάποιου Τ.Ε.Ι και το 17,4% είναι απόφοιτοι κάποιου Α.Ε.Ι. Υπήρξαν 2 ερωτώμενοι που δεν αποσαφήνισαν την εκπαίδευσή τους απλά δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και αποτελούν το 8,7% του δείγματος. Λαμβάνοντας υπόψη τις ηλικίες του δείγματος, διάγραμμα (4.6), μπορεί να διακινδυνεύσει κανείς την εξήγηση του χαμηλού μορφωτικά επιπέδου του δείγματος. Διότι, η πλειοψηφία είναι άνω των 40 έως 60 ετών ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό άνω των 60 ετών. Στον παρακάτω πίνακα (4.6) θα δούμε αναλυτικά την οικογενειακή κατάσταση.

**Πίνακας 4.6 Οικογενειακή κατάσταση**

		Οικογενειακή κατάσταση			
		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Έγγαμος	16	69.6	69.6	69.6
	Άγαμος	5	21.7	21.7	91.3
	Διαζευγμένος	1	4.3	4.3	95.7
	Χήρος	1	4.3	4.3	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Βάση τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος με 16 ερωτηθέντες που αποτελούν το 69,6% είναι έγγαμοι. Το 21,7% είναι άγαμοι δηλαδή 5 ερωτηθέντες, 1 ερωτώμενος/η που αποτελεί το 4,3% είναι διαζευγμένος/η και άλλος 1 το υπόλοιπο 4,3% είναι χήρος/α. Σύμφωνα με τον κ. Αλέξανδρο Σπυριδωνίδη, Επίκουρο Καθηγητή Αιματολογίας, η οικογενειακή κατάσταση είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για την ψυχολογική κατάσταση ενός μεταμοσχευμένου που χρήζει μεγάλης ανάγκης από στήριξη. Στον πίνακα (4.7) αναγράφονται αναλυτικά οι ημερομηνίες που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση οι ερωτώμενοι.

**Πίνακας 4.7 Ημερομηνία υποβολής σε μεταμόσχευση**

Ημερομηνία υποβολής σε μεταμόσχευση					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	ΙΟΥΛ. 2004	1	4.3	4.3	4.3
	ΦΕΒΡ. 2005	1	4.3	4.3	8.7
	ΜΑΙΟΣ 2005	1	4.3	4.3	13.0
	ΑΥΓ. 2005	1	4.3	4.3	17.4
	ΙΑΝ. 2006	1	4.3	4.3	21.7
	ΦΕΒΡ. 2006	1	4.3	4.3	26.1
	ΜΑΡΤ. 2006	1	4.3	4.3	30.4
	ΜΑΪΟΣ 2006	1	4.3	4.3	34.8
	ΙΟΥΝ. 2006	1	4.3	4.3	39.1
	ΑΥΓ. 2006	1	4.3	4.3	43.5
	ΙΑΝ. 2007	2	8.7	8.7	52.2
	ΜΑΡΤ. 2007	1	4.3	4.3	56.5
	ΑΠΡ. 2007	2	8.7	8.7	65.2
	ΜΑΪΟΣ 2007	1	4.3	4.3	69.6
	ΙΟΥΛ. 2007	1	4.3	4.3	73.9
	ΣΕΠΤ. 2007	1	4.3	4.3	78.3
	ΟΚΤ. 2007	1	4.3	4.3	82.6
	ΝΟΕΜΒ. 2007	1	4.3	4.3	87.0
	ΔΕΚ. 2007	1	4.3	4.3	91.3
	ΙΑΝ. 2008	1	4.3	4.3	95.7
	ΜΑΡΤ. 2008	1	4.3	4.3	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Συμπερασματικά από τον πιο πάνω πίνακα βλέπουμε πως το 4.3% έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση το 2004 και το 36.7% έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση κατά το έτος 2005. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το 47.3% έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση το

2007 και το υπόλοιπο 8.6% κατά το τρέχον έτος 2008. Το είδος της μεταμόσχευσης στην οποία έχουν υποβληθεί θα το δούμε στον πίνακα (4.8) που ακολουθεί.

**Πίνακας 4.8 Είδος μεταμόσχευσης**

		Είδος μεταμόσχευσης			
		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Αλλογενής	14	60.9	60.9	60.9
	Αυτόλογη	9	39.1	39.1	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Το 60,9% έχει υποβληθεί σε αλλογενή μεταμόσχευση δηλαδή οι 14 από τους ερωτώμενους και το υπόλοιπο 39,1% δηλαδή 9 ερωτώμενοι έχουν υποβληθεί σε αυτόλογη μεταμόσχευση.

Συνοψίζοντας τα δημογραφικά αποτελέσματα, οι γυναίκες έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό υποβολής σε μεταμόσχευση, οι περισσότεροι ερωτηθέντες βρίσκονται στην ηλικία 40 με 60 ετών, σημειώθηκε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αφού η πλειοψηφία είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης ενώ όσο αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό είναι έγγαμοι. Επιπλέον ερωτήσεις, μας έδειξαν πως κατά το έτος 2007 έχουν υποβληθεί οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες σε μεταμόσχευση ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό έχει υποβληθεί σε αλλογενή μεταμόσχευση.

#### 4.4.4 Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας

Αρχικά θα παρουσιαστούν και θα σχολιαστούν ξεχωριστά για κάθε ερώτηση του SF-36 τα αποτελέσματα των απαντήσεων. Οι απαντήσεις για την κάθε ερώτηση δίνονται μέσα από τον εκάστοτε πίνακα.

**Ερώτηση 1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:**

**Πίνακας 4.9 Απαντήσεις στην Ερώτηση 1.**

Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Εξαιρετική	1	4.3	4.3	4.3
	Πολύ καλή	8	34.8	34.8	39.1
	Καλή	10	43.5	43.5	82.6
	Μέτρια	4	17.4	17.4	100.0
	Κακή	0	0	0	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Μόλις το 4,3% χαρακτηρίζει την υγεία του ως εξαιρετική, το 34,8% την αξιολογεί ως πολύ καλή και το μεγαλύτερο ποσοστό την χαρακτηρίζει ως καλή. Το 17,4% που είναι το μικρότερο ποσοστό χαρακτηρίζει την υγεία του ως μέτρια ενώ αξίζει να σημειωθεί πως κανείς δεν θεωρεί κακή την υγεία του.

**Ερώτηση 2. Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;**

**Πίνακας 4.10 Απαντήσεις στην Ερώτηση 2.**

Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Πολύ καλύτερη	4	17.4	17.4	17.4
	Κάπως καλύτερη	9	39.1	34.8	52.3
	Περίπου ίδια	8	34.8	39.1	91.3
	Κάπως χειρότερη	2	8.7	8.7	100.0
	Πολύ χειρότερη	0	0	0	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)



Το 17,4% αξιολογεί πολύ καλύτερη την υγεία του σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν ενώ το 34,8% περίπου ίδια. Το μεγαλύτερο ποσοστό αξιολογεί κάπως καλύτερη την υγεία του ενώ μόλις το 8,7% αξιολογεί κάπως χειρότερη την υγεία του και κανένας δεν την αξιολόγησε ως πολύ χειρότερη.

**Ερώτηση 3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά την διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;**

**Πίνακας 4.11 Απαντήσεις στην Ερώτηση 3.**

		%
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	Ναι, με περιορίζει πολύ	60,9%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	39,1%
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητας, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	Ναι, με περιορίζει πολύ	17,4%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	43,5%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	39,1%
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	Ναι, με περιορίζει πολύ	13,0%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	30,4%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	56,5%
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	Ναι, με περιορίζει πολύ	4,3%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	78,3%

	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	17.4%
ε. Όταν ανεβαίνετε μια σκάλα	Ναι, με περιορίζει λίγο	34.8%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	65.2%
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	Ναι, με περιορίζει πολύ	13.0%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	47.8%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	39.1%
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	Ναι, με περιορίζει πολύ	36.4%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	50.0%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	13.6%
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	Ναι, με περιορίζει πολύ	8.7%
	Ναι, με περιορίζει λίγο	34.8%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	56.5%
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	Ναι, με περιορίζει λίγο	17.4%
	Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	82.6%
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	Ναι, με περιορίζει πολύ	4.3%

Ναι, με περιορίζει λίγο	13,0%
Όχι, δεν περιορίζει καθόλου	82,6%

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε τα εξής: για την ερώτηση «Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ» έχουμε ότι το 100% του δείγματος δηλώνει ότι ναι περιορίζεται. Όμως στην ερώτηση «Σε μέτριας έντασης δραστηριότητας, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία» έχουμε μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 17,4% να δηλώνει ότι περιορίζεται πολύ, το υπόλοιπο ποσοστό πλειοψηφικά δηλώνει ότι περιορίζεται λίγο. Μάλιστα το 39,1% δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου. Στην ερώτηση «Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο» βλέπουμε ότι υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 36,4% που δηλώνει ότι περιορίζεται πολύ, το 50% δηλώνει ότι περιορίζεται λίγο και υπόλοιπο 13,6% ποσοστό καθόλου. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ερωτήσεις «Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά», «Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες», «Όταν ανεβαίνετε μια σκάλα», «Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο», «Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα», «Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα», «Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε», παρατηρούμε ότι στις περισσότερες ερωτήσεις το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι περιορίζονται πολύ είναι κάτω του 10% ενώ τα υπόλοιπα άτομα που περιορίζονται λίγο ή καθόλου μοιράζονται σε αυτές τις δύο κατηγορίες σχετικά ισόποσα.

**Ερώτηση 4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;**

**Πίνακας 4.12 Απαντήσεις στην Ερώτηση 4.**

		%
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	Ναι	82,6%
	Όχι	17,4%
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	Ναι	73,9%
	Όχι	26,1%
Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	Ναι	82,6%
	Όχι	17,4%
Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	Ναι	78,3%
	Όχι	21,7%

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι μείωσε τον χρόνο που ξοδεύει στην δουλειά του ή άλλες δραστηριότητες ότι επιτέλεσαν λιγότερα από αυτά που ήθελαν ότι περιορίσαν τα είδη της δουλειάς και ότι δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν την δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.

**Ερώτηση 5. Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα –κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος) ;**

**Πίνακας 4.13 Απαντήσεις στην Ερώτηση 5.**

		%
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	Ναι	52,2%
	Όχι	47,8%
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θέλατε	Ναι	60,9%
	Όχι	39,1%
Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερα προσεκτικά απ' ότι συνήθως	Ναι	60,9%
	Όχι	39,1%

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι μείωσε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ότι επέλεξαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν και έκαναν τη δουλειά λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.

**Ερώτηση 6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα, τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;**

**Πίνακας 4.14 Απαντήσεις στην Ερώτηση 6.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Καθόλου	7	30.4	30.4	30.4
	Ελάχιστα	4	17.4	17.4	47.8
	Μέτρια	6	26.1	26.1	73.9
	Αρκετά	4	17.4	17.4	91.3
	Πάρα πολύ	2	8.7	8.7	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει πως δεν επηρεάστηκε καθόλου, αντίθετα το μικρότερο ποσοστό δηλώνει πως επηρεάστηκε πάρα πολύ.

**Ερώτηση 7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;**

**Πίνακας 4.15 Απαντήσεις στην Ερώτηση 7.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Καθόλου	9	39.1	39.1	39.1
	Ελάχιστα	8	34.8	34.8	73.9
	Μέτρια	4	17.4	17.4	91.3
	Αρκετά	2	8.7	8.7	100.0



Σύνολο	23	100.0	100.0
--------	----	-------	-------

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Η πλειοψηφία του δείγματος, το 39,1% απάντησε πως δεν ένιωσε καθόλου σωματικό πόνο και το 34,8% ένιωσε ελάχιστα. Αρκετό πόνο δήλωσε ένα μικρό ποσοστό του 8,7%.

**Ερώτηση 8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό) ;**

**Πίνακας 4.16 Απαντήσεις στην Ερώτηση 8.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Καθόλου	11	47.8	47.8	47.8
	Ελάχιστα	7	30.4	30.4	78.3
	Μέτρια	4	17.4	17.4	95.7
	Αρκετά	1	4.3	4.3	100.0
	Πάρα πολύ	0	0	0	100.0
	Σύνολο	23	100.0	100.0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος δηλώνουν καθόλου ή ελάχιστα ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες ο πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη τους εργασία, το 17.4% δηλώνει μέτρια και το 4.3% αρκετά ενώ κανείς δεν απάντησε πως επηρεάστηκε πάρα πολύ.

**Ερώτηση 9. Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα,, τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;**

**Πίνακας 4.17 Απαντήσεις στην Ερώτηση 9.**

		%
α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια:	Συνεχώς	21.7%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	36.1%

	Σημαντικό διάστημα	4.3%
	Μερικές φορές	21.7%
	Μικρό διάστημα	13.0%
	Καθόλου	13.0%
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	Συνεχώς	4.3%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	4.3%
	Σημαντικό διάστημα	8.7%
	Μερικές φορές	4.3%
	Μικρό διάστημα	34.8%
	Καθόλου	43.5%
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	Συνεχώς	13.0%
	Σημαντικό διάστημα	8.7%
	Μερικές φορές	21.7%
	Μικρό διάστημα	30.4%
	Καθόλου	26.1%
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	Συνεχώς	4.3%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	21.7%
	Σημαντικό διάστημα	21.7%
	Μερικές φορές	17.4%
	Μικρό διάστημα	13.0%
	Καθόλου	21.7%
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	Το μεγαλύτερο διάστημα	13.0%
	Σημαντικό διάστημα	26.1%
	Μερικές φορές	17.4%
	Μικρό διάστημα	17.4%

	Καθόλου	26.1%
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	Σημαντικό διάστημα	4.3%
	Μερικές φορές	26.1%
	Μικρό διάστημα	17.4%
	Καθόλου	52.2%
ς. Αισθανόσαστε εξάντληση;	Συνεχώς	4.3%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	8.7%
	Σημαντικό διάστημα	34.8%
	Μερικές φορές	21.7%
	Μικρό διάστημα	13.0%
	Καθόλου	17.4%
η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	Συνεχώς	13.0%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	17.4%
	Σημαντικό διάστημα	17.4%
	Μερικές φορές	21.7%
	Μικρό διάστημα	26.1%
	Καθόλου	4.3%
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	Συνεχώς	4.3%
	Το μεγαλύτερο διάστημα	17.4%
	Σημαντικό διάστημα	34.8%
	Μερικές φορές	26.1%
	Μικρό διάστημα	4.3%
	Καθόλου	13.0%

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Από τον παραπάνω πίνακα έχουμε τα εξής αποτελέσματα: για την ερώτηση «Αισθανόσαστε γεμάτος/τη ζωντάνια;» το 21,7% απάντησε συνεχώς και το μεγαλύτερο ποσοστό με 26,1% του δείγματος δηλώνει το μεγαλύτερο διάστημα. Μόνο το 13,0% απάντησε καθόλου. Για την ερώτηση «Είχατε πολύ εκνευρισμό» έχουμε ένα μικρό ποσοστό συνολικά του δείγματος να δηλώνει ότι γενικά ένιωθε εκνευρισμό και η πλειοψηφία δηλώνει καθόλου και για ένα μόνο μικρό διάστημα ότι αισθάνεται εκνευρισμό. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;» έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνει μικρό διάστημα, το 26,1% απαντά καθόλου, ενώ μόνο το 13% απαντά συνεχώς. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη» το 47,7% συνολικά του δείγματος δηλώνει τουλάχιστον ότι για σημαντικό διάστημα αισθανόταν ηρεμία και γαλήνη ενώ το 52.3% συνολικά δηλώνει μερικές φορές, μικρό διάστημα ή καθόλου. Για την ερώτηση «Είχατε πολλή ενεργητικότητα;» η πλειοψηφία του δείγματος απαντά σημαντικό διάστημα. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;» οι περισσότεροι απαντούν καθόλου ενώ μια άλλη μεγάλη μερίδα απαντά μερικές φορές. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε εξάντληση;» το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά σημαντικό διάστημα ενώ το μικρότερο ποσοστό απαντά συνεχώς. Για την ερώτηση «Ήσαστε ευτυχισμένος/η;» το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι αισθάνεται έτσι μικρό διάστημα. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε κούραση;» η πλειοψηφία δηλώνει για ένα σημαντικό διάστημα ενώ το μικρότερο ποσοστό δηλώνει συνεχώς.

**Ερώτηση 10. Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;**

**Πίνακας 4.18 Απαντήσεις στην Ερώτηση 10.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Αποτ. Ποσοστών	Αθροιστικό Ποσοστό
Αποτελέσματα	Συνεχώς	3	13.0	13.0	13.0
	Το μεγαλύτερο διάστημα	7	30.4	30.4	43.5
	Μερικές φορές	5	21.7	21.7	65.2
	Μικρό διάστημα	3	13.0	13.0	78.3

Καθόλου	5	21,7	21,7	100,0
Σύνολο	23	100,0	100,0	

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)

Το μεγαλύτερο ποσοστό με 30,4% δηλώνει πως το μεγαλύτερο διάστημα επηρεάστηκε, το 21,7% απαντά μερικές φορές, το 13,0% απαντά συνεχώς και το ίδιο ποσοστό μικρό διάστημα. Το 21,7% δηλώνει πως δεν επηρεάστηκε καθόλου.

**Ερώτηση 11. Πόσο αληθινές ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;**

**Πίνακας 4.19 Απαντήσεις στην Ερώτηση 11.**

		5
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	Εντελώς αλήθεια	50,0%
	Μάλλον αλήθεια	40,9%
	Δεν ξέρω	9,1%
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	Μάλλον αλήθεια	4,5%
	Δεν ξέρω	31,8%
	Μάλλον ψέμα	27,3%
	Εντελώς ψέμα	36,4%
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	Εντελώς αλήθεια	4,3%
	Δεν ξέρω	47,8%
	Μάλλον ψέμα	13,0%
	Εντελώς ψέμα	34,8%
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	Εντελώς αλήθεια	13,6%
	Μάλλον αλήθεια	18,2%
	Δεν ξέρω	18,2%
	Μάλλον ψέμα	27,3%
	Εντελώς ψέμα	22,7%

(πηγή: επεξεργασία απαντήσεων)



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι αρρωσταίνει ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους, ότι δεν είναι τόσο υγιείς όσο όλοι οι γνωστοί του, ότι δεν περιμένει να χειροτερεύσει η υγεία του και τέλος θεωρεί μάλλον ψέμα πως η υγεία του είναι εξαιρετική.

Το SF-36, όπως αναλυτικά περιγράψαμε στην μεθοδολογία της έρευνας (4.4.1), περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης. Κάθε ερώτηση υπάγεται σε μια κλίμακα ανάλογα με την διάσταση της υγείας που αντιπροσωπεύει. Αφού προηγήθηκε ανάλυση των απαντήσεων για κάθε ερώτηση ξεχωριστά, σε αυτό το σημείο θα αναλύσουμε και θα σχολιάσουμε τα αποτελέσματα του δείγματος για κάθε κλίμακα.

- **Σωματική Λειτουργικότητα.** Διαπιστώσαμε ότι σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ έχουμε ότι το 100% του δείγματος να δηλώνει ότι περιορίζεται, μάλιστα, οι περισσότεροι δηλώνουν ότι περιορίζονται πολύ. Όμως στην ερώτηση «Στην μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία» έχουμε μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 17,9% να δηλώνει ότι περιορίζεται πολύ, το υπόλοιπο ποσοστό δηλώνει ότι περιορίζεται λίγο. Μάλιστα το 39,1% δηλώνει ότι δεν περιορίζεται καθόλου. Στην ερώτηση «Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο» βλέπουμε ότι υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 36,4% που δηλώνει ότι περιορίζεται πολύ, το 50% δηλώνει ότι περιορίζεται λίγο και υπόλοιπο ποσοστό καθόλου. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ερωτήσεις «Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά», «Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες», «Όταν ανεβαίνετε μια σκάλα», «Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο», «Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα», «Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα», «Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε» δηλαδή ερωτήσεις που αφορούν μέτριας έντασης δραστηριότητες, παρατηρούμε ότι στις περισσότερες ερωτήσεις το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι περιορίζονται πολύ είναι κάτω του 10% ενώ τα υπόλοιπα άτομα δηλώνουν ότι περιορίζονται λίγο ή καθόλου μοιράζονται σε αυτές τις δύο κατηγορίες σχετικά ισόποσα.
- **Σωματικός Ρόλος.** Πάνω από το 75% του δείγματος δηλώνει ότι μείωσε τον χρόνο που ξοδεύει στην δουλειά του ή άλλες δραστηριότητες, ότι επιτέλεσαν λιγότερα από αυτά που ήθελαν, ότι περιορίσαν τα είδη της δουλειάς και δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν την δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.

- **Σωματικός Πόνος.** Παρατηρούμε ότι το 73,9% του δείγματος δηλώνει ότι ένιωσε καθόλου ή ελάχιστο σωματικό πόνο τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες, το 17,4% μέτρια και το υπόλοιπο 8,7% αρκετά. Ακόμα το 78,3% του δείγματος δηλώνει καθόλου ή ελάχιστα ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες ο πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη τους εργασία, το 17,4% δηλώνει μέτρια και το 4,3% αρκετά.
- **Γενική Υγεία.** Το 82,6% του δείγματος να χαρακτηρίζει την υγεία του ως καλή ενώ το 17,4% ως μέτρια. Το 90,9% του δείγματος πιστεύει ότι είναι αλήθεια ότι αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους. Μόνο το 4,5% του δείγματος πιστεύει ότι είναι μάλλον αλήθεια ότι είναι τόσο υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι ενώ το 36,4% το θεωρεί ψέματα. Επιπλέον μόνο το 4,3% του δείγματος πιστεύει ότι είναι εντελώς αλήθεια ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει ενώ το 47,8% δεν γνωρίζει ενώ είναι σημαντικό ότι το 34,8% θεωρεί εντελώς ψέμα ότι θα χειροτερεύσει. Τέλος το 31,8% του δείγματος πιστεύει ότι είναι μάλλον αλήθεια ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική ενώ το 18,2% δεν γνωρίζει.
- **Ζωτικότητα.** Η πλειοψηφία του δείγματος με 51,1% δηλώνει ότι για σημαντικό διάστημα ότι αισθάνεται γεμάτο ζωντάνια ενώ το 48,9% δηλώνει στην καλύτερη περίπτωση μερικές φορές. Για το αν αισθάνονται πολύ ενεργητικότητα έχουμε ότι το 39,1% του δείγματος να δηλώνει ότι για αρκετό διάστημα είχαν πολύ ενεργητικότητα ενώ το 60,9% του δείγματος ότι έχει πολύ ενεργητικότητα μερικές φορές, μικρό διάστημα ή και καθόλου. Ενώ για το αν αισθάνονται εξάντληση έχουμε ότι το 47,8% του δείγματος να δηλώνει ότι για τουλάχιστον σημαντικό διάστημα αισθάνεται εξάντληση ενώ το 52,1% του δείγματος δηλώνει στην χειρότερη περίπτωση ότι αισθάνεται έτσι μερικές φορές. Και για το θέμα της κούρασης έχουμε ότι το 56,5% του δείγματος να δηλώνει ότι για τουλάχιστον σημαντικό διάστημα αισθάνεται κούραση ενώ 43,4% του δείγματος δηλώνει στην χειρότερη περίπτωση ότι αισθάνεται κούραση μερικές φορές.
- **Κοινωνική Λειτουργικότητα.** Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, το 30,4% δηλώνει πως δεν επηρεάστηκε καθόλου στις κοινωνικές του δραστηριότητες ενώ μόλις το 8,7% πάρα πολύ. Μέσα στο διάστημα των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων όμως, το 30,4% δήλωσε πως επηρεάστηκε μεγάλο διάστημα ενώ το 21,7% καθόλου.
- **Συναισθηματικός ρόλος.** Διαπιστώνουμε ότι πάνω από το 50% του δείγματος δήλωσε ότι μείωσε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά ή σε άλλες

δραστηριότητες, ότι επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε και έκαναν τη δουλειά ή άλλη δραστηριότητα λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως λόγω συναισθηματικού προβλήματος.

- **Ψυχική Υγεία.** Από την ερώτηση «Είχατε πολύ εκνευρισμό;» έχουμε ότι το 17,3% του δείγματος δηλώνει ότι τουλάχιστον ότι για σημαντικό διάστημα είχε πολύ εκνευρισμό ενώ το 82,7% στην χειρότερη περίπτωση δηλώνει μερικές φορές ότι αισθάνεται εκνευρισμό. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;» έχουμε ότι το 21,7% του δείγματος δηλώνει το αντίθετο για ένα αρκετό διάστημα, ενώ το 78,3% δηλώνει στην χειρότερη περίπτωση ότι αισθάνεται έτσι μερικές φορές. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη» έχουμε ότι το 47,7% του δείγματος να δηλώνει ότι για κάποιο διάστημα αισθανόταν ηρεμία και γαλήνη ενώ το 52,3% μερικές φορές, μικρό διάστημα ή καθόλου. Για την ερώτηση «Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;» το 52,2% του δείγματος δηλώνει ότι δεν αισθάνεται έτσι καθόλου ενώ το 26,1% μερικές φορές.
- **Μεταβολή της Υγείας.** Η μεταβολή της υγείας δεν αποτελεί κλίμακα μέτρησης αλλά υπάρχει μια ερώτηση στο ερωτηματολόγιο που αναφέρεται σε αυτήν χωρίς να συμπεριληφθεί σε κάποια κλίμακα μέτρησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το οποίο ανέρχεται στο 56,5% αξιολογεί την υγεία του σε σχέση με την κατάσταση που είχε πριν ένα χρόνο καλύτερη. Ενώ κανείς δεν αξιολόγησε πολύ χειρότερη την υγεία του απ' ότι ένα χρόνο πριν.

#### 4.4.5 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας με άλλες μελέτες-έρευνες για την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων.

Στην πρώτη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1997 από τους φοιτητές του Πανεπιστημίου της Βοστώνης, οι ασθενείς παρουσίαζαν όσον αφορά την ποιότητα ζωής, εικόνα σχετικά πιο επιβαρυνμένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ειδικά όταν το διάστημα από την υποβολή σε μεταμόσχευση ήταν μικρότερο της τριετίας. Μετά το πέρας της τριετίας τα αποτελέσματα ήταν συγκρίσιμα με εκείνα του γενικού πληθυσμού. Παρόλα αυτά, το 81% των ασθενών ήταν ικανοποιημένο με το επίπεδο ποιότητας ζωής που είχε επιτύχει και το 91% θα σύστηνε τη μεταμόσχευση σε κάποιο άλλο άτομο υπό παρόμοιες συνθήκες.

Σε άλλη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2006 από φοιτητές του Πανεπιστημίου του Τέξας, φαίνεται πως η μεταμόσχευση βελτίωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών στους

έξι και δώδεκα μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Τα αποτελέσματα μάλιστα ήταν περισσότερο θετικά στην περίπτωση μεταμόσχευσης μυελού των οστών ή πνεύμονος σε σχέση με τη μεταμόσχευση ήπατος. Ενώ πριν τη μεταμόσχευση οι δείκτες ψυχική ευεξίας βρίσκονταν σε επίπεδα χειρότερα του γενικού πληθυσμού, μετά τη μεταμόσχευση παρουσίασαν σημαντική βελτίωση και βρίσκονταν πάνω από τα αναμενόμενα για το γενικό πληθυσμό. Επίσης σημαντικά βελτιωμένη εμφανιζόταν η συνολική εικόνα για την ποιότητα της ζωής τους<sup>30</sup>.

Συγκρίνοντας τις παραπάνω μελέτες-έρευνες με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας ομοίως διαπιστώνουμε πως είναι πολύ σημαντικό το χρονικό διάστημα μετά την υποβολή των ασθενών σε μεταμόσχευση. Η πάροδος του χρόνου αποτελεί καταλυτικό παράγοντα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, συμμετέχοντας έτσι ξανά στις καθημερινές τους δραστηριότητες, περιορίζοντας τον σωματικό πόνο και ανακτάται η ψυχική ηρεμία. Επίσης κοινά συμπεραίνουμε πως η ποιότητα ζωής τους βελτιώθηκε μετά την υποβολή σε μεταμόσχευση συνιστώντας μάλιστα, οι ίδιοι οι μεταμοσχευθέντες άλλους ασθενείς να προχωρήσουν προς την διαδικασία αυτή.

<sup>30</sup> [www.qualitymetric.com/](http://www.qualitymetric.com/)→ 07/06/2007

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να διερευνήσουμε την ποιότητα ζωής των ατόμων μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, οργανώσαμε και πραγματοποιήσαμε έρευνα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

Χρησιμοποιήσαμε την ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής, έγκυρο και αξιόπιστο για τα αποτελέσματά του.

Μέσα από προσωπικές συζητήσεις με τους μεταμοσχευθέντες κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, από προσωπική συνέντευξη με τον κ. Αλέξανδρο Σπυριδωνίδη Επίκουρο Καθηγητή Αιματολογίας και θεράπων ιατρό των μεταμοσχευθέντων και τέλος, μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας μας καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

- Μετά από μια τόσο κρίσιμη θεραπευτική παρέμβαση, όπως είναι η μεταμόσχευση μυελού των οστών, οι ασθενείς αποδεικνύεται πως ανακτούν μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής σαφώς βελτιωμένη μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση. Παράλληλα αξιολογούν την τωρινή κατάσταση της υγείας τους καλή έως και εξαιρετική.
- Η κατάσταση της σωματικής τους υγείας, περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες ειδικότερα τις πολύ κουραστικές και λιγότερο της μετρίας έντασης δραστηριότητες.
- Όσο αφορά την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, τους διακατέχει το αίσθημα της αισιοδοξίας και της ηρεμίας, αποβάλλοντας με την πάροδο του χρόνου την μελαγχολία και τον εκνευρισμό πράγμα που αποδεικνύεται από την κοινωνική τους δραστηριότητα αφού δεν περιορίζεται σημαντικά.
- Ο σωματικός πόνος υποχωρεί χωρίς να επηρεάζει πια την συμμετοχή τους στις καθημερινές τους εργασίες, ενώ η εμφάνιση κάποιου συναισθηματικού προβλήματος είναι ικανή να επηρεάσει κάποια δραστηριότητά τους.
- Η κούραση και η εξάντληση εμφανίζονται πολύ συχνά, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι εξαλείφεται η ζωντάνια, η ενεργητικότητα, το κέφι και η θέληση για ζωή.



- Κύριος παράγοντας για την ψυχολογική κατάσταση του μεταμοσχευμένου είναι η ηθική στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον.
- Τέλος, αξιολογούν την υγεία τους πολύ καλύτερη μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση σε σχέση με πριν.

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και με την πρακτική αξία των διαφόρων δεικτών της με σκοπό την εισαγωγή εκείνων των θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα εξασφαλίσουν τις κατά το δυνατό καλύτερες συνθήκες για τον ασθενή. Όπως φάνηκε και σε αυτήν την έρευνα, έχει συντελεστεί σημαντική πρόοδος στον συγκεκριμένο τομέα. Αυτά τα επιτυχημένα βήματα θα πρέπει να γίνουν το εφαλτήριο για ακόμα μεγαλύτερα επιτεύγματα στο μέλλον.

Μέσα από την έρευνά μας, αποδεικνύεται ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση είναι υψηλό όπως αρχικά υποθέσαμε.

Τελικά, η μέτρηση της ποιότητας ζωής των μεταμοσχευθέντων έχει αξία, διότι η διαδικασία υποβολής σε μεταμόσχευση μυελού των οστών συμβάλει αισθητά στην βελτίωσή της.

## ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- <sup>1</sup> Ράπτης Σ., (1998), «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153
- <sup>2</sup> <http://www.transplantation.gr/→05/06/2007>
- <sup>3</sup> <http://www.eom.gr/→30/05/07>
- <sup>4</sup> McGraw Hill, (1994), «Harrison's Principle of Internal Medicine International», p. 1793-1798
- <sup>5</sup> <http://www.imlarisis.gr/→02/05/2007>
- <sup>6</sup> <http://www.servitoros.gr/→17/05/2007>
- <sup>7</sup> <http://www.enet.gr/→20/05/2007>
- <sup>8</sup> <http://eurlex.europa.eu/→07/06/2007>
- <sup>9</sup> ΦΕΚ Ν.2737/1999,τεύχος Α, αρ. φύλλον 174, αρθ. 15-16
- <sup>10</sup> Ιορδανίδης, Π.-Ιεροδιακόνου, Χ.(1993) «Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών», σελ. 51
- <sup>11</sup> Παπαδημητρίου, Ι.(1994) «Η ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων», σελ. 10-11
- <sup>12</sup> Βλαχογιάννης, Ι.(2005) «Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας», σελ.78-83
- <sup>13</sup> Σαρρής, Μ. (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», σελ. 289-309
- <sup>14</sup> Υφαντόπουλος, Ι. (2003), «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», σελ. 549-590
- <sup>15</sup> Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», σελ. 254-266
- <sup>16</sup> Rogerson, R.J. (1995) «Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities», p.1373-1382
- <sup>17</sup> Campell, A.-Convese, PE.- Rogers, WL.(1976) « The quality of American Life. Perceptions, Evaluation and Satisfaction», p.684-701
- <sup>18</sup> W.H.O., (2001) «Revised Targets for Health for All in Europe », whoqol, 272: p.619-625
- <sup>19</sup> Οικονόμου,Μ.-Κοκκάση,Μ.-Τριανταφύλλου,Ε.-Χριστοδούλου Γ.(2004) «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση» σελ. 239-253
- <sup>20</sup> Lindstrom, B. (1994) « the quality of Life of Children in the Nordic Countries», p.1673-1732

<sup>21</sup>Flanagan, J.C.(1978) «A Research Approach to Improving our Quality of Life», American Psychologist, 33 : p. 138-147

<sup>22</sup>Flanagan, J.C.(1982) «Measurement of Quality of Life», Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63 : p.56-59

<sup>23</sup>Segovia, J. -Bartlett, R.- Edwards AC.(1989) «.An empirical analysis of the dimensions of health status measures», 29:p. 761–768

<sup>24</sup>Spitzer, W. - Dobson. A.- Hall, J.- Cheeseman, E.- Levi, J.- Shepherd R et al.(1981) « Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians» 34: p 585–597

<sup>25</sup>Hathaway, D.- Strong, M.- Ganza, M.(1990) « Post transplant, Quality of life expectations), 17 : p 433-9

<sup>26</sup> White, M. –Ketefian,S.-Starr, A.- Voepel, J.- (1990) «Stress, Coping and quality of life in Adult Kidney Transplant Recipients»17 : p 421-4

<sup>27</sup> Voepel-Lewis, T.- Starr, A.- Ketefian, S.-White, MJ. (1990) «Stress, Coping and quality of life in family members Kidney Transplant Recipients» 17: p 427-31

<sup>28</sup>Frey, G.(1990) «Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant», 17 : p.443-6

<sup>29</sup>Gill, TM. (1994) «A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements» 272: p 619–625

<sup>30</sup> [www.qualitymetric.com/](http://www.qualitymetric.com/)→07/06/2007

<sup>31</sup>ΦΕΚ Ν.171/α/1986, τεύχος Β, αρ. φύλλου 767, άρθρο 1-3

<sup>32</sup>Νιάκας, Δ,- Παππά, Ε.- Κοντοδημόπουλος, Ν.(2005) «Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού»,23: σελ.159-166

<sup>33</sup><http://www.google.gr>→ περιφέρειες Ελλάδας→15/10/2007

<sup>34</sup>ΕΟΜ, (2007) «Η Μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα για το 2007 σύμφωνα με τον ετήσιο απολογισμό του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων», Διάγνωση, φύλλο 80, σελ. 10

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΒΙΒΛΙΑ

- Βλαχογιάννης, Ι.(2005) «Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας», Εκδόσεις Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, σελ.78-83
- Σαρρής, Μ.(2001) «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σελ. 289-309
- Ράπτης, Σ.(1998) «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, τόμος 4<sup>ος</sup> σελ.140-153
- Υφαντόπουλος, Ι.(2003) «Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική», Τυπωθήτω Δαρδάνος Γ., Αθήνα, σελ 549-590
- McGraw Hill, (1994) «Harrison's Principle of Internal Medicine International», 13<sup>th</sup> edition, p 1793-1798

### ΑΡΘΡΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ

- Ιορδανίδης, Π.-Ιεροδιακόνου, Χ.(1993) «Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των νεφροπαθών», Μεταμόσχευση, τεύχος 3,σελ. 51
- Νάκου, Σ.(2001) «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 18,σελ. 254-266
- Οικονόμου, Μ.-Κοκκώση, Μ.-Τριανταφύλλου, Ε.-Χριστοδούλου Γ.(2004) «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 18,σελ.239-253
- Παπαδημητρίου, Ι. (1994) «Η ηθική και δεοντολογική άποψη των μεταμοσχεύσεων», Ιατρική, τεύχος 65,σελ. 10-11
- ΕΟΜ, (2007) «Η Μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα για το 2007 σύμφωνα με τον ετήσιο απολογισμό του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων», Διάγνωση, φύλλο 80, σελ 10
- Flanagan, J.C.(1978) «A Research Approach to Improving our Quality of Life», American Psychologist, 33 : p. 138-147

- Flanagan, J.C.(1982) «Measurement of Quality of Life», Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63 : p.56-59
- Frey, G.(1990) «Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant», 17 : p.443-6
- Gill, TM.(1994) «A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements»,Eurotransplant,272: p 619–625
- Hathaway, D.- Strong, M.- Ganza, M.(1990) « Post transplant, Quality of life expectations), Anna J,17 : p 433-9
- Lindstrom, B. (1994) « the quality of Life of Children in the Nordic Countries», NHV-Report, 3:1673-1732
- Rogerson, R.J. (1995) «Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities», Soc Sci Med, 41: p.1373–1382
- Segovia, J. -Bartlett, R.- Edwards AC.(1989) «.An empirical analysis of the dimensions of health status measures», Soc Sci Med, 29: p.761–768
- Spitzer, W.- Dobson. A.- Hall, J.- Cheeseman, E.- Levi, J.- Shepherd R et al.(1981) « Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians»,Chron Dis, 34: p 585–597
- W.H.O., (2001) «Revised Targets for Health for All in Europe », whoqol, Soc Sci Med 272: p.619–625
- Voepel-Lewis, T.- Starr, A.- Ketefian, S.-White, MJ. (1990) «Stress, Coping and quality of life in family members Kidney Transplant Recipients», Anna J, 17: p 427-31
- White, M.–Ketefian, S.-Starr, A.-Voepel, J.- (1990) «Stress, Coping and quality of life in Adult Kidney Transplant Recipients», Anna J, 17 : p 421-4

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Μηχανή Αναζήτησης, <http://www.google.gr>→ περιφέρειες ελλάδας,→15/10/2007
- Πανελλήνιος Σύλλογος Μεταμοσχευμένων, <http://www.transplantation.gr/>→05/06/2007
- Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, <http://www.eom.gr/>→30/05/07
- Ηλεκτρονικό περιοδικό της Εύβοιας, <http://www.servitoros.gr/>→17/05/2007
- Ιερά Μητρόπολη Λαρίσης, <http://www.imlarisis.gr/>→02/05/2007
- Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, <http://www.enet.gr/>→20/05/2007



- Commission of the European communities, <http://eurlex.europa.eu/>→07/06/2007
- Quality Metric Company, <http://www.qualitymetric.com/>→07/06/2007
- Ηλεκτρονικό Ιατρικό Περιοδικό, <http://www.iatronet.gr/>→12/06/2007

## **ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ**

- ΦΕΚ Ν.171/α/1986,τεύχος Β, αρ. φύλλου 767, άρθρο 1-3
- ΦΕΚ Ν.2737/α/1999,τεύχος Α, αρ. φύλλου 174, άρθρο 15-16

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

- Νιάκας, Δ. -Παπιά, Ε.- Κοντοδημόπουλος, Ν.(2005) «Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος23, σελ.159-166

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται από μια ομάδα σπουδαστών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με θέμα «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΩΝ»

Το sf-36 είναι ένα ψυχομετρικό όργανο μέτρησης που χρησιμοποιείται για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Στόχος της πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την υποβολή τους σε μεταμόσχευση.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου παρακαλούμε να έχετε υπ' όψιν σας τα εξής:

1. Δώστε τις απαντήσεις που σας εκφράζουν.
2. Μη σπαταλάτε πολύ χρόνο σκεπτόμενοι την κάθε ερώτηση. Δώστε την πρώτη απάντηση που έρχεται στο μυαλό σας.
3. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.
4. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.
5. Σε καμία περίπτωση δεν θα ζητηθούν προσωπικές πληροφορίες και η συμμετοχή σας στην έρευνα γίνεται ανώνυμα.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Οι σπουδάστριες : Κωνσταντίνα Τζόβολου  
Βασιλική Κυριακοπούλου

**Σημειώστε (X) στο κουτάκι που σας αφορά**

**1. ΦΥΛΟ :**  ΑΝΔΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ

**2. ΗΛΙΚΙΑ:**  ΚΑΤΩ ΤΩΝ 20  20 ΕΩΣ 40  40 ΕΩΣ 60  ΠΑΝΩ ΑΠΟ 60

**3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:**  ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ  ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ  
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ:  ΑΝΩΤΑΤΗ (ΤΕΙ)  
 ΑΝΩΤΕΡΗ (ΑΕΙ)

**4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**  ΕΓΓΑΜΟΣ  
 ΑΓΑΜΟΣ  
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ  
 ΧΗΡΟΣ

**5. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ:**

**6. ΕΙΔΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ:**  ΑΥΤΟΛΟΓΗ  
 ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ

## SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική .....	1
Πολύ καλή .....	2
Καλή .....	3
Μέτρια .....	4
Κακή .....	5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....	1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....	2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν .....	3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....	4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν .....	5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπόρ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2



5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....1  
 Ελάχιστα .....2  
 Μέτρια .....3  
 Αρκετά .....4  
 Πάρα πολύ .....5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....1  
 Πολύ ήπιο .....2  
 Ηπιο .....3  
 Μέτριο .....4  
 Εντονο .....5  
 Πολύ έντονο .....6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου .....	1
Λίγο .....	2
Μέτρια .....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ .....	5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα -

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε

σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ησαστε ευτυχημένος/ευτυχημένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

(βάλτε έναν κύκλο)

Συνεχώς .....1  
 Το μεγαλύτερο διάστημα .....2  
 Μερικές φορές .....3  
 Μικρό διάστημα .....4  
 Καθόλου .....5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε

σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5



01001742708990012



3669

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 174

27 Αυγούστου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2737

Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων  
και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'  
ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Πεδίο εφαρμογής.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με προορισμό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, κατά τους όρους και τη διαδικασία του νόμου αυτού.

2. Οι διατάξεις του νόμου αυτού δεν εφαρμόζονται

- α) στις αυτομεταμοσχεύσεις,
- β) στις αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις όρχεων και ωθηκών,
- γ) στη λήψη και μεταγγιση αίματος,
- δ) στη λήψη και χρησιμοποίηση ωαρίων και σπέρματος,
- ε) στην ενδομητρία εμφύτευση εμβρύων.

Άρθρο 2

Απαγόρευση ανταλλάγματος.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε ανάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους, καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο.

2. Δεν συνιστά ανάλλαγμα η καταβολή των δαπανών, που είναι απαραίτητες για την αφαίρεση, συντήρηση και μεταφορά του μοσχεύματος.

Άρθρο 3

Δαπάνες.

1. Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση βαρύνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δα-

πάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ειδικό κωδικό αριθμό και καταβάλλονται με βάση δικαιολογητικά που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) του άρθρου 15 του νόμου αυτού.

2. Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες της προηγούμενης παραγράφου περιλαμβάνονται:

- α. Οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά την αφαίρεση και εξαιτίας αυτής.
- β. Τα έξοδα μετακίνησης και διαμονής του υποψήφιου δότη.

γ. Κάθε θετική ζημία του υποψήφιου δότη εξαιτίας της αποχής του από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της αφαίρεσης και την αποκατάσταση της υγείας του.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων δύναται να εξαιρούνται από τις περιοριστικές διατάξεις της νομοθεσίας που διέπει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και αποκατάσταση βλάβης της υγείας των ασφαλισμένων, δότη ή λήπτη, σε περιπτώσεις αφαιρέσεων ιστών ή οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, όπως δαπάνες επέμβασης, νοσηλείας, φυσιοθεραπείας και άλλες συναφείς.

Άρθρο 4

Μονάδες Μεταμόσχευσης

1. α. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης λειτουργούν με άδεια του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που χορηγείται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ. και γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Η άδεια εκδίδεται για τρία (3) έτη, εφόσον διαπιστωθεί η επάρκεια της μονάδας και η δυνατότητα συμβολής της στην αντιμετώπιση των αναγκών για μεταμοσχεύσεις. Μετά την πάροδο τριών

ετών λειτουργίας χορηγείται οριστική άδεια, με βάση τα αποτελέσματα της μεταμοσχευτικής της δραστηριότητας.

β. Για τις ήδη νομίμως λειτουργούσες Μονάδες Μεταμόσχευσης χορηγείται, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, νέα άδεια, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην περίπτωση α' της παρούσας παραγράφου.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., ανακαλείται η προσωρινή ή οριστική άδεια, εφόσον διαπιστωθεί ότι η μονάδα μεταμόσχευσης δεν πληροί τους όρους που καθορίζονται στην υπουργική απόφαση, η οποία αναφέρεται στην παραγραφο 4.

3. Οι Μονάδες Μεταμόσχευσης τελούν υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και υποβάλλουν στον Ε.Ο.Μ. ετήσια έκθεση για τη δραστηριότητά τους, εντός του Α' διμήνου του επόμενου έτους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 5

##### Συντονιστές Μεταμόσχευσης

Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στα παραρτηματά του, όταν αυτά αναπτυχθούν, καθώς και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία, οι οποίες καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας (Α.Ε.Ι. - Τ.Ε.Ι.) μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α'). Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

#### Άρθρο 6

##### Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση και Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών

1. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (Τ.Ι.Μ.) συστήνονται και διαθετούν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση.

2. Οι Τ.Ι.Μ. ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών «Ο ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ», που εποπτεύονται, κατά περίπτωση, από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας ή Ανάπτυξης.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των συναρμόδιων Υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Μ., καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και

λειτουργίας των Τ.Ι.Μ., οι ειδικότερες κατηγορίες τους, ο έλεγχος της λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Ο Ε.Ο.Μ. καταρτίζει «Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών», το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών.

#### Άρθρο 7

##### Υποψήφιοι λήπτες.

1. Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Η πιστοποίηση γίνεται από μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής τους και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συνανόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία.

2. Υποψήφιος λήπτης που δεν εγγράφεται στο Εθνικό Μητρώο επειδή δεν κρίθηκε κατάλληλος για μεταμόσχευση ή που διαγράφεται από αυτό επειδή έπαυσε να ισχύει η καταλληλότητά του, μπορεί να προσφύγει στον Ε.Ο.Μ. που τον παραπέμπει σε άλλη μεταμοσχευτική μονάδα, η οποία αποφαιίνεται τελικά σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό του.

3. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση κριτήρια όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχειύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Η σημασία των παραπάνω, καθώς και κάθε άλλου κριτηρίου καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ.. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά η ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θανάτο τους.

#### Άρθρο 8

##### Μητρώο και Αρχείο.

Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται μητρώα δωρητών, κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

#### Άρθρο 9

##### Ευαίσθητα δεδομένα.

Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα Αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50/Α').

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

##### ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

#### Άρθρο 10

##### Προϋποθέσεις και διαδικασία

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου, από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν



υψίστατα άλλη εναλλακτική θεραπευτική μεθοδος αναλογως αποτελεσματικότητας και δεν συνεπαγεται προφανη σοβαρο κινδυνο για τη ζωη ή την υγεια του δότη.

2 Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεια η πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

3. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αφαίρεση μυελού των οστών και από ανήλικο δότη, όταν πρόκειται για μεταμόσχευση σε αδελφό η αδελφή του, εφόσον υπάρχει μεταξύ τους ισοσυμβατότητα. η αφαίρεση είναι αναγκαία για τη ζωή του λήπτη. δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος ισοσυμβατός δότης, ο οποίος να έχει τη δικαιιοπρακτική ικανότητα να παρασχει εγκυρα τη συναίνεση του στη μεταμόσχευση, και συναινουν σε αυτή και οι δυο γονείς, εστω και αν μονο ο ένας έχει την επιμελεια του ανήλικου τέκνου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή αν και οι δύο έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται απο τον επίτροπο, ύστερα απο απόφαση του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος, που έχει συμπληρώσει το δωδέκατο ετος της ηλικίας του, συναινει και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναίνεσεις παρέχονται κατο τον τρόπο που προβλέπεται: στην παράγραφο 5 του άρθρου αυτού.

4. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζωντα δοτη με σκοπο τη μεταμοσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελευθέρως την προς τουτο συναίνεση του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό, τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.

5. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:

- α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο.
- β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αιτυμωμική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφης του δότη.
- γ) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικο βιβλίο, το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται δυο μαρτυρες, οι οποίοι και συνοπογράφουν με το δοτη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο.
- δ) Η συναίνεση του δοτη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

7 Όλα τα σχετικά με τη μεταμοσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο

#### Άρθρο 11 Αποζημίωση.

1. Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο, πέραν των παροχων των ασφαλιστικών οργανισμων στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής από αυτόν.

2. Η αποζημίωση καταβάλλεται από τις ειδικές πιστώσεις του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που προβλέπονται στο άρθρο 3 του νόμου αυτού.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

##### Άρθρο 12

##### Προυπαθέσεις και διαδικασία.

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμοσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, εστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

2. Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δοτης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνηση του.

3. Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού, κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ., αν συναινεί η όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματός του για μεταμόσχευση μετά το θανάτο του. Εφόσον παρόμοια δήλωση δεν έχει ήδη γίνει, οι δήμοι και τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να φροντίζουν για τη λήψη των σχετικών δηλώσεων από τους δημότες ή τους ασφαλισμένους τους.

4. Αν ο δυνητικός δοτης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του η την άρνησή του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδερφια του.

5. Η συναίνεση η η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του.

6. Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και ένα νευρολόγο ή νευροχειρουργο στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερωσει αμσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν την κατα την παρ. 4 συναίνεση ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δοτης δεν είχε εγγράφως συναινέσει η αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

7. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτηρισηρα.

8. Αμέσως μετά το θάνατό τους, οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεσή τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετα το θάνατό τους, καταχωρούνται σε καταλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ.

##### Άρθρο 13

##### Τήρηση ανωνυμίας.

Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένεια του.

Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη.

Άρθρο 14

Δωρεά προς ορισμένο πρόσωπο.

Η δωρεά ιστών και οργάνων για μετά το θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη. Υπόδειξη του λήπτη από το δωρητή σώματος ή οργάνων δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Άρθρο 15

Επωνυμία - Έδρα - Σκοπός.

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)» και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

3. Για την εκπλήρωση του σκοπού του, ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων:

α. Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

β. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.

γ. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων.

δ. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση.

ε. Προβαινει σε επίσημη εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

ζ. Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.

η. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.

Άρθρο 16

Διοίκηση.

1. Ο Ε.Ο.Μ. διοικείται από εντεκαμελές (11) διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. έναν Καθηγητή Ιατρικής Σχολής με ειδικότητα σε γνωστικό αντικείμενο συναφές προς τη μεταμόσχευση,

β. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Μυελού των Οστών, προτεινόμενο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας,

γ. ένα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νοση-

λευτικού Ιδρύματος, που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

δ. ένα Διευθυντή Μεταμοσχευτικού Κέντρου Συμπαγών Οργάνων, νοσηλευτικού ιδρύματος εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,

ε. ένα Διευθυντή Κέντρου Ισοσυμβατότητας, το οποίο ασχολείται με τις μεταμοσχεύσεις,

στ. έναν Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή Νομικού Τμήματος Α.Ε.Ι.,

ζ. έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.),

η. έναν ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

θ. έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος,

ι. ένα λήπτη ή υποψήφιο λήπτη μοσχεύματος ιστών ή οργάνων, που ορίζεται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες,

ια. έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος.

2. Ο Πρόεδρος, τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ., καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου του Ε.Ο.Μ. είναι τριετής.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών καθορίζεται η αποζημίωση του Προέδρου και των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

Άρθρο 17

Πόροι.

Πόροι του Ε.Ο.Μ. είναι:

α) Πάγια ετήσια επιχορήγηση από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας,

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και κάθε είδους χορηγίες από τρίτους.

Άρθρο 18

Προσωπικό.

1. Συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου διάρκειας πέντε (5) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται. Η πλήρωση των θέσεων αυτών γίνεται κατά τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α') και μέχρι την πλήρωση μπορεί να καλύπτονται οι ανάγκες με διάθεση ή απόσπαση ειδικών επιστημόνων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή των Οργανισμών που εποπτεύει. Τα ειδικότερα καθήκοντα του προσωπικού αυτού καθορίζονται στον Κανονισμό του Οργανισμού.

2. Συνιστώνται δεκαπέντε (15) θέσεις Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, γραμματειακής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης του Οργανισμού, τις οποίες καλύπτει προσωπικό με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28/Α'). Μέχρι τη συμπλήρωση αυτών των θέσεων, οι ανάγκες του Οργανισμού μπορούν να καλύπτονται από το στελεχιακό δυναμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Για την πρόσληψη προσωπικού στις θέσεις των προηγούμενων παραγράφων προσόντα διορισμού ορίζονται:

α. για τις θέσεις της παρ. 1, τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του Ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50/Α'),

β. για τις θέσεις της παρ. 2 τα κατά περίπτωση κλάδου



ή ειδικότητας προβλεπόμενα από το π.δ 194/1998, όπως αυτό ισχύει

Η αμοιβή του προσωπικού αυτού γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α').

#### Άρθρο 19

##### Οργανισμός - Εσωτερικός Κανονισμός.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται ο Κανονισμός λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., ο οποίος ρυθμίζει την οργάνωση και τη διάρθρωση των υπηρεσιών του, την κατανομή των αρμοδιοτήτων του προσωπικού, τον ορισμό επιτροπής δεοντολογίας ή άλλων επιστημονικών επιτροπών, τον έλεγχο διαχείρισης, την υπηρεσιακή κατάσταση και τον πειθαρχικό έλεγχο του προσωπικού, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

##### Άρθρο 20

1. Όποιος με πρόθεση παραβαίνει τις διατάξεις των άρθρων 10 και 12 του νόμου αυτού τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

2. Όποιος δίνει από το σώμα του μοσχεύματα τιμωρείται, εάν συμφώνησε ή έλαβε οποιοδήποτε αντάλλαγμα γι' αυτόν το σκοπό, με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

3. Όποιος προσφέρεται δημόσια να δώσει από το σώμα του μοσχεύματα με οποιοδήποτε αντάλλαγμα τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και με χρηματική ποινή.

4. Όποιος συμφωνεί ή λαμβάνει οποιοδήποτε αντάλλαγμα για να μεσολαβήσει σε αφαίρεση ιστών και οργάνων άλλου για μεταμόσχευση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

5. Όποιος λαμβάνει ή προσφέρεται να λάβει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ιστούς και όργανα ανθρώπινης προέλευσης τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή. Εάν σκοπός της απόκτησης των μοσχευμάτων είναι η μεταπώληση, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και χρηματική ποινή δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών.

6. Όποιος χρησιμοποιεί ιστό ή όργανο για μεταμόσχευση σε λήπτη άλλον από τα οριζόμενα στο άρθρο 10 πρόσωπα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών και χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών.

7. Όποιος καθ' οιονδήποτε τρόπο παρακωλύει παράνομως την αφαίρεση μοσχεύματος, τη φύλαξη, μεταφορά, διατήρηση και τελική εμφύτευση με αποτέλεσμα τη μη αξιοποίησή του τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους και με χρηματική ποινή τουλάχιστον δύο εκατομμυρίων (2.000.000) δραχμών.

8. Οι ποινές για τις πράξεις που προβλέπονται από τις παραγράφους 1 έως 7 του άρθρου αυτού, επιβάλλονται εφόσον δεν τιμωρούνται βαρύτερα με άλλη ποινική διάταξη. Εάν οι πράξεις που προβλέπονται από τις παρα-

γράφους 1, 2, 4, 5 και 6 του παρόντος άρθρου τελούνται καθ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια τιμωρούνται με κάθειρξη.

9. Τα ανωτέρω ποσά χρηματικών ποινών αποτελούν έσοδα του Δημοσίου και εισπράττονται σύμφωνα με τις διατάξεις περί δημοσίων εσόδων.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

##### Άρθρο 21

##### Ρυθμίσεις διαφόρων θεμάτων προσωπικού των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

1. Στο άρθρο 21 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 23/Α'), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, προστίθεται παράγραφος 21 ως εξής:

«21. Η πρόσληψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας και προσωπικού στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς, για την αναπλήρωση μητέρας υπαλλήλου στην οποία χορηγείται η κατά το άρθρο 52 παρ. 1 του Ν. 2683/1999 άδεια μητρότητας ή και η κατά το άρθρο 53 παρ. 1 του ίδιου νόμου, άδεια για ανατροφή παιδιού, γίνεται σύμφωνα με τη διαδικασία και τα κριτήρια του παρόντος άρθρου, διαρκεί όσο χρόνο απουσιάζει η υπάλληλος που αναπληρώνεται και δεν μπορεί να υπερβαίνει τους δώδεκα (12) μήνες. Παράταση της σύμβασης πέραν του προηγούμενου ορίου ή μετατροπή της σε σύμβαση αορίστου χρόνου είναι αυτοδικαίως ακυρες».

2. Συνιστώνται εκατόν πενήντα (150) θέσεις διαφόρων κλάδων Πανεπιστημιακής (ΠΕ), Τεχνολογικής (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) και Υποχρεωτικής (ΥΕ) Εκπαίδευσης για την κάλυψη των αναγκών της Κεντρικής και των Αποκεντρωμένων Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονται οι θέσεις σε κλάδους και ειδικότητες και καθορίζονται τα προσόντα διορισμού στις θέσεις αυτές. Οι συνιστώμενες θέσεις προστίθενται στις προβλεπόμενες θέσεις του Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στο άρθρο 29 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α') προστίθεται εδάφιο ε' που έχει ως εξής:

«Σε όσους υπαλλήλους δεν μεταταγούν μπορεί, εφόσον υπάρχουν ανάγκες, να τους ανατίθεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η δυνατότητα να εξακολουθήσουν να ασκούν τα καθήκοντά τους με τις ίδιες αρμοδιότητες, υποχρεώσεις και δικαιώματα του κλάδου ΠΕ Επιθεωρητών, κατά τα άρθρα 37, 38, 39 και 40 του Π.Δ. 138/1992 και το άρθρο 14 παρ. 1Α περ. γ' του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α').»

4. Επιτρέπεται να διορίζονται σε κενές και κενούμενες θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και γιατροί που έχουν ιθαγένεια Κράτους - Μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία και τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής γλώσσας, καθώς και ο αναγκαίος κατά ιατρική ειδικότητα ή θέση, βαθμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Οι ανωτέρω τοποθετούνται με σύμβαση ενός (1) έτους

και ως προς τις αποδοχές και τον τρόπο αμοιβής τους εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40/Α).

5. Το εδάφιο γ' της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

«Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορούν να εφαρμόζονται ανάλογα και για μόνιμους αγροτικούς γιατρούς άλλων ε. δικοτήτων. Οι εντασσόμενοι τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας εντός η εκτός των ορίων του νομού, που έχουν την οργανική τους θέση, ανάλογα με τις ανάγκες. Στην περίπτωση που δεν αποδεχονται την τοποθέτησή τους στη μονάδα που τοποθετούνται, παραμένουν στην οργανική θέση που κατέχουν ως μόνιμοι αγροτικοί γιατροί.»

6. Οι διατάξεις του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α) καταργούνται από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

7. Το άρθρο 39 του Ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125/Α) αντικαθίσταται ως εξής:

#### «Άρθρο 39

Στο άρθρο 43 του Ν. 1759/1988 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 4, που έχει ως εξής:

4. Γιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα που συμπλήρωσαν τέσσερα (4) συνολικά έτη πραγματικής υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό σε νοσοκομεία αγρών Α' περιόχων, μπορούν ύστερα από αίτησή τους να μετατεθούν σε ομοίωβαθμη θέση, σε νοσοκομεία εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ο γιατρός που μετατάσσεται καταλαμβάνει είτε κενή θέση ή θέση προς τούτο δημιουργούμενη με υπουργική απόφαση. Προυπόθεση για τη μετάθεση είναι η εντοπιστική και η συνυπηρετηση επιταγμάτων.»

6. Διορισμοί γιατρών που έγιναν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 26 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) και της παρ. 1 του άρθρου 28 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α) σε κενές θέσεις γιατρών υπηρεσίας υπαίθρου χωρίς προηγούμενη έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου είναι νόμιμοι και καταβάλλονται όλες οι αποδοχές.

9. Προσωπικό της κατηγορίας ΥΕ, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ή με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου κατατάσσεται με την ίδια σχέση σε υφιστάμενες κενές θέσεις του κλάδου ΔΕ προσωπικού ασφαλείας η ειδικότητας αντίστοιχα. Εάν δεν υπάρχουν κενές θέσεις, η κατατάξη γίνεται σε προσωποπαγείς θέσεις του κλάδου ή ειδικότητας ΔΕ προσωπικού ασφαλείας αντίστοιχα, που συνιστώνται με την πράξη κατατάξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν. Για την κατά τα ανωτέρω κατατάξη θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: α) απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου με την οποία να έχουν ανατεθεί καθήκοντα προσωπικού ασφαλείας στον εντασσόμενο β) ανάλογη εκπαίδευση στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Αστυνομίας γ) να έχουν ασκήσει τα καθήκοντα του προσωπικού ασφαλείας για τρία (3) τουλάχιστον χρόνια.

10. Προσωπικό που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας σε θέσεις των κλάδων ΥΕ

Οδηγών Αυτοκινήτων, Ασθενοφόρων και ΥΕ Τραυματιοφόρων κατατάσσεται σε υφιστάμενες κενές θέσεις κλάδου ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων και αν δεν υπάρχουν σε υφιστάμενες με την πράξη κατάταξης προσωποπαγείς θέσεις του ίδιου κλάδου, οι οποίες καταργούνται αυτοδικαίω με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση αυτών που τις κατέχουν, εφόσον έχουν: α) επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου τουλάχιστον Γ' κατηγορίας, β) τριετή εμπειρία οδηγού αυτοκινήτου, που διανυθίκε με άδεια οδήγησης τουλάχιστον Γ' κατηγορίας.

11. Συδεις υποβάλλει υποψηφιότητα για θέση κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομείο, αν δεν έχει εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου που ορίζει το Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α) ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή. Εξαιρούνται οι υποψήφιοι σε Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας, Κέντρα Υγείας και Πολυδυναμα Ιατρεία. Κάθε άλλη αντίθετη διαταγή προς αυτήν καταργείται.

#### Άρθρο 22

Ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε. - ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. - ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. - Δ.Ε.Π.Α.Ν.Ο.Μ.

1. Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ, που ιδρύθηκε με το άρθρο 7 παρ. 1 του Ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146/Α) και λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 του ίδιου νόμου, μετατρέπεται σε ανώνυμη εταιρεία, με την επωνυμία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» και έδρα την Παλλήνη Αττικής, η οποία διέπεται από τις διατάξεις του Κ.Ν. 2190/1920 και της παρ. 3 του άρθρου 7 του Ν. 1965/1991. Το καταστατικό θα συνταχθεί με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. Η μεταβολή της νομικής μορφής, κατά τα ανωτέρω, συντελείται με τη δημοσίευση του καταστατικού της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.», σύμφωνα με τις διατάξεις περί ανωνύμων εταιρειών.

Η ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ Α.Ε. συγχωνεύεται με τη μετατροπή σε ανώνυμη εταιρεία «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.». Το μετοχικό κεφάλαιο της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» αποτελείται από μία ονομαστική μετοχή, η οποία ανήκει στον Ε.Ο.Φ., το Δ.Σ. του οποίου ασκεί τις αρμοδιότητες της Γενικής Συνελεύσεως. Η μετατροπή και η συγχώνευση έχουν πλήρη απαλλαγή από φόρους, τέλη και κρατήσεις υπέρ οποιουδήποτε τρίτου. Τα δικαιώματα των συμβολαιογράφων και υποθηκοφυλάκων περιορίζονται στο 1.4 των νομίμων.

Η σχέση εργασίας που συνδέει το υπάρχον προσωπικό διατηρείται και μεταξύ αυτού και της «Ι.Φ.Ε.Τ. Α.Ε.» υπό το ισχύον σήμερα καθεστώς και τους ίδιους όρους.

2. Στο άρθρο 17 του Ν. 2303/1995 (ΦΕΚ 80/Α') προστίθεται παρ. 9 ως εξής:

«9. Με την καταχώρηση στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιρειών της απόφασης της Γ.Σ. των μετόχων της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. περί λύσεως της εταιρείας, ο Ε.Ο.Φ. καθίσταται αυτοδικαίω και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα γενικώς τα ενοχικά και εμπραγμάτα δικαιώματα και υποχρεώσεις της λυθείσας εταιρείας, ως καθολικός διαδοχός της. Οι εκκρεμείς δίκες της ΕΛΒΙΠΥ Α.Ε. συνεχίζονται στο όνομα του Ε.Ο.Φ., ο οποίος νομιμοποιείται ενεργητικά και παθητικά προς τούτο.»

3. Στην εννοια των έργων της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 54 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α) περιλαμβάνεται και η ανασθεσίση μελετών εξοπλισμού, καθώς και η



ανάθεση εκτέλεσης προμήθειας ειδών πρισης φυσικής εξοπλισμού. Η Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. ορίζεται φορέας εκτέλεσης προμήθειας εξοπλισμού και εξαιρείται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 2286/1995 (ΦΕΚ 19/Α).

#### Άρθρο 23

Κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

1. Το άρθρο 20 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15/Α), όπως ισχύει σήμερα, αντικαθίσταται ως εξής:

#### « Άρθρο 20

1. Καθιερώνεται κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική μορφή, καθώς και όλους τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδύνατου και ανασφαλιστού». Ο κατάλογος εγκρίνεται και αναθεωρείται ανά διετία από της ισχύος του με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας, ύστερα από εισήγηση Ειδικής Επιτροπής που συστήνεται με απόφαση των ιδίων Υπουργών στον Ε.Ο.Φ.

Κατ' εξαίρεση μέχρι τη συμπλήρωση διετίας από την εφαρμογή του καταλόγου, όπως συμπληρωμένος ισχύει σήμερα, μπορούν να εκδίδονται, με την ίδια διαδικασία αξιολόγησης και ύστερα από απόφαση των ιδίων Υπουργών, συμπληρωματικοί κατάλογοι που θα περιλαμβάνουν ιδιοσκευάσματα από νέα δελτία τιμών και διορθώσεις.

2. Η Ειδική Επιτροπή είναι επταμελής και συγκροτείται από δύο καθηγητές ή αναπληρωτές των σχολίων επιστημών υγείας των Α.Ε.Ι., ένα γιατρο με βαθμό διευθυντή του Ε.Σ.Υ. και ένα φαρμακοποιό, με προτεραιότητα ανω των πέντε (5) ετών στο Ε.Σ.Υ., καθώς και ένα γιατρό ή φαρμακοποιό του Ε.Ο.Φ., του Ι.Κ.Α. και του Ο.Γ.Α., που ορίζονται από τις διοικήσεις τους. Για καθένα από τα μέλη ορίζεται αντίστοιχα και αναπληρωτής. Πρόεδρος ορίζεται ένας εκ των δύο καθηγητών.

Έργο της Ειδικής Επιτροπής είναι η κατάρτιση νέου ή η αναθεώρηση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και το Δημόσιο, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητά τους, η ανεκτικότητα και ασφάλεια, το μέσο κόστος ημερήσιας θεραπείας, η χορήγηση τους από τις κοινωνικές ασφαλίσεις άλλων χωρών και κάθε άλλο κριτήριο κατά τη γνώμη της Επιτροπής.

3. Μετά την ολοκλήρωση της κατάρτισης του καταλόγου από την Ειδική Επιτροπή ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι, προκειμένου να υποβάλλουν εντός δεκαπεντε (15) ημερών τις παρατηρήσεις τους, ώστε να ληφθούν υπόψη για την οριστικοποίηση του καταλόγου και την έκδοση της σχετικής απόφασης. Μετά την έκδοση της απόφασης αυτής και τη δημοσίευσή της οι παρασκευαστές ή αντιπρόσωποι των οποίων ιδιοσκευάσματα δεν έχουν περιληφθεί στον κατάλογο, μπορούν να ζητήσουν την επανάκρισή τους από την ίδια Ειδική Επιτροπή προσκομίζοντας κάθε στοιχείο, κατά την κρίση τους αναγκαίο, για την υπεράσπιση των απόψεών τους με το δικαίωμα να αναπτυξουν αυτές και προφορικά ενώπιον της Επιτροπής. Για τα ιδιοσκευάσματα τα οποία θα γίνουν δεκτά μετά από την επανάκρισή τους

από την Ειδική Επιτροπή, εκδίδεται, μετά από εισήγησή της, συμπληρωματικός κατάλογος με νέα κοινή υπουργική απόφαση.

4. Σε όλα τα μέλη και τους γραμματείς της Επιτροπής της παρ. 2 και υβαλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, η οποία δεν υπόκειται στους περιορισμούς των άρθρων 3 του Ν. 1256/1982 και 18 του Ν. 1505/1984, βαρύνει το Λογισμικό Βελτίωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (Λ.Β.Κ.Α.) και τον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Φ.. Το ύψος της αποζημίωσης και η αναλογία της δαπάνης, που θα βαρύνει το Λ.Β.Κ.Α. και τον Ε.Ο.Φ., θα καθορισθεί με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Οι οροι λειτουργίας της Ειδικής Επιτροπής, η διαδικασία εγκρίσεως ή απορριψεως των ιδιοσκευασμάτων, η γραμματειακή της εξυπηρέτηση και κάθε άλλη λεπτομέρεια ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

6. Το Δημόσιο και οι φορείς της παρ. 1 του παρόντος άρθρου δεν θα εξοφλούν συνταγές με ιδιοσκευάσματα που δεν συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο, εκτός εάν συνυφθούνται από ειδικά αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού για την αναγκαιότητα της χορήγησής τους, ως αναντικατάστατων. Επίσης δεν θα εξοφλούν συνταγές, οι οποίες περιέχουν ιδιοσκευάσματα κατά τη συνταγογράφηση των οποίων δεν έχουν τηρηθεί οι σχετικές αποφάσεις του Ε.Ο.Φ., όσον αφορά τις ενδείξεις τους. Συνταγή που περιέχει ιδιοσκευάσματα εκτός καταλόγου θεωρείται από τον ελεγκτή ιατρό του Δημοσίου ή του ασφαλιστικού οργανισμού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τη νομοθεσία του κάθε φορέα για τη θεώρηση των συνταγών.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, καθιερώνεται ενιαίος τύπος συνταγής χορήγησης φαρμάκων για το Δημόσιο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδύνατου και ανασφαλιστού». Θεσπίζονται οργάνοι και διαδικασίες ελέγχου της φαρμακευτικής περίθαλψης και καθορίζονται οι υποχρεώσεις των ασφαλιστικών φορέων, φαρμακοποιών και των θεραπευτικών ιδρυμάτων και ελεγκτών, καθώς και οι κυρώσεις σε περίπτωση μη τηρήσής τους.»

#### Άρθρο 24

Ρυθμίση καταβολής δαπανών νοσηλείας ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Δαπάνες νοσηλείας ασφαλισμένων Ι.Κ.Α. που αφορούν υλικά και σε τιμές όχι υψηλότερες από αυτές που έχουν καθορισθεί από το ίδρυμα, ιατρικές πράξεις, εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα που δεν συμπεριλαμβάνονται στο νοσηλίο, αλλά έχουν βεβαιωθεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.δ. 2592/1953, βάσει αποφάσεων του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνωμοδότηση του Κ.Ε.Σ.Υ., και αμφισβητείται η καταβολή τους σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ισχύει μέχρι την υπ αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/3.2.98 (ΦΕΚ 99Α) κοινή υπουργική απόφαση, θεωρούνται νόμιμες και καταβάλλονται από το Ι.Κ.Α. στα νοσοκομεία εντός τριμήνου από την έναρξη ισχύος του παρόντος.



## Άρθρο 25

Χωροθέτηση του Κέντρου Υποστήριξης  
Αιτιοτικών Ατόμων Ν. Αττικής.

Στο υπ' αριθ. 3062 τεμάχιο, επιφανείας 14.150 τ.μ. περίπου του κτήματος που βρίσκεται στη θέση «ΟΛΥΜΠΟΣ» του Δήμου Καλυβίων Θορικού και έχει παραχωρηθεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την υπ' αριθ. 6521/5.11.1997 πράξη του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας Αττικής, επιτρέπεται η ανέγερση «Κέντρου Υποστήριξης Αιτιοτικών Ατόμων Ν. Αττικής».

Οι όροι δόμησης για την ανέγερση εγκαταστάσεων του Κέντρου καθορίζονται ως εξής:

Ποσοστό κάλυψης: είκοσι τοις εκατό (20%).

Συντελεστής δόμησης: τρία δέκατα (0,3).

Μέγιστο ύψος του κτιρίου: επτά μέτρα και μισό (7,5), το οποίο προσαυξάνεται κατά ένα μέτρο και είκοσι εκατοστά (1,20) για την περίπτωση κατασκευής στέγης.

Ελάχιστη απόσταση των κτιρίων από τα όρια του γηπέδου: πέντε (5) μέτρα.

## Άρθρο 26

## Ανάπτυξη νοσοκομείων.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους. Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν Τμήματά του. Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος, μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό, καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης. Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά, θεωρείται δε ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτήν το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο νοσοκομείο αυτό, τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο νοσοκομείο της περιοχής. Κενά θέσεων που θα προκύψουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερόμενων τμημάτων ή μονάδων, εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων, θα καλύπτονται από το

Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου, γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές του ανωτέρω προσωπικού βαρύνουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό και καταβάλλονται δια του φορέα από τον οποίο προέρχεται, σύμφωνα με τη διαδικασία της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του Ν. 2592/1998. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις των νόμων 2703/1999, 2606/1998, 2470/1997 και 2592/1998 κατά περίπτωση, βαρύνουν τον προϋπολογισμό του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και καταβάλλονται από αυτό.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης, ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος ανεπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντίατρος, εάν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων του ίδιου ή ανώτερου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

## Άρθρο 27

Κύρωση Τροποποιητικής Σύμβασης του Ελληνικού Δημοσίου με το «Ίδρυμα Παπαγεωργίου».

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμου η τροποποιητική σύμβαση που υπεγράφη την 8η Ιουλίου 1999 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και έχει ως εξής:

## ΣΥΜΒΑΣΗ

Στην Αθήνα σήμερα την 8η Ιουλίου του 1999 έτους μεταξύ αφ' ενός του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ που εκπροσωπείται νόμιμα από τους: 1) Γιάννο Παπαντωνίου κάτοχο του με αριθμ. Σ.2050/12 Δ.Τ. του Αστυνομικού Τμήματος Αθηνών ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Οικονομικών, και 2) Λάμπρο Παπαδήμα κάτοχο του με αριθμ. Σ.986171 Δ.Τ. του Τ.Α. Λαμίας ο οποίος παρίσταται εδώ με την ιδιότητα του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αφ' ετέρου του στην πόλη της Θεσ/κης (οδός Αριστοτέλους αριθ. 5) εδρεύοντος Κοινοφελούς Ιδρύματος με την επωνυμία «ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» που συστήθηκε με την υπ' αριθ. 35685/29.8.1990 πράξη της Συμβ/φου Θεσ/κης Ιωάννας Μπιλίσση - Χρυσουλά, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. 36090/12.10.1990 πράξη της ίδιας Συμβ/φου Θεσ/κης, του οργανισμού διοίκησης και διαχείρισης του Ιδρύματος τούτου κυρωθέντος με το από 8.11.1990 Προεδρικό Διάταγμα, που δημοσιεύθηκε νόμιμα στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος Β' αριθμ. φύλλου 766/5.12.1990) και το οποίο εκπροσωπείται εν προκειμένω νόμιμα από τον πρόεδρο αυτού Βασίλειο Χ. Παπά, δυνάμει και της υπ' αριθμ. 280/29.8.1997 αποφάσεως του Διοικητικού του Συμβουλίου συνεφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαίως αποδεκτές οι κάτωθι τροποποιήσεις και προσθήκες στην από 24.5.1991 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν.1964/1991, όπως αυτή τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την από 3.11.97 σύμβαση που κυρώθηκε με το Ν. 2618/18.6.98:

Στο άρθρο 2 προστίθεται παράγραφος 6 ως εξής:

6. Με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου δύναται να τροποποιείται και να καθορίζεται η συνολική δυναμικότητα των κλινών.

Στο άρθρο 14 προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

5. Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν Τμήματα και Μονάδες Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που στελεχώνονται με ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά ή με προσωπικό άλλων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που μεταφέρεται στα τμήματα αυτά, μετά από αίτησή τους.

Η εγκατάσταση γίνεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδονται εντός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος μετά από σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου που υπάγεται το Τμήμα ή η Μονάδα ή το προσωπικό καθώς και του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσ/κης.

Τα Τμήματα και οι Μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και αποτελούν Τμήματά του.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί στα τμήματα αυτά εξακολουθεί να κατέχει τις θέσεις του στο Νοσοκομείο στο οποίο υπάγεται οργανικά.

Το ιατρικό και λοιπό προσωπικό θεωρείται ότι βρίσκεται

σε οργανική σχέση με το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του.

Προσωπικό που υπηρετεί σε τμήμα που έχει εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ μπορεί μετά την πάροδο πενταετίας από την απόφαση εγκατάστασης να επιστρέψει στο Νοσοκομείο όπου υπάρχει η οργανική του θέση μετά από αίτησή του.

Οι τακτικές αποδοχές μισθοδοσίας του ανωτέρω προσωπικού εξακολουθούν να καταβάλλονται από το Νοσοκομείο από το οποίο προέρχεται. Η αποζημίωση για πρόσθετες αμοιβές του παραπάνω προσωπικού, για εφημερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυχτερινών ωρών, υπηρεσιακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών υπηρεσιακών αναγκών καθορίζεται με την ίδια διαδικασία που ακολουθείται και για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και καταβάλλεται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ.

Εργαζόμενος που υπηρετεί στα τμήματα και στις μονάδες και δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την εγκατάσταση του τμήματος στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ οφείλει να προβεί σε σχετική δήλωση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετεί μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την έκδοση της απόφασης εγκατάστασης. Στην περίπτωση αυτή το Δ.Σ. οφείλει να τον αντικαταστήσει με άλλον από το προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας εντός είκοσι (20) ημερών. Στην περίπτωση που δεν υπηρετεί προσωπικό του ίδιου κλάδου και κατηγορίας στο Νοσοκομείο αυτό τότε το Συντονιστικό Συμβούλιο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης προτείνει προσωπικό από άλλο Νοσοκομείο της περιοχής.

Κενά θέσεων που θα προκύπτουν μετά την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπηρετούντος προσωπικού των μεταφερομένων τμημάτων ή μονάδων εκτός των θέσεων προϊσταμένων τμημάτων, μονάδων ή διευθύνσεων θα καλύπτονται από το Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτού. Κάλυψη των κενών θέσεων προϊσταμένων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου γίνεται μόνον όταν όλο το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτές τις οργανικές μονάδες είναι προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου.

Στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ συνιστάται Ειδικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του ιατρικού προσωπικού των Τμημάτων και Μονάδων του Ε.Σ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από: τον Πρόεδρο του Συντονιστικού Συμβουλίου του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης ο οποίος και προεδρεύει, τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει οργανικά ο γιατρός, τον Πρόεδρο του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, τον εκάστοτε Πρόεδρο του Δικηγορικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης και τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Νοσοκομείου Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ. Κάθε μέλος αναπληρώνεται από το νόμιμο αναπληρωτή του. Εφέσεις κατά των αποφάσεων του Ειδικού Πειθαρχικού Συμβουλίου δικάζονται από το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Το προβλεπόμενο από τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτείται από: τον Πρόεδρο του Νοσοκομείου στο οποίο ανήκει ο γιατρός οργανικά, ο οποίος και προεδρεύει, ένα (1) μέλος του Δ.Σ. του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ που ορίζεται από αυτό, τον Πρό-



εδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ εφόσον αυτός είναι γιατρός του Ε.Σ.Υ., άλλως από ένα (1) Διευθυντή των τμημάτων που έχουν εγκατασταθεί στο Γ.Π.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ και ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας ή δύο (2) οδοντάτρους εάν πρόκειται για κρίση οδοντότρων του ίδιου ή ανωτέρου βαθμού με τον κρινόμενο, που υπηρετούν σε νοσοκομείο του Συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος του Συμβουλίου ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

Το λοιπό προσωπικό υπάγεται στο Δ' Κοινό Υπηρεσιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης.

Η περίπτωση δ' της παρ. 3 του άρθρου 16 αντικαθίσταται ως εξής:

δ. Ο Γενικός Διευθυντής προσλαμβάνεται μετά από προκήρυξη από το Δ.Σ. του νοσοκομείου με σύμβαση τριετούς διάρκειας. Σε περίπτωση που η λήξη της θητείας του Γεν. Δ/ντή συμπίπτει με εκείνη του Δ.Σ. τότε παρατείνεται αυτοδίκαια για ένα ακόμη εξάμηνο. Τα κριτήρια για την αξιολόγηση είναι τα οριζόμενα στην παρ. 4 του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 και στην προβλεπόμενη από την παράγραφο αυτή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Ο προσλαμβανόμενος πρέπει να είναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι. με αξιόλογη διοικητική εμπειρία στο Δημόσιο ή Οργανισμούς ή Επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα. Στη θέση αυτή δύναται να προσληφθεί και υπάλληλος εκ των υπηρετούντων στο νοσοκομείο, ο οποίος διαθέτει τα προβλεπόμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα, μετά δε τη λήξη της θητείας του ή της καθ' οιονδήποτε τρόπο απομάκρυνσής του από τη θέση του Γενικού Διευθυντή, επανέρχεται στην οργανική του θέση.

Οι μηνιαίες αποδοχές του Γενικού Διευθυντή καθορίζονται μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Διατάξεις του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας αντίθετες προς την ανωτέρω διάταξη καταργούνται.

Σε πίστωση των πιο πάνω συντάσσεται η παρούσα σε όσα και τα συμβαλλόμενα μέρη αντίτυπα, η οποία αφού διαβάστηκε και βεβαιώθηκε από τους συμβαλλόμενους υπογράφεται ως ακολούθως:

ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ  
ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ	Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ
---	---

ΓΙΑ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»  
Β. ΠΑΠΑΣ  
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ  
ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 28

Συνέχιση λειτουργίας Μεταμοσχευτικών Μονάδων ιστών και οργάνων και Τραπεζών Ιστών.

1. Οι Μεταμοσχευτικές Μονάδες ιστών και οργάνων και οι Τράπεζες Ιστών προς μεταμόσχευση που λειτουργούν

κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου υποχρεούνται να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας τους, μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευσή του, μετά τη χορήγηση της οποίας λειτουργούν υπό τους όρους των άρθρων 4 και 6.

2. Έως την έκδοση του κανονισμού λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. τα όργανα και οι υπηρεσίες, των οποίων το αντικείμενο καταργείται με το άρθρο 30, διατηρούν τις αρμοδιότητές τους.

#### Άρθρο 29

Ειδικευση στη Χειρουργική Θώρακα και στην Αγγειοχειρουργική.

Ιατροί ειδικότητας Γενικής Χειρουργικής, με μεταγενέστερη έμμισθη υπηρεσία, μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τουλάχιστον δύο (2) ετών σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Καρδιάς και Πνευμόνων ή Μεταμόσχευσης Νεφρού, που λειτουργούν νομίμως, μπορούν να αναγνωρίσουν την υπηρεσία αυτή ως χρόνο πλήρους ειδικεύσεως στη Χειρουργική Θώρακα ή στην Αγγειοχειρουργική και να αποκτήσουν ύστερα από εξετάσεις την ειδικότητα της Χειρουργικής Θώρακα ή της Αγγειοχειρουργικής.

#### Άρθρο 30

Καταργούμενες διατάξεις.

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303/Α).

2. Ο Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων».

3. Τα άρθρα 130 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α) και 8 του Ν. 2193/1994 (ΦΕΚ 34/Α) «Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού Συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων».

4. Η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων», όπως έχει τροποποιηθεί, μόνο σε ό,τι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

5. Οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 (ΦΕΚ 106/Α) εξακολουθούν να ισχύουν μέχρις ότου εκδοθούν οι προβλεπόμενες από το νόμο αυτόν σχετικές αποφάσεις, εφόσον δεν αντικεινται στο περιεχόμενό του.

#### Άρθρο 31

Οριστικά παραχωρητήρια, με τα οποία το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης παραχώρησε σε δικαιούχους πρόσφυγες οικοπέδα στην περιοχή Περάματος Αττικής και τα οποία δεν έχουν ανακληθεί μέχρι σήμερα, εφόσον έχουν απωλεσθεί, αναπληρώνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία επέχει θέση νόμιμου τίτλου.

#### Άρθρο 32

Η περίπτωση 2 της παραγράφου 1 του άρθρου 26 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

«2. Ως πρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπο που έχει γνώση οργάνωσης και διοίκησης και είναι κάτοχος πτυχίου Α.Ε.Ι. Οι αμοιβές προέδρου και αντιπροέδρου καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας».

## Άρθρο 33

1. Η επιλογή των οδοντιάτρων για ειδίκευση στην Ορθοδοντική γίνεται με διαγωνισμό. Οι επιλεγόμενοι οδοντίατροι τοποθετούνται για ειδίκευση βάσει της σειράς επιτυχίας τους, στα τμήματα Ορθοδοντικής των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης, σε κενές ή κενούμενες οργανικές θέσεις ειδικευομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για την υπηρεσιακή κατάσταση, τις αποδοχές, υποχρεώσεις και δικαιώματα των κατά τα ανωτέρω τοποθετούμενων οδοντιάτρων, εφαρμόζονται οι ισχύουσες για τους ειδικευόμενους γιατρούς διατάξεις.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο χρόνος έναρξης, ο τρόπος, η διαδικασία διεξαγωγής του διαγωνισμού, η εξεταστέα ύλη, οι προϋποθέσεις συμμετοχής των ενδιαφερομένων στο διαγωνισμό και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης.

2. Οι οδοντίατροι που παρακολούθησαν από 23.5.1988 ή παρακολουθούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, τα μεταπτυχιακά προγράμματα των Ορθοδοντικών Τμημάτων των Οδοντιατρικών Σχολών Αθηνών και Θεσσαλονίκης σύμφωνα με το Π.Δ. 235/1988 (ΦΕΚ 100/Α'/23.5.1988), μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις.

3. Οι οδοντίατροι του Ι.Κ.Α. που εμπίπτουν στις μεταβατικές διατάξεις των προεδρικών διαταγμάτων 235/1988 και 388/1991, μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο της Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες για τη χορήγηση τίτλου ειδικότητας διατάξεις, εφόσον έχουν παρακολουθήσει το διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Ι.Κ.Α.

## Άρθρο 34

## Έναρξη ισχύος.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

**Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ**

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ

**Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ**

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΣΕΩΝ

**Μ. ΠΑΠΑΓΩΑΝΝΟΥ**

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

**Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

**Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ**

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

**Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

**Γ. ΑΡΣΙΕΝΗΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Λ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ**

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ

**Σ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ**

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.*

Αθήνα, 26 Αυγούστου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**Ε. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ**



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
767

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ	
1. Οργανισμός του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. ....	1
2. Οργάνωση ιδίου νομικού προσώπου με το όνομα «Αργυροπούλεον Πνευματικό Κέντρο» Κοινότητας Βαλιμητίκων. ....	2
3. Προσαρμογή Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας Κοινότητας Λουσικίων στο Ν. 15116/86. ....	3
4. Ολοποίηση και προσαρμογή Οργ. Εσωτερικής Υπηρεσίας Κοινότητας Κάτω Αχαΐας. ....	4
5. Οργάνωση Πέσειν και κατάταξη προσωπικού σε προσωρινές θέσεις ιδιωτικού δικαίου αόριστου χρόνου στην 3η ΔΕΚΕ Πατρών. ....	5

### ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Π. Δ. 13/80α. 18011 (1)  
Οργανισμός του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

#### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).

2. Τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 10 του Ν. 1579/85 «Υγείας για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/Α/85).

3. Τις διατάξεις του Π.Δ/τος 87/86 «Εθνικό πλαίσιο οργάνωσης Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 122/Α/86).

4. Τις 1/17.7.87 και 1/22.7.87 αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, αποφασίζουμε:

#### Άρθρο 1.

Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών ιδρύθηκε με το Π.Δ/γμα 390/86 «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου με την επωνυμία Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών» (ΦΕΚ 173 Α/86) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ/τος 453 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 1/53), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκαν μεταγενέ-

τερα και στις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83), οργάνωνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

2. Η ανάπτυξη του νοσοκομείου, στα πλαίσια του οργανισμού αυτού, γίνεται σταδιακά με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και σύμφωνα με τις κάθε φορά αποφάσεις και κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

#### Άρθρο 2.

Επωνυμία — Έδρα — Σφραγίδα.

1. Το νοσοκομείο αυτό ορίζεται ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως αυτή προβλέπεται από το Π. Δ/γμα 31/86 «Διάρθρωση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες» (ΦΕΚ 12/Α/86), όπως αυτή ισχύει κάθε φορά. Το νοσοκομείο αυτό φέρει την επωνυμία «Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών».

2. Έδρα του νοσοκομείου είναι η πόλη της Πατρών.

3. Το νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή, στην οποία αναγράφεται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ» και στη μέση το εθνόσημο.

#### Άρθρο 3.

Σκοπός.

Σκοπός του νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης (τριτοβάθμιου επιπέδου) μερικής στην πλειοψηφία της υγειονομικής περιφέρειας, καθώς και σε άτομα που παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες. Η περίθαλψη παρέχεται ισότιμα για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

β) Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φειτητές του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου της Πατρών καθώς και σε φειτητές οχθίων άλλων επαγγελματιών υγείας.

γ) Η ειδικευση γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση γιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

δ) Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στην τοπική της ιατρικής και των άλλων συναφών επιστημονικών. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα, αναπτύσσ-



χει επιστημονικές μελέτες και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και με διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

ε) Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στην περιφέρεια, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 1397/83 και στο πλαίσιο της προβλεπόμενης, από τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 8 του ίδιου νόμου, ύπαις συμπληρωθέντων με τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν. 1397/83, νοσηλευτικής, επιστημονικής και λειτουργικής διασύνδεσης.

Στην έννοια της συνεργασίας και διασύνδεσης αυτής περιλαμβάνεται η οργάνωση και η εφαρμογή με ευθύνη των πανεπιστημιακών κλινικών, σε κάθε νοσηλευτική μονάδα της υγειονομικής περιφέρειας, προγραμμάτων, σεμιναρίων, μαθημάτων, διαλέξεων για τη συνεχή αναβάθμιση του επιπέδου λειτουργίας τους καθώς και η μετάβαση στις νοσηλευτικές μονάδες αυτές επιστημόνων του νοσηλείου για την οργάνωση, σε συνεργασία με την ιατρική υπηρεσία της κάθε νοσηλευτικής μονάδας, παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης στην πληθυσμίο της κάθε νομαρχιακής περιφέρειας.

Άρθρο 4.

Δύναμη κρεβατιών.

Το νοσηλείο μπορεί να αναπτύσσει συνολική δύναμη μέχρι πετακόσια πενήντα (750) κρεβάτια.

Άρθρο 5.

Διάκριση υπηρεσιών.

1. Το νοσηλείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- α) Ιατρική
- β) Νοσηλευτική
- γ) Διοικητική

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγχρότηση και αρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και παύονται ιεραρχικά στον Πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσηλείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία π' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις ατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 6.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και εργαστηριακά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και από πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες και διαρθρώνεται στους τομείς: Χυμολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής.

2. Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης του νοσηλείου σε κάθε τομέα λειτουργούν οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες υ εγκαθίστανται σ' αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με τον αριθμό κρεβατιών που ορίζεται με την κοινή απόφαση, που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά για τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σ' αυτές.

Άρθρο 7.

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διευθύνση και διαρθρώνεται ως εξής:

Πορεύεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

α) 1)ος και 2)ος τομέας σε έξι (6) τμήματα η καθένας, που καλύπτουν τον παθολογικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

β) 3)ος και 4)ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα η καθένας, που καλύπτουν το χειρουργικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, εκτός του αναορθολογικού τμήματος και της μονάδας ανάνηψης.

γ) 5)ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της ιατρικής υπηρεσίας.

δ) 6)ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα διατηρησικά τμήματα και την εργαστηριακό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

ε) 7)ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τη αναορθολογικό τμήμα, τη μονάδα ανάνηψης, την κεντρική αποστείρωση και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να μεταφέρονται νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα νοσηλευτικό τομέα στον άλλο, μέσα στα πλαίσια του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.

3. Στο νοσηλείο συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή που αποτελείται από:

- α) Τη διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας, π
- β) Ένα (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα.
- γ) Ένα (1) διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα συνέρχεται με πρόσκληση του προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της νοσηλευτικής επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία των αντιπροσώπων μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τη γραμματεία μεταξύ των υπό στοιχείων (γ) μελών. Η νοσηλευτική επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέση που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με την πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του νοσηλείου.

Άρθρο 8.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας.

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διευθύνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) υποδιευθύνσεις:

- α) υποδιεύθυνση Διοικητικού
- β) υποδιεύθυνση Οικονομικού
- γ) υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αποτελείται όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

- α. Προσωπικού
- β. Γραμματείας
- γ. Κίνησης Αρρώστων
- δ. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- ε. Κοινωνικής Υπηρεσίας
- στ. Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων).

3. Η υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

- α. Οικονομικού
- β. Πληροφορικής (Οργάνωσης)
- γ. Διατροφής

και στα αυτοτελή γραφεία:

- α. Επιστάσις
- β. Ιματισμού

4. Η υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

- α. Τεχνικού
- β. Βιοιατρικής Τεχνολογίας.

Η Διευθύντρια της Υπηρεσίας

Αρμολογούμενες υπηρεσιών

Οι αρμολογούμενες κάθε υπηρεσίας του νοσηλείου ορίζονται ως ακολούθως:

- 1. Αρμολογούμενες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

εργίες των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**2. Αρμοδιότητες αρμοδίου Πλημμελούς**

Έχει την ευθύνη για την προγραμματισμένη προμηθειών, τη φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή υφιστάμενων, τον έλεγχο, τη φύλαξη, τη διανομή, τη διακίνηση και διαχείριση των φαρμακευτικών και λοιπών υλικών προμηθειών του Ε.Ε.Π. Ακόμη έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συστατικού, της εκτέλεσης ποιοτικού συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εξέταση

**3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:**

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων κάθε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και η προγραμματιστική και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:**

α) **Τμήμα Προσωπικού:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσηλείου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του νοσηλείου.

β) **Τμήμα Γραμματείας:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής, τηρήσεις σύμφωνα με τις απαιτήσεις της διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του νοσηλείου, την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευμένων, τήρηση διακενών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παρηχής ρετίου. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφωρία γι' αυτός. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Λογρεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητά, μετά την υποβολή σχετικής αίτησης.

γ) **Τμήμα Κίνησης Αρρώστων:** Η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων την τήρηση καταλόγου αναμνηστικής εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κενών κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά των καταλόγου αναμνηστικής. Φροντίζει την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευμένων, τήρηση διακενών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παρηχής ρετίου. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφωρία γι' αυτός. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Λογρεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητά, μετά την υποβολή σχετικής αίτησης.

δ) **Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Παρεχόμενων:** Η ευθύνη και φροντίδα για τη γραμματειακή τήρηση, των τακτικών εξωτερικών ιατρών, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά ιατρών. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρών. Πλημίζει τη σειρά προσέλευσης των αρρώστων και φροντίζει την επανεξέτασή τους με προσυνηνώνηση. Λογρεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των κέντρων εξωτερικών ιατρών και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

ε) **Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας:** Η ευθύνη και φροντίδα για τη δράση στους νοσηλευμένους στο νοσηλείο για κάθε κοινό πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών προκαλών τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της Πολι-

Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων): Εντάσσονται δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, γενικών χειρισμών, εμβολιασμών, των εργαθεραπευτών, των ιατρών και των φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται ποιοτικά κανονισμών λειτουργίας του νοσηλείου.

ζ) **Τμήμα Μηχανομηχανικού:** Η φροντίδα για τη μελέτη των μηχανομηχανικών του ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προσωπικού του ίδιου, την πραγματοποίηση των διακενών, την εκκαθάριση των κέντρων κλινικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, τη φύλαξη των επιδίων και υλικών που χρειάζονται για τη λειτουργία του νοσηλείου, την κατάρτιση του προσωπικού και την τήρηση των λογιστικών βιβλίων, καθώς και την η των επιδίων του νοσηλείου, την ευθύνη για τη διατήρηση της υγείας του ιδρύματος και την τήρηση των μηχανομηχανικών στατιστικών.

η) **Τμήμα Ηλεκτρονικής Οργάνωσης:** Η ευθύνη για την οργάνωση λειτουργία της μηχανογράφησης, της επεξεργασίας και τη μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παρηχής και

διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του νοσηλείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

θ) **Τμήμα Διατροφής:** Λογρεί την δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευμένων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρών, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τα τμήματα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

ι) **Γραφείο Επιστάσεως:** Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του νοσηλείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ια) **Γραφείο Ιματισμού:** Η φύλαξη, η διακίνηση, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του νοσηλείου, καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευμένων.

ιβ) **Τμήμα Τεχνικού:** Η ευθύνη για την προγραμματιστική και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει τη φροντίδα για την ποιότητα και ποσοτική παραλαβή τους.

ιγ) **Τμήμα Ηλεκτρονικής Λειτουργίας:** Η ευθύνη για την οργάνωση, την εγκατάσταση, τον έλεγχο, την συντήρηση, την ανανέωση και τη βελτίωση των ηλεκτρονικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παρηχής αερίων, των εγκαταστάσεων παρηχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την οργάνωση, την εγκατάσταση, τον έλεγχο, την συντήρηση, την ανανέωση και τη βελτίωση των ηλεκτρονικών εγκαταστάσεων του ιδρύματος.

ιδ) **Τμήμα Ηυατρικής Τεχνολογίας:** Η ευθύνη και φροντίδα της ηυατρικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού, καθώς και η οργάνωση τεχνική υποστήριξη του.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσηλείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 10.

**Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας.**

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:

α) Από πανεπιστημιακούς γιατρούς του ιατρικού τμήματος και Πανεπιστημίου Πατρών που υπηρετούν στις πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίστανται και λειτουργούν στους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας του νοσηλείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

β) Από γιατρούς που διορίζονται σε θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που συνιστούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που κατανομούνται στο νοσηλείο αυτό.

γ) Από ειδικευμένους γιατρούς που υποδεικνύονται για ειδικότητα στο νοσηλείο αυτό, σύμφωνα με τις όποιες όψεις που ισχύουν κάθε φορά.

δ) Από άλλους ειδικευμένους που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της ιατρικής υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστούνται οι αντίστοιχα αρμόδιες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΩΝ
- Δέκα (10) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΧΗΜΙΚΩΝ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ
- Όκτώ (8) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΟΛΙΟΓΩΝ
- Δύο (2) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΦΥΣΙΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΩΝ
- Πέντε (5) θέσεις
- ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ



έσοτες (4) θέσεις  
Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, να  
να από τους οποίους διορίζονται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ  
ΛΔΟΣ ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ  
έξι (6) θέσεις.

Άρθρο 11.

Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ  
ΛΔΟΣ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ  
βδομήντα (70) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ  
ΛΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ  
εκατόσις πενήντα (350) θέσεις.

Είκοσι πέντε (25) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υπαλλήλων, οι θέσεις του κλάδου ΠΕ νοσηλευτών - τριών.

ΛΔΟΣ ΤΕ ΜΑΙΩΝ - ΤΡΙΩΝ

εξήντα (60) θέσεις

ΛΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΚΗΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ  
εκαπέντε (15) θέσεις

ΛΔΟΣ ΤΕ ΒΡΕΦΟΝΗΠΗΘΟΚΟΜΩΝ  
είκοσι (20) θέσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ  
ΛΔΟΣ ΔΕ ΔΙΕΛΘΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ  
εκατόσις (300) θέσεις.

Ενήντα (90) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υπαλλήλων οι θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών - τριών.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ  
ΛΔΟΣ ΤΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
εκατόσις είκοσι (220) θέσεις.

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών θαλάμου, φορέων ασθενών και Σαβανωτών - Νεκροτόμων. Το 1/2 των των του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

ηθών θαλάμου: εξήντα (60) θέσεις

ταφορέων ασθενών: σαράντα (40) θέσεις

βανωτών - Νεκροτόμων: δέκα (10) θέσεις.

κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Άρθρο 12.

Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας.

Διοικητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ  
ΛΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ  
εκατόσις (10) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΠΑΙΡΟΦΟΡΙΚΗΣ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΓΟΥΣΑΝ

έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

ΛΔΟΣ ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ  
έξι (6) θέσεις

Λιτερό - Μηχανικό, Αρχιτέκτονα - Μηχανικό και Ηλεκτρονικό - Μηχανικό.

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ  
ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Δεκαπέντε (15) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

Επτά (7) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΗΛΑΓΟΠΛΟΙΑΣ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΑΙΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Είκοσι πέντε (25) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ)

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ (ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ)

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΓΟΥΣΑΝ

Δεκαπέντε (15) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις.

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Τεχνικών, Υπομηχανικών και Σχεδιαστών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Ηλεκτρονικών - Τεχνικών: μία (1) θέση

Υπομηχανικών: δύο (2) θέσεις.

Σχεδιαστών: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΙΡΗΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μία (1) θέση

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Εξήντα πέντε (65) θέσεις.

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Διοικητικό - Λογιστικό, Λειτουργικών και Εισπρακτικών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Διοικητικό - Λογιστικό: είκοσι εννέα (29) θέσεις

Λειτουργικών: δύο (2) θέσεις

Εισπρακτικών: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ - ΣΤΕΝΟΓΡΑΦΩΝ

Δεκαπέντε (15) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΓΡΑΜΜΑΤΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΗΛΑΓΟΠΛΟΙΑΣ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΕΡΙΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ

Εξήντα πέντε (65) θέσεις

Πέντε (5) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υπαλλήλων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ ιατρικών εργαστηρίων (τεχνολόγων).

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ

Τριάντα πέντε (35) θέσεις.

Πέντε (5) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υπαλλήλων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας (Χειριστών - Εμφανιστών).

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΙΛΕΦΩΝΙΩΝ

δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Δεκαπέντε (15) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΥ

31

1035

34

+ 3 πρόσ.

112

Ποσ. αλλαγ.

κίβητα (20) θέσεις  
 ΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΓΕΙΡΩΝ  
 δέκα (11) θέσεις  
 ΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΡΑΠΕΖΟΚΟΜΩΝ - ΣΕΡΒΙΤΩΡΩΝ  
 πέντε (5) θέσεις  
 ΛΑΔΟΣ ΔΕ ΚΗΠΟΤΩΝ  
 έσπερις (1) θέσεις  
 ΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΣ  
 κατών τριάντα (130) θέσεις.  
 κλάδης αυτής περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Εργοδηγών, Μηχανο-  
 χητών, Υδραυλικών - Ηερμυδραυλικών, Ηερμαστών, Κλιβανι-  
 ν - Απιστευρωτών - Απολυμαντών, Ηλεκτροτεχνιτών, Σιδη-  
 ργών - Ηλεκτροσυγκλλητών - Αλουμινοκατασκευαστών, Οι-  
 κίων - Κτιστών - Αιμιμοκονιστών, Σχεδιαστών, Ηλεκτρονι-  
 - Τεχνιτών, Ελαυνχορματιστών - Υδροχορματιστών, Ξυλουργ-  
 - Επισκευαστών, Τζαμάδων - Τραπεζοφόρων, Κητριών - Μά-  
 ρων - Γαζοτριών, Ψυκτικών, Οδηγών αυτοκινήτων - Διπύκλων,  
 ρών και άλλες συναφείς ειδικότητες.  
 η 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότη-

428  
 (136)

οδηγών: τρεις (3) θέσεις  
 μηχανοτεχνιτών: εννέα (9) θέσεις  
 υδραυλικών - Ηερμυδραυλικών: οκτώ (8) θέσεις  
 ηερμαστών: δύο (2) θέσεις  
 κλιβανιστών - Απιστευρωτών - Απολυμαντών: επτά (7) θέσεις  
 ηλεκτροτεχνιτών: δεκατέσσερες (14) θέσεις  
 σιδηρουργών - Ηλεκτροσυγκλλητών - Αλουμινοκατασκευα-  
 στών: δύο (2) θέσεις  
 οικιστών - Κτιστών - Αιμιμοκονιστών: δύο (2) θέσεις  
 σχεδιαστών: μία (1) θέση  
 ηλεκτρονικών - Τεχνιτών: τρεις (3) θέσεις  
 λαινοχορματιστών - Υδροχορματιστών: μία (1) θέση  
 ξυλουργών - Επισκευαστών: μία (1) θέση  
 ζαμάδων - Τραπεζοφόρων: μία (1) θέση  
 κητριών - Μάρων - Γαζοτριών: τρεις (3) θέσεις  
 ψυκτικών: δύο (2) θέσεις  
 οδηγών αυτοκινήτων - Διπύκλων: πέντε (5) θέσεις  
 ξυρμένων: μία (1) θέση  
 κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φε-  
 με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ  
 ΛΑΔΟΣ ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
 ενήντα μία (51) θέσεις  
 κλάδης αυτής περιλαμβάνει τις ειδικότητες:  
 λητήρων, Ψυρωτών, Συνιδιών ανελευστήρων, Χειριστών μηχανο-  
 άτων ανακαταγωγής και ταξινόμησης εγγράφων, Βοηθών απο-  
 αρίων, Ταξινόμων ιματισμού και Μεταφορέων.  
 η 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότη-

λητήρων: τέσσερις (4) θέσεις  
 ψυρωτών: έξι (6) θέσεις  
 συνιδιών ανελευστήρων: τέσσερις (4) θέσεις  
 χειριστών μηχανημάτων ανακαταγωγής και ταξινόμησης εγγρά-  
 φων: δύο (2) θέσεις.  
 βοηθών αποθηκείων: δύο (2) θέσεις  
 ταξινόμων ιματισμού: δύο (2) θέσεις  
 μεταφορέων: έξι (6) θέσεις.  
 κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φε-  
 με την απόφαση προκήρυξης αυτών.  
 ΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΩΤΗΡΙΑΣ  
 εκατόν δέκα οκτώ (118) θέσεις  
 κλάδης αυτής περιλαμβάνει τις ειδικότητες:  
 καθαριστών - τριών, Πλυντών - τριών, Ηερσαθέρων - Σιδη-  
 ρών - τριών, Επισκευαστών κήπων, η 1/2 των θέσεων του κλάδου  
 αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:  
 καθαριστών - τριών: σαράντα έξι (46) θέσεις  
 πλυντών - τριών: έξι (6) θέσεις  
 ηερσαθέρων - Σιδηρωτών - τριών: έξι (6) θέσεις  
 επισκευαστών κήπων: μία (1) θέση.  
 κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φε-  
 με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Ενήντα οκτώ (98) θέσεις  
 κλάδης αυτής περιλαμβάνει τις ειδικότητες:  
 βοηθών μαγειρών, Τραπεζοκόμων και Λαυζερτήρων. η 1/2 των  
 θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:  
 βοηθών μαγειρών: δύο (2) θέσεις  
 Τραπεζοκόμων: σαράντα δύο (42) θέσεις  
 Λαυζερτήρων: πέντε (5) θέσεις  
 κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φε-  
 με την απόφαση προκήρυξης αυτών.  
 ΚΑΛΔΟΣ ΥΕ ΕΠ'ΑΓΩΓΩΝ  
 δέκα (10) θέσεις  
 ΚΑΛΔΟΣ ΥΕ ΦΥΛΑΚΩΝ - ΝΥΚΤΩΦΥΛΑΚΩΝ  
 Έξι (6) θέσεις  
 Ε' ΘΕΣΕΙΣ ΜΕ ΜΙΣΘΟ ΕΝΤΟΛΗΣ  
 δύο (2) θέσεις δικηγόρων.

Άρθρο 13.

Προσόντα δικηγόρου.

Π. Δ. 194

1. Για το δικηγόρο στις θέσεις που συνιστούνται με τις διατάξεις των άρθρων 10, 11 και 12 τα κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα προσόντα ορίζονται από τη Δ1(Δ/Φ). 01/23/1205/30.4.86 απόφαση του Υπουργού Πρωθυερίας της Κυβερνήσεως «Καθορισμός προσόντων δικηγόρου» (Πρωτονοτολόγιο - Κλαδολόγιο) (Φ.Ε.Κ. 318/Β/86).

2. Για τις θέσεις δικηγόρων με μισθό εντολής απαιτείται επιπλέον των τυπικών προσόντων και άδεια άσκησης δικηγορίας στον Άρειο Πάγο.

3. Για τις θέσεις του κλάδου Δ' προσωπικού ασφαλείας απαιτούνται τα προσόντα που ορίζονται για τον κλάδο Δ' Διοικητικού - Λογιστικού.

Για τη διαδικασία όμως πρόσληψης και τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 1339/83, όπως ισχύουν κάθε φορά.

4. Για τις θέσεις του κλάδου Δ' γραμματέων νοσηλευτικών τμημάτων απαιτείται απολυτήριος τίτλος Λυκείου ή εξετασίου Γυμνασίου ή ισότιμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα και καλή γνώση μίας ή δύο κατά περίπτωση ξένων γλωσσών, που ορίζονται με την προκήρυξη πλήρωσης των θέσεων αυτών, καθώς και καλή γνώση ελληνικής και λατινικής γραφομηχανής.

Άρθρο 14.

Προϊστάμενοι Υπηρεσιών.

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται η Επιστημονική Επιτροπή του άρθρου 12 του Ν. 1397/83. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι προϊστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Ν. 1397/83.

2. Στο Φαρμακευτικό τμήμα προϊστάται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' του κλάδου φαρμακοποιών.

3. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται:

α) Στη Διεύθυνση, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' ή Γ' του κλάδου νοσηλευτών - τριών.

β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' ή Γ' του κλάδου νοσηλευτών - τριών.

γ) Στα τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' ή Γ' του κλάδου νοσηλευτών - τριών ή της κατηγορίας Γ' του κλάδου μαίων για τα μαιευτικά τμήματα και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας Δ' του κλάδου αδελφών νοσηκόμων με βαθμό

4. Στη Διοικητική Υπηρεσία προϊστάται:

α) Στη Διεύθυνση και στις Υποδιευθύνσεις Διοικητικού και Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.

β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΙΙ' του κλάδου μηχανικών.

Για τις περιπτώσεις α και β αν δεν υπάρχουν υπάλληλοι με βαθμό α της κατηγορίας ΙΙ', προΐστανται υπάλληλοι με βαθμό β' της ίδιας κατηγορίας και αν δεν υπάρχουν, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας Γ' των αντίστοιχων κλάδων.



ρώσεων και Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών, υπάλληλοι α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικής κατηγορίας ΤΕ του κλάδου νοσηκομείων ή της τριτοβάθμιας ΔΕ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.

το τμήμα Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Λογιστικής.

το τμήμα Τεχνικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου τεχνικών εφαρμογών.

Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου πληροφορικής.

το τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου διατροφικών.

το τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου κοινωνικών λειτουργιών.

το τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου τεχνολογικών εφαρμογών.

Στο τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων), υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ιατρικών εργασιών ή του κλάδου ραδιολογίας - ακτινολογίας ή του κλάδου ραπευτών ή του κλάδου φυσιοθεραπευτών ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου παρασκευαστών ή του κλάδου χειριστών - εμφανι-

Στα αυτοτελή Γραφεία Επιστομίας και Ημερησίου υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοικητικής νοσηκομείων κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.

Η υπάλληλοι που θα κριθίσουνται στη Φαρμακευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και στις οργανοκονομικές αυτές, σύμφωνα με τις παραγράφους 2, 3 και 4 του άρθρου ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου Ν. 1586/86 «Βαθμολογική διαβάθμιση των θέσεων του Δημοσίου, Π.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 37/Α/86).

Γενικές διατάξεις.

Άρθρο 15.

Έσοδα.

Έσοδα του νοσηκομείου είναι:

α) οι εισπληρωμές από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάστρα και λοιπές αμοιβές για ή υπηρεσιών.

Οι πρόσδοχοι από την ίδια αυτού περιουσία και τα έσοδα από δωρεές, κληρονομήματα, εκποιήσεις κ.λπ.

Άρθρο 16.

Το προσωπικό παρέχεται δωρεάν τροφή ως εξής:

Στο προσωπικό που εργάζεται κατά το κανονικό ωράριο εργασία ενός γεύματος και αφού τελειώσει το ωράριό του.

Στο προσωπικό που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο (βάρδιες) παι βραδινή αν η βάρδια του είναι απογευματινή ή πρόγευμα αν νυχτερινή και

Στο προσωπικό που εφημερεύει πέραν από το τακτικό ωράριο της παρέχεται επιπλέον βραδινή ή πρόγευμα ή και τα δύο για με το χρόνο της εφημερίας του.

Απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνή-

Αθήνα, 23 Δεκεμβρίου 1987

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΩΣΦΩΣ

Ο ΝΟΜΑΡΧΗΣ ΑΝΑΪΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 175 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Π.Δ. 76/87).

2. Τις αποφάσεις του Κοινοτικού Συμβουλίου Παλιμητίκων του Νομού Αγαθάς αριθ. 53 και 50/87.

3. Τις διατάξεις του Πρωτοδικικού Διατάγματος 331/83 «μεταβίβαση αρμοδιοτήτων του Υπουργού Εσωτερικών στους Νομάρχες», αποφασίζουμε:

1. Συστήσουμε ίδιο νομικό πρόσωπο με το όνομα «Αργυροπούλειο Πνευματικό Κέντρο Κοινότητας Παλιμητίκων».

2. Σκοπός του νομικού αυτού προσώπου είναι η συμβολή στην πολιτιστική ανάπτυξη του τόπου και στην πνευματική καλλιέργεια των κατοίκων και ιδιαίτερα των νέων του χωριού, όσο και της γύρω περιοχής όπου δεν υπάρχει παρόμοιο ίδρυμα.

3. Πόροι αυτού είναι: α) 11 ετήσια επιχορήγηση της Κοινότητας που σύμφωνα με την απόφαση του Κοινοτικού Συμβουλίου ανέρχεται στο ποσό των 50.000 δραχ. (5) χίλια παραχή του Κράτους, γ) Ετήσια φύσης εισφορές, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες, δ) Εισπράξεις από το αντίτιμο των παρεχομένων από το νομικό πρόσωπο σιτών ή πραγμάτων.

4. Το νομικό πρόσωπο θα στεγαστεί στο ισόγειο του Κοινοτικού Κετίριου.

5. Το συνιστάμενο νομικό πρόσωπο θα διοικείται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο αποτελούμενο από τους εξής: α) από τον Πρόεδρο της Κοινότητας ως Πρόεδρο β-στ) πέντε κοινοτικούς συμβούλους ζ) από ένα μένιμο κάτοικο που θα εκλέγεται από το Κοινοτικό Συμβούλιο. Το Διοικητικό Συμβούλιο εκλέγει από τα μέλη του τον αντιπρόεδρο, το γραμματέα, τον ταμία και τον έφορο.

Η θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου ακολουθεί την Κοινοτική περίοδο.

6. Το νομικό πρόσωπο εκπροσωπείται ενώπιον των δικαστηρίων και πάσης αρχής από τον Πρόεδρο της Κοινότητας και σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Πάτρα, 21 Νοεμβρίου 1987

Ο Νομάρχης  
ΔΗΜ. ΠΑΝΤΑΖΗΣ

Αριθ. Α. 4483

Προσαρμογή Οργανισμού Εσωτερικής Κοινότητας Λουσιτικών στο Ν. 1586/86.

Ο ΝΟΜΑΡΧΗΣ ΑΝΑΪΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 12 παρ. 3 και 6 Ν. 1188/81, 1, 3, 4, 5, 9 και 15 Ν. 1586/86.

2. Τις σχετικές με το θέμα εγκυκλίους μας 632/Α 1-206/21.1.86 και Α. 27754/25.8.86.

3. Το 747/1, 12.86 έγγραφο του Προέδρου της Κοινότητας Λουσιτικών, με το οποίο ανέθετε στην υπηρεσία μας η 23/86 απόφαση του Κοινοτικού Συμβουλίου Λουσιτικών, περί προσαρμογής του Οργαν. Εσωτερικής Κοινότητας της Κοινότητας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1586/86.

4. Τις αποφάσεις μας Α. 18350/3.6.78 και Α. 14352/2.4.79 κ.λπ., με τις οποίες εγκρίθηκε η τροποποίηση, προσαρμογή κ.λπ. του παραπάνω οργανισμού.

5. Την σύμφωνη γνώμη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου του άρθρου 5 Ν. 1188/81.

6. Τις ανάγκες της Κοινότητας Λουσιτικών, αποφασίζουμε:

1. Εγκρίνουμε την 23/1986 απόφαση του Κοινοτικού Συμβουλίου Λουσιτικών, με την οποία προσαρμόζεται ο Οργανισμός Εσωτερικής Κοινότητας της Κοινότητας Λουσιτικών στις διατάξεις του Νόμου