

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται
σε παθολογικά τμήματα



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΙΩΑΝΝΑ ΧΑΤΖΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ :

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2020

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων : Στυλιανός Κατσαραγάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ανακουφιστικής Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Μέλος : Ελισάβετ Πατηράκη, Καθηγήτρια Συστημάτων Νοσηλευτικής – Ανακουφιστική, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Μέλος : Παναγιώτα Σουρτζή, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής της Υγιεινής της Εργασίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας
Χρονίως Πασχόντων»
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή-Τμήμα Νοσηλευτικής

«Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που
νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα»

Χατζή Ιωάννας
Νοσηλεύτριας ΠΕ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Οι ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών) έχουν καταστεί ο ηγετικός πληθυσμός της κοινωνίας μας. Το πλήθος και η πολυπλοκότητα των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους απαιτεί ανακουφιστική προσέγγιση φροντίδας.

Σκοπός: Η διερεύνηση των προβλημάτων ανακουφιστικής φροντίδας και των αναγκών για βοήθεια ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 150 (ποσοστό ανταπόκρισης 66,03%) ασθενείς (>65 ετών), που νοσηλεύονταν στις Α' και Β' Παθολογικές κλινικές του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν.Ιωνίας – Πατησίων, από το Δεκέμβριο του 2018 έως το Φεβρουάριο του 2019. Βασικά κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν α) ηλικία >65 ετών, β) πάσχοντες από χρόνια προβλήματα υγείας, γ) να νοσηλεύονται σε τμήμα του παθολογικού τομέα, δ) να γνωρίζουν να ομιλούν και να γράφουν την Ελληνική γλώσσα, ε) να έχουν ικανό επίπεδο επικοινωνίας με Mini-Mental State Examination (MMSE) >24, στ) να μην έχουν περάσει περισσότερες από τρεις ημέρες από την εισαγωγή και ζ) να συναινούν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Από την μελέτη, αποκλείστηκαν ασθενείς: κοντά στο τέλος της ζωής τους και οι υποβληθέντες σε χειρουργείο το τελευταίο εξάμηνο. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο “Problems and Needs in Palliative Care – PNPC” στη βραχεία του έκδοση, το οποίο αποτελείται από 33 ερωτήσεις κλειστού τύπου σε μορφή κλίμακας τύπου Likert (0-2) και χωρίζεται σε 8 κατηγορίες «Καθημερινές δραστηριότητες», «Καθημερινά συμπτώματα», «Αυτονομία», «Ψυχολογικά θέματα», «Πνευματικά θέματα», «Οικονομικά προβλήματα», «Ανάγκη πληροφόρησης». Η αριστερή στήλη μετρά σε μια 3βαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-2) το κατά πόσον οι ασθενείς βιώνουν

ως πρόβλημα αυτό που περιγράφεται στην ερώτηση και η δεξιά στήλη μετρά την επιθυμία των ασθενών για επαγγελματική βοήθεια στο πρόβλημά τους. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία “EORTC QLQ - C15 - PAL” για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, “Mini – Mental State Examination” για τη μέτρηση της νοητικής κατάστασης, “Clinical Frailty Scale” για την εκτίμηση της ευθραυστότητας των ηλικιωμένων ασθενών και “Cumulative Illness Rating Scale For Geriatrics – CIRS-G” για την εκτίμηση της νοσηρότητας ανά σύστημα οργάνων. Τέλος, από τον ιατρικό και νοσηλευτικό φάκελο των ασθενών αντλήθηκαν τα στοιχεία για τη συμπλήρωση του εντύπου δημογραφικών στοιχείων και κλινικών χαρακτηριστικών, που δημιουργήθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη.

Αποτελέσματα: Οι άνδρες ασθενείς αποτελούσαν το 50,7% του δείγματος και η μέση ηλικία ήταν τα 75,7 έτη. Η μέση τιμή της νοητικής κατάστασης (MMSE) των συμμετεχόντων ήταν 27,4. Το σημαντικότερο πρόβλημα για το οποίο οι ασθενείς εξέφρασαν ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια ήταν η πληροφόρηση (79,3%). Άλλα προβλήματα είναι οι διαταραχές του ύπνου (89%), πόνος (86%), φόβος και κατάθλιψη (85%). Ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια εξέφρασαν για διαταραχές ύπνου (91%), πόνο (85%) και κόπωση (81%). Σημαντικό εύρημα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης ήταν οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της κλίμακας ευπάθειας τόσο των προβλημάτων όσο και των αναγκών για με επαγγελματική βοήθεια με τα οργανικά συμπτώματα, την αυτονομία, τα κοινωνικά, ψυχολογικά, πνευματικά και οικονομικά θέματα και την ανάγκη για πληροφόρηση. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη ευπάθεια να βιώνουν σημαντικότερα οργανικά συμπτώματα, προβλήματα αυτονομίας, κοινωνικά, ψυχολογικά, πνευματικά και οικονομικά θέματα και ανεπαρκή πληροφόρηση. Επιπλέον, βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας και ποιότητας ζωής ($p < 0,001$). Η καλύτερη ποιότητα ζωής και τα λιγότερα συμπτώματα σχετίζονται με λιγότερα προβλήματα και ανάγκες για επαγγελματική βοήθεια στους τομείς του PNPC.

Συμπεράσματα: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που νοσηλεύονται σε παθολογικές κλινικές, αντιμετωπίζουν πλήθος συμπτωμάτων και προβλημάτων σε σωματικό, οικονομικό, κοινωνικό, ψυχολογικό και πνευματικό επίπεδο. Επιπλέον, υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και των θεραπευτικών επιλογών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας και κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, που θα λύσουν τα προβλήματά τους και θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους.

Λέξεις κλειδιά : ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας, ηλικιωμένοι, νοσηλευόμενοι

Interdisciplinary Postgraduate Program
"Organization and Management of Palliative and Supportive Care for the
Chronic Sufferers"
National and Kapodistrian University of Athens
Medical School-Department of Nursing

"Palliative Care Needs of Elderly Patients Hospitalized in Internal Medicine
Departments"

Chatzi Ioanna

RN

ABSTRACT

Introduction: The elderly (above 65 years) have become the leading population of our society. Their multitude of healthcare chronic problems demands palliative care (PC) and therefore PC needs assessment.

Objective: To examine the PC problems and needs for professional help of hospitalized elderly patients.

Methods: A quantitative study using structured questionnaires [PNPC, Mini – Mental State Examination (MMSE), EORTCQLQ - C15 – PAL, Clinical Frailty Scale, Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics – CIRS-G, demographic and clinical characteristics] was conducted through December 2018 – February 2019, at internal medicine wards of a public general hospital. Patients with MMSE<24, at the end of life and with recent surgery were excluded. A translated in Hellenic language short-form version of PCPN was. The PCPN-SV is a 33 items 3-point Likert type scale that covers 8 domains: Activities of daily living (ADL/IADL), Physical symptoms (PS), Autonomy (A), Social (SI), Psychological (PI), Spiritual issues (Sp), Financial problems (FP) and Need for information (NI). The level of statistical significance was set at 0.05. The left-hand column measures on a 3-point Likert-type scale (0-2) whether patients experience the problem described in the question and the right-hand column measures patients' desire for professional help in their problem. Also used were "EORTC QLQ - C15 - PAL" for quality of life assessment, "Mini - Mental State Examination" for measuring mental status, "Clinical Frailty Scale" for assessing the vulnerability of elderly patients and "Cumulative Illness Rating Scale For Geriatrics - CIRS-G" for assessment of morbidity per organ system. Finally, the

patients' medical and nursing records provided data to complete the demographic and clinical data form created for this study.

Results: A convenience sample of 150 patients was recruited. Their age was 75,7 years (range 65-94). Male patients accounted for 50.7% of the sample. The mean value of participants' mental state (MMSE) was 27.4. The most important problem for which patients expressed a need for professional help was information (79.3%). Other problems are sleep disorders (89%), pain (86%), fear and depression (85%). Need for professional help was expressed for sleep disorders (91%), pain (85%) and fatigue (81%). An important finding of the present study was the correlations of the degree of frailty to both problems and needs for professional help with permanent caregiver, organizational symptoms, autonomy, social, psychological, spiritual, and financial issues and the need for information. It appears, therefore, that patients with higher scores on the frailty scale place greater emphasis on organic symptoms, autonomy, social, psychological, spiritual and financial issues and on information as opposed to those who score less on the frailty scale. Finally, significant correlations were found between almost all dimensions of problems and needs of palliative care and quality of life ($p < 0,001$). Better quality of life and fewer symptoms are associated with fewer problems and needs for professional help in the PNPC areas.

Conclusions: Elderly hospitalized patients have a variety of symptoms and problems at a physical, economical, social, psychological and spiritual level. In addition, there is insufficient patient information on their health condition and on their treatment options. Elderly patients need palliative care and appropriately trained health professionals to address their problems and fulfil their needs.

Key words: palliative care needs, elderly, hospitalized

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον για την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων υπήρξε έντονο και ιδιαίτερο, ήδη από τους αρχαίους χρόνους. Στους περισσότερους πολιτισμούς οι ηλικιωμένοι κατείχαν εξέχουσα θέση. Οι κοινωνίες αυτές έδιναν ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο στη σωματική κατάσταση των ηλικιωμένων, αλλά παράλληλα και στην πνευματική και ψυχική. Με το πέρασμα των αιώνων ο ρόλος των ηλικιωμένων υποβαθμίστηκε. Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν φυσιολογικό ένας ηλικιωμένος να πονάει συνεχώς, να μην μπορεί να φέρει σε πέρας απλές καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμη και να είναι μελαγχολικός.¹

Περί το 1900, η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού άρχισε να αλλάζει με το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων να επεκτείνεται εξαιτίας της ταχείας επέκτασης της επιστήμης και της τεχνολογίας. Κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών παρατηρήθηκαν ορισμένες αξιοσημείωτες παρατηρήσεις σχετικά με την υγεία, τις διανοητικές αλλαγές και τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Κατά τον εικοστό αιώνα, πολλές βιολογικές και συμπεριφορικές θεωρίες γήρανσης εξελίχθηκαν και δοκιμάστηκαν, υπογραμμίζοντας το γεγονός ότι η γήρανση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο.²

Παράλληλα με τις επιστημονικές ανακαλύψεις υπήρξαν αλλαγές και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι αλλαγές στην οικογενειακή δομή, στον τομέα της απασχόλησης, η μετανάστευση των νέων και η γήρανση των πιθανών φροντιστών αποτελούν τροχοπέδη στην ύπαρξη ενός «καταφυγίου» για τους χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους.³ Έτσι λοιπόν διαφαίνεται ότι περισσότεροι άνθρωποι θα χρειαστούν βοήθεια στο τέλος της ζωής τους.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποτελούν μια ομάδα ασθενών με ποικίλα προβλήματα, τα οποία με την πάροδο του χρόνου πολλαπλασιάζονται επηρεάζοντας της καθημερινές δραστηριότητες και γενικότερα την αυτονομία και την ποιότητα ζωής τους. Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας για την ικανοποίηση των πολυδιάστατων προβλημάτων και αναγκών των ηλικιωμένων.⁴

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ανακουφιστική φροντίδα είναι η προσέγγιση που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απειλητική ασθένεια για τη ζωή τους, καθώς και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης του «υποφέρειν», που επιτυγχάνεται με την

έγκαιρη αναγνώριση και ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων.⁵

Μερικά από τα οφέλη που αναφέρουν οι οικογένειες που έχουν λάβει ανακουφιστική φροντίδα είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής για τον πάσχοντα και την οικογένειά του, η εξατομικευμένη στήριξη για κάθε μέλος της οικογένειας, ο σεβασμός στις αξίες-προτεραιότητες-επιθυμίες του πάσχοντος και της οικογένειάς του σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και ιδιαίτερα στο τελικό στάδιο, η εξασφάλιση συνθηκών που προάγουν ζωή με αξιοπρέπεια, η διατήρηση θετικών αναμνήσεων από τη φροντίδα του πάσχοντος που διευκολύνουν την προσαρμογή της οικογένειας στο πένθος της.⁶

Η διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας, από τη σκοπιά των ίδιων των ασθενών, θα βοηθήσει την ανάπτυξη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας που ικανοποιεί κατάλληλα της απαιτήσεις- ανάγκες του κάθε ασθενή και επίσης θα βοηθήσει στη συνεχή βελτίωσή του.^{7,8,9}

Στην Ελλάδα, ελάχιστες είναι οι υπηρεσίες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, περισσότερες από τις οποίες αφορούν ογκολογικούς ασθενείς. Συνεπώς, υπάρχει ελλιπής περιγραφή και διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών.

Όλα τα ανωτέρω έδωσαν το έναυσμα για τη μελέτη αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς και συγκεκριμένα σε όσους νοσηλεύονται σε παθολογικές κλινικές, διερευνώντας κατ' αρχήν ποιες είναι αυτές οι ανάγκες, αλλά και πώς οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι επηρεάζονται στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους.

Η παρούσα εργασία, αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται ο ορισμός της ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς επίσης και οι αρχές και τα επίπεδά της. Στο ίδιο κεφάλαιο αναλύονται οι δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και η δομή και τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στον ηλικιωμένο ασθενή. Πιο συγκεκριμένα αναλύονται τα χαρακτηριστικά του γήρατος, τις φυσιολογικές φθορές που δημιουργούνται με την πάροδο του χρόνου και τη συσχέτιση γήρατος- νόσου. Επίσης, παραθέτονται τα αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων και περιγράφονται οι δομές εξυπηρέτησης τους στην Ελλάδα. Η συσχέτιση ανακουφιστικής φροντίδας και ηλικιωμένου ασθενή είναι το θέμα το οποίο αναλύεται στο τρίτο κατά σειρά κεφάλαιο. Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας, το οποίο αποτελείται από επτάκεφάλαια. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, ενώ το πέμπτο περιλαμβάνει την παρουσίαση του

δείγματος, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας και την διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατίθεται στο έκτο κεφάλαιο. Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται στους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, οι οποίοι τηρήθηκαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, το ένατο κεφάλαιο περιλαμβάνει την συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και στο δέκατο και τελευταίο κεφάλαιο τα βασικά συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	11
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	12
1.3 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	15
1.4 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	17
1.5 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	18
1.6 ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
1.7 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	29
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	29
2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΤΟΣ	32
2.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	32
2.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΗΡΑΤΟΣ - ΝΟΣΟΥ	39
2.5 ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ - ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	40
2.6 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	45
3.1 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	46
3.2 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	52
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	64
3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	65
3.5 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ..	67
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	81
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	91
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	154

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Ανακουφιστική Φροντίδα έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.¹⁰ Αρχικά, η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας εξελίχθηκε μέσα από τη φιλοσοφία του ξενώνα (hospice), η οποία είχε ως επίκεντρο την φροντίδα ατόμων που πέθαιναν από σοβαρές ασθένειες.¹¹ Μπορεί οι τελευταίες δεκαετίες να ανέδειξαν την ανακουφιστική φροντίδα και να έδωσαν μεγάλη ώθηση στην εφαρμογή της, οι ρίζες της, όμως, βρίσκονται στο μεσαίωνα. Στη μεσαιωνική περίοδο η ανακουφιστική φροντίδα βρήκε την εφαρμογή της στους ξενώνες για νοσηλεία σε ασθενείς τελικού σταδίου, ονομαζόμενους «hospice». Η λέξη «hospice» προέρχεται από τη λατινική λέξη hospes, που σημαίνει οικοδεσπότης. Το 476-1453 μ.Χ. τα hospices εμφανίστηκαν ως ξενώνες στους οποίους κατέφευγαν οι ταξιδιώτες για ξεκούραση, περίθαλψη τραυματιών, ασθενών ή βοήθεια προς τους ηλικιωμένους. Κατά την περίοδο της Αναγέννησης, ιδρύθηκαν τα πρώτα hospices στην Ευρώπη για τους λεπρούς, τους ανήμπορους και για άτομα με μεταδοτικές λοιμώξεις. Το 1948, το ίδρυμα στη μνήμη της Μαρίας Κιουρί άρχισε να ενδιαφέρεται για τη φροντίδα ασθενών με νεοπλασματική νόσο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να κάνουν την εμφάνισή τους οίκοι φροντίδας σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, με σκοπό την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς με ανίατα νοσήματα.

Η σύγχρονη δομή των ξενώνων οφείλεται στο έργο της Dame Cicely Saunders. Η Saunders, εργαζόμενη αρχικά ως νοσηλεύτρια και στη συνέχεια ως γιατρός στο St Joseph Hospital στο Λονδίνο, ανέπτυξε τεχνικές χορήγησης ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, για την ανακούφιση από τον πόνο και πρότεινε την έννοια του «ολικού πόνου», η οποία περιλαμβάνει τις σωματικές, τις συναισθηματικές, τις κοινωνικές και τις πνευματικές διαστάσεις του πόνου.¹²

Η Cicely Saunders το 1967 εγκαίνιασε τον ξενώνα St Christopher, μία εξειδικευμένη μονάδα, η οποία είναι αφιερωμένη αποκλειστικά στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.¹³ Στις μέρες μας ο ξενώνας St Christopher εξυπηρετεί 1,5 εκατομμύρια

ανθρώπους άνω των 18 ετών και παρέχει δωρεάν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι ψυχολογική, πνευματική και θρησκευτική φροντίδα, συμπληρωματικές θεραπείες και εξειδικευμένη υποστήριξη για παιδιά που πενθούν. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, έχουν τη δυνατότητα να λάβουν αυτές τις υπηρεσίες ακόμη και στο σπίτι. Στελεχώνεται από εξειδικευμένους ιατρούς, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.¹⁴

Στη συνέχεια, δημιουργήθηκε το κέντρο ανακούφισης καρκίνου Macmillan, αφότου ο Douglas Macmillan, σε ηλικία 27 ετών, είδε τον πατέρα του να πεθαίνει επώδυνα από καρκίνο. Στην αρχή το ίδρυμα αυτό ξεκίνησε ως ομάδα για την πρόληψη και ανακούφιση ατόμων με νεοπλασματική νόσο. Σήμερα, το κέντρο ανακούφισης του καρκίνου Macmillan (στο Ηνωμένο Βασίλειο) παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα υγείας, ενημέρωση και οικονομική υποστήριξη σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο. Εξετάζει τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στη κοινωνικο-συναισθηματική ζωή των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και παρέχει την ανάλογη υποστήριξη. Στόχος του κέντρου Macmillan είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών.¹⁵

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανακουφιστικής Φροντίδας (EAPC), το 1998, όρισε την Ανακουφιστική Φροντίδα ως τη διεπιστημονική προσέγγιση παροχής ολιστικής φροντίδας σε έναν ασθενή με νόσο που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Η φροντίδα αυτή ελέγχει τον πόνο και αντιμετωπίζει τις κοινωνικές, ψυχολογικές και πνευματικές επιπτώσεις από τη νόσο.¹⁶

Τέσσερα χρόνια αργότερα, το 2002, ο ΠΟΥ ορίζει την Ανακουφιστική Φροντίδα ως την ολοκληρωμένη φροντίδα, η οποία παρέχεται με σκοπό την ανακούφιση από όλα τα σωματικά συμπτώματα και το στρες σοβαρών ασθενειών. Η Ανακουφιστική περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του σωματικού, ψυχοκοινωνικού και συναισθηματικού "υποφέρειν" που αντιμετωπίζουν άνθρωποι με σοβαρές ασθένειες, καθώς και την υποστήριξη των μελών της οικογένειας, που παρέχουν φροντίδα σε ένα αγαπημένο τους πρόσωπο. Τα μέσα επίτευξης αυτού του σκοπού είναι η πρώιμη αναγνώριση, η σωστή αξιολόγηση και η θεραπεία του πόνου και των άλλων προβλημάτων (οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών). Βασικός σκοπός της Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι η εξασφάλιση της βέλτιστης δυνατής ποιότητας

ζωής για τον άρρωστο και την οικογένειά του, σύμφωνα με τις δικές τους πεποιθήσεις, προτιμήσεις και προτεραιότητές.¹⁷

Η Ανακουφιστική Φροντίδα:⁷

- Παρέχει ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων.
- Βελτιώνει την ποιότητα ζωής και μπορεί να έχει θετική επίδραση στη πορεία της νόσου.
- Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία.
- Δεν επιταχύνει ούτε αναβάλλει το θάνατο.
- Παρέχει ένα υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο γίνεται πιο δραστήριοι μέχρι το θάνατο.
- Παρέχει ένα υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθήσει την οικογένεια να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις δυσκολίες και τα προβλήματα που προκαλούνται λόγω της ασθένειας του οικείου τους.
- Η παροχή της εκτείνεται σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και συνεχίζεται και μετά το θάνατο του ασθενή στηρίζοντας τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κατά τη περίοδο του πένθους για όσο διάστημα χρειαστεί.
- Χρησιμοποιεί διεπιστημονική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Εφαρμόζεται νωρίς στην πορεία της νόσου σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται να παρατείνουν τη ζωή και περιλαμβάνει τις έρευνες που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και τον έλεγχο των οδυνηρών κλινικών επιπλοκών.
- Θα πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλες τις οικογένειες ανεξαρτήτως κοινωνικής, πολιτισμικής, θρησκευτικής, οικονομικής και ασφαλιστικής κατάστασης.

Η πρόσβαση στην Ανακουφιστική Φροντίδα θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και αποτελεί απαραίτητο συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.¹⁸

Η διαφορά του νέου ορισμού του ΠΟΥ από αυτόν της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ανακουφιστικής Φροντίδας (EAPC), έγκειται στο ότι η Ανακουφιστική Φροντίδα δεν περιλαμβάνει πια μόνο ασθενείς των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, αλλά συμπεριλαμβάνει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους με διάφορες νόσους που απειλούν τη ζωή.¹⁹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012), «η Ανακουφιστική Φροντίδα, είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή

προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών συνοδών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους».²⁰

Η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι κατάλληλη σε οποιαδήποτε ηλικία και σε οποιαδήποτε στάδιο μιας σοβαρής ασθένειας και μπορεί να παρέχεται παράλληλα με τη θεραπευτική αγωγή.¹⁸

Σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι απαιτείται ανακουφιστική φροντίδα σε ποσοστό 40-60% όλων των θανάτων.²¹ Ανακουφιστική φροντίδα απαιτείται για ασθενείς με ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας που περιορίζουν τη ζωή τους. Η πλειοψηφία των ενηλίκων που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα έχουν χρόνιες παθήσεις όπως καρδιαγγειακές παθήσεις (38,5%), καρκίνο (34%), χρόνιες αναπνευστικές νόσους (10,3%), AIDS (5,7%) και διαβήτη (4,6%). Οι ασθενείς με πολλές άλλες παθήσεις μπορεί να απαιτούν ανακουφιστική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της νεφρικής ανεπάρκειας, χρόνιας ηπατικής νόσου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, νευρολογικής νόσου, άνοιας, συγγενών ανωμαλιών και φυματίωσης ανθεκτικής στα φάρμακα. Τα παιδιά μπορεί να έχουν υψηλή συχνότητα συγγενών ανωμαλιών και γενετικών καταστάσεων και η θνησιμότητα να είναι υψηλότερη στη νεογνική περίοδο. Κάθε χρόνο εκτιμάται ότι 20 εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα κατά το τελευταίο έτος της ζωής τους, ενώ πολλοί περισσότεροι χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα πριν από το τελευταίο έτος της ζωής τους. Από αυτά τα άτομα που έχουν ανάγκη, το 78% ζει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Για τα παιδιά, το 98% των ατόμων που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, όπου σχεδόν οι μισοί από αυτούς ζουν στην Αφρική. Το 2014, υπολογίστηκε ότι μόνο το 14% των ατόμων που χρειάζονταν ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, πράγματι το έλαβαν²¹. Ο πόνος είναι ένα από τα συχνότερα και σοβαρότερα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα. Τα αναλγητικά οπιοειδών είναι απαραίτητα για τη θεραπεία του πόνου και άλλων κοινών δυσάρεστων σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με πολλές προχωρημένες προοδευτικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, το 80% των ασθενών με AIDS ή καρκίνο και το 67% των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια θα εμφανίσουν μέτριο έως έντονο πόνο στο τέλος της ζωής τους.²² Το 2011, το 83% του παγκόσμιου πληθυσμού ζούσε σε χώρες με χαμηλή έως ανύπαρκτη πρόσβαση στην ανακούφιση από τον πόνο με χρήση οπιοειδών.²³ Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι μια άλλη κοινή ανάγκη στην ανακουφιστική φροντίδα. Οι ασθενείς με απειλητική για τη ζωή ή βρίσκονται σε τελική φάση μιας ασθένειας και οι φροντιστές τους περνούν από μεγάλο άγχος και οι

επαγγελματίες υγείας που τις θεραπεύουν πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι ή προετοιμασμένοι για να βοηθήσουν να διαχειριστούν το άγχος τους. Το σύστημα υγείας και οι εγκαταστάσεις υγείας μπορεί να χρειάζονται ορισμένα απλά χαρακτηριστικά για να διευκολύνουν άλλες ανάγκες του ασθενούς στο τέλος του βίου, όπως πνευματικές ανάγκες, οικογενειακή υποστήριξη, νομική υποστήριξη όπου χρειάζεται και ένα κινητό περιβάλλον.

1.3 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι αρχές της Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η ποιότητα ζωής του ασθενούς, η σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, η θετική στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, η επικοινωνία, η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση της κοινωνίας, η διεπιστημονική προσέγγιση και η υποστήριξη στο θρήνο και στο πένθος.²⁴

Η Ανακουφιστική Φροντίδα δίνει μεγάλη σημασία στο δικαίωμα όλων των ασθενών να έχουν πρόσβαση σε αυτή. Η αυτονομία των ασθενών και η ενθάρρυνσή τους για ανάληψη ενεργού ρόλου στη διαχείριση της νόσου τους και τη συμμετοχή στην λήψη των κατάλληλων αποφάσεων, σύμφωνα με τις δικές τους αξίες και πεποιθήσεις, οι οποίες θα πρέπει να είναι σεβαστές, είναι σημαντικές αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας. Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να δεχθεί ή να αρνηθεί την οποιαδήποτε παροχή φροντίδας μετά την επαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του. Η εμπιστοσύνη μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι μια ακόμη βασική αρχή. Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ανακουφιστικής φροντίδας, των ασθενών και των οικογενειών τους είναι σημαντική έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας. Η προαγωγή της ποιότητας της ζωής είναι θεμελιώδης στην ανακουφιστική φροντίδα καθώς η αντίληψη του ασθενή για την ποιότητα της ζωής τους επηρεάζεται από τις επιδράσεις της νόσου. Επιπλέον, λόγω του ότι οι αντιλήψεις των ασθενών επηρεάζονται από το πολιτισμικό τους υπόβαθρο, ο σεβασμός των πολιτισμικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων είναι απαραίτητος και να συνδυάζεται με την ειλικρίνεια, την ευαισθησία και την ευπρέπεια.²⁴

Οι γενικοί στόχοι της ανακουφιστικής φροντίδας είναι να:²⁵

- Προάγει την ποιότητα των υπαρχόντων προγραμμάτων ως προς την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών.

- Αναπτύσσει και να ενθαρρύνει την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε όλες τις δομές καθώς και να διευκολύνει τη συνεργασία όλων των εμπλεκομένων στα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας.
- Προάγει την ποιότητα και την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθιερώνοντας εθνικούς στόχους που διευκολύνουν την πρόσβαση στην ανακουφιστική φροντίδα.

Η Ανακουφιστική Φροντίδα ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης της απειλητικής για τη ζωή νόσο και συνεχίζει σε όλη την πορεία της και δεν περιορίζεται μόνο κατά το τελικό της στάδιο. Η ανακουφιστική προσέγγιση δε συνδέει την παροχή φροντίδας μόνο με την πρόγνωση αλλά επικεντρώνεται στις ανάγκες και στις επιθυμίες των ασθενών και των οικογενειών τους. Ωστόσο, όσο η νόσος επιδεινώνεται ο ασθενής χρήζει εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας που εκτιμά και αντιμετωπίζει τα πολλαπλά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο, παρέχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.²⁵

Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας δημιουργεί ένα διευρυμένο υποστηρικτικό σύστημα για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, επιτρέποντας την αντιμετώπιση των συναισθηματικών τους αναγκών και συνεπώς αποτρέποντας την όποια εκδήλωση επιθυμίας επίσπευσης του θανάτου.^{26,27,28}

Για τους ασθενείς τελικού σταδίου, η Ανακουφιστική Φροντίδα δεν αφορά μόνο την άρση της θεραπείας ιάσεως. Επιπλέον, η παραίτηση από την αγωγή ιάσεως δεν ερμηνεύεται ως εγκατάλειψη του ασθενούς, αλλά οδηγεί στην παροχή κατάλληλων παρεμβάσεων, έτσι ώστε οι ασθενείς να μην αισθάνονται παραμελημένοι.^{29,30} Αν και κάποιοι χειρισμοί παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι αρκετά παρεμβατικοί, αναμφίβολα περιλαμβάνουν διαδικασίες που συνολικά θα ωφελήσουν παρά θα επιβαρύνουν επιπρόσθετα τον ασθενή. Η επιθυμία μη ανάνηψης του ασθενή είναι μια επιλογή που παρέχεται και δείχνει σεβασμό στις αξίες και την αξιοπρέπειά του και μπορεί να μειώσει την οδύνη ή την παράταση της διαδικασίας του θανάτου.³⁰

Ο εξειδικευμένος χειρισμός των ασθενών τελικού σταδίου επιτρέπει την παροχή άνεσης με την εφαρμογή της απαραίτητης νοσηλευτικής φροντίδας, φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοκοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους στηρίζονται, εξασφαλίζοντας τη δυνατότητα ενός ειρηνικού θανάτου στο χώρο επιλογής του ασθενούς που συνήθως είναι η οικία του.³¹ Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς τελικού σταδίου καταλήγουν είτε σε νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς δεν υπάρχει πολλές φορές η απαραίτητη νομική

κάλυψη σε πολλές χώρες έτσι ώστε να μεταφερθεί ο ασθενής στην οικία του για να καταλήξει.³²

Η ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι ποτέ ανώφελη και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους για να εξαλείψουν ή να ελαχιστοποιήσουν τις καταστάσεις που προκαλούν οδύνη. Η βιοτεχνολογία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών, καθώς η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια ενεργής προσέγγιση ως προς αυτόν το σκοπό.³⁰

1.4 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα. Η ομάδα διασφαλίζει το κατάλληλο υποστηρικτικό σύστημα για την κάλυψη των δυσκολιών της νόσου, των συμπτωμάτων της αλλά και τον επικείμενο θάνατο, λαμβάνοντας υπόψη τις ξεχωριστές ανάγκες των ατόμων αυτών και των οικογενειών τους.³³

Η ανάγκη ύπαρξης μιας διεπιστημονικής ομάδας προκύπτει από το γεγονός ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα καθώς και οι ασθενείς τελικού σταδίου, αντιμετωπίζουν πολλαπλά και διαφορετικά προβλήματα.³⁴ Τα οργανικά συμπτώματα σχετίζονται τόσο με την ίδια τη νόσο, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις όσο και με τις πολυδιάστατες, πολύπλοκες και εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών.³⁵

Η πολυπλοκότητα της παροχής της Ανακουφιστικής Φροντίδας απαιτεί ευρεία διεπιστημονική ομάδα πολλών ειδικοτήτων, η οποία έχει την κατάλληλη εκπαίδευση για να καλύψει όλες τις ανάγκες των ασθενών. Η ομάδα αποτελείται από εξειδικευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, τον ασθενή και την οικογένειά του. Φυσικά, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς η ομάδα μπορεί να συμπεριλαμβάνει φυσικοθεραπευτή, φαρμακοποιό, εργοθεραπευτή, ιερέα, διαιτολόγο, ειδικούς θεραπευτές εναλλακτικών θεραπειών, διοικητικούς υπαλλήλους και εθελοντές.³⁶

Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, εκτός από την εξειδικευμένη εκπαίδευσή τους, θα πρέπει να αναπτύξουν δεξιότητες, όπως:³⁷

- Επικοινωνιακή ικανότητα. Είναι απαραίτητη η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης τόσο μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενή – οικογένειας, όσο και των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους, με στόχο την έκφραση συναισθημάτων και την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος προκύψει.
- Ομαδικότητα. Όλα τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να συνεργάζονται αρμονικά και να ανταλλάσσουν πληροφορίες προς όφελος του ασθενή.

- Ψυχοκοινωνικές δεξιότητες. Είναι σημαντική η ικανότητα συνεργασίας με οικογένειες, η πρόβλεψη των αναγκών τους, η διασύνδεσή τους με υπηρεσίες και η υποστήριξή τους όταν είναι σκόπιμο.
- Δεξιότητες σωματικής φροντίδας. Αυτός ο τομέας αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την παροχή ενεργητικής, άμεσης φροντίδας σε οποιοδήποτε περιβάλλον σε μια μακρά περίοδο ασθένειας.
- Δεξιότητες που αφορούν τη φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής. περιλαμβάνει κυρίως τις νοσηλευτικές συμπεριφορές και τις δεξιότητες που είναι ζωτικής σημασίας για την αξιοπρέπεια των ασθενών και των οικογενειών, όπως το αντιλαμβάνονται, όταν η ζωή είναι κοντά στο τέλος και στη συνέχεια. Η φροντίδα του σώματος του ασθενούς και του άμεσου περιβάλλοντός του είναι ίσως ο πιο κοινός τομέας δραστηριότητας στην καθημερινή ζωή κάθε νοσηλεύτη.
- Ενδοπροσωπικές δεξιότητες. Βασικό συστατικό των δεξιοτήτων της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η ωριμότητα για την αντιμετώπιση των προκλητικών ενδοπροσωπικών θεμάτων που είναι εγγενή στη φροντίδα των ανθρώπων που πεθαίνουν και των οικογενειών τους.

Οι κύριοι στόχοι της διεπιστημονικής ομάδας παροχής ανακουφιστικής φροντίδας είναι οι ακόλουθοι:³⁸

- Να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς.
- Να εξασφαλίσει το ότι ο ασθενής κατανοεί τη νόσο του και την έννοια του αξιοπρεπούς θανάτου, στην περίπτωση ασθενών τελικού σταδίου.
- Να διαχειριστεί τον πόνο και τα λοιπά σωματικά συμπτώματα.
- Να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της νόσου.
- Να παρέχει ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική φροντίδα.
- Να υποστηρίζει τους φροντιστές των ασθενών.
- Να βοηθήσει στη βελτίωση της απόκρισης των υγειονομικών συστημάτων ως προς την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.³⁹

1.5 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για τα πέντε βασικά νοσήματα που οδηγούν στον θάνατο δεν υπάρχει θεραπεία και οι μέθοδοι αποκατάστασης είναι περιορισμένες. Τα νοσήματα αυτά είναι ο καρκίνος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα καρδιακά νοσήματα, τα νοσήματα των πνευμόνων και η άνοια. Η περίοδος διαβίωσης των πασχόντων από σοβαρά νοσήματα μέχρι τον θάνατό τους μπορεί να αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδο τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ανθρώπους που είναι δίπλα τους. Κατά το

χρονικό αυτό διάστημα, χρειάζεται να διασφαλίζεται για τον ασθενή η άνεση, η διαθεσιμότητα των πόρων που χρειάζεται για την καθημερινότητά του και ο σεβασμός προς το πρόσωπό του. Είναι απαραίτητο να υποστηριχθούν προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, τα οποία θα καλλιεργούν δεξιότητες και στάσεις, ούτως ώστε να μπορούν να τηρούν την υπόσχεση για παροχή φροντίδας καλής ποιότητας στους ασθενείς τελικού σταδίου. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας πρέπει να περιλαμβάνει την εξοικείωσή τους με το περιεχόμενο και τον τρόπο εφαρμογής των αρχών ανακουφιστικής φροντίδας⁴⁰, οι οποίες συνίστανται:

- στον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή,
- στην εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενή,
- στη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του,
- στην ενίσχυση και τη διατήρηση της καλύτερης ποιότητας ζωής για τον ασθενή,
- στον σεβασμό στη ζωή και την αντιμετώπιση του θανάτου ως φυσιολογικής κατάληξης,
- στην επικοινωνία με τον ασθενή, την οικογένεια και τις άλλες υπηρεσίες,
- στην εκπαίδευση του κοινού, ώστε να αποδέχεται την ανακουφιστική φροντίδα,
- στην πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση,
- στην αναγνώριση και υποστήριξη της θλίψης και του πένθους.

Παρεμβάσεις για βελτίωση της ανακουφιστικής φροντίδας απαιτούνται σε όλους τους επαγγελματίες, τους οργανισμούς και τους φορείς που συμμετέχουν σ' αυτό το πεδίο, όπως στα νοσοκομεία, στους γιατρούς, στις ομάδες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και στους νοσηλευτές⁴¹. Ιδιαίτερη ευαισθησία χρειάζεται στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων για τον επαρκή έλεγχο του πόνου⁴², τον προγραμματισμό της φροντίδας σε προχωρημένα στάδια της νόσου⁴³, την παροχή συντονισμένης και ολοκληρωμένης φροντίδας⁴⁴ και τη διευκόλυνση της έκφρασης του πένθους⁴⁵.

Τα συστήματα υγείας οφείλουν να υποστηρίξουν την ανάπτυξη μοντέλων ανακουφιστικής φροντίδας που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών. Τα προτεινόμενα μοντέλα στηρίζονται σε μια πολυδύναμη και διεπιστημονική προσέγγιση (multiprofessional and interdisciplinary approach). Η πολυδύναμη ομάδα περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και επαγγελματίες άλλων επιστημών οι οποίοι συνεργάζονται με σκοπό την οργανωμένη αποτελεσματική φροντίδα.

Η σύνθεση της πολυδύναμης ομάδας διαφέρει κάθε φορά, ανάλογα με την ομάδα των ασθενών που καλείται να φροντίσει και την έκταση της παρεχόμενης φροντίδας ή ανάλογα με τον τόπο όπου την παρέχει⁴⁶. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι η προσέγγιση με βάση την ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας ωφελεί τον ασθενή⁴⁷. Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα της εξειδικευμένης ομάδας ανακουφιστικής φροντίδας στον καρκίνο υποστηρίχθηκε ότι οι εξειδικευμένες ομάδες αυξάνουν την ικανοποίηση, αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν καλύτερα τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα⁴⁸, μειώνουν το συνολικό κόστος της φροντίδας και επιτυγχάνουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου και των υπόλοιπων συμπτωμάτων των ασθενών⁴⁹.

Η στελέχωση της ομάδας ανακουφιστικής φροντίδας πρέπει να γίνεται με ευελιξία και με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών και το επίπεδο ανακουφιστικής φροντίδας που θα παρέχει. Προτείνονται τέσσερα επίπεδα ανακουφιστικής φροντίδας τα οποία πρέπει να είναι διαθέσιμα:

- η φροντίδα ανακουφιστικής προσέγγισης,
- η γενική ανακουφιστική φροντίδα
- η εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα και
- τα κέντρα αριστείας

Η φροντίδα ανακουφιστικής προσέγγισης μπορεί να παρέχεται σε χώρους και υπηρεσίες όπου μόνο περιστασιακά εξυπηρετούνται ασθενείς ανακουφιστικής φροντίδας. Αυτή η προσέγγιση δεν περιλαμβάνει μόνο φαρμακολογικά και μη φαρμακολογικά μέτρα για έλεγχο των συμπτωμάτων, αλλά επίσης και επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, καθώς και με άλλους επαγγελματίες υγείας, τους διαμορφωτές προγραμμάτων υγείας και τους θέτοντες τους στόχους σύμφωνα με τις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας. Η φροντίδα ανακουφιστικής προσέγγισης πρέπει να είναι διαθέσιμη από γενικούς γιατρούς και από το προσωπικό των γενικών νοσοκομείων, καθώς και από νοσηλευτικές υπηρεσίες και από το προσωπικό ιδιωτικών κλινικών. Για τον λόγο αυτόν, η ανακουφιστική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνεται στα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης των γιατρών, των νοσηλευτών και άλλων σχετικών με την υγεία επαγγελματιών. Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τις βασικές αρχές ανακουφιστικής φροντίδας και να είναι ικανοί να τις εφαρμόσουν στην πράξη.⁴⁷

Η γενική ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και από ειδικούς που διαχειρίζονται ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, οι οποίοι έχουν επαρκή γνώση και δεξιότητες βασικής ανακουφιστικής φροντίδας. Μπορεί να αποτελείται από έναν γιατρό γενικής ιατρικής και μία ειδικευμένη νοσηλεύτρια, στις περισσότερες, ωστόσο, περιπτώσεις την ομάδα πλαισιώνουν κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ή και εθελοντές. Επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην ανακουφιστική φροντίδα, όπως οι γενικοί γιατροί, οι ογκολόγοι ή οι γηρίατροι, αλλά δεν την ασκούν ως κύρια ειδικότητα, πρέπει να αποκτήσουν ειδική εκπαίδευση, εξάσκηση και δεξιότητες. Τότε μόνο οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες μπορούν να παρέχουν γενική ανακουφιστική φροντίδα.⁴⁷

Οι ασθενείς με νοσήματα απειλητικά για τη ζωή και οι οικείοι τους μπορεί να έχουν σύνθετες ανάγκες που απαιτούν τη συνεισφορά της ομάδας εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας⁵⁰. Όλοι οι ασθενείς με προοδευτικά επιδεινούμενα ανίατα νοσήματα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, οι οποίες αντιμετωπίζουν προληπτικά όλα τα συμπτώματα και τις επιδράσεις στους ίδιους, την οικογένειά τους και τους φροντιστές τους.⁵⁰ Η εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα εφαρμόζεται από μια ομάδα επαρκώς εκπαιδευμένων γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κληρικών και άλλων, των οποίων η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων από νοσήματα απειλητικά για τη ζωή ή από χρόνιες φθοροποιές παθήσεις. Τα μέλη της ομάδας έχουν λάβει αναγνωρισμένη εκπαίδευση και έχουν ως κύρια απασχόλησή τους την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας^{51,52}. Σε κάθε ομάδα εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, τον ηγετικό ρόλο πρέπει να έχει επαγγελματίας εξειδικευμένος στην ανακουφιστική φροντίδα.⁴⁷

1.6 ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ευρεία γκάμα πόρων ανακουφιστικής φροντίδας αντανακλάται στη συνεχώς αναπτυσσόμενη επιστημονική βιβλιογραφία καθώς και στις διάφορες μορφές υπηρεσιών παροχής φροντίδας, η δομή των οποίων έχει δημιουργηθεί και προσαρμόζεται σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του κάθε εθνικού συστήματος υγείας καθώς και την πολιτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το κάθε κράτος.⁵³ Σε κάθε περίπτωση, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών, όπως αυτές που θα εξετάσουμε παρακάτω, αποτελεί ελάχιστο προαπαιτούμενο κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού για ανακουφιστική φροντίδα.

Η ανακουφιστική θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη, μπορούν να παρέχονται στο σπίτι, σε οίκους φροντίδας, σε οίκους ευγηρίας, στο νοσοκομείο και στους ξενώνες.⁵⁴

- *Μονάδα Ανακουφιστικής φροντίδας (Palliative Care/ Inpatient Palliative Care Unit)*

Οι μονάδες Ανακουφιστικής φροντίδας παρέχουν εξειδικευμένη και διεπιστημονική φροντίδα σε ασθενείς που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, μπορεί να λειτουργούν με ή χωρίς κρεβάτια νοσηλείας και εκτός της φροντίδας προσφέρουν εξειδικευμένη εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας και εθελοντές. Σκοπός τους είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα της ασθένειας και τις παρενέργειες της θεραπείας, η όσο το δυνατόν σταθεροποίηση της υγείας του ασθενούς καθώς και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ίδιου αλλά και των φροντιστών του, προσβλέποντας στη διευκόλυνση της ομαλής εξαγωγής του ασθενούς από το νοσοκομείο και την μεταφορά του στο σπίτι ή σε κάποια άλλη δομή. Η χρηματοδότησή τους γίνεται κατά κύριο λόγο από το κράτος.

- *Ξενώνας νοσηλείας (Hospice)*

Ιδρύονται και λειτουργούν στην πλειοψηφία τους εκτός των εθνικών συστημάτων υγείας, χρηματοδοτούμενα κατά κύριο λόγο από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, οργανώσεις φιλανθρωπικού χαρακτήρα ή και ιδιώτες. Παρέχουν εξειδικευμένη και διεπιστημονική ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατες, καταληκτικές παθήσεις, ενώ μπορεί να παρέχουν επίσημη ή ανεπίσημη εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας και εθελοντές. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα τέτοιο ξενώνα βρίσκονται τις περισσότερες φορές στην τελευταία φάση της ζωής τους, όπου αφενός η νοσοκομειακή φροντίδα δεν έχει κάτι να προσφέρει και αφετέρου η φροντίδα στο σπίτι καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής. Κεντρικός σκοπός είναι η βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των φροντιστών του μέχρι να επέλθει ο θάνατος, αλλά και μετά από αυτόν κατά τη διάρκεια του πένθους. Οι ασθενείς απολαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό φροντίδα όχι μόνο του σώματος, αλλά και του πνεύματος από ομάδες άρθια εκπαιδευμένων και εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας και εθελοντών.

- *Ομάδα υποστήριξης Ανακουφιστικής Φροντίδας στο νοσοκομείο (Hospital Palliative Care Support Team)*

Οι εν λόγω ομάδες προσφέρουν υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και σε πληθώρα άλλων επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών. Σκοπός τους

είναι η σωματική και ψυχοκοινωνική, αλλά και πνευματική ανακούφιση του ασθενούς μέσω της επίβλεψης και της καθοδήγησης των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν τον ασθενή κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Η φροντίδα φυσικά δεν είναι μόνο έμμεση μέσω του γενικού προσωπικού, αλλά και άμεση στον ασθενή και την οικογένειά του, ενώ και πάλι δύναται να καθιστά δυνατή την ομαλή μετάβαση του ασθενούς από το νοσοκομειακό περιβάλλον στο σπίτι του ή και σε κάποια άλλη δομή.

- *Ομάδα κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας (Home Palliative Care Team)*

Η ομάδα κατ' οίκον φροντίδας είναι επίσης διεπιστημονική και υποστηρίζει όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του, προσφέροντας συμβουλές και καθοδήγηση στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, επιτρέποντας στον ασθενή να παραμείνει στο οικείο του περιβάλλον μέχρι το τέλος.

- *Κέντρο ημέρας (Day Care Centre)*

Αποτελούν συνήθως τμήματα νοσοκομείων, ξενώνων ή μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ μπορεί να τα συναντήσουμε και ανεξάρτητα στην κοινότητα και είναι σχεδιασμένα να προσφέρουν μια ευρεία γκάμα θεραπευτικών δραστηριοτήτων σε ασθενείς που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας. Λειτουργούν 3-5 ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι ασθενείς παρακολουθούνται είτε σε ημερήσια είτε σε εβδομαδιαία βάση. Η φιλοσοφία τους είναι η κοινωνικοποίηση και η δημιουργική επαγρύπνηση των ασθενών. Συνεισφέρουν στην καταπολέμηση της απομόνωσης του ασθενούς, ενώ προσφέρουν μια ανάσα ελεύθερου χρόνου στην οικογένειά του. Οι θεραπευτικές δραστηριότητες μεταξύ των ασθενών είναι ποικίλες, ενώ μπορεί να συνοδεύονται και από άλλες υπηρεσίες, όπως εναλλακτικές θεραπείες. Το είδος των υπηρεσιών εξαρτάται από τη φύση του ίδιου του κέντρου και του προσωπικού που το απαρτίζει. Η σύνθεση του προσωπικού ενδέχεται να διαφέρει ανάμεσα στα κέντρα ημέρας και να είναι διεπιστημονικό, ιατρονοσηλευτικό ή να απαρτίζεται αποκλειστικά από εθελοντές.

- *Ανοιχτή περίθαλψη (Out-patient care/ out-patient clinics/ ambulatory services)*

Απευθύνονται σε ασθενείς που διαμένουν στο σπίτι τους, αλλά είναι σε θέση να επισκεφτούν μονάδες ανοιχτής περίθαλψης. Αποτελούν κομμάτι της φροντίδας στη κοινότητα και προσφέρουν μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών από έλεγχο συμπτωμάτων, τηλεφωνική υποστήριξη, παρακολούθηση ασθενών μετά το πέρας της νοσηλείας τους, αλλά και διασύνδεση των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη

φροντίδα του ασθενούς. Απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου και πιθανόν εξακολουθούν να λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Θα τα συναντήσουμε συχνά ως τμήμα ενός νοσοκομείου, μιας μονάδας ανακουφιστικής φροντίδας ή ενός ξενώνα.

1.7 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην χώρα μας είναι αποσπασματική, όσον αφορά το εύρος εφαρμογής της και δεν χρηματοδοτείται πλήρως από το κράτος. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που χαρακτηρίζονται από μικρό αριθμό ξενώνων και υπηρεσιών Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας, οι οποίες συνήθως παρέχονται από ΜΚΟ σε εξωνοσοκομειακές δομές και κατ' οίκον και είναι περιορισμένες συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας.⁵⁵ Όσον αφορά τις ΜΚΟ που παρέχουν τις σχετικές υπηρεσίες η χρηματοδότηση προέρχεται από χορηγούς. Η περιορισμένη ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας αποδίδεται σε σειρά εμποδίων, μεταξύ των οποίων η έλλειψη ενημέρωσης και η μη αναγνώριση του είδους των υπηρεσιών της, η απουσία σχετικής νομοθεσίας που θα αναγνώριζε την ανάγκη για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε παιδιά και ενήλικες, τόσο εντός της κοινότητας όσο και στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος φροντίδας υγείας, η περιορισμένη διαθεσιμότητα και επιλογή των οπιούχων αναλγητικών, η περιορισμένη πρόσβαση στην μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα ανακουφιστικής φροντίδας και σε εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες του χώρου, η μη αναγνώριση της ανακουφιστικής φροντίδας ως εξειδίκευσης της ιατρικής ή της νοσηλευτικής, η χαμηλή επιδότηση για υφιστάμενες δημόσιες υπηρεσίες αυτού του είδους, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ υπηρεσιών, πολιτείας και ΜΚΟ, καθώς και η απουσία ενός νομοθετικού πλαισίου για την παροχή εθελοντικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα, τον Φεβρουάριο του 2019, δημοσιεύθηκε από το Υπουργείο Υγείας η πρώτη μελέτη σκοπιμότητας ανακουφιστικής φροντίδας.⁵⁶ Αποτελεί την πρώτη απόπειρα να εξεταστεί η σημερινή κατάσταση για να γίνει κατανοητό κατά πόσο είναι εφικτό να καλυφθούν τα κενά, όσον αφορά την πρόσβαση ασθενών στην ανακουφιστική φροντίδα στη χώρα μας. Η έκθεση αποτυπώνει δεκαεννέα σοβαρά προβλήματα και καταθέτει σαράντα προτάσεις προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα.

Στην προαναφερθείσα μελέτη, παρουσιάζεται ότι 120,000 έως 135,000 ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζονται υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας

ετησίως. Αυτό σημαίνει περίπου 15,000 ασθενείς την ημέρα. Περισσότεροι από 95% από τους ασθενείς αυτούς θα μπορούσαν να λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα στο περιβάλλον του σπιτιού τους και μόνο γύρω στο 3,5% μπορεί να χρειασθούν ανά πάσα στιγμή νοσηλεία σε εσωτερική δομή. Υπολογίζεται ότι, με βάση τα παραπάνω στοιχεία, χρειάζονται 500 κλίνες για τη νοσηλεία ασθενών, ενώ για να ανταποκριθούμε στις σημερινές ανάγκες της κατ' οίκον φροντίδας χρειαζόμαστε περί τις 300 ομάδες, με τα μέλη κάθε ομάδας να εξυπηρετούν 50 ασθενείς την ημέρα.

Κατά προσέγγιση ένα ποσοστό 37% των αναγκών για ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα αφορά καρκινοπαθείς και το υπόλοιπο 63% καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φυματίωση, HIV, διαβήτη, κίρρωση, νεφροπάθειες, διάφορες μορφές άνοιας και άλλες περιπεπλεγμένες σοβαρές ασθένειες. Επίσης, υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας χρειάζονται ενήλικες με συννοσηρότητα λόγω προχωρημένης ηλικίας και τα παιδιά τόσο εξαιτίας προβλημάτων κατά τη νεογνική ηλικία όσο και λόγω συγγενών ή χρόνιων σοβαρών παθήσεων.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν ελάχιστες δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και αν ανατρέξουμε σε δομές παροχής εξειδικευμένης γηριατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, δεν υπάρχει καμία.

Στην Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, τα επίσημα κέντρα και μονάδες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας ανήκουν κυρίως σε ιδιωτική πρωτοβουλία. Όσον αφορά, το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν περιλαμβάνει αντίστοιχες δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπλέον, η παροχή κατ' οίκον φροντίδας από αντίστοιχα προγράμματα των Δήμων καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα αναγκών που αφορούν κυρίως τη βοήθεια κατ' οίκον αλλά όχι την ανακουφιστική φροντίδα.⁵⁷ Δυστυχώς, δεν υπάρχει υποστήριξη από το κράτος κυρίως διότι δεν είναι γνωστός ο ρόλος της ανακουφιστικής φροντίδας τόσο σε κοινωνικό όσο και σε κρατικό επίπεδο. Σύμφωνα με τη μελέτη σκοπιμότητας για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα που εξέδωσε το Φεβρουάριο του 2019 το Υπουργείο Υγείας η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι εντελώς ή σχεδόν απύσχα, ως γνωστικό αντικείμενο, από τα προπτυχιακά προγράμματα των ιατρικών σχολών όλων των πανεπιστημίων της χώρας (με εξαίρεση δύο μαθήματα-επιλογές) και περιλαμβάνεται σε όλα τα πανεπιστημιακά προγράμματα νοσηλευτικής. Σε μεταπτυχιακό επίπεδο, λειτουργούν τρία προγράμματα Ανακουφιστικής Φροντίδας για όσους ενδιαφέρονται να αποκτήσουν αυτή την εξειδίκευση.

1. Προπτυχιακά Τμήματα

- Στις Πανεπιστημιακές σχολές Ιατρικής, η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι μάθημα επιλογής μόνο στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αναφορά στην Ανακουφιστική Φροντίδα γίνεται και σε δύο άλλα μαθήματα: την Ανακούφιση Πόνου (στο ΕΚΠΑ) και την Ογκολογία και Ηθική (στο Πανεπιστήμιο Πατρών).
 - Στις Σχολές Νοσηλευτικής η «Ανακουφιστική Φροντίδα» είναι υποχρεωτικό μάθημα στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και διδάσκεται σε περίπου 220 φοιτητές ετησίως, οι οποίοι επισκέπτονται σε μικρές ομάδες την «ΓΑΛΙΛΑΙΑ» και τη «Μέριμνα», προκειμένου να εξοικειωθούν με την εφαρμογή των υπηρεσιών αυτών σε ενήλικες και παιδιά. Επίσης, η Ανακουφιστική Φροντίδα διδάσκεται ως υποχρεωτικό μάθημα στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και ως επιλογή στα ΤΕΙ Νοσηλευτικής στο Ηράκλειο και τη Λάρισα. Στις υπόλοιπες σχολές νοσηλευτικής (π.χ. στα ΤΕΙ Πατρών, Ιωαννίνων, Διδυμότειχου, Θεσσαλονίκης και Στερεάς Ελλάδας) γίνεται απλώς αναφορά της προσέγγισης Ανακουφιστικής Φροντίδας σε διάφορα τμήματα με άλλο σχετικό γνωστικό αντικείμενο (π.χ. γεροντολογική νοσηλευτική).
 - Στα Τμήματα Ψυχολογίας η Ανακουφιστική Φροντίδα δεν προσφέρεται ως μάθημα αλλά σχετικά θέματα περιλαμβάνονται στην ύλη υποχρεωτικών μαθημάτων (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων) αλλά και μαθημάτων επιλογής (πχ στην ψυχολογία υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημίου Κρήτης και του Παντείου Πανεπιστημίου).
 - Στα Τμήματα Κοινωνικής Διοίκησης/Εργασίας, η Ανακουφιστική Φροντίδα δεν διδάσκεται ούτε ως υποχρεωτικό ούτε ως μάθημα επιλογής. Εντούτοις θέματα σχετικά με την Ανακουφιστική Φροντίδα σε ενήλικες και παιδιά, στήριξη των πενθούντων μελών της οικογένειας και διεπιστημονική συνεργασία περιλαμβάνονται σε υποχρεωτικά μαθήματα (Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ΤΕΙ Κρήτης) και σε μαθήματα επιλογής (Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής).
2. Η Ανακουφιστική Φροντίδα δεν διδάσκεται σε κανένα τμήμα Φαρμακολογίας ούτε Φυσιοθεραπείας στην Ελλάδα.
 3. Μεταπτυχιακά Προγράμματα και Μαθήματα Ανακουφιστικής Φροντίδας

Λειτουργούν τα εξής 3 μεταπτυχιακά προγράμματα:

- “Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας (120 διδακτικές μονάδες κατοχύρωσης μαθημάτων - ects). Προσφέρεται από την

Ιατρική Σχολή και τη Σχολή Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και απευθύνεται σε φοιτητές από διαφορετικά γνωστικά πεδία.

- “Ογκολογική Νοσηλευτική και Ανακουφιστική Φροντίδα (120 διδακτικές μονάδες κατοχύρωσης μαθημάτων - ects) προσφέρεται από τη Σχολή Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και απευθύνεται σε νοσηλευτές.
- “Υποστηρικτική και Ανακουφιστική Φροντίδα” (30-60 διδακτικές μονάδες κατοχύρωσης μαθημάτων - ects) προσφέρεται από τη Σχολή Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Επίσης, σε μεταπτυχιακό επίπεδο γίνεται αναφορά στην Ανακουφιστική Φροντίδα σε διάφορα μαθήματα στην Ιατρική Σχολή και τη Σχολή Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ και στο ΤΕΙ Νοσηλευτικής Λάρισας, καθώς επίσης και στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης/Εργασίας στο ΤΕΙ Κρήτης. Σημειωτέον ότι η εκπαίδευση σε θέματα Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας περιορίζεται σε λίγες διδακτικές ώρες σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, με εξαίρεση το παραπάνω διακλαδικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα (που προσφέρεται από την Ιατρική Σχολή και τη Σχολή Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ). Μαθήματα Παιδιατρικής Νοσηλευτικής σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο περιλαμβάνουν κάποιες διδακτικές ώρες Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας σε ορισμένα πανεπιστημιακά τμήματα (ΕΚΠΑ και Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου). Τέλος, σε προπτυχιακό επίπεδο, τα μαθήματα ή τα θέματα Ανακουφιστικής Φροντίδας και Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι κυρίως θεωρητικά, ενώ η πρακτική σε νοσοκομείο είναι περιορισμένη (13 ώρες) λόγω των ελάχιστων διαθέσιμων υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας για ενήλικες και παιδιά. Σε μεταπτυχιακό επίπεδο, καταβάλλεται προσπάθεια, προκειμένου να εξασφαλισθεί στους διδασκόμενους πρακτική/κλινική εμπειρία 150 ωρών στις υφιστάμενες υπηρεσίες.⁵⁶

Στην Ελλάδα οι δομές Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι οι εξής:

1. Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» του Α Εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μονάδα λειτουργεί από το 1992, ως εξωτερικό ιατρείο κυρίως για περιπατητικούς ασθενείς και ο κύριος στόχος της είναι η αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συμπτωμάτων της χρόνιας νόσου μεριμνώντας τόσο για τον ασθενή όσο και την οικογένειά του.⁵⁸ Απαρτίζεται από εξειδικευμένο διεπιστημονικό προσωπικό πλήρους απασχόλησης, που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, γραμματειακή υποστήριξη και εθελοντές (π.χ. συμπληρωματικές θεραπείες, φυσιοθεραπευτές). Είναι η

μοναδική δημόσια μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα για χρόνια πάσχοντες καρκινοπαθείς και μη.

2. Η “Μέριμνα”- Εταιρεία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Αρρώστια και τον Θάνατο” ιδρύθηκε το 1995 και το 2010 ιδρύθηκε η Υπηρεσία κατ’ οίκον Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας για παιδιά και εφήβους που αντιμετωπίζουν μια σοβαρή ασθένεια, ένα θάνατο, καθώς και για την οικογένειά τους και άλλους σημαντικούς ανθρώπους τους (π.χ. συνομηλίκους ή συμμαθητές τους), στους οποίους παρέχεται στήριξη καθ’ όλη τη διάρκεια της αρρώστιας και μετά το θάνατο του παιδιού. Μια διεπιστημονική ομάδα εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας συνεργάζεται με πολλές μονάδες παιδιατρικών κλινικών νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών στην Αθήνα και ταυτόχρονα με τους ειδικούς του Συμβουλευτικού Κέντρου της “Μέριμνας” για τη στήριξη παιδιών και οικογενειών που πενθούν.⁵⁹
3. Η Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία» της Ιεράς Μητρόπολης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, η οποία παρέχει ανακουφιστική φροντίδα κυρίως σε ογκολογικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους καθ’ όλη την πορεία της νόσου εκκινώντας από τη διάγνωση. Η μονάδα περιλαμβάνει μια κατ’ οίκον υπηρεσία και ένα κέντρο ημερήσιας απασχόλησης.⁶⁰ Εκτός από την κατ’ οίκον Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχει νοσηλεία σε εσωτερική δομή-ξενώνα στους χώρους της (9 κλίνες) διαθέτει κέντρο ημέρας, με μια ομάδα 26 επαγγελματιών υγείας πλήρους απασχόλησης, 7 διοικητικά στελέχη, 4 άτομα προσωπικό καθαριότητας και 150 εκπαιδευμένους εθελοντές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στον δυτικό κόσμο υπάρχει μια κουλτούρα λατρείας της νεότητας, η οποία εκφράζεται με συμπεριφορές άρνησης του γήρατος. Το γήρας δεν αντιμετωπίζεται ως αυτό που είναι, δηλαδή ένα φυσιολογικό στάδιο της ζωής, αλλά σαν μια αρρώστια που πρέπει να «θεραπευτεί» με πλαστικές επεμβάσεις και να «εξορκιστεί» με μια κακώς εννοούμενη νεανίζουσα συμπεριφορά. Έτσι, ο καινούργιος αυτός τύπος δυτικού ανθρώπου αρνείται κάθε είδους επαφή με τον ηλικιωμένο άνθρωπο, γιατί ο ηλικιωμένος αποτελεί στα μάτια του μια θλιβερή εικονογράφηση του μέλλοντος.⁶¹

Επίσης, στον δυτικό κόσμο παρατηρείται, εδώ και πολλές δεκαετίες, μια αλλαγή της δομής της οικογένειας. Οι οικογένειες είναι πια πυρηνικές και οι παλαιότερες γενιές δεν έχουν θέση σε αυτές. Σε αντίθεση με τις κοινωνίες της Ασίας και της Αφρικής, όπου οι ηλικιωμένοι χαίρουν φροντίδας και σεβασμού και αντιμετωπίζονται ως πηγή και παρακαταθήκη σοφίας για τη νέα γενιά, οι δυτικές κοινωνίες βλέπουν τους ηλικιωμένους σαν αναγκαίο αλλά ανεπιθύμητο βάρος, που το μόνο καλό που μπορούν να προσφέρουν στη νέα γενιά είναι η υλική περιουσία τους.⁶²

Όσο πιο δυτικοποιημένη είναι μια κοινωνία, τόσο εντονότερα έχει τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Η Ελλάδα βρίσκεται σε μια πολύ μακριά χρονικά πορεία προς τον εκδυτικισμό, με αποτέλεσμα οι περιγραφείσες συμπεριφορές να μην είναι καθολικές ή να είναι μετριασμένες. Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα δεν είναι καθόλου προετοιμασμένοι για τον νέο ρόλο που τους επιφυλάσσει ο πλήρης εκδυτικισμός της χώρας μας. Σε άλλες δυτικές χώρες, όπως π.χ. στις ΗΠΑ, οι ηλικιωμένοι ξέρουν από πριν τη στάση της κοινωνίας απέναντί τους, και φροντίζουν να αυτοοργανωθούν δημιουργώντας συνθήκες οικονομικής αυτονομίας και αλληλοϋποστήριξης.^{62,63}

Ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκε από τη σημαντική βελτίωση των συνθηκών ζωής, υγιεινής και ιατρικής περίθαλψης για τη συντριπτική πλειοψηφία της ανθρωπότητας.⁶⁴ Ως αποτέλεσμα αυτών των συνθηκών, στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε από τα 65 έτη το 1955, στα 74 έτη το 1970, στη συνέχεια στα 77 έτη το 1990, για να φτάσει τα 79 έτη το 2004 (82 για τις γυναίκες και 77 για τους άνδρες).¹ Ακόμη, σημειώθηκε ραγδαία πτώση της βρεφικής θνησιμότητας, η οποία από 29,8‰ που ήταν το 1970 μειώθηκε στο 9,7‰ το 1990, για να φτάσει το 2004 στο 4,1‰.¹

Οι εξελίξεις αυτές σημαίνουν ότι ένας άνθρωπος που γεννιέται σήμερα έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες όχι μόνο να ζήσει, αλλά και να προσδοκά να φτάσει σε ηλικίες που κάποτε δεν ήταν αναμενόμενες.⁶⁵

Παράλληλα, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, διαπιστώνεται μια σημαντική μείωση της γεννητικότητας στην χώρα μας. Από τα 2,3 παιδιά που αναλογούσαν σε κάθε γυναίκα το 1970, περνάμε στα 1,5 παιδιά το 1990, για να φτάσουμε στα 1,2 παιδιά το 2004.¹ Για να υπάρχει η απλή ανανέωση του πληθυσμού, χωρίς αύξηση ή μείωση, πρέπει σε κάθε γυναίκα να αναλογούν 2,1 παιδιά. Η υπογεννητικότητα σημαίνει ότι στην Ελλάδα αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού καθώς και το ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Έτσι, το 1960 υπήρχε ένα ποσοστό ανθρώπων της τρίτης ηλικίας της τάξης του 8%, ενώ το 2001 το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 18% του πληθυσμού. Δημογραφικές μελέτες προβάλλουν ότι το 2030, το ποσοστό ανθρώπων της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα θα είναι 28%.¹

Από όλα τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι η ελληνική κοινωνία είναι μια κοινωνία που γερνάει. Ποτέ στην πατρίδα μας οι ηλικιωμένοι δεν ήταν αριθμητικά ή ως ποσοστό περισσότεροι από ό,τι σήμερα, και η τάση βαίνει αυξανόμενη.⁶⁵

Η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία συμβαίνουν σημαντικές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές στη ζωή ενός ανθρώπου. Οι αλλαγές αυτές δεν θα μπορούσαν να μη διαφοροποιήσουν και τις ανάγκες περίθαλψης των ηλικιωμένων.^{66,67}

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας.⁶⁸ Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός.⁶⁸

Επειδή οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια, καθώς έχουν καταγραφεί ποικίλες μορφές των γηρατειών, οι ηλικιωμένοι διακρίνονται σε υποομάδες. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται, επειδή η έκπτωση των φυσιολογικών βιολογικών λειτουργιών γίνεται μεγαλύτερη από τη μία ηλικιακή ομάδα στην άλλη, οπότε και η παροχή για περίθαλψη γίνεται μεγαλύτερη και πιο σύνθετη. Η σκιαγράφηση στις παρακάτω υποομάδες επιτρέπει την αξιολόγηση των σημαντικών αλλαγών με μεγαλύτερη ακρίβεια.⁶⁹

- Πρώτη υποομάδα. Αποτελείται από τους αποκαλούμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας από 65 μέχρι 74 ετών (young old). Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε καλή λειτουργική ικανότητα, ενεργά και φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα.
- Δεύτερη υποομάδα. Αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα, προχωρημένης ηλικίας από 75+ μέχρι 84 ετών (old- old, mid old, the old). Μετά από την ηλικία των 75 ετών η κατάσταση των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο εύθραυστη και χαρακτηρίζεται από σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση. Οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αυξάνουν. Τα ηλικιωμένα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.
- Τρίτη υποομάδα. Αποτελείται από υπερήλικα άτομα άνω των 85 ετών που συνήθως είναι πολύ ευάλωτα και παρουσιάζουν σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση, τα οποία είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν συνήθως περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία (oldest-old). Τα ηλικιωμένα άτομα της τρίτης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τέταρτης ηλικίας.

Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους ηλικιωμένους άνδρες. Αυτό οφείλεται στις συνθήκες που επικρατούσαν τα προηγούμενα χρόνια (π.χ. πόλεμοι) και στον πιο ριψοκίνδυνο χαρακτήρα των ανδρών (π.χ. οι άνδρες ήταν πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα). Η παρουσία συζύγου στους ηλικιωμένους άνδρες αποτελεί συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Το 95% των ηλικιωμένων ζει στην κοινότητα. Το εισόδημα του ¼ των ηλικιωμένων είναι πολύ χαμηλό, γι' αυτό και το επίπεδο διαβίωσης είναι χαμηλό για μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων.⁶⁸

Το κοινωνικό σύστημα είναι έτσι δομημένο στις αναπτυγμένες χώρες, ώστε οι ηλικιωμένοι θεωρούνται αρνητικά στερεότυπα, δηλαδή ότι είναι άρρωστοι και ανάπηροι, εξασθενημένοι και αδύναμοι, απάθειες, ασταθείς και ιδιόρρυθμοι, χαμηλής ευφυΐας, άκαμπτοι, χωρίς χαρά και ικανοποίηση. Έμμεσα τους ενισχύει, ώστε να αποσύρονται από κοινωνική ζωή. Αυτή η αντιμετώπιση δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στα συστήματα περίθαλψης, γιατί μεγαλώνει την αναγκαιότητα συμμετοχής της κοινωνίας σε πόρους. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που παραμένουν ανεξάρτητοι και, επομένως, δυναμικά ενεργοί στο κοινωνικό σύνολο ανάλογα με τις δυνατότητές τους, συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση των ανθρώπινων και των άλλων πόρων με την εμπειρία και τη σοφία τους.^{70,71}

2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας σύμφωνα με τα κριτήρια του Strehler είναι φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική, εγγενής, προοδευτική και μη αναστρέψιμη. Μειώνεται προοδευτικά η προσαρμοστικότητα, η ευαισθησία, η ακρίβεια και η αντοχή του οργανισμού.⁷² Το γήρας ως φυσικό φαινόμενο είναι ευμετάβλητο. Επέρχεται σε διαφορετικούς ρυθμούς και εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Είναι, επίσης, εξαιρετικά δυναμικό, προοδευτικά εξελισσόμενο και σύνθετο, επειδή αποτελεί ένα σύνολο φυσικών αλληλοεπιδρώμενων φαινομένων με διαστάσεις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές. Θεωρείται μια αναδυόμενη μεταβολή ολοκλήρου του πολυκύτταρου βιολογικού συστήματος ενός οργανισμού. Η αναπόφευκτη εμφάνισή του, άλλοτε νωρίτερα, άλλοτε αργότερα, με το πέρασμα του χρόνου και τις βιολογικές δυνατότητες του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την προδιαγεγραμμένη κατάληξή του, που είναι η παρακμή και ο θάνατος, το κατατάσσει στα φυσικά φαινόμενα.⁷² Το φυσιολογικό γήρας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από το παθολογικό γήρας. Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας, καθώς ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων πάσχει κυρίως από χρόνια νοσήματα και συνηθέστερα από περισσότερα του ενός. Τα μείζονα κλινικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια, έλλειψη κινητικότητας, με αποτέλεσμα πτώσεις και διάφορα ατυχήματα λόγω μειωμένης κινητικότητας, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές. Τα νοσήματα των ηλικιωμένων ατόμων έχουν ιδιαιτερότητες και εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους ενήλικες. Η διαφοροποίηση αυτή καθιστά πολλές φορές δύσκολη τη διάγνωση και τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενή. Η αλληλεπίδραση νόσου- γήρατος έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Γι' αυτό και απαιτείται ανάλογη προσέγγιση στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης με στόχο την αυτοδυναμία και την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου και όχι την αύξηση της πιθανότητας μεγαλύτερης περιόδου επιβίωσης.

2.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η γήρανση επιφέρει προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας των οργανικών συστημάτων. Περιπλέκεται, όμως, από την παρουσία χρόνιων μη μεταδιδόμενων ασθενειών και από τη φαρμακευτική τους αγωγή. Αποτέλεσμα είναι

να επέρχονται σημαντικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο μυοσκελετικό και στο νευρικό σύστημα.⁷³

Οι βιολογικές αλλαγές είναι καθοριστικές στην τρίτη ηλικία. Οι αλλαγές αυτές συμβαίνουν σταδιακά με τη πάροδο του χρόνου. Ο βασικός μεταβολισμός επιβραδύνεται. Ο οργανισμός χάνει μυϊκό ιστό, ενώ αναλογικά, ο λιπώδης ιστός αυξάνεται. Ένας άνθρωπος που ήταν 70 κιλά όταν ήταν 40 χρονών και διατηρεί το ίδιο βάρος και στα 70 του έτη, θα έχει περισσότερο λιπώδη και λιγότερο μυϊκό ιστό. Τα οστά είναι λιγότερο ανθεκτικά, κυρίως όπου υπάρχει σημαντικού βαθμού οστεοπόρωση. Συχνά αλλάζει η στάση του σώματος με αποτέλεσμα η βάδιση και οι κινήσεις να γίνονται βραδύτερες και με περισσότερο κόπο. Κινήσεις που σε νεότερες ηλικίες γίνονταν αυτόματα τώρα χρειάζονται περισσότερη ενεργητική προσοχή και προσπάθεια.⁷⁴

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν στο καρδιαγγειακό σύστημα με την αύξηση της ηλικίας. Αφορούν μεταβολές στον καρδιακό μυ και στο αγγειακό σύστημα. Με την αύξηση της ηλικίας ελαττώνεται η ικανότητα της καρδιάς να αντλεί το αίμα (χαμηλότερος καρδιακός ρυθμός) με επακόλουθο αυτή να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια (μεγαλύτερο έργο σε συνδυασμό με μείωση καρδιακής παροχής), ώστε να διοχετεύσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος σε ολόκληρο στο σώμα.⁷⁵ Τα αιμοφόρα αγγεία της καρδιάς με την πάροδο της ηλικίας χάνουν την ελαστικότητά τους. Στα τοιχώματα των αγγείων δημιουργούνται αθηρωματικές πλάκες, με αποτέλεσμα τη στένωσή τους. Αυτό έχει ως συνέπεια ο καρδιακός μυς να χρειάζεται να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια, ώστε να διοχετεύει το αίμα στις αρτηρίες με τα σκληρά, στενά τοιχώματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη πίεση του αίματος (υπέρταση). Οι φυσιολογικές μεταβολές προκαλούν μείωση της ικανότητας του οργανισμού να προβαίνει σε άμεσες και ταχείες ρυθμίσεις, απαραίτητες, για να διατηρείται συνεχώς επαρκής παροχή σε όλες τις συνθήκες. Οι αντισταθμιστικές ρυθμίσεις απαιτούν περισσότερο χρόνο, για να επαναφέρουν την καρδιακή παροχή και είναι αποτελεσματικές μέχρι ενός σημείου. Ο κίνδυνος είναι να εμφανιστούν παροδικά επεισόδια καρδιακής ανεπάρκειας, ανακοπή και πτώσεις.^{76,77} Η γήρανση επιβραδύνει την ευαισθησία των περιφερειακών τασεοϋποδοχέων με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να μη ανταποκρίνεται άμεσα στην αλλαγή θέσης του σώματος ή σε δραστηριότητες. Αποτέλεσμα είναι ότι δεν μπορεί να αυξηθεί ικανοποιητικά η αρτηριακή πίεση και ταυτόχρονα να αυξηθεί και ο ρυθμός της καρδιάς σε τέτοιο βαθμό, ώστε να διατηρείται επαρκής η εγκεφαλική λειτουργία. Ως συνέπεια εμφανίζεται ορθοστατική υπόταση (συμπτωματική) ή ακόμη και απώλεια των αισθήσεων. Επιπλέον, καταστάσεις, όπως αφυδάτωση ή απώλεια όγκου αίματος ή κίρσοι, προκαλούν

σημαντική ελάττωση της ικανότητας των ηλικιωμένων να διατηρούν την κεντρική φλεβική πίεση σε ικανά επίπεδα, ώστε η καρδιακή παροχή να είναι επαρκής, με αποτέλεσμα διαταραχή της συνείδησης και πτώσεις.^{78,79}

Το δέρμα αδυνατίζει και χάνει την ελαστικότητα και τη σπαργή που είχε σε νεότερες ηλικίες. Συχνά παρουσιάζεται έκπτωση της οπτικής και της ακουστικής οξύτητας, που μπορεί εν μέρει μόνο να διορθωθεί με τη χρήση γυαλιών ή ακουστικών βαρηκοΐας.⁷⁴

Οι πνεύμονες και το αναπνευστικό σύστημα αναπτύσσονται και ωριμάζουν αποκτώντας τη μέγιστη λειτουργικότητά τους μέχρι τα 25 έτη. Στη συνέχεια, η πρόοδος της ηλικίας συσχετίζεται με μία προοδευτική απώλεια της αναπνευστικής λειτουργικότητας. Η φυσιολογική γήρανση του αναπνευστικού συστήματος αποδίδεται σε δομικές μεταβολές του θωρακικού τοιχώματος, του πνευμονικού παρεγχύματος και των αναπνευστικών μυών. Οι δομικές αυτές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα λειτουργικές μεταβολές, όπως αυξημένη δυσκαμψία του θωρακικού τοιχώματος, μειωμένη ελαστική επαναφορά και αυξημένη διατασιμότητα των πνευμόνων αφενός, παγίδευση αέρα, υπερδιάταση και επιδείνωση της ισχύος των αναπνευστικών μυών αφετέρου. Καταγράφεται δυσλειτουργία των μικρών αεραγωγών. Η διαχυτική ικανότητα για το μονοξείδιο του άνθρακα, με την ηλικία ελαττώνεται λόγω της μείωσης της επιφάνειας ανταλλαγής αερίων.^{80,81} Παρά την επέλευση όλων αυτών των λειτουργικών διαταραχών, το αναπνευστικό σύστημα παραμένει ικανό να διατηρήσει επαρκή ανταλλαγή αερίων κατά την ηρεμία και την άσκηση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, με ήπια ελάττωση της μερικής πίεσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα και αμετάβλητη τη μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα. Οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν την επίπονη προσπάθεια, επειδή μειώνονται οι δυνατότητές τους για την εκτέλεση δραστηριοτήτων ακόμη περισσότερο. Η αποφυγή του καπνίσματος και η σωματική άσκηση εξασφαλίζουν την ικανοποιητική λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος.^{80,81} Όμως, με την αύξηση της ηλικίας και σε περιπτώσεις οξείας νόσου οι εφεδρείες του αναπνευστικού συστήματος τείνουν να ελαττώνονται. Επιπρόσθετα, η με την ηλικία επερχόμενη μείωση της φυσικής δραστηριότητας, με την επακόλουθη απώλεια της φυσικής κατάστασης, η μειωμένη ευαισθησία των αναπνευστικών κέντρων στην υποξία/υπερκαπνία και η μειωμένη δυνατότητα αντίληψης επιπρόσθετων φορτίων ελαστικότητας και αντιστάσεων μπορεί να αμβλύνουν την απόκριση του αερισμού σε διάφορες απειλητικές για τη ζωή νοσηρές καταστάσεις, όπως οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονικό οίδημα και να οδηγήσουν σε μικρότερη αντίληψη της νόσου και καθυστέρηση της διάγνωσης με πιθανές επιβλαβείς συνέπειες.^{80,81}

Η νεφρική γήρανση είναι μια πολύπλοκη, πολυπαραγοντική διαδικασία που χαρακτηρίζεται από ανατομικές και λειτουργικές συσσωρευτικές αλλαγές που συμβαίνουν στη διάρκεια της ζωής. Με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται η ικανότητα των νεφρών να απομακρύνουν τα απόβλητα από την κυκλοφορία του αίματος. Αδυνατούν να ανταποκριθούν με ακρίβεια, όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα υγρών σώματος, με συνέπεια τον βραδύτερο ρυθμό αποβολής φαρμάκων. Αυτό έχει ως συνέπεια σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων να συσσωρεύονται στο αίμα με αποτέλεσμα την εμφάνιση παρενεργειών. Χρόνιες νόσοι, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, κάποια φάρμακα και η πολυφαρμακία, επιβαρύνουν τη λειτουργία των νεφρών. Η διερεύνηση και η εξακρίβωση του εάν οι νεφρικές βλάβες είναι αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης στις συστηματικές νόσους ή τοπική εκδήλωση συστηματικής γήρανσης είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Η πρόοδος στον τομέα της γενετικής είναι πολλά υποσχόμενη για περαιτέρω γνώση στη νεφρική γήρανση. Οι συνήθεις συστάσεις ως προς την υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής στα ηλικιωμένα άτομα, όπως η υιοθέτηση δίαιτας χαμηλών θερμίδων και υψηλής περιεκτικότητας σε αντιοξειδωτικά, αντιπροσωπεύουν σήμερα την περισσότερα υποσχόμενη προσέγγιση για τη διατήρηση της υγείας των νεφρών.^{82,83} Περίπου το 30% των ατόμων άνω των 65 ετών εμφανίζουν ακράτεια ούρων. Η ακράτεια μπορεί να προκαλείται από παχυσαρκία, δυσκοιλιότητα και χρόνιο βήχα. Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ακράτεια σε σχέση με τους άντρες. Αυτό συμβαίνει, επειδή τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται με την είσοδο στο γήρας με αποτέλεσμα ο ιστός που περικυκλώνει την ουρήθρα να αποδυναμώνεται. Οι πυελικοί μύες χάνουν μέρος της δύναμής τους και έτσι η ουροδόχος κύστη δεν υποστηρίζεται επαρκώς. Στους άνδρες η ακράτεια οφείλεται σε διεύρυνση του προστάτη, η οποία εμποδίζει την ουρήθρα. Αυτό δυσχεραίνει την ούρηση και προκαλεί διαρροή μικρών ποσοτήτων ούρων.^{84,85} Η ακράτεια έχει σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως στενοχώρια και ντροπή.^{86,87}

Οι μεταβολές στο πεπτικό σύστημα λόγω γήρανσης αφορούν λειτουργικές μεταβολές στην κινητικότητα, την έκκριση, την ενδοαυλική πέψη και την απορρόφηση. Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν συχνά υποκινητικότητα των στοματοφαρυγγικών μυών, που επηρεάζει την κατάποση. Μείωση στην περισταλτική κίνηση του οισοφάγου και πιέσεις του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι συχνές στα ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να προκαλέσουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η γαστρική κινητικότητα και κένωση καθώς και η κινητικότητα του λεπτού εντέρου είναι φυσιολογική στα ηλικιωμένα άτομα, αν και έχουν αναφερθεί περιστατικά με επιβράδυνση στην κινητικότητα και στη γαστρική εκκένωση. Η προωθητική κινητικότητα του παχέος εντέρου είναι μειωμένη. Η αλλοίωση αυτή

οφείλεται σε εκκριτικές μεταβολές στο τοίχωμα του παχέος εντέρου. Οι μειωμένες γαστρικές εκκρίσεις (γαστρικό οξύ και πεψίνη) και δυσλειτουργία του γαστρικού βλεννογόνιου φραγμού είναι συχνά ευρήματα στα ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να οδηγήσουν σε έλκος στομάχου. Οι εξωκρινείς παγκρεατικές εκκρίσεις συχνά είναι μειωμένες, όπως και η περιεκτικότητα των χολικών αλάτων της χολής. Αυτές οι μεταβολές είναι αντιπροσωπευτικές των μηχανισμών γαστρικών δυσλειτουργιών, όπως η δυσφαγία, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η πρωτογενής δυσπεψία, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, η πρωτογενής δυσκοιλιότητα, η δυσπεψία και η μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Οι πλέον συνήθεις γαστρεντερικές παθήσεις που συναντώνται στους ηλικιωμένους είναι η ατροφική γαστρίτιδα, το γαστρικό έλκος, η εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου, οι κακοήθεις όγκοι, η χρόνια ηπατίτιδα, η κίρρωση του ήπατος, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και η χρόνια παγκρεατίτιδα.^{88,89} Οι μεταβολές που παρατηρούνται στον οισοφάγο επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι. Η μείωση γαστρικών υγρών είναι της τάξης 60% στην ηλικία των 60 και άνω. Η σπουδαιότητα της δυνατότητας για καλή μάσηση της τροφής αυξάνεται, επειδή η μείωση των γαστρικών εκκρίσεων επιβαρύνει την πέψη. Οι μεταβολές που επέρχονται στα έντερα δημιουργούν επιπτώσεις στην απορρόφηση λίπους και ορισμένων μετάλλων.^{90,91} Τα προβλήματα πέψης μπορεί να οδηγήσουν στην ελάττωση της ποσότητας και της ποιότητας της τροφής. Οι αλλαγές στη διατροφή επηρεάζονται από την απώλεια των δοντιών, από τις εκπτώσεις της οξύτητας των αισθητήριων οργάνων που μειώνουν την ευχαρίστηση από την κατανάλωση τροφών, από τις αλλαγές στην οικονομική κατάσταση και στην οικογενειακή δομή, που κάνουν τους ηλικιωμένους να ενδιαφέρονται λιγότερο για την παρασκευή πλήρων γευμάτων.

Η διαδικασία της γήρανσης ενός οργανισμού επηρεάζει αρνητικά, με ποικίλους τρόπους, τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Η δυσλειτουργία αυτή έχει ως συνέπεια την εμφάνιση νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από ένα φλεγμονώδες πρότυπο που αναπτύσσεται κυρίως λόγω του χρόνιου αντιγονικού ερεθισμού και τα οποία αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ηλικιωμένων από λοιμώδεις νόσους. Εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες, όπως η αύξηση των δραστικών ελεύθερων ριζών και η μείωση του ποσού του ψευδαργύρου στον οργανισμό. Ένα τμήμα της φυσικής ανοσίας είναι κατεσταλμένο, ένα άλλο είναι διεγερμένο, ενώ η λειτουργία της επίκτητης ανοσίας δεν είναι επαρκής, καθώς η παραγωγή ειδικών αντισωμάτων έναντι ξένων αντιγόνων είναι περιορισμένη. Παράλληλα, τα λεμφοκύτταρα έχουν σχεδόν εξαφανιστεί, ενώ παρατηρείται συσσώρευση λεμφοκυττάρων μνήμης, τα οποία, όμως, είναι δυσλειτουργικά.^{91,92} Ο υποσιτισμός θέτει σε κίνδυνο το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ η άσκηση το βελτιώνει.

Οι σημαντικότερες μεταβολές του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι: ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές και χαμηλές θερμοκρασίες, η οποία προκαλεί μεγαλύτερη δυσφορία στα ηλικιωμένα άτομα σε περιόδους καύσωνα ή παγωνιάς. Τα ηλικιωμένα άτομα ιδρώνουν λιγότερο, γι' αυτό και δεν αντέχουν τις υψηλές θερμοκρασίες. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να αισθάνονται ότι κρυώνουν σε χώρο που άλλα νεότερης ηλικίας άτομα ζεσταίνονται. Οφείλεται στη μειωμένη καρδιαγγειακή λειτουργία.^{93,94,95} Επιπρόσθετα, παρατηρούνται διαταραχές ύπνου, π.χ. αϋπνία, η οποία συχνά οφείλεται στην άπνοια, δηλαδή δυσκολία αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ομοίως, συχνή ανάγκη για ούρηση, προβλήματα στα πόδια, στην καρδιά, αύξηση του ελαφρού ύπνου και μείωση του βαθύως ύπνου. Αυτό φέρνει ψυχολογική δυσφορία και αλλαγή των ωρών ύπνου.⁹⁶

Επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, κυρίως σε ό,τι αφορά την απώλεια των νευρώνων. Η σημαντική μείωσή τους στον ιππόκαμπο συνδέεται με τη βραχύχρονη μνήμη, η οποία εκπίπτει. Πάσχει ιδιαιτέρως στη νόσο Alzheimer. Η απώλεια κυττάρων στην παρεγκεφαλίδα έχει επίπτωση στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων. Υπάρχει απώλεια κυττάρων στις αισθητήριες και κινητικές περιοχές του φλοιού. Υπάρχει σταθερότητα στις προμετωπιαίες περιοχές του φλοιού, επομένως δεν επηρεάζονται οι διαδικασίες αφηρημένης σκέψης, κρίσης και σχεδιασμού. Οι συνέπειες των παραπάνω είναι ότι στα άτομα ηλικίας 65-80 ετών άλλες γνωστικές λειτουργίες μένουν άθικτες, ενώ άλλες πάσχουν. Μετά την ηλικία των 80, όμως, αρχίζουν απώλειες και στις γνωστικές λειτουργίες που ήταν άθικτες.^{97,98} Γενικά, η γήρανση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα έχει άμεσες επιπτώσεις σε πολλές αισθητηριακές, κινητικές και γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές. Ωστόσο, ο εγκέφαλος διαθέτει αντισταθμιστικούς μηχανισμούς, όπως την ύπαρξη πλεονασματικών κυττάρων και την πλαστικότητα, οπότε αναπτύσσονται νέες συνειρμικές συνδέσεις κυρίως στον φλοιό (90). Κατά συνέπεια, μπορεί να υπάρξει και βελτίωση των νοητικών λειτουργιών, καθώς με την πρόοδο της ηλικίας το άτομο αξιοποιεί τη σωρευμένη εμπειρία για τη λήψη αποφάσεων και τη διατύπωση κρίσεων. Σε αντιδιαστολή με τη φυσιολογική γήρανση μπορεί να εκδηλωθούν εκφυλιστικές νόσοι με δραματικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου, όπως η νόσος Parkinson 's και η νόσος Alzheimer.⁹⁹

Οι ψυχολογικές αλλαγές είναι πολύ σημαντικές. Οι ηλικιωμένοι έχουν αποκτήσει σοφία μέσα από τις εμπειρίες τής ζωής και μπορούν να αντιμετωπίσουν συναισθηματικά ή πρακτικά προβλήματα με μεγαλύτερη σύνεση και στωικότητα από ό,τι όταν ήταν νεότεροι. Η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος ενδοσκόπησης και αποτίμησης της πορείας τού καθενός και η αίσθηση ότι ο άνθρωπος έχει ζήσει και ζει μια ολοκληρωμένη ζωή, που χαρακτηρίζεται από ένα θετικό ισοζύγιο επιτεύξεων και

προσφοράς, μπορεί να δημιουργήσει μια ψυχολογική κατάσταση ευδαιμονίας. Σε αντίθεση με αυτό που, ίσως, πολλοί πιστεύουν, η τρίτη ηλικία μπορεί να είναι η πιο ευχάριστη και πλούσια σε συγκινήσεις περίοδος της ζωής ενός ανθρώπου.¹⁰⁰

Από την άλλη, ανεκπλήρωτες επιθυμίες και στόχοι που δεν επιτεύχθηκαν μπορεί να δημιουργήσουν μια απαισιόδοξη ψυχολογική κατάσταση. Το άγχος τού θανάτου, που υπάρχει σε κάθε ηλικία, γίνεται εντονότερο, καθώς ο άνθρωπος νιώθει ότι έχει ακόμη «ανοιχτούς λογαριασμούς» με τη ζωή.¹⁰⁰

Σωματικές νόσοι, οι οποίες στατιστικά είναι συχνότερες στην τρίτη ηλικία, μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου. Το άγχος τού θανάτου μετατρέπεται σε φόβο ενός επικείμενου θανάτου. Ακόμη πιο δυσάρεστη είναι η αίσθηση ανημποριάς και αναπηρίας ενός χρόνιου ασθενούς, καθώς και η αίσθηση ότι ο ασθενής «γίνεται βάρος» στους συγγενείς που έχουν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του.¹⁰¹

Οι κοινωνικές αλλαγές παίζουν ιδιαίτερο ρόλο. Η τρίτη ηλικία σημαδεύεται από ολοένα αυξανόμενο αριθμό απωλειών συγγενών και φίλων, με κορυφαία απώλεια αυτήν του συντρόφου. Το πένθος που καλείται να διαχειριστεί συναισθηματικά ένας ηλικιωμένος είναι πολύ πιο δυσβάσταχτο από ό,τι σε νεότερες ηλικίες. Η επίδραση των απωλειών στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να περιορίσει κατά πολύ τις δραστηριότητές τους, οδηγώντας τους στην απομόνωση. Η κακή σωματική κατάσταση, και κυρίως προβλήματα νευρολογικά, ορθοπεδικά ή ρευματικά, μπορεί να περιορίσει την κινητικότητα των ηλικιωμένων, οδηγώντας τους στον αποκλεισμό από δραστηριότητες που πρέπει ή που επιθυμούν να έχουν.¹⁰²

Η οικονομική κατάσταση των περισσότερων ηλικιωμένων είναι χειρότερη από ό,τι όταν ήταν νεότεροι. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εργάζονται, αλλά λαμβάνουν κάποιας μορφής σύνταξη, η οποία πολλές φορές δεν τους επιτρέπει να συνεχίσουν να έχουν το επίπεδο διαβίωσης που είχαν νεότεροι. Έτσι, αναγκάζονται να κάνουν αρκετές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, που ενδεχομένως να είναι και δύσκολες. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που, μετά από μια ζωή προσφοράς στην οικογένειά τους, αναγκάζονται να ζητούν οικονομική υποστήριξη από τα παιδιά τους.¹⁰²

Η μεγαλύτερη σωματική και, συχνά, οικονομική ευαλωτότητα των ηλικιωμένων τους φέρνει αντιμέτωπους και με το αποτρόπαιο, αλλά δυστυχώς όχι σπάνιο, φαινόμενο της κακοποίησης. Η κακοποίηση μπορεί να είναι σωματική, αλλά συχνότερα είναι ψυχολογική. Ο δράστης μπορεί να είναι κάποιος με τον οποίο ο ηλικιωμένος έχει δημιουργήσει σχέσεις αναγκαστικής εξάρτησης, συνηθέστερα κάποιος συγγενής, ακόμη και πολύ στενός.¹⁰²

Η διάκριση ανάμεσα στη γήρανση και στην ασθένεια παραμένει αναπόφευκτα και αποκαλυπτικά απροσδιόριστη στη βιβλιογραφία της εξελικτικής βιολογίας, της βιοδημογραφίας, της βιογεροντολογίας και της ιατρικής. Οι θεωρίες/μηχανισμοί της γήρανσης που έχουν διατυπωθεί, βασίζονται στις έννοιες ότι οι οργανισμοί είναι υποπροϊόν ατελών σχεδιάσεων που δημιουργήθηκαν με ατελή υλικά και συντηρείται από ατελείς διαδικασίες. Η γήρανση αποτελεί ένα πολύπλοκο μείγμα διαδικασιών που έχει επικαλυπτόμενες βιολογικές συνέπειες με τη νόσο. Η γήρανση ευνοεί την εμφάνιση της νόσου, ωστόσο η νόσος δεν οδηγεί στη γήρανση.¹⁰³ Τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η θεραπεία της νόσου καθυστερεί τον θάνατο, αλλά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν μεταβάλλουν την εξέλιξη της γήρανσης. Η κατανόηση των παραπάνω βασικών αρχών υποστηρίζει ότι αφενός υπάρχουν βιολογικά όρια στη διάρκεια και στο προσδόκιμο ζωής των πληθυσμών και αφετέρου αναδεικνύει βιολογικούς τομείς, όπου η ανάπτυξη των ιατρικών παρεμβάσεων και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ρυθμίζουν τη γήρανση. Παρά το γεγονός ότι οι ασθένειες έχουν πολλαπλή (γενετική και μικροβιακή) αιτιολογία, η γήρανση μπορεί να αποτελεί μία από τις πολλές αιτίες της ασθένειας. Οι ασθένειες δεν προκαλούνται από τη γήρανση, έχουν αναγνωρίσιμη αιτιολογία και παθογένεια και ως εκ τούτου μπορούν θεωρητικά να αποθεραπευτούν, όπως η σκωληκοειδίτιδα, ή να εξαλειφθούν, όπως η ευλογιά. Η γήρανση, ωστόσο, δεν αποτελεί μεμονωμένη κλινική οντότητα και η αιτιολογία της είναι καθορισμένη και στοχαστική, καθώς είναι καθολική, πανταχού παρούσα με κατάληξη τον θάνατο. Επομένως, δεν μπορεί ούτε να θεραπευτεί ούτε να εξαλειφθεί. Μπορεί μόνο να μετριαστούν οι επιπτώσεις της. Και οι οργανισμοί δεν έχουν σχεδιαστεί να είναι αθάνατοι, αλλά προορίζονται να αντικατασταθούν από τους απογόνους τους, που γεννώνται κατά την αναπαραγωγική φάση της ζωής τους. Η μακροζωία προσφέρει τον χρόνο, για να συμβεί αυτό, και η γήρανση είναι ένα υποπροϊόν της επιβίωσης πέρα από αυτό το όριο.¹⁰⁴ Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο της αναπαραγωγικής βιολογίας σε συνδυασμό με τις περιβαλλοντικές συνθήκες που αναπτύσσεται, η διάρκεια ενός αιώνα (100 χρόνια) είναι επί της ουσίας η αιωνιότητα. Επομένως, η ιατρική επιστήμη κατανοώντας την επιστημονική βάση των μηχανισμών της γήρανσης, αφενός κατανοεί καλύτερα τις ασθένειες που συνυπάρχουν με τη γήρανση και αφετέρου βελτιώνει την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου συμβάλλοντας ταυτόχρονα στη μακροβιότητά του. Η μεγαλύτερη πρόκληση στις βιοϊατρικές επιστήμες είναι η αντιμετώπιση της πολυνοσηρότητας, της ευπάθειας και της

ανικανότητας, που αποτελεί την κυρίαρχη συνέπεια της γήρανσης στην υγεία¹⁰⁵ για την εκπλήρωση της προσδοκίας του ανθρώπου για μακροζωία και ευζωία.

2.5 ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ - ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ασθενούν στη μεγάλη πλειοψηφία τους από χρόνιες μη μεταδοτικές νόσους. Από την ηλικία των 45 περίπου αρχίζει μια μετατόπιση της νοσηρότητας από τις μεταδοτικές νόσους και τα ατυχήματα προς χρονιότερες καταστάσεις, και το φαινόμενο φτάνει στην κορύφωσή του στο άνω των 65 τμήμα του πληθυσμού. Το 85% των ηλικιωμένων πάσχει από μια χρόνια νόσο, ενώ το 30% πάσχει από τρεις ή περισσότερες παθήσεις. Οι καρδιαγγειακές νόσοι (στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθειες, ανευρύσματα, περιφερική αγγειοπάθεια κ.ά.), τα κακοήγη νεοπλασμάτα (συχνότερα του πνεύμονα, του μαστού, παχέος εντέρου και προστάτη) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν κατά σειρά συχνότητας τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου για τα τρία τέταρτα των ατόμων άνω των 65.¹⁰⁶

Γενικώς, το γήρας συνοδεύεται από φυσιολογική φθορά, με αντιπροσωπευτικά παραδείγματα την αύξηση της αρτηριακής δυσκαμψίας, την ελάττωση της μυϊκής μάζας και την αύξηση του λίπους, τις διαταραχές στην καρδιακή και νεφρική λειτουργία, ελαττωμένη ελαστικότητα πνευμόνων, μείωση της ανοχής της γλυκόζης. Παρομοίως, προοδευτικά παρουσιάζεται η εξασθένηση ακοής, όρασης και όσφρησης, εκδηλώνονται γηριατρικά σύνδρομα όπως άνοια και κατάθλιψη και διαταραχές θρέψης.¹⁰⁷ Η ανάπτυξη χρόνιων νόσων μετά τα 65, αλλά και η βαρύτητά τους εξαρτάται από παρελθούσες ηλικιακές περιόδους, συχνά από τη νεότητα, οπότε και υιοθετούνται ανθυγιεινές συνήθειες όπως η διατροφή με αυξημένα λιπαρά, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Γίνεται επομένως φανερό ότι η φροντίδα της υγείας των ηλικιωμένων δεν αφορά πρωταρχικά τη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά κυρίως την πρόληψη, την αγωγή και προαγωγή υγείας που πρέπει να απευθύνονται στους νεότερους, στοχεύοντας στην καλή τους υγεία όταν αυτοί εισέλθουν στο γήρας.

Κύριες χρόνιες παθήσεις σε άτομα άνω των 65 ετών στις αναπτυγμένες χώρες (οι παθήσεις είναι παρόμοιες και για τα δυο φύλα, ωστόσο οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα μυοσκελετικά νοσήματα):¹⁰⁸

1. Καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
2. Υπέρταση
3. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

4. Σακχαρώδης διαβήτης
5. Καρκίνος (πνεύμονα, μαστού, προστάτη, παχέος εντέρου, κ.ά.)
6. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
7. Μυοσκελετικά νοσήματα (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κ.ά.)
8. Νευρολογικά-Ψυχιατρικά νοσήματα (άνοια, κατάθλιψη)
9. Διαταραχές όρασης (γλαύκωμα, καταρράχτης, κ.ά.)

2.6 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) όπως όλοι οι πολίτες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τους παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας και από κλινικές. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από ιδιώτες ιατρούς ή από Κέντρα Υγείας. Λόγω της απουσίας κάποιου οργανισμού που να απασχολείται κεντρικά και συνολικά με τα προβλήματα των ηλικιωμένων, αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια διάφορα προγράμματα για Ηλικιωμένους όπως το «Βοήθεια στο σπίτι», τα Κ.Α.Π.Η. τα Κ.Η.Φ.Η. και οι Λέσχες Φιλίας. Τα προγράμματα αυτά, πιο αναλυτικά, έχουν ως εξής:

Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων, που ξεκίνησε το 1985. Λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς και προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα άνω των 60 ετών που είναι μόνιμοι κάτοικοι στο Δήμο Αθηναίων. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και η προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες ζωής, παρέχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν οικογένεια για να τους φροντίσει ή έχουν περιορισμένα οικονομικά μέσα. Το προσωπικό που απαρτίζει τις λέσχες φιλίας είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Είναι ανοικτά από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 το πρωί έως τις 8:00 το βράδυ. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, αυτοάμυνα. Παράλληλα διοργανώνονται εκδρομές, εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επισκέψεις σε μουσεία και πολιτιστικούς χώρους. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην λέσχη είναι 3 έως 4 ώρες και τα εξυπηρετούμενα άτομα ανά λέσχη ημερησίως είναι από 50 έως 70. Σήμερα υπάρχουν 25 Λέσχες κατανεμημένες στον Δήμο Αθηναίων.¹⁰⁹

Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου- (Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα σε όλη την χώρα λειτουργούν περισσότερα από 900 Κ.Α.Π.Η.¹¹⁰ Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο συγκεκριμένες ώρες, πρωινές. Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι:

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλευτική καθοδήγηση
- Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων
- Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι:

- Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, κατασκηνώσεις, θέατρο, συνεστιάσεις
- Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους
- Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, χορός
- Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων
- Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική
- Βοήθεια στο σπίτι. όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί

Βοήθεια στο σπίτι

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κατ' οίκον. Προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση έχουν εκείνοι που ζουν μόνοι τους, δεν

αυτοεξυπηρετούνται και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να έχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Ξεκίνησε πιλοτικά τον Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με τη συνεργασία του Δήμου και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μετά την επιτυχή εφαρμογή του, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επέκταση του και σε άλλους Δήμους. Άλλαξε πολλές φορές το όνομα και την μορφή του, άλλαξε τις προδιαγραφές ένταξης των ατόμων σε αυτό, κινδύνευσε συχνά να τιναχτεί στον αέρα και συνεχίζει να υφίσταται με μικρές παρατάσεις αμφίβολης αποτελεσματικότητας. Η χρηματοδότηση του γινόταν από το Κράτος και από Ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως το Ε.Σ.Π.Α. Να αναφερθεί, ότι σήμερα κύριοι πάροχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι Ν.Π.Ι.Δ. των Δήμων της χώρας και δεδομένων των οικονομικών συνθηκών αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης του προγράμματος, με μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε αυτό να είναι απλήρωτος. Στα είκοσι περίπου χρόνια λειτουργίας του εξυπηρέτησε χιλιάδες ηλικιωμένους και προσέφερε σημαντική βοήθεια σε πολλές οικογένειες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2013 οι ωφελούμενοι ανάγονταν σε 80.000 άτομα.¹¹¹

Κ.Η.Φ.Η.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) περίπου 55 στον αριθμό, είναι μονάδες ημερήσιας ή ολιγώρης φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.) και των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει κοινωνικά, οικονομικά ή προβλήματα υγείας, και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του. Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν σε καθημερινή βάση σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους, οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας. Σκοπός τους είναι *«η παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας»*.¹¹² Έντονες επικρίσεις έχουν ασκηθεί στα παραδοσιακά προνοιακά πρότυπα που στηρίζονται σε δωρεάν υπηρεσίες, λόγω των αδυναμιών που έχουν παρουσιάσει και που οφείλονται στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου τομέα, την κακή οικονομική διαχείριση και την αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας.¹¹² Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που

έχουν συντελεστεί, απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημοσιονομική εξυγίανση.

Ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα - Γηροκομεία

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Παρέχουν περίθαλψη και περιποίηση σε ηλικιωμένα άτομα που είτε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται καθόλου και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση (νοσηλευτική ή και ιατρική). Η συναναστροφή των ηλικιωμένων με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις έχουν ως στόχο την διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Συνήθως η οικογένεια επιθυμεί να κρατήσει τον ηλικιωμένο άνθρωπο της στο σπίτι του και αυτό έχει μεγάλη αξία, εάν και εφόσον οι συνθήκες είναι κατάλληλες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την ολιγόωρη απασχόληση κάποιου φροντιστή μέσα στην ημέρα, και αν δεν μπορεί να μείνει ο ηλικιωμένος καθόλου μόνος του, με μόνιμο εσωτερικό φροντιστή όλη την ημέρα. Το ερώτημα που συχνά τίθεται, είναι πότε έρχεται η στιγμή, το σημείο εκείνο που η οικογένεια πρέπει να πάρει την απόφαση, του να μεταφερθεί ο ηλικιωμένος σε μία Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένου. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτό καθώς και από τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης που χρειάζεται. Συχνά η κοινωνική κριτική που ασκείται από το συγγενικό και οικείο περιβάλλον είναι αντίθετη, καθώς η εντύπωση που έχει διαμορφωθεί κατά το παρελθόν, για τις κλειστές δομές είναι αρνητική. Στις πιο κλειστές επαρχιακές πόλεις, υπάρχουν ακόμα μεγαλύτερες αντιστάσεις στην πρόταση «διαμονή σε οίκο ευγηρίας.», η οποία αποτελεί ακόμη περισσότερο ταμπού. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που δεν υπήρξε ιδιαίτερη ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην περιφέρεια, παρά μόνο στα αστικά κέντρα.¹¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η γήρανση του πληθυσμού τείνει να έχει υψηλότερη επικράτηση των χρόνιων ασθενειών, των σωματικών αναπηριών, των ψυχικών ασθενειών και άλλων συννοσηροτήτων.¹¹⁴ Οι ανάγκες για την υγεία και τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία των ηλικιωμένων δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μεμονωμένα. Ένα ευρύ φάσμα καθοριστικών παραγόντων, όπως οι κοινωνικές ανησυχίες,¹¹⁵ η κακομεταχείριση προς τους ηλικιωμένους,¹¹⁶ η ευαισθητοποίηση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, οι ανάγκες σε τρόφιμα και θρεπτικά συστατικά,¹¹⁷ οι ψυχοσυναισθηματικές ανησυχίες (δηλαδή απομόνωση, διανοητικό στρες, δυσκολία στην κατοχή τους),¹¹⁸ οι οικονομικοί περιορισμοί (συγκεκριμένα η μείωση του εισοδήματος κατά τη συνταξιοδότηση σε βαθμό που μπορεί να παρεμποδίσει τις βασικές ανάγκες της ζωής, όπως η επαρκής διατροφή, το ρουχισμό και η στέγη),¹¹⁵ οι παράγοντες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (οι περισσότερες χώρες δεν διαθέτουν αποτελεσματικό σύστημα ασφάλισης υγείας για τους ηλικιωμένους σε συνδυασμό με ανησυχίες σχετικά με την προσβασιμότητα και τις ανεπάρκειες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης),^{119,120} καθορίζουν τα ιατρικά προβλήματα και, συνεπώς, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.¹²¹

Στις γηράσκουσες κοινωνίες, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η τελευταία φάση της ζωής των ανθρώπων αλλάζει, αμφισβητώντας την παροχή της παραδοσιακής γηριατρικής φροντίδας. Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, οι ανάγκες τους στην υγεία γίνονται πιο σύνθετες, με μια γενική τάση προς μείωση της ικανότητας και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μιας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών. Οι υπηρεσίες υγείας συχνά σχεδιάζονται για να θεραπεύουν οξείες καταστάσεις ή συμπτώματα και να διαχειρίζονται ζητήματα υγείας σε αποσυνδεδεμένους και κατακερματισμένους τρόπους που δε διαθέτουν συντονισμό ανάμεσα σε πάροχους υπηρεσιών, ρυθμίσεις και χρόνο. Σε αυτό το σημείο η γηριατρική ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη και στην προσφορά στρατηγικών διαχείρισης ηλικιωμένων πληθυσμών με σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η ανακουφιστική φροντίδα επικεντρώνεται στην ανακούφιση όλων των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη μη ικανοποίηση των αναγκών των ηλικιωμένων ασθενών.

3.1 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Αποτελεί πλέον πολιτική, ότι η παροχή υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να κατευθύνεται από τις αντίστοιχες ανάγκες. Με αυτή τη λογική, ένας πληθυσμός μπορεί να χρειάζεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή οικογενειακό ιατρό. Για να υπάρχει κατάλληλη φροντίδα υγείας στον πληθυσμό, οι υπηρεσίες υγείας έπρεπε να σχεδιάσουν ή περιγράψουν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, να εκτιμήσουν τις ανάγκες του για φροντίδα υγείας και να τις ικανοποιήσουν¹²². Μέσα στο πλαίσιο του πληθυσμού, η ανάγκη έχει πιο συγκεκριμένη και τεχνική έννοια: Την ικανότητα του ατόμου ή του πληθυσμού να έχει όφελος από μία συγκεκριμένη έμβαση όσον αφορά στην παροχή φροντίδας υγείας. Έτσι, τα οφέλη καλούνται εκβάσεις ή αντικειμενικοί σκοποί. Χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν αν μία παρέμβαση πέτυχε ή όχι τους επιθυμητούς στόχους, π.χ. Πόσο καλά η πρώιμη συνταξιοδότηση επιτυγχάνει τον επιθυμητό σκοπό της, δηλαδή τη μείωση χρονικής περιόδου παραμονής στην εργασία; Αυτό, βέβαια, απαιτεί από την υπηρεσία να έχει ξεκάθαρο σκοπό, τον οποίο επιθυμεί να πετύχει.¹¹⁴

Εάν η ανάγκη προσδιορίζεται με βάση το πώς θα ωφεληθούν τα άτομα, τότε δημιουργείται η απορία του τρόπου καθορισμού της έννοιας του οφέλους ή και του αντικειμενικού σκοπού. Δεν υπάρχει ομοφωνία για τον τρόπο μέτρησης του οφέλους, παρόλο που η έννοια γίνεται ευρέως αποδεκτή από τους φορείς υγείας και της κοινωνίας. Στον τομέα της υγείας, είναι σύνηθες το όφελος να μετράται με όρους, όπως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα και η ποιότητα ζωής. Στα πλαίσια εκτίμησης της νοσηρότητας και της ποιότητας ζωής, υπάρχει ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των τυποποιημένων δεικτών τις εκβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα στους ηλικιωμένους. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι και οι δείκτες έκβασης και αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται την αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδα υγείας, δεν σχεδιάστηκαν έχοντας κατά νου τα ηλικιωμένα άτομα. Επίσης, είναι σημαντικό ότι η ανάγκη είναι δυναμική έννοια.¹¹⁴ Υπηρεσίες που ήταν απαραίτητες κατά το παρελθόν, όπως ο μαζικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακος ή η παροχή γευμάτων στα άτομα των οποίων το σπίτι είχε βομβαρδιστεί κατά τη διάρκεια του πολέμου, ενδέχεται να μην έχουν πια χρησιμότητα. Η δημιουργία νέων και σημαντικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων θα δημιουργήσουν νέες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ανάγκης, η οποία είναι ευρεία, συνήθως χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το μηχανισμό καθορισμού των αναγκών.¹²³

1. Κανονιστικές ανάγκες είναι εκείνες που προσδιορίζονται ή αναγνωρίζονται από τον ειδικό ή τον επαγγελματία. Για παράδειγμα, μία νοσηλεύτρια που εκτιμά ότι το ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται βοήθεια στο μπάνιο του, εκτελεί μία τυπική αξιολόγηση.
2. Εκτιμώμενες ανάγκες είναι εκείνες που αναγνωρίζονται από το χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ή τον επαγγελματία φροντίδας υγείας, όπως η ανάγκη για παροχή βοήθεια για την εκτέλεση του μπάνιου.
3. Εκφραζόμενες ανάγκες είναι οι εκτιμώμενες ανάγκες που μεταφράζονται σε πράξη. Π.χ. η ζήτηση του ηλικιωμένου ατόμου μεταφοράς σε κάποια δομή, ή η ζήτηση των ηλικιωμένων που ανήκουν σε μειονότητες για την παροχή γευμάτων από την υπηρεσία σίτισης.
4. Συγκριτικές ανάγκες που ορίζονται από τα άτομα μιας περιοχής, μέσω της σύγκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον πληθυσμό με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας άλλης περιοχής. Αν δεν είναι γνωστό ποιος είναι ο βέλτιστος τρόπος παροχής υπηρεσιών, τότε απλές συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και περιοχών θα αποκαλύψουν ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί ή έχουν υπερκεραστεί.

Η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι άνθρωποι, έχουν ανάγκη από¹²⁴:

1. Εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία (αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, σωστή διατροφή και ένδυση, οικιακή βοήθεια, καθαριότητα και δυνατότητα μετακίνησης).
2. Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμός της ελευθερίας τους και δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι και ότι συμμετέχουν δημιουργικά.
3. Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.

4. Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση στις νέες τεχνολογίες, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα και πνευματικά ερεθίσματα
5. Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
6. Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
7. Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
8. Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξαιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή, για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο.¹²⁵ Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο, διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί.¹²⁶

Σωματικές ανάγκες ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας που έχουν, εμφανίζουν αρκετές ανάγκες που προσπαθούν να τις ανακουφίσουν ή να τις θεραπεύουν με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.¹²⁷ Ένας βασικός τρόπος για τη μελέτη του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων ατόμων είναι ο έλεγχος της ικανότητας τους να παραμείνουν ανεξάρτητοι στη κοινότητα. Τέτοιες δραστηριότητες καλύπτουν τρεις τομείς της καθημερινότητας:¹²⁸

- την κινητικότητα,
- την αυτοφροντίδα, όπως το ντύσιμο και η σίτιση και
- τις δουλειές του σπιτιού, όπως είναι τα ψώνια, το μαγείρεμα και το καθάρισμα.

Για κάθε κατηγορία, το ποσοστό των ατόμων που αδυνατεί να εκτελέσει τις δραστηριότητες αυξάνεται με την ηλικία. Στην ηλικία άνω των 85 ετών, τουλάχιστον το 20% δεν μπορεί να εκτελέσει μια δραστηριότητα αυτοφροντίδας (συγκριτικά με το 4% της ηλικίας 65-69 ετών), το 60% δεν είναι σε θέση να κάνει τα ψώνια για το σπίτι (αντίστοιχα το 8% της ηλικίας 65-69 ετών) και το 44% αντιμετωπίζει τουλάχιστον ένα κινητικό πρόβλημα (αντίστοιχα το 5% της ηλικίας 65-69 ετών).¹¹⁹

Στις σημαντικές σωματικές ανάγκες που πρέπει να επιλύονται, περιλαμβάνεται και η ανακούφιση από τον πόνο, ο ποιοτικός ύπνος, η καλή λειτουργία της ούρησης και της κένωσης, η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των λοιμώξεων και οι πτώσεις.¹¹⁵

Ψυχολογικές ανάγκες

Όλες οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι κοινωνικές αλλαγές και ο σύγχρονος τρόπος ζωής έφεραν στην επιφάνεια πολλά έντονα συναισθηματικά προβλήματα ηλικιωμένων. Η απομάκρυνση από την παραγωγική εργασία με τη συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει:¹¹⁹

- Απόσυρση – κοινωνική απομόνωση.
- Μοναξιά.
- Περιθωριοποίηση.
- Απώλεια αυτονομίας που οδηγεί όχι μόνο στη σωματική εξάρτηση αλλά και στην κοινωνική.
- Μαρασμό.
- Λύπη, απόγνωση από απώλεια συντρόφου ή φίλων.
- Γεροντική κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ'ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη τρίτη ηλικία. Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτελώντας πρόκληση για τη δημόσια υγεία.¹²⁰ Στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων υπάρχουν, βεβαίως, πολλοί που δεν αντιμετωπίζουν τα παραπάνω προβλήματα και χαίρονται τα πλεονεκτήματα της ηλικίας τους. Υπάρχουν όμως και κατηγορίες, όπως οι ηλικιωμένοι χωρίς οικογένεια ή οικογένειες χαμηλού οικονομικού επιπέδου που δεν μπορούν να φροντίσουν ηλικιωμένους με προβλήματα υγείας. Υπάρχουν, τέλος, οικογένειες που αρνούνται να αναλάβουν την ευθύνη των ηλικιωμένων συγγενών. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι οι εγκαταλειμμένοι ηλικιωμένοι στα νοσοκομεία είναι συνήθως αυτοί που προέρχονται από τις παραπάνω κατηγορίες. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι έρχονται αντιμέτωποι με την παραμέληση, φυσική ή ψυχολογική, αλλά και αντιμέτωποι με τη βία ή την κακοποίηση. Παρατηρήσεις έδειξαν ότι υπόκεινται (σε σχέση με άλλες οικιακές ομάδες) σε περισσότερα τροχαία ατυχήματα, οικιακά ατυχήματα ή εγκληματικές επιθέσεις.¹²⁹

Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών δεν πρέπει να υποεκτιμάται κατά την αξιολόγηση των ασθενών και το σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας του ασθενή. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια και το υποστηρικτικό δίκτυο του ηλικιωμένου, οι οποίοι θα πρέπει να εκπαιδευτούν τόσο στην πρώιμη αναγνώριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων όσο και στην έγκαιρη παραπομπή των ηλικιωμένων στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας. Φυσικά, η καλή και συνεχής επικοινωνία των ηλικιωμένων με τους «νεότερους» (παιδιά, εγγόνια) μειώνει το αίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς, ακόμη και στις περιπτώσεις που έχουμε απώλεια συζύγου. Δεν πρέπει επίσης να παραμεληθεί η συσχέτιση αυτών των προβλημάτων με υπαρκτά σωματικά και κοινωνικά προβλήματα και την ανάγκη να ικανοποιούνται οι σωματικές ανάγκες για την μείωση του αντίκτυπου που προκαλούν στον ψυχισμό του ηλικιωμένου.¹²¹

Κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια. Στην πραγματικότητα, όμως, η αυξημένη λόγω ηλικίας

νοσηρότητα σε συνδυασμό με τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε αποδιοργάνωση και συντελούν στη διαμόρφωση ενός ιδιόμορφου ψυχισμού, ο οποίος με τη σειρά του περιορίζει τις πιθανότητες διεξόδου από το φαύλο κύκλο που δημιουργείται.¹³⁰

Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα, ου αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, είναι τα εξής:

- Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος. Η διαβίωση των υπερηλίκων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου αναγκάζει τους ηλικιωμένους να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.
- Οικονομικά προβλήματα. Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Επιπλέον, η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και η μεγάλη υπογεννητικότητα, που χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τις αναπτυσσόμενες χώρες, δημιουργούν ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, που τις επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός των νεαρότερων ηλικιών.
- Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης. Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα.

3.2 ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η συνύπαρξη ή συννοσηρότητα, όπως αποκαλείται στην ιατρική ορολογία, μιας σωματικής ασθένειας με μια ψυχική διαταραχή, είναι δυστυχώς συχνό φαινόμενο. Είτε πρόκειται για την περίπτωση όπου η εμφάνιση μιας σωματικής ασθένειας συνδέεται με μια προϋπάρχουσα ψυχική παθολογία, είτε για την περίπτωση όπου μια ψυχική νόσος «επικάθεται» σε μια σωματική ασθένεια, αυτό έχει επιβαρυντικές συνέπειες για την πορεία και την έκβαση της υγείας του ασθενούς, τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική. Είναι ένα γεγονός που υπογραμμίζει την άρρηκτη σύνδεση της ψυχικής με τη σωματική υγεία, καθώς και την ανάγκη μιας σφαιρικής, ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα του ηλικιωμένου.¹²²

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν την κατάσταση της σωματικής υγείας του ηλικιωμένου. Η συχνά επιδεινωμένη, λόγω της ψυχικής νόσου, ποιότητα ζωής του, η αδυναμία να υιοθετήσει τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και προάσπισης της υγείας του ή η ανεπαρκής αναγνώριση και θεραπευτική αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για σωματικές ασθένειες σε ηλικιωμένους με ψυχικές διαταραχές.¹²¹ Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν δυο έως τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαβήτη ή άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και μόλις ένας στους τρεις παρουσιάζει κανονικό βάρος.⁶⁶ Η ψυχική διαταραχή κάποιες φορές εκδηλώνεται σαν αποτέλεσμα μιας σωματικής νόσου, «εκφράζοντας» τη δυσκολία των ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου να ανταπεξέλθουν στην κατάσταση κρίσης στην οποία τίθενται από μια σοβαρή, χρόνια και πιθανώς απειλητική για την ζωή σωματική ασθένεια. Η κατάθλιψη είναι η κατεξοχήν ψυχική νόσος που σχετίζεται με σωματικά προβλήματα υγείας, όπως οι νεοπλασματικές ασθένειες. Επίσης, ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης διπλασιάζεται σε άτομα με διαβήτη. Κατάθλιψη εμφανίζουν το 70% των πασχόντων από καρδιαγγειακή νόσο, ενώ σε μικρότερη αλλά επίσης ανησυχητική συχνότητα η κατάθλιψη και οι συναισθηματικές διαταραχές συνδέονται με το εγκεφαλικό επεισόδιο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την αρθρίτιδα και την παχυσαρκία.¹²²

Σε αυτή την περίπτωση, της συνύπαρξης ψυχικών και σωματικών ασθενειών, το στίγμα είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τους. Περίπου τα δυο τρίτα των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές δεν αναζητούν θεραπεία, κυρίως λόγω του στίγματος. Οι στιγματικές πεποιθήσεις που υπάρχουν διάχυτες για τη ψυχική ασθένεια αποτελούν τη βασική αιτία που αποτρέπει από την αποδοχή ενός προβλήματος ψυχικής υγείας κατ' επέκταση, τη θεραπευτική

του αντιμετώπιση. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο ηλικιωμένος δυσκολεύεται να αποδεχτεί την ψυχογενή φύση των συμπτωμάτων του, αποδίδοντας τα σε κάποια σωματική αιτιολογία. Ακόμα και ο γιατρός στον οποίο απευθύνεται υποδεικνύει την παραπομπή σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας. Από κει και πέρα, η αναγνώριση ενός προβλήματος ψυχικής υγείας πολύ συχνά οδηγεί στον στιγματισμό του ηλικιωμένου, επιβαρύνοντας επιπρόσθετα την ψυχολογική του κατάσταση και μπερδεύοντας την έκβαση της θεραπείας του.¹³¹

Εκτός από τις επιπτώσεις στην προσωπική ευεξία και ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του, τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην κοινωνία συνολικά. Οι δαπάνες για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, στην Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο, έχει εκτιμηθεί ότι ανέρχονται σε 436 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Οι πρόσθετες δαπάνες για προβλήματα σωματικής υγείας σε ψυχικά ασθενείς αυξάνουν αυτόν τον αριθμό μέχρι και 70%.¹²³

Συνύπαρξη κατάθλιψης και άνοιας

Μερικές φορές η κατάθλιψη και η άνοια απαντώνται μαζί και είναι σημαντικό να μπορούμε να εξακριβώσουμε αν αυτές οι δυο παθήσεις παρουσιάζονται την ίδια περίοδο. Η άνοια μπορεί να συντελέσει στην κατάθλιψη μέσα από την αργή διάβρωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης καθώς επηρεάζεται η ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται το φυσικό του και κοινωνικό του περιβάλλον.

Άλλες αλλαγές που μπορούν να συντελέσουν στην κατάθλιψη ενός ατόμου με άνοια συμπεριλαμβάνουν:¹²²

- Απώλεια της ανεξαρτησίας και αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους
- Αδυναμία του ατόμου να κυκλοφορήσει έξω μόνο του
- Απώλεια της ικανότητας να ασχολείται με ευχάριστες δραστηριότητες
- Απώλεια της ικανότητας να διεκπεραιώνει καθημερινές εργασίες
- Έντονο άγχος και αναστάτωση
- Σύγχυση και απώλεια μνήμης

Μολονότι η κατάθλιψη επηρεάζει τη διάθεση, μπορεί επίσης να επηρεάσει και τον τρόπο που λειτουργεί ένας εγκέφαλος, έχοντας ως αποτέλεσμα αδύνατη μνήμη και δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων, την οργάνωση και την έναρξη δραστηριοτήτων. Σε ένα άτομο με άνοια, η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο την διάθεση του, αλλά μπορεί επίσης να επιδεινώσει και τα συμπτώματα της άνοιας.¹²³ Η κατάθλιψη είναι τρεις με τέσσερις φορές πιο συνηθισμένη σε άτομα με άνοια από ότι στα ηλικιωμένα

άτομα που δεν πάσχουν από άνοια, μπορεί όμως να προχωρήσει και να γίνει αντιληπτή για μια σειρά από λόγους. Αυτοί είναι :

- Συχνά θεωρείται εσφαλμένα ότι είναι «φυσιολογικό» για τα ηλικιωμένα άτομα να είναι καταθλιπτικά, ειδικά αυτά με άνοια.
- Συχνά είναι δύσκολο να διακριθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης από αυτά της άνοιας.
- Τα άτομα με άνοια μπορεί να έχουν προβλήματα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και τους φροντιστές τους ή ίσως να μην είναι σε θέση να περιγράψουν τα συμπτώματα τους πολύ καλά.
- Μια ακριβής διάγνωση προϋποθέτει περισσότερα από απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν :
 - Τον αριθμό των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων.
 - Το είδος των συμπτωμάτων ιδιαίτερας των αισθημάτων απελπισίας, της ενοχής και της αναξιότητας
 - Τη χρονική διάρκεια που υφίστανται τα συμπτώματα

Η άνοια συνήθως επιδεινώνεται με αργό ρυθμό σε χρονική περίοδο μηνών ή χρόνων. Αν υπάρχει εμφανής αλλαγή στην συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα για περισσότερο από μερικές εβδομάδες, η κατάθλιψη είναι ενδεχομένως η αιτία για αυτό.

Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που λειτουργεί ένα άτομο στην καθημερινή ζωή. Συχνά είναι δύσκολο να διαγνωστεί όταν υπάρχει άνοια, και σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να διαγνωστεί και να θεραπευτεί.¹³²

Εκτός από την ψυχολογική και την ιατρική θεραπευτική προσέγγιση, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα μειώσουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης και θα διατηρήσουν ή βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου με άνοια είναι :

- Η προσαρμογή του σπιτιού και του άμεσου περιβάλλοντος του ατόμου, ώστε να γίνει πιο εύχρηστο.
- Ελαχιστοποίηση των αλλαγών και διατήρηση μιας προβλέψιμης ρουτίνας.
- Ελαχιστοποίηση της εντάσεως και του άγχους απλοποιώντας δραστηριότητες που έχουν γίνει δύσκολες.
- Μείωση της έκθεσης σε καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν υπερδιέγερση.
- Προσφορά υποστήριξης στο άτομο ώστε να μπορεί να διεκπεραιώνει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες
- Εξασφάλιση υγιεινών τροφών , όπως φρούτα και λαχανικά.
- Τακτική άσκηση

- Ύπαρξη τακτικής κοινωνικής επαφής.
- Παροχή συμπληρωμάτων βιταμίνης Β.
- Το άτομο πρέπει καθημερινά να βγαίνει για λίγη ώρα στον ήλιο.

Αν το οικογενειακό περιβάλλον πιστεύει ότι ένα μέλος του που πάσχει από άνοια υποφέρει από κατάθλιψη, θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τον ιατρό του. Χρήσιμο θα ήταν η σαφής περιγραφή των συμπτωμάτων που τους δημιούργησε ανησυχία. Βασικές ενδείξεις της κατάθλιψης είναι οι αλλαγές στην διάθεση, διακυμάνσεις του βάρους και διαταραχές ύπνου.¹²⁴

Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Όπως ο διαβήτης, έτσι και η κατάθλιψη αποτελεί μια κοινή ασθένεια. Οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αυτή η ομάδα παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και να παρουσιάσουν συχνότερα τις επιπλοκές από διαβήτη. Η κατάθλιψη είναι δυο φορές πιο συχνή σε ηλικιωμένους με Σ.Δ..¹²³

Η κατάθλιψη είναι δυο φορές πιο συχνή σε ηλικιωμένους με ΣΔ τύπου 2 σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, κι έτσι ποσοστό 15-30% των ηλικιωμένων με διαβήτη πληρούν τα κριτήρια για κατάθλιψη. Μετά από ένα πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης, ηλικιωμένοι με ΣΔ υποτροπιάζουν ευκολότερα σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους.¹²³

Επίσης, η κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για υπέρταση, υπερλιπιδαιμία και καρδιοπάθεια και κάθε ένας από τους συγκεκριμένους παράγοντες αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακά επεισόδια μεταξύ των διαβητικών ασθενών. Παρ' όλο που η σχέση είναι πολύπλοκη και μπορεί να διαφέρει μεταξύ ασθενών, είναι εμφανές ότι η κατάθλιψη συνδέεται με κακό γλυκαιμικό έλεγχο.¹³³

Ο καλός γλυκαιμικός δείκτης είναι ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί αν τα επίπεδα του σακχάρου παραμένουν υψηλά περισσότερο από μια συγκεκριμένη περίοδο μπορούν να εμφανιστούν τόσο οξείες όσο και χρόνιες επιπλοκές. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν κυρίως τη διαβητική κετοξέωση, η οποία μπορεί να οφείλεται σε πλήρη έλλειψη ινσουλίνης και ενδεχομένως να παρατηρηθεί κατά τη διάγνωση του διαβήτη ή γιατί ο ασθενής διέκοψε τις ενέσεις ινσουλίνης ακούσια, λόγω κακής εκπαίδευσης ή εκούσια προκειμένου να μειώσει το σωματικό του βάρος. Οι χρόνιες επιπλοκές που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα σακχάρου περιλαμβάνουν συνήθως τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, την πολυνευροπάθεια και τη διαβητική

νεφροπάθεια, οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη και διαβήτη έχουν υψηλά επίπεδα αμφιβληστροειδοπάθειας και μικροαγγειοπάθειας σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη.¹²⁵

Παθοφυσιολογικά, οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 παρουσιάζουν ένα συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης και αυξημένης αντίστασης στην ινσουλίνη. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΣΔ και μπορεί να πυροδοτήσει και την εμφάνιση επιπλοκών. Ο ΣΔ έχει καθημερινή και διαρκή επίδραση στην ζωή του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα, για να επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα οι ηλικιωμένοι είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν καθημερινά τα επίπεδα σακχάρου, να χορηγούν ενέσεις ινσουλίνης σε αυτούς υπό την βοήθεια των άλλων ή να παίρνουν την φαρμακευτική αγωγή τους, να ελέγχουν τη διαίτα και να ασκούνται. Επιπλέον, ο διαβήτης πιθανόν να έχει καταστρεπτικές συνέπειες όσον αφορά στις χρόνιες επιπλοκές, όπως νεφροπάθεια, διαταραχές όρασης, καρδιοπάθεια, αλλά και αυτές οι συνέπειες ενδέχεται να εμφανιστούν στο πλαίσιο μιας οξείας κατάστασης, όπως η υπογλυκαιμία.¹²⁴

Υπάρχουν ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις του διαβήτη που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοφροντίδα, στην καθημερινότητα και γενικότερα στην ποιότητα ζωής.

Επεισόδια κατάθλιψης μπορούν να υποτροπιάσουν συχνότερα, να διαρκούν περισσότερο και η διάρκεια της περιόδου αποθεραπείας να είναι μεγαλύτερη. Οι διαβητικές γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη από ότι οι διαβητικοί άντρες.

Μόνο το ένα τρίτο των ανθρώπων με διαβήτη και κατάθλιψη διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται θεραπευτικά. Αυτό πιθανόν δικαιολογείται από το γεγονός ότι συχνά τα ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζονται ως δευτερεύοντα, τόσο από τους διαβητολόγους όσο και από τους ασθενείς ή το περιβάλλον τους. Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν αντιλαμβάνονται ότι η καταθλιπτική τους διάθεση είναι σχετική με τη διαβητική τους αγωγή και επίσης δεν έχουν γνώση για την κατάθλιψη ή είναι απρόθυμοι να συζητήσουν τα προβλήματα τους με τον θεράποντα ιατρό τους. Αρκετά συχνά, τα συμπτώματα του διαβήτη μπορεί να επικαλύπτονται από εκείνα της κατάθλιψης, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει σε υποδιάγνωση της κατάθλιψης.¹²⁴

Παρόλο που μπορεί να υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και των ψυχολογικών επιπτώσεων του διαβήτη, τα εν

λόγω συμπτώματα δεν συμβαδίζουν με εκείνα της κατάθλιψης όπως ορίζονται από τα διαγνωστικά κριτήρια, ή από άλλες ειδικές ψυχομετρικές κλίμακες, που μπορούν να συμβάλλουν στην διάγνωση της κατάθλιψης σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να βοηθηθούν οι ηλικιωμένοι με διαβήτη.

Η επικοινωνία των ασθενών με τους φροντιστές υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τους διαβητικούς με κατάθλιψη. Το επίπεδο επικοινωνίας καθορίζει την ικανοποίηση του ηλικιωμένου από τη θεραπεία και τη συμμόρφωση του στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από την έλλειψη ικανοποίησης για την θεραπεία που βιώνουν οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι. Από την άλλη πλευρά, το προσωπικό αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους με διαβήτη που πάσχουν από κατάθλιψη ως δύσκολους και μη ικανούς να διαχειριστούν την ασθένεια τους¹³⁴.

Αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές σε ηλικιωμένους με χρόνιες καρδιολογικές νόσους

Ηλικιωμένοι που πάσχουν από χρόνιες καρδιολογικές παθήσεις με κυρίαρχες, λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών, τη στεφανιαία νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια και τις αρρυθμίες παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης. Τα τελευταία χρόνια πολλές έρευνες επιχειρούν να διερευνήσουν τη σχέση της στεφανιαίας νόσου με το άγχος και την κατάθλιψη. Η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, στο παρελθόν, αφορούσε κυρίως τη θεραπεία και την πρόληψη των επιπλοκών. Σήμερα όμως δίνεται έμφαση και στη διερεύνηση της επίδρασης που έχουν τα ψυχικά προβλήματα στην εκδήλωση, στην έκβαση της νόσου αλλά και στη διευθέτηση θεμάτων που αφορούν το διαγνωστικό κομμάτι της ασθένειας¹²⁶.

Στην έρευνα INTERHEART που μελέτησε παγκοσμίως τους παράγοντες καρδιακού κινδύνου, συγκρίνοντας περίπου έντεκα χιλιάδες ασθενείς με πρώτη εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου, στην ανάλυση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, τα στρεσογόνα συμβάντα στη ζωή των ηλικιωμένων ήταν σαφώς συχνότερα τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στρες και άγχος μπορεί να προκαλέσουν η συνταξιοδότηση, η ανικανότητα διεκπεραίωσης καθημερινών δραστηριοτήτων, βία, ενδοοικογενειακές προστριβές, απώλεια ανεξαρτησίας και θάνατος ή σοβαρή ασθένεια κοντινού προσώπου. Άγχος σύμφωνα με πολλές μελέτες παρουσιάζεται σε μεγάλο αριθμό ασθενών με στεφανιαία νόσο. Περίπου το 70-80% των ατόμων που διεγνώσθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο βιώνουν άγχος, ενώ στο 20-25% αυτών των περιπτώσεων το άγχος παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο το άγχος

συνήθως εκδηλώνεται μετά το έμφραγμα, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση τη δεύτερη μέρα και φαίνεται να υποχωρεί λίγες μέρες αργότερα. Ηλικιωμένοι που βιώνουν για χρόνια καταστάσεις άγχους, έχουν διαταραχές πανικού ή φοβικό άγχος, φαίνεται πως κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο αλλά και να έχουν χειρότερα προγνωστικά όταν έχει ήδη διαγνωστεί η νόσος.¹³⁵

Καρκίνος και ψυχική Υγεία στην τρίτη ηλικία

Ο καρκίνος είναι μια από τις ασθένειες που οι ηλικιωμένοι μπορεί να αντιμετωπίζουν. Το στίγμα και ο συνδεδεμένος φόβος του πόνου και του θανάτου, ο καρκίνος είναι μια πρόκληση για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών. Όσο οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειες τους ζουν με την πορεία του καρκίνου κουβαλούν τις σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, πνευματικές και πρακτικές ανάγκες και πηγές μαζί με αυτούς. Για τους ηλικιωμένους που ήδη ζουν άλλες προκλήσεις, η ύπαρξη του καρκίνου, μπορεί να επιδεινώσει τα άλλα προβλήματα και να δημιουργήσει καινούργια, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ψυχικά προβλήματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Εν τω μεταξύ, προστατευτικοί παράγοντες που μπορούν να περιορίσουν τους κινδύνους για την ψυχική τους υγεία, μπορεί να μειωθούν. Ένας ηλικιωμένος παντρεμένος με καλή υγεία, οικογένεια που τον υποστηρίζει και φίλους, με οικονομική ευχέρεια, που δεν του περιορίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έχει πιο μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων σε σύγκριση με έναν ανύπαντρο, κοινωνικά αποκλεισμένο ηλικιωμένο με σημαντικά προβλήματα λειτουργικότητας που ζει κοντά στα όρια της φτώχειας.¹²⁵

Ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει άσχετα από το αν ένα άτομο είναι ικανό να έχει μάθει τις ανάγκες του. Η ικανότητα ενός ατόμου να ενεργήσει μπορεί να εξαρτάται από τις παρενέργειες της θεραπείας, πόνο και συναισθηματική αναστάτωση. Ο τρόπος που ο ηλικιωμένος συναντά τις ανάγκες του, μπορεί να μην είναι εφικτός στις συνέπειες που έχει ο καρκίνος. Διαφορετικές δεξιότητες, υποστηρικτικά δίκτυα, η νέα γνώση και πληροφορίες, μπορεί να χρειαστούν για την διαχείριση της κατάστασης.¹²⁶

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής όταν συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς.

Κατά τον Στεφανή, οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε αρρώστου που πάσχει από καρκίνο, εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει την ασθένεια του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φτάσει μέχρι και τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την ασθένεια και οργανώνει τις ψυχολογικές του άμυνες) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές ανάγκες, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερη άρνηση της

ασθένειας. Η τρίτη φάση (όταν πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα της ασθένειας, είτε από την παρουσίαση ψυχιατρικών επιπλοκών.¹²¹

Η Kubler- Ross, μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών καρκινοπαθών και πήρε συνέντευξη από διακόσιους ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένεια τους.¹³⁶

Κατά την Kubler- Ross, κάθε καρκινοπαθής, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστος μέχρι τον θάνατο του.

Στάδιο της άρνησης και της απομόνωσης :

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως απειλητική. Έτσι λοιπόν αρνείται το γεγονός της ασθένειας και των επιπτώσεων της. Υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Για παράδειγμα, στην οροδιαγνωστική φάση, το άτομο αρνείται τα συμπτώματα του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση.¹²⁸

Η άρνηση κάποιες φορές αφορά τις επιπτώσεις της ασθένειας. Ο ασθενής αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα, επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ασθένεια και η θεραπεία της στη ζωή του.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα θανάτου. Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και σκέφτεται ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γεράματα. Στις αρχικές φάσεις της ασθένειας, η άρνηση είναι μια φυσιολογική αντίδραση, μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του ασθενή, γιατί έτσι θέτει μακροχρόνιους στόχους, προγραμματίζει την ζωή του και διατηρεί τις σχέσεις του με το περιβάλλον του. Όταν όμως η άρνηση παρατείνεται μέσα στον χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου, αφού δεν θα τηρεί τις ιατρικές συμβουλές.¹²⁸

Στάδιο του θυμού :

Ο θυμός στρέφεται προς τους οικείους, τους συγγενείς, φίλους και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, άλλες πάλι φορές ενάντια προς τον Θεό. Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές, από τη μια επειδή με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους προκάλεσαν την ασθένεια τους, και ερμηνεύουν την ασθένεια τους ως «τιμωρία» για κάποιες μη ηθικές πράξεις τους. Επίσης, μπορεί να νιώθουν ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασαν στην ζωή τους. Παρόλο που ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, ταυτόχρονα δημιουργεί

εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον ασθενή σε μια περίοδο που έχει ανάγκη υποστήριξης από το περιβάλλον του.

Στάδιο της συνδιαλλαγής :

Η διαπραγμάτευση ή το παζάρεμα παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ασθενή στην θεραπεία. Από την άλλη πλευρά όμως αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο ιατρός ή ο θεός δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και «εγκαταλείπουν» τον ασθενή, έτσι και αυτός σταματάει να συμμορφώνεται με τις οδηγίες ή έχει άγχος και κατάθλιψη.

Στάδιο της κατάθλιψης :

Εδώ υπάρχουν δυο είδη κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, ο ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί, να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του και την ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα, έχουν σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να βγει γρήγορα από την κατάθλιψη. Το δεύτερο είδος κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη, ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο.

Όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον δυνατό να αρνηθεί την ασθένειά του, όταν τα συμπτώματά του συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι θα πεθάνει, έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα, θα χάσει τα πάντα. Για αυτό πέφτει σε κατάθλιψη. Η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει εύχαρη έναν ασθενή που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψη του.

Στάδιο της αποδοχής

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του, βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντά του στο ελάχιστο δυνατό, οι επισκέψεις τον ενοχλούν, θέλει να μείνει μόνος του. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον του συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο

επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα ή να μείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα στάδιο.

Στον καρκινοπαθή ηλικιωμένο, είναι έντονο το συναίσθημα ότι είναι αβοήθητος, γιατί ο ασθενής πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου συνεπάγεται το θάνατο. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους του νοσηλευτή. Όταν ο νοσηλευτής δίνει μόνο εντολές χωρίς να του εξηγεί την σκοπιμότητα κάθε εντολής δεν τον βοηθά να βγει από αυτό το συναίσθημα, ίσως έτσι του το επιτείνει.

Συνήθως ο ασθενείς υποβάλλεται εύκολα, αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Έχει ανάγκη από βοήθεια, για αυτό κάθε λέξη του νοσηλευτή μπορεί να έχει μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό του. Επίσης υπάρχει και κίνδυνος αυτοκτονίας, για τον λόγο αυτό, μερικές φορές αποφεύγουν να λένε στον ασθενή όλη την αλήθεια.

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις στη νόσο του Πάρκινσον στην τρίτη ηλικία

Η αρχική αναφορά ψυχιατρικής σημειολογίας στην κλινική εικόνα της νόσου του Πάρκινσον έγινε από τον Ball, οι δε αναφορές σε ψευδαισθητικά συμπτώματα πασχόντων υπό ειδική αγωγή αφορούσαν αρχικά σε αντιχολινεργικούς παράγοντες και αργότερα στην L-dopa και σε ντοπαμινεργικούς αγωνιστές. Σήμερα, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της νόσου, σε έναν ή σε περισσότερους τομείς της νευροψυχικής δραστηριότητας, αφορούν έως και στο 77% των μη ανοϊκών παρκινσονικών πασχόντων.¹²⁷

Οι δευτεροπαθείς μη κινητικές εκδηλώσεις της νόσου, αφορούν σε γνωσιακά ελλείμματα άλλοτε άλλης έκτασης, σε πιθανή εμφάνιση άνοιας, καταθλιπτική διαταραχή, ανχώδεις διαταραχές, διαταραχές του ύπνου και ψυχωσικές εκδηλώσεις, αλλά και διαταραχές της διάθεσης. Οριζόμενες παλαιότερα ως δευτεροπαθείς οφειλόμενες στη φαρμακευτική θεραπεία της νόσου ή θεωρούμενες ως εγγενές χαρακτηριστικό της νόσου επιδεινούμενο από την θεραπεία, όπως σήμερα υποστηρίζεται, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις έχουν απασχολήσει επί μακρόν τους ερευνητές των κινητικών διαταραχών. Συχνότατα, και ίδια σε προχωρημένα στάδια της νόσου τα μη ντοπαμινεξαρτώμενα χαρακτηριστικά της νόσου, όπως οι διαταραχές της ισορροπίας, οι συχνές πτώσεις, οι διαταραχές στην εκφορά του λόγου και την κατάποση, οι εκδηλώσεις δυσλειτουργίας του αυτόνομου και από νευροψυχιατρικής πλευράς, η άνοια και η εκσεσημασμένη ημερήσια υπνηλία επισκιάζουν την κλινική εικόνα της νόσου τα αμιγώς συνδεδεμένα με το ντοπαμινεργικό έλλειμμα χαρακτηριστικά.¹²⁸

Κοινός στρατηγικός στόχος, ανεξάρτητα από τις κατά περίπτωση εφαρμοζόμενες φαρμακευτικές αγωγές, αποτελεί η βελτιστοποίηση της ντοπαμινεργικής θεραπείας, ιδίως αν τα συμπτώματα αναδύονται στις off φάσεις της νόσου, προς βελτίωση των κινητικών συμπτωμάτων, και ο δραστικός περιορισμός της πολυφαρμακίας, σε συνδυασμό με τη διατήρηση ενός κατά το δυνατόν ακέραιου νευροψυχιατρικού status. Ως προς την εσωτερική συνάφεια κινητικών και μη κινητικών συμπτωμάτων στη νόσο του Πάρκινσον, χαρακτηριστικά αναφέρεται κατά την εφαρμογή φωτοθεραπείας σε καταθλιπτικούς παρκινσονικούς πάσχοντες βελτίωση όχι μόνο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αλλά και τις κινητικής συμπτωματολογίας της νόσου. Το εύρημα συνάδει με παλαιότερα αποτελέσματα πειραματικών μελετών, όπου η ίδια η θεραπεία οδήγησε σε ταχύτερη αποκατάσταση τεχνητώς προκληθέντος παρκινσονισμού. Πέραν τούτου, η εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική συμβουλευτική και ένα καλά δομημένο φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα, θεωρούνται αναπόσπαστα τμήματα μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης.¹³⁷

Οι πιο συχνές συμπεριφορικές και ψυχιατρικές διαταραχές είναι :

1. Η κατάθλιψη :

Η κατάθλιψη (δυσθυμία, μείζων ή ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή) συνοδεύουν όπως και άλλα νευρολογικά προβλήματα το Πάρκινσον. Επιδεινώνει δε σημαντικά την συνολική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου και των γύρω του. Σχετίζεται κυρίως με βλάβες στους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς, τους βασικούς πυρήνες και το θάλαμο αλλά και με βλάβες στους πυρήνες της ραφής και τον υπομέλανα τόπο. Εμφανίζεται συχνότερα σε βλάβες του επικρατούντος ημισφαιρίου. Οι βλάβες μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες στο πλαίσιο εκφυλιστικών παθήσεων. Είναι σημαντικό ότι συχνά η απάθεια που συνοδεύει πολλές νευρολογικές παθήσεις μπορεί να διαγνωστεί λανθασμένα ως κατάθλιψη.

2. Η απάθεια :

Η απάθεια είναι συχνά μια απαντόμενη μεταβολή της συμπεριφοράς στα άτομα με εγκεφαλικές βλάβες. Χαρακτηρίζεται από μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη πρωτοβουλία του ατόμου για δραστηριότητες που πρώτα αγαπούσε ή μειωμένη συναισθηματική ανταπόκριση σε πράγματα που κανονικά τον συγκινούσαν. Συναντάται σε βλάβες του έσω ή και του βασικού τμήματος των μετωπιαίων λοβών.

3. Το άγχος :

Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα από βλάβες στο μεταιχμιακό σύστημα και ιδίως δεξιά.

4. Ευφορία ή μανία :
Αφύσικα ευφορική διάθεση μπορεί να εμφανιστεί μετά από βλάβες συνηθέστερα δεξιά, στον κογχομετωπιαίο φλοιό, το πρόσθιο τμήμα του κροταφικού λοβού, τον κερκοφόρο πυρήνα και το θάλαμο.
5. Οι διαταραχές ύπνου :
Η νόσος του Πάρκινσον μπορεί να προκαλέσει ποικίλες διαταραχές ύπνου, όπως αϋπνία, υπέρπνοιες, παράπνοιες, διαταραχές του κερκάδιου ρυθμού. Ο κατακερματισμός του ύπνου και οι ενδιάμεσες αφυπνίσεις απαντούν συχνά σε αυτή την νόσου.
6. Η επιθετικότητα, η ευερεθιστότητα:
Ο ηλικιωμένος γίνεται με το παραμικρό ή και χωρίς αιτία επιθετικός προς το περιβάλλον του, με αποτέλεσμα ύβρεις ή και χειροδικίες. Οφείλεται σε βλάβες στους μετωπιαίους λοβούς ή στο μεταιχμιακό σύστημα.
7. Η ανησυχία και η συγκινησιακή ευμεταβλητότητα :
Ο ηλικιωμένος όταν είναι ανήσυχος δεν μπορεί να μείνει ήρεμος και εμφανίζει συχνή δραστηριότητα, συχνά άσκοπη. Στην ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ο ηλικιωμένος έχει συνεχώς μια μεταβαλλόμενη διάθεση από την καταθλιπτική-απαθητική έως την ευφορική-μανιακή.
8. Εμμονές, στερεοτυπίες, τελετουργική συμπεριφορά, παρορμητικότητα:
Ο ηλικιωμένος μπορεί να εμφανίσει εμμονική ενασχόληση με νέες δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να τον απασχολούν επί ώρες, απομονώνοντας τον από τον κοινωνικό περίγυρο. Συχνά πρόκειται για ενασχολήσεις χωρίς ιδιαίτερο νόημα ή σκοπό. Οι στερεοτυπίες αφορούν μια μονότονα επαναλαμβανόμενη κίνηση ή την επανάληψη της λέξης ή πρότασης. Κατά την παρορμητική συμπεριφορά ο ηλικιωμένος μετά από ένα εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα ενεργεί ξαφνικά χωρίς να σκεφτεί της συνέπειες της δράσης του.
9. Παραληρηματικές ιδέες:
Οι παραληρηματικές ιδέες συναντώνται σε βλάβες του μεταιχμιακού συστήματος, συνήθως αμφοτερόπλευρες.
10. Οι ψευδαισθήσεις:
Τα πλέον συχνά προβλήματα, που σχετίζονται με τη φαρμακευτική θεραπεία είναι οι ψευδαισθήσεις κυρίως οπτικές, ενώ ακουστικές, οσφρητικές και γευστικές είναι πολύ σπάνιες. Οι τυπικές οπτικές ψευδαισθήσεις στη νόσο του Parkinson είναι ένα σύμπλεγμα οπτικής εικόνας που διαρκεί για λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά και μπορεί να επιμένει για ημέρες ή εβδομάδες μετά τη διακοπή ή τη μείωση του υπεύθυνου φαρμάκου.¹²¹

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η υγεία είναι μια κατάσταση που μεταβάλλεται, βασίζεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες, είτε αυτές προέρχονται από προσωπικές του εμπειρίες, είτε από το περιβάλλον του. Είναι μια συνεχής διεργασία κατά την οποία το άτομο καταφέρνει να παραμένει διανοητικά, κοινωνικά και ψυχικά σταθερά ενεργό, παρότι μπορεί να συνυπάρχει κάποια ανικανότητα, ασθένεια ή αδυναμία. Σκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης τίθεται η προάσπιση και η διατήρηση του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων στο καλύτερο δυνατό σημείο 100. Η πολυπλοκότητα της κατάστασης, που απορρέει από τη συνύπαρξη δυο και άνω νόσων σε κάθε ηλικιωμένο, απαιτεί εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Κυρίως η Γηριατρική νοσηλευτική, η νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και η Κοινωνική νοσηλευτική μέσω της Νοσηλευτικής Διεργασίας μπορούν να προσφέρουν καθολική φροντίδα στην αποκατάσταση της υγείας του και να βοηθήσουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας να διατηρήσουν την αυτοφροντίδα τους στις καθημερινές τους ανάγκες.

Οι νοσηλευτές που θα κληθούν να αξιολογήσουν τους ηλικιωμένους θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους κάποιες βασικές παραμέτρους, όπως:

Οι φυσιολογικές αλλαγές του γήρατος ή τα χρόνια νοσήματα τα οποία είναι πολύ συχνά στην τρίτη ηλικία, επηρεάζουν τη φαρμακοδυναμική και τη φαρμακοκινητική και αυξάνουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις επιπλοκές. Η χορήγηση πολλών φαρμάκων μαζί μπορεί να μεταβάλλει τη συγκέντρωση ενός ή περισσότερων από αυτά.¹³⁸

Η ανεπαρκής ή υπερβολική πρόσληψη υγρών και στερεών δεν εξαρτάται μόνο από τις παθολογοανατομικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διαδικασία της γήρανσης, αλλά και σε κοινωνικοοικονομικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες.¹³⁹

Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ηλικιωμένου δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και καταξίωσης για τον ίδιο και την οικογένειά του. Αντίθετα η μοναξιά και η εγκατάλειψη επιφέρουν κατάθλιψη.¹³⁰

Η αναγνώριση της κατάθλιψης είναι δύσκολη, ειδικά για τους ηλικιωμένους που φροντίζονται στην Κοινότητα. Το 15%-30% των ηλικιωμένων ασθενών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μόνο το 30% αυτού του ποσοστού τελικά διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη και ένα μικρότερο ποσοστό λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία. Πολλές ασθένειες έχουν αμφίδρομη σχέση με την κατάθλιψη.¹³⁰

Η διατήρηση του κατάλληλου καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων ύπνος, διατροφή, άσκηση κ.λπ., αποτελεί σημαντικό στάδιο στη διατήρηση της υγείας στην τρίτη ηλικία. Το καθημερινό αυτό πρόγραμμα θα πρέπει να αποτελεί ρουτίνα και να τηρείται ακόμη και τα Σαββατοκύριακα και στις διακοπές, καθώς με την αύξηση της ηλικίας το σώμα δύσκολα προσαρμόζεται στις αλλαγές.¹³⁰

3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι νοσηλευτές εκτός από την άψογη θεωρητική κατάρτιση πάνω στα πολύπλοκα προβλήματα που αφορούν την τρίτη ηλικία, πρέπει να επιδεικνύουν ευστοχία στην αξιολόγηση, την ιεράρχηση των αναγκών και στις πρακτικές εφαρμογές που θα επιλέξουν για να τις αντιμετωπίσουν. Τα κλινικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές που βοηθούν το νοσηλευτή όχι μόνο να εφαρμόσει τις επιστημονικές θεωρητικές του γνώσεις, αλλά και να επιδείξει το ταλέντο του με την επιλογή του κατάλληλου συνδυασμού των απαραίτητων πρακτικών, για κάθε περίπτωση ηλικιωμένου.¹³⁰

Με τη Νοσηλευτική Διεργασία, ο νοσηλευτής διευκολύνεται στην παροχή ολικής φροντίδας στη φυσική, νοητική, ψυχική και συναισθηματική διάσταση του ασθενή. Επίσης του δίνει τη δυνατότητα της λεπτομερούς καταγραφής της συνεχούς πορείας του κάθε προβλήματος- συμπτώματος και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζει, ώστε να μπορεί να αξιολογεί τα αποτελέσματα και να επαναπροσδιορίζει τους σκοπούς του. Η εγκαθίδρυση διαπροσωπικής εμπιστευτικής σχέσης με τον ηλικιωμένο, διευκολύνει το νοσηλευτή να συλλέγει πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του.¹³¹

Τα βασικότερα πεδία στα οποία γίνονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην τρίτη ηλικία είναι:¹³⁰

- Αγωγή υγείας και διαπαιδαγώγηση για υγιεινές συνήθειες ζωής (διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία, διακοπή καπνίσματος και αποφυγή κατάχρησης αλκοόλ)
- Ηθική υποστήριξη
- Γνωστοποίηση διαθέσιμων κοινωνικών πηγών και πόρων για την υγεία στην κοινότητα, ώστε η οικογένεια να μπορεί να τα χρησιμοποιεί όταν τα χρειάζεται, όπως υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Υγείας, δωρεάν ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, εμβολιασμούς κλπ.
- Νοσηλεία στο σπίτι, αν χρειάζεται
- Εισαγωγή σε κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα και νοσηλεία, αν χρειάζεται

- Νοσηλεία χρονίως πασχόντων και υπερηλίκων μελών της οικογένειας σε κατάλληλα ιδρύματα, αν χρειάζεται

Τα σημαντικότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, τα οποία καθορίζουν το βαθμό κινητοποίησης και λειτουργικότητας των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένα με τις παρακάτω καταστάσεις:¹²⁹

- Ανεπαρκής σίτιση και λήψη υγρών
- Μη ικανοποιητική ξεκούραση- ύπνος
- Αστάθεια
- Ακράτεια
- Ακινησία
- Σύγχυση
- Πολυφαρμακία
- Μοναξιά

Απλά προληπτικά μέτρα όπως, οι τακτικοί έλεγχοι της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, η χρήση ασφαλούς πόσιμου νερού, η επαρκής και πλήρης διατροφή πρέπει να εφαρμόζονται σε καθημερινή βάση. Η τήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου είναι πολύ σημαντική στη μεγάλη ηλικία. Οι απαιτήσεις σε ύπνο είναι διαφορετικές για κάθε ηλικιωμένο και πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων. Η μέτρια φυσική άσκηση, βοηθάει στην κατανάλωση επιπλέον θερμίδων, βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και διευκολύνει τη φυσιολογική εντερική λειτουργία. Η κατάκλιση για ύπνο και η αφύπνιση την ίδια πάντα ώρα είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για το βιολογικό ρυθμό του σώματος.¹³¹

Η καλή ατομική υγιεινή, είναι ουσιώδης στη μεγάλη ηλικία. Η στοματική κοιλότητα θα πρέπει να διατηρείται καθαρή, ιδιαίτερα αν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό και να ενυδατώνεται, επειδή η ξηρότητα αποτελεί χαρακτηριστικό της μεγάλης ηλικίας. Σε περιπτώσεις ακράτειας θα πρέπει να γίνεται καλή καθαριότητα και στέγνωμα των γεννητικών οργάνων, χρήση απορροφητικών επιθεμάτων μιας χρήσης, έγκαιρη αναγνώριση της ουρολοίμωξης και άμεση ιατρική υποστήριξη. Πρέπει να διασφαλίζεται η φυσιολογική εντερική λειτουργία και κινητικότητα. Βοηθά η πλούσια σε ίνες διατροφή, η τακτική άσκηση και η καθορισμένη ώρα της επίσκεψης στην τουαλέτα. Η εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας, η παρουσία αίματος στα κόπρανα χρήζουν ιατρική εκτίμηση. Επίσης να αποφεύγεται η παρατεταμένη χρήση υπακτικών.¹²⁸

Οι πιθανές πτώσεις προλαμβάνονται με τη χρήση προστατευτικών κάγκελων στο κρεβάτι, τη χρήση βοηθημάτων(στηρίγματα στους τοίχους, βακτηρία, πι κλπ.),

την αφαίρεση ολισθηρών ταπήτων ή δαπέδου, τη χρήση σταθερών και άνετων υποδημάτων και ρούχων, την αποφυγή σκάλας, την αποκατάσταση τυχόν υπότασης ή άλλων υπεύθυνων νόσων.¹²¹

Η συναναστροφή και η καλλιέργεια φιλικών σχέσεων με άλλους ηλικιωμένους, αποφέρει πνευματική και συναισθηματική ικανοποίηση. Όσο περισσότερο χρησιμοποιούνται οι πνευματικές λειτουργίες ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο περισσότερο υγιές παραμένει το άτομο αυτό.¹³⁰

Η λήψη πολλών φαρμάκων, μπορεί να είναι επικίνδυνη εξαιτίας της αλληλεπίδρασης ή λόγω μειωμένης όρασης ή απώλειας μνήμης, μπορεί να ληφθεί λανθασμένη δόση ή λανθασμένο φάρμακο από κάποιον ηλικιωμένο. Όλα τα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται με συνταγή και είναι προτιμότερο να χορηγούνται υπό την επίβλεψη κάποιου ενήλικα όταν δε χορηγούνται από νοσηλεύτη.¹³⁰

Οι νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα, όπου φροντίζονται οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, πρέπει να είναι ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες πέρα από κάθε πολιτισμική ή άλλη πιθανή διαφορά. Ενημερώνουν και εκπαιδεύουν τον ασθενή ώστε να αναλάβει την αυτοφροντίδα του, εάν αυτό είναι εφικτό, όπως επίσης και την οικογένειά του πάνω σε θέματα επικοινωνίας με τον ηλικιωμένο, με τους επαγγελματίες υγείας, με τις τοπικές κατάλληλες δομές ή πολιτικούς φορείς, για να διεκδικεί το καλύτερο για τη φροντίδα του. Επίσης, δημιουργούν το κατάλληλο οργανωμένο περιβάλλον εργασίας ώστε να προσφέρουν συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος, συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς και την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική ασθένεια, ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα.¹³¹

3.5 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα τελευταία χρόνια στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον ως προς τη διερεύνηση των αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας

ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας.^{140,141,142} Η ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας στη γηριατρική φροντίδα θεωρείται απαραίτητη παρόλο που αναφερόμαστε σε δυο ξεχωριστές, αλλά αλληλεπικαλυπτόμενες επιστήμες.^{143,144} Τα στοιχεία δείχνουν σταθερά ότι πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς υποφέρουν από έντονο πόνο, ψυχολογική δυσχέρεια και κακή ποιότητα ζωής.^{145,146} Επομένως, η ανακουφιστική φροντίδα, που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια νόσο, θα ήταν ευεργετική για τους ηλικιωμένους ασθενείς.¹⁴⁷

Παρά την ευαισθητοποίηση αυτή, οι προηγούμενες μελέτες επικεντρώθηκαν κυρίως σε χρόνια νοσήματα, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αλλά και σε διάφορα είδη καρκίνου, εξετάζοντάς τα είτε μεμονωμένα, είτε σε σύγκριση μεταξύ τους, αφήνοντας ομιχλώδες το κομμάτι όπου σε προχωρημένη ηλικία όλα αυτά δύναται να συνυπάρχουν.

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά : palliative care needs, elderly, hospitalized και όλοι οι δυνατοί συνδυασμοί τους στις 16 Σεπτεμβρίου 2019.

Τα κριτήρια εισαγωγής των μελετών ήταν τα εξής:

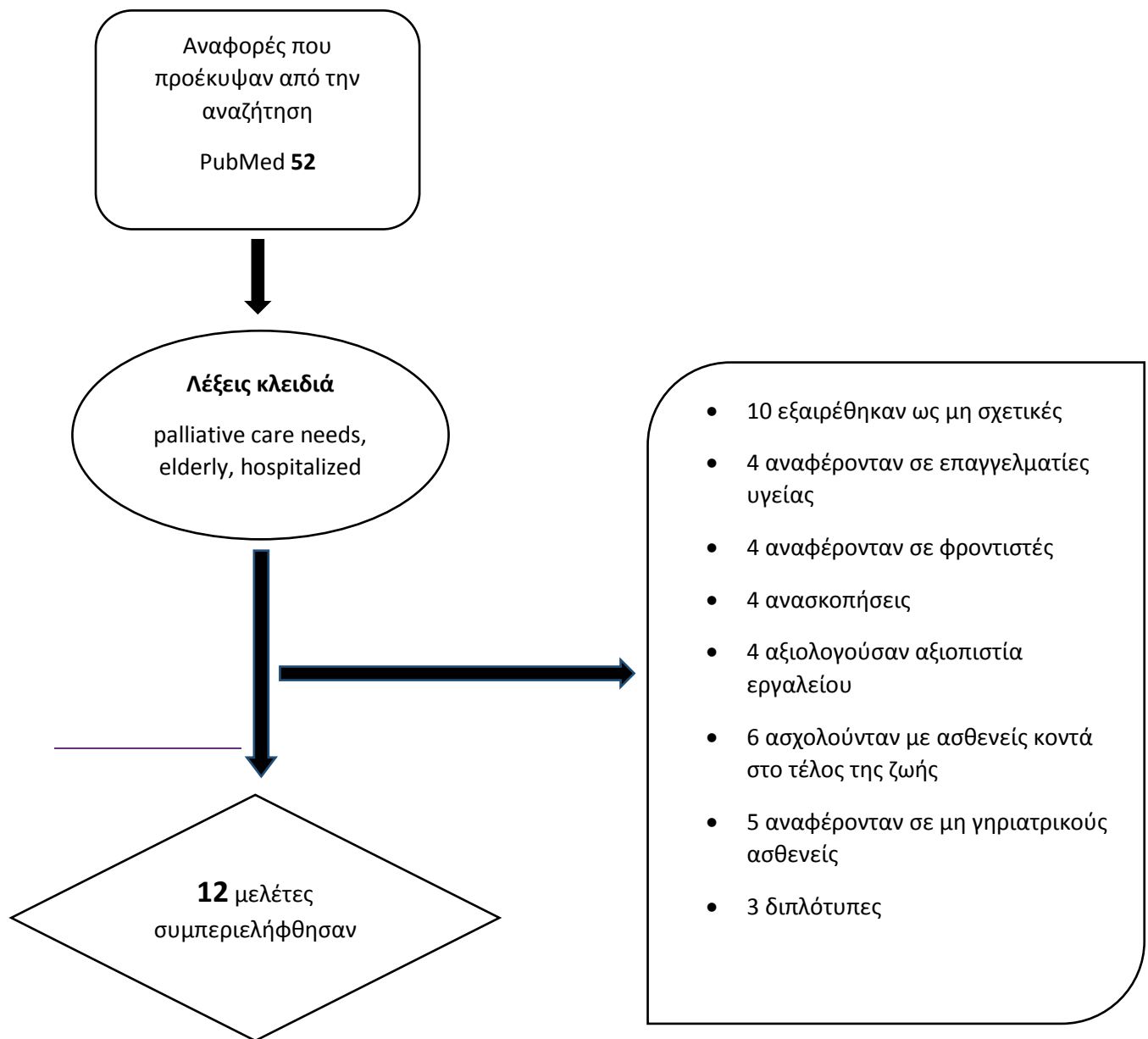
- Έτη 2008-2019
- Αγγλική γλώσσα
- Χρόνια νοσήματα (πχ καρκίνος, ΚΑ, ΧΝΑ, ΧΑΠ, νευρολογικά νοσήματα)
- Αξιολόγηση αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας
- Γηριατρικός πληθυσμός (άνω των 65 ετών)

Τα κριτήρια αποκλεισμού των μελετών ήταν τα εξής:

- Ανασκοπήσεις
- Φροντίδα στο τέλος της ζωής
- Μελέτες που αφορούσαν ανάγκες φροντιστών ή επαγγελματιών υγείας

Τελικά 12 μελέτες τηρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν.

3.1.1 Διάγραμμα ροής μεθόδου επιλογής βιβλιογραφικών αναφορών



3.1.2 Πίνακας των μελετών διερεύνησης των αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς

Συγγραφέας, χώρα, έτος	Ερευνητικός σκοπός	Δείγμα	Είδος μελέτης	Εργαλεία αξιολόγησης	Αποτελέσματα
Gavazzietal., Ιταλία, 2015 ¹⁴⁸	Διερεύνηση αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).	267 ασθενείς σε εξωτερικά ιατρεία με νοσηλεία τους τελευταίους 12 μήνες (174 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και 93 ασθενείς με ΧΑΠ)	Μελέτη κοόρτης	VAS Pain, MMSE, MRCS, Karnofsky Performance Status Scale, Basic Activities of Daily Living, SF12 plus the Minnesota Living with Heart Failure and the Airways Questionnaire 20	Οι ασθενείς με ΚΑ είχαν μεγαλύτερη συννοσηρότητα από τους ασθενείς με ΧΑΠ. Δύσπνοια, κόπωση, ανορεξία και μέτριος έως σοβαρός πόνος ήταν τα κύρια προβλήματα και των δύο ομάδων. Μεγαλύτερη καχεξία βίωναν οι ασθενείς με ΚΑ και ΧΑΠ, από όσους είχαν μόνο το ένα νόσημα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στη βαθμολογία του MMSE.
Sandgren et al., Σουηδία, 2017 ¹⁴⁹	Να περιγραφούν και να συγκριθούν οι διαγνώσεις, τα συμπτώματα και οι ανάγκες ΑΦ σε νέους και ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο.	2972 ασθενείς το 2007 και 2843 ασθενείς 2012	Συγχρονική μελέτη	Ερωτηματολόγιο 14 στοιχείων που αναπτύχθηκε για την έρευνα. Περιλαμβάνει οργανωτικές και υγειονομικές πτυχές και συμπτώματα καθώς και ανάγκες φροντίδας.	Πόνος, κόπωση και ναυτία ήταν τα κυριότερα συμπτώματα/προβλήματα των ασθενών. Συγκρίνοντας τα έτη 2007 και 2012 μειώθηκε η ανάγκη για κοινωνικά ζητήματα, ενώ αυξήθηκαν οι ανάγκες διατροφής των ασθενών.
Johnsen et al., Δανία, 2009 ¹⁵⁰	Η μέτρηση συμπτωμάτων και προβλημάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και η αναγνώριση των συμπτωμάτων και των προβλημάτων τους.	977 ογκολογικοί ασθενείς σταδίου 3 και 4	Συγχρονική μελέτη	EORTC QLQ-C30	Κόπωση, πόνος και αϋπνία ήταν τα κυριότερα προβλήματα/ συμπτώματα των συμμετεχόντων. Διαζευγμένοι ασθενείς είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής και περισσότερα οικονομικά προβλήματα από τους έγγαμους. Ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία βρέθηκε να έχουν περισσότερα συμπτώματα/ προβλήματα σε σύγκριση με τους άλλους.

Meffert et al., Γερμανία, 2015 ¹⁵¹	Να προσδιοριστεί το ποσοστό των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών με ανακουφιστικές ανάγκες, ιδιαίτερα εκείνων που πάσχουν από ΧΑΠ.	39849 ασθενείς από τους οποίους 1455 με ΧΑΠ	Προοπτική μελέτη	Δεν υπήρχε ερωτηματολόγιο. Με βάση τον ορισμό του WHO για την ΑΦ, ο θεράπων ιατρός ανέφερε για κάθε ασθενή, εάν ο ασθενής είχε ανάγκες ΑΦ ή όχι.	Ασθενείς με ΧΑΠ είχαν περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες από τους υπόλοιπους, όπως συναισθηματική δυσφορία και καθημερινά συμπτώματα (δύσπνοια, κατάθλιψη και δυσκολία στις καθημερινές δραστηριότητες).
Grubbs et al., ΗΠΑ, 2017 ¹⁵²	Σύγκριση χαρακτηριστικών και αποτελεσμάτων των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών που είχαν συμβουλευτική ΑΦ για νεφρική νόσο σε σχέση με άλλες σοβαρές ασθένειες.	33.183 ασθενείς, εκ των οποίων 1057 (3,2%) είχαν νεφρική νόσο ως κύριο λόγο για τη συνεδρία.	Μελέτη κοόρτης	Palliative Care Quality Network core dataset (PCQN)	Ανεξαρτήτου διάγνωσης οι ασθενείς βίωναν stress και ναυτία. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια αντιμετώπιζαν λιγότερο σοβαρό πόνο και δύσπνοια από ασθενείς με άλλα χρόνια προβλήματα. Πιο συχνά παραπλέμπονταν οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια για παροχή ΑΦ σε σχέση με τους υπόλοιπους. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια εξέφρασαν βελτίωση του stress σε αντίθεση με τους ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα.
Saracino et al., ΗΠΑ, 2018 ¹⁵³	Ο προσδιορισμός της φύσης και των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών ΑΦ για τους ηλικιωμένους.	743 νοσηλευόμενοι ασθενείς	Αναδρομική μελέτη κοόρτης	Δημιουργήθηκε βάση δεδομένων με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.	Οι ασθενείς από 65-84 ετών είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνο, από άλλα χρόνια νοσήματα σε αντίθεση με τους >85 ετών. Ο πόνος ήταν το κυριότερο σύμπτωμα/πρόβλημα που αναφέρθηκε. Η παραπομπή των ασθενών για ΑΦ βρέθηκε να μειώνει τις επανεισαγωγές.
Effendy et al., Ινδονησία, 2015 ¹⁵⁴	Η περιγραφή και διαχείριση των συμπτωμάτων και των προβλημάτων των νοσηλευόμενων νέων και ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο από τα μέλη της οικογένειας και από τους	119 ογκολογικοί ασθενείς	Συγχρονική μελέτη	Problems and Needs of Palliative Care (short version)	Οι ασθενείς ανέφεραν ως τις 3 πιο σημαντικές ανάγκες τους ήταν τα σωματικά συμπτώματα (82%), τα οικονομικά θέματα (75%) και τα ψυχολογικά θέματα (59%). Στην Ινδονησία οι περισσότερες από αυτές τις ανάγκες αντιμετωπίζονται από την οικογένεια.

	επαγγελματίες υγείας.				
Bostwick et al., ΗΠΑ, 2017 ¹⁵⁵	Σύγκριση της λειτουργικότητας, των εισαγωγών στο νοσοκομείο, της πρόγνωσης, της ποιότητας ζωής, του πόνου, της δύσπνοιας, της κόπωσης και της κατάθλιψης μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο και τριών μη καρκινικών διαγνώσεων (νεφρική, αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια).	879 ασθενείς	Συγχρονική αναδρομική μελέτη	Quality Data and Collection Tool-Palliative care	Οι ασθενείς με πρωτογενείς διαγνώσεις εκτός καρκίνου ήταν λιγότερο λειτουργικοί κατά την παραπομπή. Το κύριο σύμπτωμα/ πρόβλημα των ασθενών με καρκίνο ήταν ο σοβαρός πόνος, ενώ των υπολοίπων η δύσπνοια. Τα ποσοστά της κόπωσης και της κατάθλιψης ήταν υψηλά ανεξαρτήτως διάγνωσης.
Schroedl et al., ΗΠΑ, 2014 ¹⁵⁶	Προσδιορισμός ανικανοποίητων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων ασθενών με Χ.Α.Π. που νοσηλεύονται για παροξυσμό.	20 ασθενείς με συννοσηρότητα	Ποιοτική μελέτη	Ημιδομημένη συνέντευξη	Η δύσπνοια, το stress, ο φόβος, η κοινωνική απομόνωση και οι ανησυχίες για το μέλλον ήταν οι εξάρχουσες ανάγκες των συμμετεχόντων. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων, των φυσικών περιορισμών, της συναισθηματικής δυσφορίας, της κοινωνικής απομόνωσης και των ανησυχιών για το μέλλον μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα με την ενσωμάτωση της ΑΦ στο μοντέλο της τρέχουσας περίθαλψης.
Tripodoro et al., Αργεντινή, 2019 ¹⁵⁷	Να διερευνηθούν οι ανάγκες ΑΦ σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένων ασθενείς με καρκίνο.	317 ογκολογικοί ασθενείς	Προοπτική μελέτη	NECPAL tool	Οι ασθενείς εξέφρασαν ανάγκες ΑΦ σε μεγάλο ποσοστό για τις καθημερινές δραστηριότητες (69%) και για τη συναισθηματική δυσφορία (62%) που βίωναν.

O' Mahony et al., ΗΠΑ, 2008 ¹⁵⁸	Η αναγνώριση χρόνιων ηλικιωμένων ασθενών που χρειάζονται ΑΦ, κατ' οίκον ή στο νοσοκομείο και η σύνδεση τέτοιων ασθενών με αυτές τις υπηρεσίες.	670 ασθενείς που επισκέφθηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)	Μελέτη κοόρτης	Outcome and Assessment Information Set (OASIS), Palliative Care Performance Scale (PPS)	Οι ασθενείς ανέδειξαν την έλλειψη ενέργειας (κόπωση), τον πόνο και τη δύσπνοια ως τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.
Gerlich et al., Γερμανία, 2012 ¹⁵⁹	Να διερευνηθούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και οι εμπειρίες τους από την υπάρχουσα υγειονομική περίθαλψη.	12 ασθενείς με ΚΑ	Ποιοτική μελέτη	Συνέντευξη	Οι ασθενείς εξέφρασαν την ανάγκη καλύτερης πληροφόρησης και επικοινωνίας σχετικά με την ασθένεια και την πρόγνωση και την επιθυμία για περισσότερη σεβασμό από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στους πληθυσμούς από τους οποίους επιλέχθηκαν τα δείγματα των μελετών. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση είχαν διεξαχθεί στις εξής χώρες: ΗΠΑ (5), Γερμανία (2), Ιταλία (1), Δανία (1), Σουηδία (1), Ινδονησία (1) και Αργεντινή (1). Επομένως, παρατηρούμε ότι πέντε έρευνες διεξήχθησαν σε ευρωπαϊκές χώρες, μία σε ασιατική χώρα, πέντε έρευνες στη βόρεια Αμερική και μία στη νότια Αμερική. Οι χώρες αυτές έχουν μεταξύ τους αρκετές διαφορές, κυρίως πολιτισμικές και θρησκευτικές.

Επιπλέον, μεγάλη ετερογένεια φαίνεται ότι υπάρχει στον τρόπο αξιολόγησης και μέτρησης των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας. Οι περισσότεροι ερευνητές δε χρησιμοποιούν ειδικό και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, αλλά ερωτηματολόγια τα οποία είναι δημιουργημένα από τους ερευνητές για την εκάστοτε μελέτη.^{141,143,145} Επίσης, οι μελέτες των Schroedl et al. και Gerlich et al. είναι ποιοτικές και έγινε χρήση ημιδομημένου και δομημένου ερωτηματολογίου αντίστοιχα.^{148,151} Αυτό καθιστά δύσκολη τη σύγκριση, καθώς κάθε ένα από αυτά καλύπτει διαφορετικές πτυχές της ανακουφιστικής φροντίδας, όπως μόνο λειτουργικότητα ή μόνο την οργανική συμπτωματολογία.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, βιώνουν σωματικά προβλήματα, τα οποία οφείλονται στη γενικότερη εξασθένηση του οργανισμού λόγω προχωρημένης ηλικίας, αλλά και στις χρόνιες παθήσεις που έχουν ή και στη συννοσηρότητα πολλών από αυτών.¹⁶⁰

Αναλυτικότερα, προβλήματα όπως ο πόνος, η κόπωση, η δύσπνοια και η ναυτία οφείλονται στους διάφορους τύπους καρκίνου, στη καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια και στη ΧΑΠ. Όλα αυτά τα νοσήματα καταδείχθηκαν στις μελέτες που υπάρχουν στον Πίνακα 3.1.2 ως τα προβλήματα/ συμπτώματα που ανησυχούσαν περισσότερο τους ασθενείς.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, εκτός από τα προβλήματα που απορρέουν από τη βιολογική διάσταση της νόσου ή των νόσων που μπορεί να συνυπάρχουν, βρίσκονται αντιμέτωποι με επιπλέον προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα, όπως για παράδειγμα το stress και η κατάθλιψη, τα οποία περιπλέκονται με τη συννοσηρότητα.^{143,147,148,149} Ορισμένες φορές η κατάθλιψη οδηγεί τους ηλικιωμένους στην ανορεξία και κατ' επέκταση στην απώλεια βάρους.¹⁴⁰

Μελέτη έδειξε ότι η κατάθλιψη αποτελεί σοβαρό παράγοντα διατάραξης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Οι ασθενείς στη παραπάνω μελέτη περιέγραψαν stress, φόβο, ανησυχία για οικονομική και οικογενειακή καταστροφή και κοινωνική απομόνωση, αλλά και ανησυχίες για το μέλλον.¹⁴⁹

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη μελέτη των Gerlich et al. οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέδειξαν ως μεγαλύτερη ανάγκη τους την πληροφόρηση.¹⁵¹ Οι ηλικιωμένοι συχνά πέφτουν θύματα παραπληροφόρησης ή μειωμένης πληροφόρησης τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Στη συγκεκριμένη έρευνα εξέφρασαν την ανάγκη τους για πληροφόρηση και επικοινωνία ανεξάρτητα από την ασθένεια τους ή από το προσδόκιμο ζωής και την επιθυμία τους για περισσότερο σεβασμό από τους επαγγελματίες υγείας.

Μελέτες δείχνουν ότι η κόπωση είναι το πιο διαδεδομένο πρόβλημα οργανικής διάστασης που περιγράφεται από την πλειοψηφία των ασθενών.^{140,141,142,147,150} Η δύσπνοια αναδείχθηκε ως ένα σημαντικό σύμπτωμα σε αντίστοιχα ποσοστά σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και ΧΑΠ, ενώ ογκολογικοί ασθενείς υπέφεραν περισσότερο από πόνο.¹⁴⁷ Από τη ψυχική διάσταση πρώτη έρχεται η κατάθλιψη ακολουθούμενη από το stress, το φόβο και την ανησυχία.^{143,147,148,149,150}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται σε παθολογικές κλινικές.

Επιμέρους ερευνητικοί σκοποί :

- Περιγραφή των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών.
- Διερεύνηση της συσχέτισης των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας των ασθενών με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Χώρος μελέτης και συλλογής των ερωτηματολογίων αποτέλεσαν οι Α΄ και Β΄ Παθολογικές κλινικές του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν.Ιωνίας – Πατησίων. Η μελέτη αυτή εγκρίθηκε από την επιστημονική επιτροπή του ανωτέρω νοσοκομείου και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωμένη γραπτή συγκατάθεση. Η διεξαγωγή της μελέτης διήρκησε 3 μήνες (Δεκέμβριος 2018 – Φεβρουάριος 2019).

Κριτήρια επιλογής

- Ηλικία >65 ετών
- Πάσχοντες από χρόνια προβλήματα υγείας
- Νοσηλεύονται σε τμήμα του παθολογικού τομέα
- Γνωρίζουν να ομιλούν και να γράφουν την Ελληνική γλώσσα
- Έχουν ικανό επίπεδο επικοινωνίας με Mini-Mental State Examination >24
- Δεν έχουν περάσει περισσότερες από τρεις ημέρες από την εισαγωγή
- Συναινούν να συμμετάσχουν στη μελέτη

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς οι οποίοι πεθαίνουν και τους παρέχεται τελική φροντίδα
- Χειρουργική επέμβαση τους τελευταίους 6 μήνες
- Ολική τιμή στο ερωτηματολόγιο Mental State Examination < 24

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης, προσελκύστηκαν συνολικά 227 ηλικιωμένοι ασθενείς, που προσήλθαν στις παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου. Από τους 227 ασθενείς, 51 αποκλείστηκαν βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού από τη μελέτη (οι 31 είχαν Mini-Mental State Examination < 24, οι 11 είχαν υποβληθεί σε επέμβαση τους τελευταίους 6 μήνες, 2 ήταν διαφορετικής καταγωγής με μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα και οι 8 βρισκόταν σε τελική φάση και τους παρέχονταν τελική φροντίδα). Τέλος, 26 ασθενείς αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να συμμετάσχουν τελικά στη μελέτη 150 ασθενείς (66,08% ανταπόκριση). Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στις κλινικές κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων ημερών από την εισαγωγή των ασθενών και κατόπιν της γραπτής ενημερωμένης συγκατάθεσής τους για συμμετοχή στη μελέτη.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων είναι τα εξής :

Το ερωτηματολόγιο **“Problems and Needs in Palliative Care – PNPC”** στη βραχεία του έκδοση, το οποίο αποτελείται από 33 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ο ασθενής απαντά για τα προβλήματα ανακουφιστικής φροντίδας που βιώνει και την ανάγκη για επιπλέον βοήθεια ή φροντίδα από επαγγελματίες υγείας. Συνεπώς, ο ασθενής δίνει για κάθε θέμα δύο επιμέρους απαντήσεις – Κλίμακα Αναγκών και Κλίμακα Ανάγκης για επαγγελματική Βοήθεια. Κάθε κλίμακα χωρίζεται σε 8 κατηγορίες «Καθημερινές δραστηριότητες», «Καθημερινά συμπτώματα», «Αυτονομία», «Ψυχολογικά θέματα», «Πνευματικά θέματα», «Οικονομικά προβλήματα», «Ανάγκη πληροφόρησης» και μια ερώτηση ανοιχτού τύπου για θέματα των ασθενών που απουσιάζουν από το εργαλείο. Η αριστερή στήλη μετρά το κατά πόσον οι ασθενείς βιώνουν ως πρόβλημα αυτό που περιγράφεται στην ερώτηση και η δεξιά στήλη μετρά την επιθυμία των ασθενών για επαγγελματική βοήθεια στο πρόβλημά τους. Οι απαντήσεις δίδονται σε μια 3βαθμή κλίμακα τύπου Likert (0-2) Στην αριστερή στήλη οι πιθανές απαντήσεις είναι Ναι (2), Περίπου (1) και Όχι (0), ενώ στη δεξιά στήλη Ναι περισσότερη (2), Όση και τώρα (1) και Όχι (0).¹⁶¹Μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερο πρόβλημα ανακουφιστικής φροντίδας και μεγαλύτερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιηθεί σε ποικίλους πληθυσμούς ασθενών με κακοήγη και μη νοσήματα και έχει επιδείξει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Για τη χρήση του ελήφθη σχετική άδεια από τη Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία» της Ιεράς Μητροπόλεως Μεσογαίας και Λαυρεωτικής.

Το ερωτηματολόγιο “**EORTCQLQ - C15 - PAL**”, το οποίο αποτελείται από 15 ερωτήσεις με τη μορφή τετραβάθμιας κλίμακας τύπου Likert στις οποίες οι ασθενείς καλούνται να επιλέξουν μεταξύ των απαντήσεων 1-Καθόλου, 2-Λίγο, 3-Αρκετά, 4-Πολύ.¹⁶² Οι ερωτήσεις οργανώνονται σε δυο υποκλίμακες φυσικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας καθώς και επτά υποκλίμακες συμπτωμάτων/ προβλημάτων : πόνου, κόπωσης , ναυτίας / εμέτου, απώλειας όρεξης, δύσπνοιας, δυσκοιλιότητας και αϋπνίας. Επιπλέον υπάρχει μια αριθμητική κλίμακα με διαβάθμιση 1 (πολύ κακή) έως 7 (εξαιρετική) για την αξιολόγηση της ολικής ποιότητας ζωής. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και διαθέτει κατάλληλα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Για τη χρήση του ζητήθηκε σχετική άδεια από τον European Organisation for Research and Treatment of Cancer - EORTC.

Το ερωτηματολόγιο “**Mini – Mental State Examination**”, το οποίο αποτελείται από 5 κατηγορίες που περιέχουν 30 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Οι κατηγορίες σχετίζονται με τον προσανατολισμό, την εγχώραση, την ανάκληση, την προσοχή και ικανότητα υπολογισμών και τη γλώσσα. Με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε η νοητική κατάσταση των ασθενών που συναινούν να συμμετέχουν στην έρευνα.¹⁶³ Η μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι 30 (ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση). Οι ασθενείς που είχαν βαθμολογία μικρότερη των 24 βαθμών αποκλείστηκαν από την έρευνα λόγω γνωστικής έκπτωσης. Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο στην Ελληνική γλώσσα και διαθέτει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά¹⁶⁴. Το παρόν ερωτηματολόγιο διατίθεται ελεύθερα στο διαδίκτυο και δεν ήταν απαραίτητη η χορήγηση ειδικής άδειας για τη χρήση του.

Η κλίμακα “**Clinical Frailty Scale**” χρησιμοποιήθηκε ως η καταλληλότερη για την αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας ηλικιωμένων ασθενών στην ανακουφιστική φροντίδα και αποτελείται από 9 στάδια φυσικής κατάστασης ανθρώπων. Οι 9 αυτές κατατάξεις κυμαίνονται από ανθρώπους με πολύ καλή κατάσταση έως αρρώστους τελικού σταδίου και είναι οι ακόλουθες: 1. Σε καλή φυσική κατάσταση, 2. Καλοστεκούμενος/ καλοδιατηρημένος, 3. Διαχειρίζεται ικανοποιητικά τα προβλήματα υγείας, 4. Ευάλωτος, 5. Με ήπια ευθραυστότητα, 6. Με μέτρια ευθραυστότητα, 7. Με σοβαρή ευθραυστότητα, 8. Με πολύ σοβαρή ευθραυστότητα, 9. Ασθενείς τελικού σταδίου.¹⁶⁵ Η κλίμακα αυτή μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα

με την εξής διαδικασία: Η αγγλική εκδοχή του μεταφράστηκε στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση (back translation) από τα Ελληνικά στα Αγγλικά από επαγγελματία μεταφραστή. Από τις δυο εκδοχές προέκυψε η τελική. Η αγγλική εκδοχή της κλίμακας διατίθεται ελεύθερα στο διαδίκτυο και δεν ήταν απαραίτητη η ειδική άδεια χρήσης του.

Η κλίμακα **“Cumulative Illness Rating Scale For Geriatrics – CIRS-G”** αντικατοπτρίζει τα κοινά προβλήματα των ηλικιωμένων με έμφαση στη νοσηρότητα ανά σύστημα οργάνων¹⁶⁶. Τα οργανικά συστήματα που αξιολογεί η κλίμακα είναι : καρδιακό, αγγειακό, αναπνευστικό, μάτια-αυτιά-μύτη-λαιμός, ανώτερο πεπτικό, κατώτερο πεπτικό, ήπαρ, νεφροί, υπόλοιπο ουροποιητικό, μυοσκελετικό, νευρολογικό, ενδοκρινικό σύστημα και ψυχική υγεία. Κάθε ένα από τα παραπάνω συστήματα βαθμολογήθηκε από 1-5. Με βαθμό 1 αξιολογήθηκαν τα συστήματα οργάνων που είναι απολύτως φυσιολογικά, με βαθμό 2 τα συστήματα που εμφανίζουν ήπια προβλήματα, με βαθμό 3 τα μέτρια προβλήματα, με 4 τα σοβαρά και με 5 τα πολύ σοβαρά. Η κλίμακα αυτή μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα με την εξής διαδικασία: Η αγγλική εκδοχή του, για την οποία έχει ζητηθεί και σχετική άδεια από την Θεραπευτική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση (back translation) από τα Ελληνικά στα Αγγλικά από επαγγελματία μεταφραστή. Από τις δυο εκδοχές προέκυψε η τελική. Το ερωτηματολόγιο έχει επιδείξει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά.¹⁶⁷

Τέλος, από τον ιατρικό και νοσηλευτικό φάκελο των ασθενών αντλήθηκαν τα στοιχεία για τη συμπλήρωση του εντύπου δημογραφικών στοιχείων και κλινικών χαρακτηριστικών, το οποίο δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, η ύπαρξη ή όχι φροντιστή, ποιος είναι ο φροντιστής, η παρούσα νόσος/ αιτία εισαγωγής, η ύπαρξη χρόνιου σωματικού ή ψυχιατρικού νοσήματος, ποιο είναι αυτό και ποια φαρμακευτική αγωγή λαμβάνει για αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N)

και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της κανονικότητας των κατανομών χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov-Smirnov test και δεν βρέθηκαν σημαντικές αποκλίσεις. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson(r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) και λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις βαθμολογίες των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας από τις οποίες προέκυψαν οι συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE) και οι σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ) αντίστοιχα. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Κατά τη διενέργεια της μελέτης δεν υπήρξαν κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες, καθώς τηρήθηκαν οι ηθικοί κανόνες δεοντολογίας. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατόπιν γραπτής αναλυτικής ενημέρωσης των ασθενών. Κάθε συμμετέχων είχε τη δυνατότητα να διακόψει τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε βάσει των αρχών ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε σχετική άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.

Για τη διενέργεια της παρούσας έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν. Ιωνίας – Πατησίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 150 άτομα με μέση ηλικία τα 75,7 έτη (SD=10,2 έτη), τα δημογραφικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 1 : Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στη μελέτη

		N	%
Φύλο	Άνδρας	76	50,7
	Γυναίκα	74	49,3
Ηλικία [μέση τιμή (SD)] (εύρος)		75,7 (10,2)	(65-94)
Εκπαίδευση	Τάξεις δημοτικού	25	16,7
	Δημοτικό	34	22,7
	Γυμνάσιο	19	12,7
	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	14	9,3
	ΚΑΤΕΕ ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ	25	16,7
	ΤΕΙ	16	10,6
	ΑΕΙ	13	8,6
	Μεταπτυχιακές σπουδές	4	2,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	18	12,0
	Σε διάσταση	3	2,0
	Χήρος/α	35	23,3
	Έγγαμος/η	79	52,7
	Διαζευγμένος/η	15	10,0
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 €	33	22,0
	500 - 1000 €	66	44,0
	1000 – 1500 €	40	26,7
	>1500 €	11	7,3
Με ποιον μένετε	Μόνος/η	37	24,7
	Με το/τη σύζυγο	79	52,7
	Με τα παιδιά	5	3,3
	Με οικιακή βοηθό	23	15,3
	Άλλον	6	4,0
Αν άλλον, ποιον	Αδερφή	1	16,7
	Γηροκομείο	1	16,7
	Ίδρυμα	4	66,6
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	63	42,0
	Ναι	87	58,0

Οι μισοί (49,3%) από τους συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, το 22,7% ήταν απόφοιτοι δημοτικού και το 44% είχε μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000 ευρώ. Επίσης το 52,7% ήταν έγγαμοι ενώ το 24,7% αυτών έμεναν μόνοι τους και το 58% είχε κάποιον μόνιμο φροντιστή.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τα σωματικά νοσήματα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2 : Σωματικά νοσήματα συμμετεχόντων

	N	%
Χρόνιο σωματικό νόσημα	146	97,3
<i>Προσδιορίστε, ποιο</i>		
Καρδιολογικά προβλήματα	59	39,3
Υπέρταση	88	58,7
Διαβήτης	66	44
Εγκεφαλικό επεισόδιο	2	1,3
ΧΑΠ	38	25,3
Καρκίνος	60	40
Νεφρική ανεπάρκεια	18	12
AIDS	0	0
Άλλο	95	63,3
<i>Αν ναι, λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή</i>	141	96,6

Το 97,3% των συμμετεχόντων πάσχει από κάποιο σωματικό νόσημα και το 96,6% αυτών λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αυτό. Το 39,3% πάσχει από καρδιολογικά προβλήματα, το 58,7% από υπέρταση, το 44% από διαβήτη, το 1,3% έχει υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, το 25,3% πάσχει από ΧΑΠ, το 40% πάσχει από καρκίνο, το 12% από νεφρική ανεπάρκεια και το 95% πάσχει και από άλλα νοσήματα.

Το 18% των συμμετεχόντων πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα και το 77,8% αυτών λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αυτό. Το συχνότερο νόσημα που αναφέρθηκε ήταν η κατάθλιψη με ποσοστό 80,8%.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα στοιχεία που αφορούν τα ψυχιατρικά ή νευρολογικά νοσήματα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3 : Ψυχιατρικά / νευρολογικά νοσήματα συμμετεχόντων

	N	%
Ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	26	17,3
<i>Προσδιορίστε ποιο νόσημα</i>		
Πάρκινσον	0	0
Σκλήρυνση κατά πλάκας	1	3,8
Πολυνευροπάθεια	0	0
Μυοπάθειες και μυασθενικά σύνδρομα	0	0
Αγχώδης διαταραχή	2	7,7
Ιδιοψυχαναγκασμοί	0	0
Άνοια	0	0
Ήλιγγος	1	3,8
Επιληψία	0	0
Κατάθλιψη	21	80,8
Ψυχώσεις	1	3,8
Αν ναι, λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	21	80,8

Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες που έπασχαν από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4: Φαρμακευτική αγωγή συμμετεχόντων για ψυχιατρικό / νευρολογικό νόσημα

Αν λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, ποια είναι αυτή	N	%
ΜΣΑΦ	2	9,5
Βορτιοξετίνη	2	9,5
Μιρταζαπίνη	1	4,8
Βενλαφαξίνη	1	4,8
Φλουοξετίνη	2	9,5
Σιταλοπράμη	12	57
Ολανζαπίνη	1	4,8

Οι ουσίες Βορτιοξετίνη, Μιρταζαπίνη, Βενλαφαξίνη, Φλουοξετίνη, Σιταλοπράμη, έχουν αντικαταθλιπτική δράση και η Ολανζαπίνη έχει αντιψυχωσική δράση. Επομένως, το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι 85,7%.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας, όπου μεγαλύτερες τιμές υποδηλώνουν για την καθεμία μεγαλύτερο πρόβλημα και αντίστοιχα μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια.

Πίνακας 5: Βαθμολογίες των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας

		ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)
Καθημερινές δραστηριότητες (3 ερωτήσεις)		2,1 (1,2)	1,4 (1,4)
Οργανικά συμπτώματα (9 ερωτήσεις)		3,8 (1,7)	3,5 (1,9)
Αυτονομία (4 ερωτήσεις)		2,9 (1,7)	2,3 (1,9)
Κοινωνικά θέματα (5 ερωτήσεις)		1,9 (1,8)	1,7 (1,9)
Ψυχολογικά θέματα (5 ερωτήσεις)		4,0 (1,7)	3,8 (1,8)
Πνευματικά θέματα (4 ερωτήσεις)		2,2 (1,2)	2,0 (1,3)
Οικονομικά προβλήματα (2 ερωτήσεις)		1,3 (0,8)	1,0 (0,9)
Ανάγκη πληροφόρησης, N (%)	Όχι	29 (19,3)	31 (20,7)
	Ναι	121 (80,7)	119 (79,3)

Για τις υποκλίμακες που αφορούσαν στο μέγεθος του προβλήματος: Η μέση τιμή στη διάσταση «Καθημερινές δραστηριότητες» ήταν 2,1 μονάδες (SD=1,2 μονάδες), στη διάσταση «Οργανικά συμπτώματα» ήταν 3,8 μονάδες (SD=1,7 μονάδες) και στη διάσταση «Αυτονομία» ήταν 2,9 μονάδες (SD=1,7 μονάδες). Επίσης στις διαστάσεις «Κοινωνικά θέματα», «Ψυχολογικά θέματα» και «Πνευματικά θέματα» οι μέσες τιμές ήταν 1,9 μονάδες (SD=1,8 μονάδες), 4 μονάδες (SD=1,7 μονάδες) και 2,2 μονάδες (SD=1,2 μονάδες) αντίστοιχα. Τέλος, η μέση τιμή στη διάσταση «Οικονομικά προβλήματα» ήταν 1,3 μονάδες (SD=0,8 μονάδες). Για τη διάσταση «Ανάγκη πληροφόρησης» το 80,7% των συμμετεχόντων τη θεωρούσαν πρόβλημα.

Για τις υποκλίμακες που αφορούσαν στο μέγεθος της ανάγκης από βοήθεια: Η μέση τιμή στη διάσταση «Καθημερινές δραστηριότητες» ήταν 1,4 μονάδες (SD=1,4 μονάδες), στη διάσταση «Οργανικά συμπτώματα» ήταν 3,5 μονάδες (SD=1,9 μονάδες) και στη διάσταση «Αυτονομία» ήταν 2,3 μονάδες (SD=1,9 μονάδες). Επίσης στις διαστάσεις «Κοινωνικά θέματα», «Ψυχολογικά θέματα» και «Πνευματικά

θέματα» οι μέσες τιμές ήταν 1,7 μονάδες (SD=1,9 μονάδες), 3,8 μονάδες (SD=1,8 μονάδες) και 2 μονάδες (SD=1,3 μονάδες) αντίστοιχα. Τέλος η μέση τιμή στη διάσταση «Οικονομικά προβλήματα» ήταν 1 μονάδα (SD=0,9 μονάδες). Για τη διάσταση «Ανάγκη πληροφόρησης» το 79,3% θεωρούσαν ότι είχαν ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για την ανεπαρκή πληροφόρηση.

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες ανέδειξαν ως μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν την ανάγκη για πληροφόρηση σε ποσοστό 80,7% και παράλληλα είναι και η μεγαλύτερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια με ποσοστό 79,3%. Σαν δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα είναι τα ψυχολογικά θέματα και επίσης και δεύτερη πιο σημαντική ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια.

Στον Πίνακα 5.α παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών για τα προβλήματα τους. Τα σημαντικότερα προβλήματα, όπως αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ξεκινώντας από το σημαντικότερο ήταν τα εξής:

- Διαταραχές ύπνου (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=89%)
- Πόνος (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=86%)
- Φόβος ότι θα υποφέρετε σωματικά και Καταθλιπτική διάθεση (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=85%)
- Κόπωση και Δυσκολία να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα του μέλλοντος (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=83%)
- Φόβος επέκτασης της νόσου(Σε κάποιο βαθμό/Ναι=82%)
- Επιπλέον έξοδα λόγω της ασθένειας και Ανεπαρκής πληροφόρηση (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=81%)
- Μετακίνηση και Φροντίδα σώματος (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=77%)
- Δυσκολία στη συνέχιση συνηθισμένων δραστηριοτήτων και Εξάρτηση από τρίτους (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=75%)
- Δυσκολία αποδοχής της ασθένειας και Δυσκολία ολοκλήρωσης καθηκόντων (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=72%)
- Απώλεια εισοδήματος λόγω της ασθένειας (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=70%)
- Δυσκολία αναφορικά με το νόημα του θανάτου(Σε κάποιο βαθμό/Ναι=66%)
- Δυσκολία να είστε χρήσιμος/η για τους άλλους (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=65%)
- Δυσκολία να εκφράσετε τα συναισθήματά σας (Σε κάποιο βαθμό/Ναι=64%)

Πίνακας 5.α: Κατανομή των Απαντήσεων Αυτοεκτίμηση της έντασης των προβλημάτων των ασθενών (PNPC)

Αποτελεί πρόβλημα;	Όχι [N (%)]	Σε κάποιο βαθμό[N (%)]	Ναι [N (%)]
Καθημερινές δραστηριότητες			
Ελαφρές οικιακές εργασίες (σιγύρισμα, κλπ)	61 (41%)	17 (11%)	72 (48%)
Μετακίνηση (οδήγηση δίκυκλου, αυτοκινήτου, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς κλπ)	34 (23%)	32(21%)	84(56%)
Φροντίδα σώματος, πλύσιμο, ντύσιμο ή τουαλέτα	35 (23%)	28 (19%)	87 (58%)
Οργανικά συμπτώματα			
Κόπωση	26 (17%)	19 (13%)	105 (70%)
Διαταραχές ύπνου	11 (7%)	22 (15%)	111 (74%)
Πόνος	21(14%)	20(13%)	109(73%)
Σεξουαλική δυσλειτουργία	91(61%)	16(10%)	43(29%)
Κνησμός (φαγούρα)	99(66%)	16(10%)	35(24%)
Δυσκολία στην αναπνοή	144(96%)	3(2%)	3(2%)
Αίσθημα τσιμπήματος ή μουδιάσματος	115(77%)	19(13%)	16(10%)
Βήχας	144(96%)	2(1%)	4(3%)
(Νυχτερινές) εφιδρώσεις ή εξάψεις	127(85%)	8(5%)	15(10%)
Αυτονομία			
Δυσκολία στη συνέχιση συνηθισμένων δραστηριοτήτων	37(25%)	24(16%)	89(59%)
Αίσθημα απώλειας ελέγχου της ζωής σας	36(24%)	28(19%)	86(57%)
Δυσκολία ολοκλήρωσης καθηκόντων	42(28%)	25(17%)	83(55%)
Εξάρτηση από τρίτους	38(25%)	25(17%)	87(58%)
Κοινωνικά θέματα			
Βρίσκετε δύσκολο να μιλάτε για την ασθένειά σας, γιατί δεν θέλετε να επιβαρύνετε τους άλλους	117(78%)	12(8%)	21(14%)
Βρίσκετε τους άλλους μη δεκτικούς στη συζήτηση για την ασθένειά σας	111(74%)	12(8%)	27(18%)
Δυσκολεύεσθε να βρείτε κάποιον έμπιστο να μιλήσετε	71(47%)	36(24%)	43(29%)
Προβλήματα στη σχέση με τον/την σύντροφό σας	102(68%)	36(24%)	19(13%)
Δυσκολία να μιλάτε για την ασθένειά σας με τον/ την σύντροφό σας	70(47%)	14(9%)	66(44%)
Ψυχολογικά θέματα			
Φόβος επέκτασης της νόσου	28(18%)	37(24%)	85(58%)

	Όχι [N (%)]	Σε κάποιο βαθμό [N (%)]	Ναι [N (%)]
Φόβος ότι θα υποφέρετε σωματικά	23(15%)	15(10%)	112(75%)
Δυσκολία να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα του μέλλοντος	25(17%)	10(6%)	115(77%)
Καταθλιπτική διάθεση	23(15%)	18(12%)	109(73%)
Δυσκολία να εκφράσετε τα συναισθήματά σας	53(36%)	35(23%)	62(41%)
Πνευματικά θέματα			
Δυσκολία να είστε χρήσιμος/η για τους άλλους	53(35%)	38(25%)	59(40%)
Δυσκολία αναφορικά με το νόημα του θανάτου	43(29%)	40 (26%)	67 (45%)
Δυσκολία στην αποδοχή της ασθένειας σας	40 (26%)	23 (15%)	87 (58%)
Οικονομικά προβλήματα			
Επιπλέον έξοδα λόγω της ασθένειας	28 (19%)	27(18%)	95(63%)
Απώλεια εισοδήματος λόγω της ασθένειας	44(30%)	17(11%)	89(59%)
Ανάγκη πληροφόρησης			
Ανεπαρκής πληροφόρηση πχ σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της, βοηθητικό εξοπλισμό και υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη ή εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους.	29(19%)	27(18%)	94(63%)

Πίνακας 5.β: Κατανομή των Απαντήσεων Αυτοεκτίμηση της ανάγκης των ασθενών για επαγγελματική βοήθεια διαχείρισης των συμπτωμάτων/ προβλημάτων τους (PNPC)

Χρειάζεστε επαγγελματική βοήθεια για αυτό;	Όχι [N (%)]	Όση και τώρα[N (%)]	Ναι, περισσότερη [N (%)]
Καθημερινές δραστηριότητες			
Ελαφρές οικιακές εργασίες (σιγύρισμα, κλπ)	62 (41%)	22 (15%)	66 (44%)
Μετακίνηση (οδήγηση δίκυκλου, αυτοκινήτου, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς κλπ)	44 (29%)	24 (16%)	82 (55%)
Φροντίδα σώματος, πλύσιμο, ντύσιμο ή τουαλέτα	43 (29%)	35 (23%)	72 (48%)
Οργανικά συμπτώματα			
Κόπωση	28 (19%)	5 (3%)	117 (78%)
Διαταραχές ύπνου	14 (9%)	8 (5%)	128 (86%)
Πόνος	23 (15%)	4 (3%)	123(82%)
Σεξουαλική δυσλειτουργία	83 (55%)	4 (3%)	63 (42%)
Κνησμός (φαγούρα)	99 (66%)	4 (3%)	47 (31%)
Δυσκολία στην αναπνοή	145 (97%)	0 (0%)	5 (3%)
Αίσθημα τσιμπήματος ή μουδιάσματος	125 (83%)	0 (0%)	25 (17%)
Βήχας	144 (96%)	0 (%)	6 (4%)
(Νυχτερινές) επιδρώσεις ή εξάψεις	124 (83%)	1 (1%)	25 (16%)
Αυτονομία			
Δυσκολία στη συνέχιση συνηθισμένων δραστηριοτήτων	49 (33%)	14 (9%)	87 (58%)
Αίσθημα απώλειας ελέγχου της ζωής σας	50 (33%)	10 (7%)	90 (60%)
Δυσκολία ολοκλήρωσης καθηκόντων	55 (37%)	12 (8%)	83 (55%)
Εξάρτηση από τρίτους	48 (32%)	12 (8%)	90 (60%)
Κοινωνικά θέματα			
Βρίσκετε δύσκολο να μιλάτε για την ασθένειά σας, γιατί δεν θέλετε να επιβαρύνετε τους άλλους	116 (77%)	0 (0%)	34 (23%)
Βρίσκετε τους άλλους μη δεκτικούς στη συζήτηση για την ασθένειά σας	112 (75%)	0 (0%)	38 (25%)
Δυσκολεύεστε να βρείτε κάποιον έμπιστο να μιλήσετε	104 (69%)	0 (0%)	46 (31%)

	Όχι [N (%)]	Όση και τώρα[N (%)]	Ναι, περισσότερη [N (%)]
Προβλήματα στη σχέση με τον/την σύντροφό σας	149 (99%)	0 (0%)	1 (1%)
Δυσκολία να μιλάτε για την ασθένειά σας με τον/ την σύντροφό σας	78 (52%)	0 (0%)	66 (48%)
Ψυχολογικά θέματα			
Φόβος επέκτασης της νόσου	34 (23%)	0 (0%)	116 (77%)
Φόβος ότι θα υποφέρετε σωματικά	28 (19%)	0 (0%)	122 (81%)
Δυσκολία να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα του μέλλοντος	29 (19%)	0 (0%)	121 (81%)
Καταθλιπτική διάθεση	29 (19%)	1 (1%)	120 (80%)
Δυσκολία να εκφράσετε τα συναισθήματά σας	29 (19%)	3 (2%)	118 (78%)
Πνευματικά θέματα			
Δυσκολία να είστε χρήσιμος/η για τους άλλους	59 (39%)	0 (0%)	91 (61%)
Δυσκολία αναφορικά με το νόημα του θανάτου	59 (39%)	2 (1%)	89 (60%)
Δυσκολία στην αποδοχή της ασθένειας σας	49 (33%)	1 (1%)	100 (66%)
Οικονομικά προβλήματα			
Επιπλέον έξοδα λόγω της ασθένειας	44 (29%)	10 (7%)	96 (64%)
Απώλεια εισοδήματος λόγω της ασθένειας	89 (59%)	4 (3%)	57 (38%)
Ανάγκη πληροφόρησης			
Ανεπαρκής πληροφόρηση πχ σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της, βοηθητικό εξοπλισμό και υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη ή εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους.	27 (18%)	0 (0%)	123 (82%)

Τα σημαντικότερα προβλήματα για τα οποία οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια, ξεκινώντας από το σημαντικότερο, ήταν τα εξής (Πίνακας 5.β):

- Διαταραχές ύπνου (Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=91%)
- Πόνος(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=85%)
- Ανεπαρκής πληροφόρηση(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=82%)
- Κόπωση, Φόβος ότι θα υποφέρετε σωματικά, Δυσκολία να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα του μέλλοντος και Καταθλιπτική διάθεση(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=81%)
- Δυσκολία να εκφράσετε τα συναισθήματά σας (Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=80%)
- Φόβος επέκτασης της νόσου (Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=77%)
- Μετακίνηση, Φροντίδα σώματος, Επιπλέον έξοδα λόγω της ασθένειας(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=71%)
- Εξάρτηση από τρίτους(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=68%)
- Δυσκολία στη συνέχιση συνηθισμένων δραστηριοτήτων, Αίσθημα απώλειας ελέγχου της ζωής σας και Δυσκολία στην αποδοχή της ασθένειας (Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=67%)
- Δυσκολία να είστε χρήσιμος/η για τους άλλους, Δυσκολία αναφορικά με το νόημα του θανάτου(Όση και τώρα/Ναι, περισσότερη=61%)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες που αφορούν τις κλίμακες κλινικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα MMSE υποδηλώνει καλύτερη νοητική κατάσταση, ενώ στις άλλες δυο διαστάσεις υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χειρότερη κλινική κατάσταση.

Πίνακας 6: Βαθμολογίες των κλιμάκων κλινικής κατάστασης των συμμετεχόντων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Δείκτης νοητικής κατάστασης (MMSE)	24	30	27,4	2,0
Κλίμακα ευπάθειας	3	7	4,9	1,5
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας	1	20	8,6	3,2

Στην κλίμακα MMSE, τιμές κυμάνθηκαν από 24 έως 30 μονάδες με μέση τιμή 27,4 μονάδες (SD=2 μονάδες), στην κλίμακα ευπάθειας από 3 έως 7 μονάδες με μέση τιμή 4,9 μονάδες (SD=1,5 μονάδες) και στην αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας από 1 έως 20 μονάδες με μέση τιμή 8,6 μονάδες (SD=3,2 μονάδες). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται βαθμολογίες στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, όπου μεγαλύτερες τιμές των υποκλιμάκων λειτουργικότητας και συνολικής κατάστασης υγείας υποδηλώνουν καλύτερη έκβαση και μεγαλύτερες τιμές στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων υποδηλώνουν χειρότερη έκβαση.

Πίνακας 7: Βαθμολογίες των διαστάσεων ποιότητας ζωής

	Μέση τιμή	SD
Συνολική κατάσταση υγείας	32,4	25,3
Σωματική λειτουργικότητα	45,6	37,3
Συναισθηματική λειτουργικότητα	36,1	34,8
Κόπωση	79,6	24,4
Ναυτία/ Έμετος	29,6	41,3
Πόνος	65,2	34,8
Δύσπνοια	58,9	35,1
Αϋπνία	72,7	33,7
Απώλεια όρεξης	59,3	36,0
Δυσκοιλιότητα	46,7	39,6

Η μέση τιμή στη διάσταση «Συνολική κατάσταση υγείας» ήταν 32,4 μονάδες (SD=25,3 μονάδες), στη διάσταση «Σωματική λειτουργικότητα» ήταν 45,6 μονάδες (SD=37,3 μονάδες) και στη διάσταση «Συναισθηματική λειτουργικότητα» ήταν 36,1 μονάδες (SD=34,8 μονάδες).

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της βαθμολογίας όσο αφορά το κατά πόσο η διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων αποτελεί πρόβλημα και η ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8: Συσχέτιση καθημερινών δραστηριοτήτων με δημογραφικά και κλινικά στοιχεία

	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ				
	Αποτελεί πρόβλημα			Χρειάζεστε βοήθεια	
	Μέση τιμή (SD)		P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Άνδρας	2,16 (1,16)	0,750	1,55 (1,38)	0,322
	Γυναίκα	2,09 (1,27)		1,32 (1,43)	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)	2,34 (1,12)	0,071+	1,68 (1,40)	0,278+
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2,24 (1,15)		1,33 (1,38)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	1,84 (1,30)		1,26 (1,42)	
Έγγαμος	Όχι	2,34 (1,04)	0,040	1,58 (1,36)	0,258
	Ναι	1,94 (1,32)		1,32 (1,45)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	2,39 (1,06)	0,084+	1,76 (1,44)	0,244+
	500-1000 €	2,23 (1,15)		1,42 (1,4)	
	>1000 €	1,82 (1,34)		1,25 (1,38)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	2,19 (1,23)	0,297	1,42 (1,43)	0,818
	Ναι	1,95 (1,15)		1,49 (1,35)	
Μόνιμος φροντιστή	Όχι	1,46 (1,32)	<0,001	1,06 (1,34)	0,005
	Ναι	2,61 (0,85)		1,71 (1,40)	
Φαρμακευτική αγωγή, για σωματικό νόσημα	Όχι	2,11 (1,36)	0,968	1,67 (1,58)	0,620
	Ναι	2,13 (1,21)		1,43 (1,40)	
Ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	2,08 (1,23)	0,329	1,48 (1,41)	0,463
	Ναι	2,33 (1,14)		1,26 (1,40)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	2,09 (1,22)	0,401	1,45 (1,41)	0,837
	Ναι	2,33 (1,15)		1,38 (1,43)	

+ANOVA

Οι συμμετέχοντες που είναι δεν ήταν παντρεμένοι αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για τη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας όσο αφορά το κατά πόσο η διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων αποτελεί πρόβλημα και της ανάγκη τους για επαγγελματική βοήθεια με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 9: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας όσο αφορά το κατά πόσο η διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων αποτελεί πρόβλημα και της ανάγκη τους για επαγγελματική βοήθεια με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	-0,20	0,016	0,82	<0,001	0,45	<0,001	0,15	0,07
Βοήθεια	0,02	0,803	0,61	<0,001	0,28	<0,001	0,02	0,78

Υψηλότερος MMSE σχετίζεται με σημαντικά λιγότερο πρόβλημα στη διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ μεγαλύτερη ευπάθεια και χειρότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα και σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη για βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης αντιμετώπισης προβλημάτων που αφορούν στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 10: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης αντιμετώπισης προβλημάτων στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		-0,036	0,035	0,311
Κλίμακα ευπάθειας		0,500	0,056	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,045	0,024	0,060
Ηλικία		-0,004	0,008	0,630
Φύλο	Άνδρας (αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,137	0,133	0,305
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,055	0,203	0,786
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	-0,109	0,223	0,627
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,064	0,207	0,758
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,112	0,191	0,557
	>1000 €	0,182	0,254	0,476
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,436	0,258	0,093
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,569	0,199	0,005
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,146	0,172	0,399

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 11: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης αντιμετώπισης προβλημάτων στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία

		β+	SE++	P
MMSE		0,105	0,049	0,064
Κλίμακα ευπάθειας		0,635	0,077	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,036	0,033	0,268
Ηλικία		-0,011	0,011	0,345
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,364	0,185	0,061
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,598	0,281	0,065
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	-0,673	0,31	0,071
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,409	0,287	0,156
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,171	0,264	0,519
	>1000 €	0,466	0,352	0,188
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,079	0,276	0,774
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,838	0,357	0,021
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,618	0,238	0,070

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ευπάθειας και το αν είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης αντιμετώπισης προβλημάτων που αφορούν στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κλίμακα ευπάθειας σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,569 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν .

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Η κλίμακα ευπάθειας και η ύπαρξη μόνιμου φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κλίμακα ευπάθειας σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,838 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν .

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες λόγω οργανικών συμπτωμάτων και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες λόγω οργανικών συμπτωμάτων και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Άνδρας	3,99 (1,66)	0,215	3,64 (1,86)	0,361
	Γυναίκα	3,64 (1,79)		3,36 (1,88)	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)	4,03 (1,59)	0,454+	3,68 (1,91)	0,649+
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	3,70 (1,70)		3,33 (1,9)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	3,66 (1,89)		3,43 (1,84)	
Έγγαμος	Όχι	3,93 (1,61)	0,438	3,63 (1,84)	0,431
	Ναι	3,71 (1,84)		3,39 (1,90)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	4,33 (1,83)	0,047+	4,12 (2,07)	0,023+
	500-1000 €	3,45 (1,41)		3,08 (1,65)	
	>1000 €	3,94 (1,96)		3,67 (1,90)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	3,85 (1,80)	0,656	3,60 (1,87)	0,278
	Ναι	3,70 (1,51)		3,22 (1,86)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	3,29 (1,89)	0,001	2,73 (1,94)	<0,001
	Ναι	4,20 (1,51)		4,07 (1,61)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	3,67 (1,73)	0,794	3,44 (1,67)	0,918
	Ναι	3,82 (1,74)		3,51 (1,89)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	3,85 (1,82)	0,629	3,51 (1,99)	0,919
	Ναι	3,67 (1,30)		3,48 (1,25)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	3,84 (1,80)	0,581	3,52 (1,97)	0,763
	Ναι	3,62 (1,20)		3,43 (1,12)	

+ANOVA

Η βαθμολογία ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των οργανικών συμπτωμάτων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni οι συμμετέχοντες με μηνιαίο εισόδημα κάτω των 500 ευρώ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονταν με οργανικά συμπτώματα ($p=0,025$). Αντίθετα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία αξιολόγησης των συμμετεχόντων των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν λόγω οργανικών συμπτωμάτων ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημά τους. Επίσης οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα οργανικών συμπτωμάτων και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για την αντιμετώπιση τους.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των οργανικών συμπτωμάτων ως πρόβλημα και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των οργανικών συμπτωμάτων ως πρόβλημα και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	0,10	0,246	0,32	<0,001	0,34	<0,001	-	0,923
Βοήθεια	0,05	0,513	0,41	<0,001	0,36	<0,001	-	0,593

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν λόγω οργανικών συμπτωμάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 14: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων λόγω οργανικών συμπτωμάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,137	0,069	0,051
Κλίμακα ευπάθειας		0,233	0,110	0,035
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,124	0,046	0,009
Ηλικία		-0,027	0,016	0,098
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,563	0,262	0,064
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,559	0,399	0,163
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(KATEE,TEE ή IEK-AEI-TEI)/ Μεταπτυχιακός	-0,916	0,439	0,059
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,162	0,407	0,692
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	-0,357	0,375	0,343
	>1000 €	0,678	0,5	0,177
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,636	0,508	0,212
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,868	0,392	0,028
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,501	0,338	0,141

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 15: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων λόγω οργανικών συμπτωμάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β^+	SE++	P
MMSE		0,105	0,070	0,139
Κλίμακα ευπάθειας		0,327	0,111	0,004
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,124	0,047	0,010
Ηλικία		-0,041	0,016	0,063
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,471	0,266	0,079
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,437	0,404	0,282
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	-0,625	0,446	0,163
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,360	0,413	0,384
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	-0,659	0,380	0,085
	>1000 €	0,424	0,507	0,405
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,472	0,515	0,361
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,205	0,397	0,003
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,452	0,343	0,190

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ευπάθειας, η συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας και το αν είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης των οργανικών συμπτωμάτων ως πρόβλημα. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κλίμακα ευπάθειας σχετίζεται με σημαντικά περισσότερα προβλήματα οργανικών συμπτωμάτων.
- Χαμηλότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας σχετίζεται με σημαντικά περισσότερα προβλήματα οργανικών συμπτωμάτων.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,868 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν .

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων λόγω οργανικών συμπτωμάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Η κλίμακα ευπάθειας, η συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας και το αν είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των οργανικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κλίμακα ευπάθειας σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας .
- Χαμηλότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας σχετίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας .
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 1,205 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν .

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες λόγω θεμάτων αυτονομίας και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 16: Αποτελέσματα αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες λόγω θεμάτων αυτονομίας και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Ανδρας	3,01 (1,65)	0,627	2,22 (1,94)	0,537
	Γυναίκα	2,88 (1,74)		2,42 (1,92)	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)	3,22 (1,54)	0,109+	2,71 (1,84)	0,071+
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	3,09 (1,59)		2,36 (1,92)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ) Μεταπτυχιακός	2,59 (1,85)		1,90 (1,96)	
Έγγαμος	Όχι	3,25 (1,49)	0,033	2,66 (1,84)	0,038
	Ναι	2,67 (1,82)		2,01 (1,96)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	3,21 (1,52)	0,463+	2,58 (1,92)	0,669+
	500-1000 €	2,97 (1,70)		2,29 (1,94)	
	>1000 €	2,75 (1,79)		2,20 (1,93)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	3,01 (1,67)	0,433	2,37 (1,91)	0,567
	Ναι	2,76 (1,77)		2,16 (1,98)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	1,98 (1,93)	<0,001	1,70 (1,94)	0,001
	Ναι	3,64 (1,05)		2,77 (1,80)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	3,11 (1,76)	0,764	3,11 (1,76)	0,200
	Ναι	2,94 (1,69)		2,27 (1,93)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	2,80 (1,76)	0,002	2,23 (1,94)	0,200
	Ναι	3,63 (1,08)		2,74 (1,83)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	2,82 (1,76)	0,001	2,18 (1,94)	0,014
	Ναι	3,71 (0,90)		3,19 (1,60)	

+ANOVA

Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν έγγαμοι, εκείνοι που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή και εκείνοι που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για ψυχικό νόσημα αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερα προβλήματα με θέματα αυτονομίας και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια για την αντιμετώπισή τους. Τέλος, όσοι έπασχαν από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερα προβλήματα αυτονομίας.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των θεμάτων αυτονομίας ως πρόβλημα και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπισή τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 17: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των θεμάτων αυτονομίας ως πρόβλημα και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπισή τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Αυτονομία								
Πρόβλημα	-0,16	0,052	0,72	<0,001	0,38	<0,001	0,20	0,014
Βοήθεια	-0,14	0,096	0,60	<0,001	0,31	<0,001	0,09	0,293

Μεγαλύτερη ευπάθεια και χειρότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας σχετίζεται με σημαντικά περισσότερα προβλήματα θεμάτων αυτονομίας και σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή τους. Επίσης μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται με σημαντικά περισσότερα προβλήματα αυτονομίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων λόγω θεμάτων αυτονομίας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 18: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων λόγω θεμάτων αυτονομίας και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,013	0,052	0,807
Κλίμακα ευπάθειας		0,600	0,082	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,041	0,035	0,243
Ηλικία		0,012	0,012	0,310
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,304	0,196	0,124
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,151	0,298	0,612
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	-0,335	0,329	0,309
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,242	0,304	0,429
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,290	0,280	0,302
	>1000 €	0,898	0,374	0,078
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,869	0,379	0,084
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,110	0,293	0,001
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,340	0,253	0,181

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 19: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτονομίας και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,001	0,070	0,997
Κλίμακα ευπάθειας		0,766	0,111	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,026	0,047	0,581
Ηλικία		-0,015	0,016	0,367
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,098	0,264	0,710
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,459	0,401	0,255
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	-1,076	0,443	0,076
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,500	0,410	0,225
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,294	0,378	0,438
	>1000 €	1,347	0,503	0,080
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,126	0,511	0,805
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,003	0,395	0,994
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,053	0,341	0,877

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 18) βρέθηκε ότι η κλίμακα ευπάθειας και το αν έχουν κάποιον μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης προβλημάτων λόγω θεμάτων αυτονομίας. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με περισσότερα προβλήματα λόγω θεμάτων αυτονομίας.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 1,110 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτονομίας και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 19).

Μόνο η κλίμακα ευπάθειας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτονομίας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με μεγαλύτερη ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων αυτονομίας.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα της αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Άνδρας	1,91 (1,80)	0,919	1,66 (1,81)	0,918
	Γυναίκα	1,88 (1,77)		1,69 (1,92)	
Εκπαί-δευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)	1,47 (1,32)	0,033+	1,19 (1,36)	0,030+
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	2,45 (1,92)		2,12 (2,06)	
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	2,00 (2,01)		1,91 (2,08)	
Έγγαμος	Όχι	1,42 (0,95)	0,001	1,17 (1,04)	0,001
	Ναι	2,32 (2,20)		2,13 (2,27)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	1,67 (1,24)	0,168+	1,39 (1,41)	0,045+
	500-1000 €	1,71 (1,65)		1,41 (1,65)	
	>1000 €	2,27 (2,15)		2,20 (2,25)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	2,10 (1,94)	0,001	1,84 (2,03)	0,009
	Ναι	1,27 (0,93)		1,16 (1,01)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	1,35 (1,53)	0,001	1,27 (1,49)	0,017
	Ναι	2,29 (1,85)		1,97 (2,04)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	2,44 (1,67)	0,339	2,11 (1,54)	0,467
	Ναι	1,86 (1,78)		1,65 (1,88)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	1,85 (1,79)	0,484	1,63 (1,83)	0,507
	Ναι	2,11 (1,74)		1,89 (1,99)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	1,81 (1,76)	0,176	1,60 (1,80)	0,212
	Ναι	2,38 (1,86)		2,14(2,17)	

+ANOVA

Η βαθμολογία αξιολόγησης κοινωνικών προβλημάτων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο-Λύκειο) αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα κοινωνικά προβλήματα σε σύγκριση με αυτούς ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού ($p=0,033$). Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων ούτε ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο αλλά ούτε και με το μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι, εκείνοι που δεν έμεναν μόνοι και εκείνοι που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα κοινωνικά προβλήματα και είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 21: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Κοινωνικά θέματα	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	0,04	0,628	0,36	<0,001	0,09	0,262	-0,04	0,632
Βοήθεια	0,07	0,422	0,32	<0,001	0,09	0,268	-0,08	0,308

Μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων, σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα κοινωνικά προβλήματα και με μεγαλύτερη ανάγκη βοήθειας για την αντιμετώπιση τους.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 22: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,064	0,074	0,385
Κλίμακα ευπάθειας		0,390	0,117	0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		-0,033	0,049	0,501
Ηλικία		0,005	0,017	0,761
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	0,141	0,279	0,615
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,677	0,423	0,112
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,198	0,467	0,672
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,938	0,433	0,032
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	-0,237	0,398	0,553
	>1000 €	0,166	0,531	0,755
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,385	0,539	0,476
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,498	0,416	0,234
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,065	0,359	0,857

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 23: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,103	0,077	0,185
Κλίμακα ευπάθειας		0,433	0,122	0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		-0,018	0,052	0,728
Ηλικία		0,005	0,018	0,781
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	0,183	0,292	0,531
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,515	0,443	0,247
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,173	0,489	0,725
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,090	0,453	0,017
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	-0,220	0,417	0,599
	>1000 €	0,318	0,556	0,568
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,508	0,565	0,370
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,243	0,436	0,578
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,084	0,376	0,823

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ευπάθειας και η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης των κοινωνικών προβλημάτων (Πίνακας 22). Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με περισσότερα κοινωνικά προβλήματα.
- Οι συμμετέχοντες που ήταν παντρεμένοι, είχαν κατά 0,938 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων (Πίνακας 23).

Η κλίμακα ευπάθειας και η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων βρέθηκαν επίσης να σχετίζονται ανεξάρτητα και με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια.
- Οι συμμετέχοντες που ήταν παντρεμένοι, είχαν κατά 1,090 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 24: Αποτελέσματα της αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Ανδρας	3,88 (1,72)	0,407	3,79 (1,79)	0,943
	Γυναίκα	4,11 (1,61)		3,81 (1,86)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	4,17 (1,51)	0,108+	3,90 (1,75)	0,091+
	Γυμνάσιο/Λύκειο	4,30 (1,19)		4,27 (1,23)	
	Ανω λυκείου	3,64 (1,98)		3,43 (2,10)	
Έγγαμος	Όχι	4,45 (1,23)	0,332	4,14 (1,59)	0,577
	Ναι	3,58 (1,89)		3,49 (1,97)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	4,21 (1,45)	0,028+	4,00 (1,60)	0,118+
	500-1000 €	4,27 (1,38)		4,03 (1,66)	
	>1000 €	3,49 (2,01)		3,37 (2,09)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	3,92 (1,70)	0,350	3,75 (1,83)	0,576
	Ναι	4,22 (1,57)		3,95 (1,82)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	3,35 (2,06)	<0,001	3,14 (2,15)	<0,001
	Ναι	4,46 (1,10)		4,28 (1,36)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	4,44 (1,67)	0,404	4,44 (1,67)	0,275
	Ναι	3,96 (1,67)		3,76 (1,83)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	3,85 (1,79)	<0,001	3,67 (1,91)	0,011
	Ναι	4,63 (0,63)		4,41 (1,15)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	3,88 (1,76)	<0,001	3,70 (1,89)	0,021
	Ναι	4,67 (0,58)		4,43 (1,16)	

+ANOVA

Η βαθμολογία αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα από 500 ως 1000 ευρώ είχαν σημαντικά περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, σε σχέση με αυτούς που το μηνιαίο εισόδημα τους ξεπερνούσε τα 1000 ευρώ ($p=0,034$). Επίσης οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή, εκείνοι που πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα και εκείνοι που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για ψυχικό νόσημα αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα και παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή τους.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 25: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Ψυχολογικά θέματα	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	-0,23	0,005	0,49	<0,001	0,23	0,005	0,20	0,014
Βοήθεια	-0,08	0,317	0,47	<0,001	0,21	0,010	0,18	0,029

Μεγαλύτερος MMSE σχετίζεται με σημαντικά λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα. Μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων, χειρότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας τους και μεγαλύτερη ηλικία σχετίζονται σημαντικά με περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα και με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση τους.

Πίνακας 26: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		,225	,393	,354
Κλίμακα ευπάθειας		-0,086	,061	,158
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		,372	,096	0,001
Ηλικία		,035	,041	,388
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	192	,23	,404
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	,432	,349	,218
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	,439	,385	,257
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,309	,357	0,389
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,314	,329	0,342
	>1000 €	0,007	,438	0,988
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,998	,445	0,067
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,982	,344	0,005
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,382	,297	0,200

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 27: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		-0,007	0,071	0,917
Κλίμακα ευπάθειας		0,421	0,112	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,034	0,047	0,469
Ηλικία		0,021	0,016	0,201
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,014	0,268	0,959
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,549	0,408	0,181
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,292	0,449	0,517
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,092	0,416	0,825
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,284	0,383	0,460
	>1000 €	0,097	0,511	0,850
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,045	0,519	0,056
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,909	0,401	0,025
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,325	0,346	0,349

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 26)

Η αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας και αν έχουν κάποιο μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης των ψυχολογικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα:

- Χειρότερη συνολική εικόνα αξιολόγησης της αρρώστιας σχετίζονται με περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,982 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 27).

Η κλίμακα ευπάθειας των συμμετεχόντων και αν έχουν κάποιο μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχολογικής φύσεως. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,909 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν.

Στον Πίνακα 28 δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες με θέματα πνευματικής φύσεως και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Πίνακας 28: Αποτελέσματα της αξιολόγησης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες με θέματα πνευματικής φύσεως και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Άνδρας	2,22 (1,22)	0,969	1,99 (1,35)	0,952
	Γυναίκα	2,22 (1,16)		2 (1,29)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2,36 (1,08)	0,252+	2,05 (1,28)	0,519+
	Γυμνάσιο/Λύκειο	2,33 (1,14)		2,15 (1,25)	
	Ανω λυκείου	2,02 (1,30)		1,84 (1,4)	
Έγγαμος	Όχι	2,44 (0,97)	0,031	2,18 (1,17)	0,092
	Ναι	2,03 (1,33)		1,82 (1,42)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	2,36 (0,96)	0,462+	2,15 (1,15)	0,661+
	500-1000 €	2,27 (1,14)		2,00 (1,32)	
	>1000 €	2,06 (1,36)		1,88 (1,42)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	2,26 (1,21)	0,510	2,03 (1,35)	0,591
	Ναι	2,11 (1,13)		1,89 (1,24)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	1,60 (1,35)	<0,001	1,43 (1,39)	<0,001
	Ναι	2,67 (0,80)		2,40 (1,10)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	2,67 (1,00)	0,204	2,67 (1,00)	0,069
	Ναι	2,19 (1,19)		1,95 (1,33)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	2,13 (1,24)	0,011	1,9 (1,35)	0,042
	Ναι	2,63 (0,79)		2,41 (1,08)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	2,15 (1,24)	0,006	1,91 (1,35)	0,034
	Ναι	2,67 (0,66)		2,48 (1,03)	

+ANOVA

Οι συμμετέχοντες που δεν ήταν παντρεμένοι αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα πνευματικής φύσεως. Επίσης οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή, εκείνοι που πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα και εκείνοι που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για ψυχικό νόσημα αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα πνευματικής φύσεως και παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή τους.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των προβλημάτων πνευματικής φύσεως που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπισή τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 29: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των προβλημάτων πνευματικής φύσεως που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπισή τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πνευματικά θέματα	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	-0,17	0,049	0,70	<0,001	0,40	<0,001	0,21	0,011
Βοήθεια	-0,06	0,493	0,66	<0,001	0,34	<0,001	0,13	0,123

Μικρότερος MMSE και μεγαλύτερη ηλικία σχετίζονται σημαντικά με περισσότερα προβλήματα πνευματικής φύσεως. Επίσης μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων και χειρότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας τους, σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα προβλήματα πνευματικής φύσεως και με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή τους.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων πνευματικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 30)

Πίνακας 30: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων πνευματικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,002	0,038	0,966
Κλίμακα ευπάθειας		0,399	0,061	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,052	0,026	0,078
Ηλικία		0,015	0,009	0,101
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,109	0,145	0,456
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,021	0,221	0,923
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,052	0,244	0,831
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,160	0,226	0,480
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,245	0,208	0,240
	>1000 €	0,472	0,277	0,091
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,518	0,281	0,068
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,629	0,217	0,004
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,153	0,187	0,417

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 31: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων πνευματικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,068	0,046	0,148
Κλίμακα ευπάθειας		0,468	0,073	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,047	0,031	0,134
Ηλικία		0,011	0,011	0,322
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,101	0,176	0,568
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,143	0,267	0,594
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,069	0,294	0,815
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,166	0,273	0,543
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,122	0,251	0,626
	>1000 €	0,382	0,334	0,255
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,395	0,340	0,247
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,431	0,262	0,103
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,135	0,226	0,551

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ευπάθειας και το έχουν κάποιο μόνιμο φροντιστή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία αξιολόγησης των προβλημάτων πνευματικής φύσεως. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων σχετίζεται με περισσότερα προβλήματα πνευματικής φύσεως.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιον μόνιμο φροντιστή είχαν κατά 0,629 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων πνευματικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 31).

Μόνο η κλίμακα ευπάθειας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων πνευματικής φύσεως. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα ευπάθειας σχετίζονται με μεγαλύτερη ανάγκη από επαγγελματική βοήθεια.

Στον παρακάτω Πίνακα 32 δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία των οικονομικών προβλημάτων αλλά ούτε και η βαθμολογία ανάγκης για βοήθεια.

Πίνακας 32: Αποτελέσματα της αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτών, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ			
		Αποτελεί πρόβλημα		Χρειάζεστε βοήθεια	
		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Φύλο	Άνδρας	1,26 (0,72)	0,786	1,07 (0,85)	0,450
	Γυναίκα	1,23 (0,79)		0,96 (0,87)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1,08 (0,70)	0,093+	0,86 (0,78)	0,116
	Γυμνάσιο/Λύκειο	1,30 (0,64)		0,97 (0,85)	
	Ανω λυκείου	1,38 (0,83)		1,19 (0,93)	
Έγγαμος	Όχι	1,28 (0,70)	0,590	1,03 (0,83)	0,842
	Ναι	1,22 (0,80)		1,00 (0,89)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	1,09 (0,68)	0,296+	0,97 (0,77)	0,800+
	500-1000 €	1,24 (0,75)		0,98 (0,85)	
	>1000 €	1,35 (0,80)		1,08 (0,93)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	1,20 (0,75)	0,220	0,95 (0,84)	0,098
	Ναι	1,38 (0,76)		1,22 (0,89)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	1,11 (0,83)	0,059	0,94 (0,91)	0,362
	Ναι	1,34 (0,68)		1,07 (0,82)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή ,για κάποιο σωματικό νόσημα	Όχι	1,67 (0,71)	0,083	1,44 (0,88)	0,121
	Ναι	1,22 (0,75)		0,99 (0,85)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	1,20 (0,77)	0,131	0,96 (0,87)	0,101
	Ναι	1,44 (0,64)		1,26 (0,76)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	1,22 (0,76)	0,378	0,98 (0,87)	0,310
	Ναι	1,38 (0,67)		1,19 (0,75)	

*ANOVA

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 33: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για τη αντιμετώπιση τους με τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Οικονομικά προβλήματα	MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
	r	P	r	P	r	P	r	P
Πρόβλημα	0,03	0,698	0,36	<0,001	0,16	0,049	-0,09	,279
Βοήθεια	0,08	0,345	0,42	<0,001	0,14	0,090	-0,15	,065

Μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων, σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα οικονομικά προβλήματα και με σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση τους και χειρότερη συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας των συμμετεχόντων σχετίζεται επίσης σημαντικά με περισσότερα οικονομικά προβλήματα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Πίνακας 34: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,014	0,031	0,639
Κλίμακα ευπάθειας		0,186	0,048	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,010	0,020	0,640
Ηλικία		0,001	0,007	0,975
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,046	0,116	0,690
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,116	0,176	0,509
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ,(ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,233	0,194	0,230
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,063	0,179	0,727
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,232	0,165	0,162
	>1000 €	0,398	0,220	0,073
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,636	0,224	0,065
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,325	0,173	0,062
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,031	0,149	0,837

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Πίνακας 35: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων οικονομικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		β+	SE++	P
MMSE		0,050	0,034	0,143
Κλίμακα ευπάθειας		0,289	0,053	<0,001
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		0,004	0,023	0,855
Ηλικία		-0,004	0,008	0,600
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)			
	Γυναίκα	-0,106	0,128	0,408
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)			
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	-0,054	0,194	0,782
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ, ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	0,200	0,214	0,352
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,314	0,198	0,116
Μηνιαίο οικογενειακό/ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)			
	500-1000 €	0,075	0,183	0,681
	>1000 €	0,114	0,243	0,641
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,731	0,247	0,064
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,112	0,191	0,560
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,079	0,165	0,633

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η κλίμακα ευπάθειας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία αξιολόγησης των οικονομικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων σχετίζεται με περισσότερα οικονομικά προβλήματα (Πίνακας 34).

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση προβλημάτων οικονομικής φύσεως και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

Μόνο η κλίμακα ευπάθειας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία αξιολόγησης ανάγκης λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη ευπάθεια των συμμετεχόντων σχετίζεται με μεγαλύτερη ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας (Πίνακας 35).

Στον Πίνακα 36 δίνεται αν η ανεπαρκής πληροφόρηση αποτελεί πρόβλημα και κατά πόσο υπάρχει ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Οι μη έγγαμοι και οι συμμετέχοντες που δεν είχαν μόνιμο φροντιστή θεωρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πρόβλημα την ανάγκη πληροφόρησης και είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ανάγκη για πληροφόρηση.

Στον Πίνακα 37 δίνονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ύπαρξης προβλήματος για την ανάγκη πληροφόρησης και της λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτού, ανάλογα με κλίμακες κλινικής κατάστασης και την ηλικία των συμμετεχόντων.

Ο MMSE είναι σημαντικά χαμηλότερος σε αυτούς που θεωρούν την ανεπαρκή πληροφόρηση πρόβλημα και σε αυτούς που έχουν την ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτού.

Επίσης σημαντικά μεγαλύτερη ευπάθεια και χειρότερη συνολική αξιολόγηση αρρώστιας παρουσιάζουν όσοι θεωρούν την ανεπαρκή πληροφόρηση πρόβλημα και όσοι έχουν την ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Πίνακας 36: Ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την ανεπαρκή πληροφόρηση ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική κατάσταση των συμμετεχόντων.

		ΑΝΑΓΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ					
		Πρόβλημα		P Pearson's x2 test	Βοήθεια		P Pearson's x2 test
		Όχι	Ναι		Όχι	Ναι	
		N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Φύλο	Άνδρας	18(23,7)	58(76,3)	0,171	19(25)	57(75)	0,184
	Γυναίκα	11(14,9)	63(85,1)		12(16,2)	62(83,8)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	11(18,6)	48(81,4)	0,148	12(20,3)	47(79,7)	0,111
	Γυμνάσιο/Λύκειο	3(9,1)	30(90,9)		3(9,1)	30(90,9)	
	Ανω λυκείου	15(25,9)	43(74,1)		16(27,6)	42(72,4)	
Έγγαμος	Όχι	7(9,9)	64(90,1)	0,005	9(12,7)	62(87,3)	0,022
	Ναι	22(27,8)	57(72,2)		22(27,8)	57(72,2)	
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 €	4(12,1)	29(87,9)	0,431	4(12,1)	29(87,9)	0,332
	500-1000 €	13(19,7)	53(80,3)		14(21,2)	52(78,8)	
	>1000 €	12(23,5)	39(76,5)		13(25,5)	38(74,5)	
Μένετε μόνος/η	Όχι	25(22,1)	88(77,9)	0,130	26(23)	87(77)	0,216
	Ναι	4(10,8)	33(89,2)		5(13,5)	32(86,5)	
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι	17(27)	46(73)	0,043	18(28,6)	45(71,4)	0,042
	Ναι	12(13,8)	75(86,2)		13(14,9)	74(85,1)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	1(11,1)	8(88,9)	0,519	2(22,2)	7(77,8)	0,905
	Ναι	28(19,9)	113(80,1)		29(20,6)	112(79,4)	
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι	26(21,1)	97(78,9)	0,232	28(22,8)	95(77,2)	0,176
	Ναι	3(11,1)	24(88,9)		3(11,1)	24(88,9)	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή	Όχι	26(20,2)	103(79,8)	0,528	28(21,7)	101(78,3)	0,436
	Ναι	3(14,3)	18(85,7)		3(14,3)	18(85,7)	

Πίνακας 37: Αποτελέσματα της αξιολόγησης της ύπαρξης προβλήματος για την ανάγκη πληροφόρησης και της λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση αυτού, ανάλογα με κλίμακες κλινικής κατάστασης και την ηλικία των συμμετεχόντων.

		MMSE		Κλίμακα ευπάθειας		Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		Ηλικία	
ΑΝΑΓΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ		Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	P Student's t-test
Πρόβλημα	Όχι	28,07 (1,93)	0,035	3,72 (1,39)	<0,001	6,17 (1,71)	<0,001	73,34 (16,15)	0,169
	Ναι	27,20 (1,96)		5,17 (1,40)		9,17 (3,18)		76,24 (8,12)	
Βοήθεια	Όχι	28,10 (1,90)	0,020	3,84 (1,46)	<0,001	6,29 (1,74)	<0,001	73,10(15,64)	0,112
	Ναι	27,18 (1,96)		5,16 (1,40)		9,18 (3,20)		76,35 (8,13)	

Πίνακας 38: Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη προβλήματος ανεπαρκούς πληροφόρησης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		OR (95% ΔΕ) ⁺	P
MMSE		0,86 (0,65-1,13)	,278
Κλίμακα ευπάθειας		1,90 (1,15-3,16)	,013
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		1,69 (1,25-2,30)	,001
Ηλικία		1,01 (0,95-1,05)	,966
Φύλο	Ανδρας(αναφορά)		
	Γυναίκα	1,85 (0,63-5,44)	,264
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	0,500(0,09-2,82)	,432
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	4,46(0,70-28,43)	,114
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,32 (0,05-1,88)	,204
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)		
	500-1000 €	0,58 (0,10-3,36)	,541
	>1000 €	1,03 (0,13-8,19)	,981
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	2,19 (0,26-18,55)	,474
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,88 (0,23-3,45)	,855
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,87 (0,18-4,31)	,865

⁺σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Πίνακας 39: Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ανεπαρκούς πληροφόρησης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία.

		OR (95% ΔΕ) ⁺	P
MMSE		0,84 (0,64-1,09)	,184
Κλίμακα ευπάθειας		1,61 (1,02-2,55)	,040
Αθροιστική κλίμακα αξιολόγησης αρρώστιας		1,59 (1,22-2,09)	,001
Ηλικία		1,01 (0,95-1,06)	,800
Φύλο	Άνδρας(αναφορά)		
	Γυναίκα	1,83 (0,66-5,02)	,244
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, Δημοτικό (αναφορά)		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο- Λύκειο)	8,92 (1,35-58,85)	,063
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, (ΚΑΤΕΕ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ-ΑΕΙ-ΤΕΙ)/ Μεταπτυχιακός	2,07(0,41-10-44)	,378
Έγγαμος	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,57 (0,11-2,96)	,502
Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα	< 500 € (αναφορά)		
	500-1000 €	0,43 (0,08-2,23)	,315
	>1000 €	0,59 (0,08-4,15)	,596
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	2,25 (0,31-16,28)	,421
Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	1,08 (0,29-4,05)	,910
Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	1,19 (0,26-5,43)	,820

⁺σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη προβλήματος ανεπαρκούς πληροφόρησης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 38).

Η κλίμακα ευπάθειας και η συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αρρώστιας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ύπαρξη προβλήματος ανεπαρκούς πληροφόρησης. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η ευπάθεια των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρείται η ανεπαρκής πληροφόρηση πρόβλημα.
- Όσο χειροτερεύει η συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να θεωρείται η ανεπαρκής πληροφόρηση πρόβλημα.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ανεπαρκούς πληροφόρησης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, τους δείκτες κλινικής κατάστασης και την ηλικία (Πίνακας 39).

Η κλίμακα ευπάθειας και η συνολική κλίμακα αξιολόγησης της αρρώστιας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ανάγκη λήψης επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ανεπαρκούς πληροφόρησης. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η ευπάθεια των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να χρειάζονται τη λήψη επαγγελματικής βοήθειας για πληροφόρηση.
- Όσο χειροτερεύει η συνολική αξιολόγηση της αρρώστιας των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να χρειάζονται τη λήψη επαγγελματικής βοήθειας για πληροφόρηση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συσχετίσεις των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Πίνακας 40: Συσχετίσεις των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

	Συνολική κατάσταση υγείας		Σωματική λειτουργικότητα	Συναισθηματική λειτουργικότητα	Κόπωση	Ναυτία/ Έμετος	Πόνος	Δύσπνοια	Αϋπνία	Απώλεια όρεξης	Δυσκοιλιότητα
Καθημερινές δραστηριότητες											
Πρόβλημα	r	-0,65	-0,82	-0,49	0,41	0,08	0,55	0,76	0,42	0,19	0,17
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,315	<0,001	<0,001	<0,001	0,018	0,034
Βοήθεια	r	-0,52	-0,60	-0,31	0,32	0,14	0,49	0,57	0,31	0,18	0,10
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,088	<0,001	<0,001	<0,001	0,032	0,227
Οργανικά συμπτώματα											
Πρόβλημα	r	-0,48	-0,36	-0,54	0,20	0,21	0,53	0,38	0,49	0,30	0,14
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,014	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,094
Βοήθεια	r	-0,54	-0,44	-0,56	0,28	0,25	0,53	0,43	0,50	0,34	0,12
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,141
Αυτονομία											
Πρόβλημα	r	-0,66	-0,74	-0,56	0,44	0,11	0,52	0,67	0,45	0,24	0,20
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,176	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	0,013
Βοήθεια	r	-0,59	-0,62	-0,43	0,34	0,11	0,48	0,54	0,40	0,23	0,17
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,166	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	0,040
Κοινωνικά θέματα											
Πρόβλημα	r	-0,37	-0,33	-0,24	0,20	0,17	0,24	0,35	0,13	0,25	0,02
	P	<0,001	<0,001	0,003	0,016	0,037	0,003	<0,001	0,109	0,002	0,850
Βοήθεια	r	-0,33	-0,30	-0,21	0,14	0,15	0,22	0,27	0,13	0,24	-0,07
	P	<0,001	<0,001	0,011	0,084	0,072	0,007	0,001	0,112	0,003	0,392
Ψυχολογικά θέματα											
Πρόβλημα	r	-0,47	-0,49	-0,40	0,38	0,13	0,31	0,42	0,32	0,33	0,12
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,109	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,156
Βοήθεια	r	-0,46	-0,49	-0,36	0,31	0,10	0,29	0,39	0,29	0,29	0,06
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,223	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,439
Πνευματικά θέματα											
Πρόβλημα	r	-0,66	-0,73	-0,54	0,44	0,12	0,49	0,62	0,42	0,26	0,23
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,146	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,006
Βοήθεια	r	-0,63	-0,67	-0,44	0,31	0,10	0,43	0,58	0,33	0,24	0,22
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,239	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	0,006

Πίνακας 41: Η ποιότητα ζωής ανάλογα με την ανάγκη πληροφόρησης

	Ανάγκη πληροφόρησης					
	Πρόβλημα		PStudent s t test	Βοήθεια		PStudent s t- test
	Όχι	Ναι		Όχι	Ναι	
	Μέση τιμή(SD)	Μέση τιμή(SD)		Μέση τιμή(SD)	Μέση τιμή(SD)	
Συνολική κατάσταση υγείας	54,6 (26,69)	27,13(21,96)	<0,001	52,15 (27,47)	27,31 (22,1)	<0,001
Σωματική λειτουργικότητα	76,25 (37,18)	38,2 (33,58)	<0,001	73,12 (38,57)	38,38 (33,64)	<0,001
Συναισθηματική λειτουργικότητα	52,87 (32,14)	32,09 (34,3)	0,002	49,46 (33,74)	32,63 (34,33)	0,012
Κόπωση	59,77 (36,05)	84,3 (17,78)	<0,001	62,37 (36,25)	84,03 (17,81)	0,002
Ναυτία/ Έμετος	24,14 (40,72)	30,85 (41,54)	0,439	25,81 (41,91)	30,53 (41,3)	0,556
Πόνος	51,15 (39,07)	68,6 (32,93)	0,026	53,76 (39,14)	68,21 (33,05)	0,045
Δύσπνοια	29,89 (37,1)	65,84 (30,87)	<0,001	33,33 (38,49)	65,55 (30,97)	<0,001
Αϋπνία	64,37 (37,72)	74,66 (32,5)	0,152	66,67 (37,52)	74,23 (32,6)	0,311
Απώλεια όρεξης	43,68 (38,94)	63,09 (34,37)	0,014	44,09 (39,8)	63,31 (34)	0,014
Δυσκοιλιότητα	34,48 (41,29)	49,59 (38,76)	0,070	35,48 (42,11)	49,58 (38,54)	0,086

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας και ποιότητας ζωής. Οπότε, καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα σχετίζονται με λιγότερα προβλήματα και λιγότερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια. Η ποιότητα ζωής ανάλογα με την ανάγκη πληροφόρησης δίνεται στον Πίνακα 41.

Χειρότερη ποιότητα ζωής και περισσότερα συμπτώματα κόπωσης, πόνου, δύσπνοιας και απώλειας όρεξης είχαν οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν την ανεπαρκή πληροφόρηση πρόβλημα και εκείνοι που θεωρούσαν ότι χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια για αυτό το πρόβλημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Γενικά, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι εμφανίζουν ασθένειες που οδηγούν σε αυξημένη αναπηρία, συχνά με επαναλαμβανόμενες εισαγωγές, στο νοσοκομείο και προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης τους με την πάροδο του χρόνου. Η εστίαση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να μετατοπισθεί από την παράταση της ζωής στη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής και την παροχή κατάλληλης φροντίδας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στο πλαίσιο αυτό η ανακουφιστική φροντίδα ωφελεί κάθε ηλικιωμένο άτομο. Για το λόγο αυτό, σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών και η ύπαρξη τυχόν προσδιοριστικών παραγόντων.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων εστιάζεται κυρίως στα σωματικά συμπτώματα, παραλείποντας προβλήματα, άλλων διαστάσεων που θα βοηθούσαν στην εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή και κατ'επέκταση της συνολικής παροχής φροντίδας του.

Οι διαθέσιμες έρευνες που αναφέρονται στις ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών είναι ελάχιστες και οι περισσότερες από αυτές συνέκριναν ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας νέων και ηλικιωμένων χρονίως πασχόντων. Στην Ελλάδα υπάρχει παντελής έλλειψη ανάλογων μελετών. Έτσι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συγκριθούν μόνο με μελέτες άλλων χωρών και συνεισφέρουν στην κάλυψη των διαπιστωθέντων κενών γνώσης στη διεθνή βιβλιογραφία.

Από την ανάλυση των δημογραφικών αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια νοσήματα που νοσηλεύονται στις παθολογικές κλινικές έχουν μέσο όρο ηλικίας τα 75,7 έτη ($SD=10,2$ έτη). Η ηλικιακή σύνθεση των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη είναι συμβατή με παλαιότερες μελέτες,^{140,144,145} όπου ο μέσος όρος ήταν περίπου τα 73 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (22,7%) των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι δημοτικού σχολείου, ενώ το 16,7% είχαν παρακολουθήσει κάποιες μόνο τάξεις δημοτικού. Συνεπώς το 39,4% των συμμετεχόντων είχε λάβει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση, γεγονός που ταιριάζει με την απογραφή του 2011.¹⁶⁸ Στην παρούσα μελέτη η βαθμολογία αξιολόγησης κοινωνικών προβλημάτων βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα κοινωνικά προβλήματα σε σύγκριση με αυτούς που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού. Αυτό το εύρημα ίσως δικαιολογείται

από την ευρύτερη κοινωνική κρίση και τις επιπτώσεις της που έπληξαν τους ηλικιωμένους και κυρίως όσους είχαν επιλέξει λόγω περισσότερων γνώσεων το ευρωπαϊκό μοντέλο τρόπου ζωής.

Το μέσο μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων ήταν κάτω των 1000€ σε ποσοστό 66%. Το ποσοστό αυτό δικαιολογείται επειδή η έρευνα έλαβε χώρα σε χρονικό διάστημα που η οικονομική κρίση έβλαψε το μηνιαίο εισόδημα των πολιτών και συγκεκριμένα τις συντάξεις. Η μείωση του εισοδήματος από μόνη της επηρεάζει το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων που την υφίστανται, πολύ περισσότερο των ηλικιωμένων που βιολογικά (οι περισσότεροι τουλάχιστον) θα αδυνατούσαν να το αναπληρώσουν με μια δεύτερη ενασχόληση. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν μηνιαίο εισόδημα από 500 έως 1000 € είχαν σημαντικά περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα σε σχέση με αυτούς που το μηνιαίο εισόδημά τους ξεπερνούσε τα 1000€ μηνιαίως. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται από την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, όπου οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι με το εισόδημά τους κλήθηκαν να υποστηρίξουν οικονομικά τα παιδιά τους και τις οικογένειές τους.

Το 52,7% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, ενώ το 24,7% αυτών έμεναν μόνοι τους. Οι άγαμοι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν σημαντικά μεγαλύτερο πρόβλημα στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, στην αυτονομία τους, σε πνευματικής φύσεως θέματα και σε θέματα πληροφόρησης. Η κρίση που περνούν οι ανθρώπινες σχέσεις ήταν ένα ακόμη χαρακτηριστικό του σύγχρονου τρόπου ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, φτάνοντας σε σημείο ένας στους δύο συμμετέχοντες να είναι άγαμος, διαζευγμένος ή χήρος και σε μεγάλο ποσοστό να πληρώνει το φροντιστή του (19,3%).

Αρχικά, το 97,3% των συμμετεχόντων πάσχει από κάποιο σωματικό νόσημα με το 96,6% αυτών να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αυτό. Αναφορικά με τα χρόνια νοσήματα που έπασχαν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, τα συχνότερα μη κακοήθη νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά (υπέρταση 58,7%) και από τα κακοήθη νοσήματα, το συχνότερο ήταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου (38%). Τα ποσοστά αυτά είναι συμβατά με παλαιότερες μελέτες.^{140,143,147,151} Παρόλα αυτά στις περισσότερες μελέτες, το δείγμα αποτελούσαν ασθενείς που έπασχαν από ένα μόνο χρόνιο νόσημα (καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και καρκίνος) ή το πολύ δύο από τα προηγούμενα, σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα που οι ασθενείς εμφάνιζαν μεγάλη συννοσηρότητα. Επιπλέον, από ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα έπασχε το 17,3% των συμμετεχόντων, με συχνότερο από αυτά την κατάθλιψη με ποσοστό 80,8%όσων έπασχαν από ψυχιατρικό/ νευρολογικό νόσημα (περίπου 14% στο σύνολο των συμμετεχόντων). Σε παλιότερες μελέτες οι συμμετέχοντες έπασχαν από κατάθλιψη σε ποσοστά,

6,5%¹⁴³ και 21,9%,¹⁴⁷ αλλά σε διαφορετικό δείγμα, επομένως σύγκριση των αποτελεσμάτων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Φυσικά είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι το 15%-25% των ηλικιωμένων πάσχουν από κατάθλιψη και το ποσοστό αυτό αυξάνει αν υπάρχει κάποια χρόνια ασθένεια.¹⁶⁹ Επομένως, το εύρημα φαίνεται να είναι ελαφρώς μικρότερο από την παλιότερη βιβλιογραφία.

Από την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου PNPC, βρέθηκε ότι η ανάγκη για πληροφόρηση ήταν η πρώτη σημαντική και αυξημένη προτεραιότητα των συμμετεχόντων τόσο στο πρόβλημα όσο και στην ανάγκη για βοήθεια. Με το εύρημα αυτό συμφωνεί ο Gerlich et al.¹⁵¹, που όμως διεξήγαγε ποιοτική μελέτη με 12 ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Το δεύτερο σημαντικότερο πρόβλημα και ανάγκη για βοήθεια για τους συμμετέχοντες, ήταν τα ψυχολογικά θέματα. Τα ψυχολογικά ζητήματα απασχόλησαν τους ερευνητές και κυρίως παρουσιάσθηκαν ως άγχος, κατάθλιψη και συναισθηματική δυσφορία.^{141,144,146,148-150} Έπειτα ακολουθούν τα οργανικά συμπτώματα στο ερωτηματολόγιο PNPC. Η βιβλιογραφία που αφορά τις ανάγκες νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα, δίνει έμφαση κυρίως στα οργανικά συμπτώματα και ανάγκες^{140,142,144,145,147,148-150} ακολουθούμενα από ψυχοκοινωνικά συμπτώματα και ανάγκες.^{141,144,146,148-151}

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες διερεύνησης αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών, έχουν εστιάσει κυρίως στα σωματικά συμπτώματα, παραλείποντας προβλήματα, άλλων διαστάσεων που θα βοηθούσαν στην εκτίμηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή και κατ'επέκταση της συνολικής παροχής φροντίδας του. Η παρούσα μελέτη, εκτός των προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων νοσηλευόμενων ασθενών συμπεριέλαβε την αξιολόγηση της ευπάθειας και της συννοσηρότητάς τους, χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν προβλήματα και ανάγκες στους ηλικιωμένους.

Σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η σημαντική συσχέτισης της κλίμακας ευπάθειας τόσο με τα προβλήματα όσο και με τις ανάγκες των ασθενών επαγγελματική βοήθεια σε όλα τα πεδία (τα οργανικά συμπτώματα, την αυτονομία, τα κοινωνικά, ψυχολογικά, πνευματικά και οικονομικά θέματα και την ανάγκη για πληροφόρηση), τα οποία επιβεβαιώθηκαν στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη βαθμολογία στη κλίμακα ευπάθειας δίνουν βιώνουν περισσότερα οργανικά συμπτώματα, αυτονομία, κοινωνικά, ψυχολογικά, πνευματικά και οικονομικά θέματα και ανεπαρκή πληροφόρηση, σε αντίθεση με όσους έχουν μικρότερη βαθμολογία στη κλίμακα ευπάθειας. Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι η ευπάθεια χρησιμοποιείται ως δείκτης για τις ανάγκες στην ανακουφιστική φροντίδα.¹⁷⁰ Σε παλιότερη μελέτη οι ηλικιωμένοι με περιορισμένη λειτουργικότητα

φαίνεται ότι είχαν πρόβλημα στις εξής κατηγορίες: οργανικά συμπτώματα (87,6%), καθημερινές δραστηριότητες (82,1%), αυτονομία (76,1%) και διατροφή (36,4%).¹⁷¹ Τα προβλήματα αυτά των ηλικιωμένων ασθενών στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό. Οι ανικανοποίητες ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων της παλιότερης μελέτης, για τις οποίες και χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια, είναι τα κοινωνικά θέματα, όπως η συντροφικότητα (67,7%) και η διαμονή (34,3%), αλλά και η ανάγκη τους για πληροφόρηση (41,5%). Επομένως, υπάρχει μία ταύτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με παλιότερες ως προς τα κοινωνικά θέματα και την ανάγκη για πληροφόρηση.

Όσον αφορά τη συνολική κλίμακα αξιολόγησης της ασθένειας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τα οργανικά συμπτώματα, τα ψυχολογικά προβλήματα και την ανάγκη πληροφόρησης. Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, αφού η συνύπαρξη πολλών σωματικών ή ψυχολογικών νοσημάτων ή και των δύο μαζί, δημιουργεί αυξημένα προβλήματα στους ηλικιωμένους ασθενείς και παράλληλα αυξημένες ανάγκες για επαγγελματική βοήθεια, καθώς και αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης.^{142,147,148}

Επίσης, η μεγαλύτερη ηλικία των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα προβλήματα αυτονομίας. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν αναφέρεται κάτι αντίστοιχο από τις μετρήσεις των ερευνητών, εκτός από παλιότερη συστηματική ανασκόπηση για την ευπάθεια των ηλικιωμένων και τις ανάγκες τους για ανακουφιστική φροντίδα, όπου φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται με την ύπαρξη πολλών χρόνιων νοσημάτων και με περισσότερα προβλήματα αυτονομίας.¹⁷² Το ίδιο ισχύει και για τη βαθμολογία αξιολόγησης κοινωνικών προβλημάτων, που στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο-Λύκειο) αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα κοινωνικά προβλήματα σε σύγκριση με αυτούς ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Οι Johnsen και συν 2009 χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο EORTCQLQC30. Στη μελέτη τους η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με περισσότερα οργανικά προβλήματα και προβλήματα λειτουργικότητας και με λιγότερα οικονομικά προβλήματα. Όσοι δεν είχαν σύντροφο ή μόνιμο φροντιστή είχαν περισσότερα οικονομικά προβλήματα, περισσότερα συμπτώματα και χειρότερη ποιότητα ζωής. Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο μόνιμο φροντιστή αντιμετώπιζαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα και σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια για τη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, για τα οργανικά τους συμπτώματα, την αυτονομία, τα κοινωνικά προβλήματα, τα ψυχολογικά και πνευματικά θέματα και την

ανάγκη τους για πληροφόρηση. Σε αντίθεση έρχεται το γεγονός ότι στη παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες με μόνιμο φροντιστή εξέφρασαν περισσότερα προβλήματα και μεγαλύτερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια σε θέματα οικονομικής φύσεως. Ούτε και με αυτή τη μελέτη μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων επειδή συνέκριναν την ποιότητα ζωής νεότερων με ηλικιωμένους ασθενείς.

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των διαστάσεων προβλημάτων και αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας και ποιότητας ζωής. Δηλαδή, η καλύτερη ποιότητα ζωής και τα λιγότερα συμπτώματα σχετίζονται σημαντικά με λιγότερα προβλήματα και λιγότερη ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια στους τομείς ανακουφιστικής φροντίδας, του PNPC.

Χειρότερη ποιότητα ζωής και περισσότερα συμπτώματα κόπωσης, πόνου, δύσπνοιας και απώλειας όρεξης είχαν οι ασθενείς που θεωρούσαν την ανεπαρκή πληροφόρηση πρόβλημα και εκείνοι που θεωρούσαν ότι χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια για αυτό το πρόβλημα. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα απαντώνται και στη βιβλιογραφία.^{140,141,142,144,147,150}

Η παρούσα μελέτη, όμως, είχε και ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, είναι το μικρό δείγμα των ασθενών της μελέτης, αφού τελικά συμπεριελήφθησαν 150 ηλικιωμένοι ασθενείς. Έπειτα, είναι ο τρόπος επιλογής τους, διότι διενεργήθει δειγματοληψία ευκολίας. Ακόμα ένα περιορισμό αποτελούν τα αυστηρά κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη. Τέλος, η διεξαγωγή της έρευνας έγινε σε ένα μόνο νοσοκομείο. Άρα τα αποτελέσματα είναι περιορισμένα και δεν μπορούν να γενικευτούν στο συνολικό δείγμα των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) είναι μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών και των οικογενειών τους, που πάσχουν από χρόνιο νόσημα. Η ανάγκη για Ανακουφιστική Φροντίδα μπορεί να μην είναι τόσο προφανής και εξαρτάται από τις ψυχοκοινωνικές, πνευματικές και σωματικές ανάγκες του κάθε ασθενούς και όχι μόνο από τη διάγνωση. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές διαγνώσεις που λόγω της γνωστής πορείας τους έχουν αναγνωριστεί ότι έχουν ανάγκη από ανακουφιστική φροντίδα, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος, άνοια κ.ά. και το γήρας αυτό καθαυτό.

Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε πολλές δομές, αλλά και στο νοσοκομείο. Οι ομάδες ανακουφιστικής φροντίδας στα νοσοκομεία πρέπει να είναι πλέον ο κανόνας και όχι η εξαίρεση, διότι τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν τα οφέλη της στην ποιότητα της υπηρεσίας και τις λιγότερες οικονομικές δαπάνες για τον οργανισμό.¹⁷³ Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια νοσήματα που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα έχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας που χρήζουν προσέγγιση ανακουφιστικής φροντίδας. Οπότε, η αξιολόγηση των αναγκών ανακουφιστικής φροντίδας αυτής της ομάδας είναι επιτακτική ανάγκη και η αντιμετώπιση των αναγκών αποτελεί μία από τις κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η κοινωνία μας και η υγειονομική περίθαλψη.

Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε τις ανάγκες ΑΦ στους ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα. Συνοπτικά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αυξημένα προβλήματα και αυξημένη ανάγκη για βοήθεια στους τομείς της πληροφόρησης και των ψυχολογικών θεμάτων. Επιπλέον ότι η ευπάθεια τους σχετίζεται σημαντικά με όλα τα προβλήματα και τις ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας.

Από τα παραπάνω γίνεται ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχει υποστήριξη των ασθενών αυτών από τους επαγγελματίες υγείας και αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχει επαρκής γνώση για την ορθή διαχείριση των προβλημάτων κάθε διάστασης, είτε διότι οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στα οργανικά συμπτώματα, είτε διότι οι ασθενείς θεωρούν ότι δεν μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική ολιστική αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Για αυτό το λόγο οι ασθενείς αυτής της ομάδας χρήζουν ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού στο νοσοκομείο που θα ικανοποιούν τις ανάγκες τους.

Διαφαίνεται, λοιπόν, η μεγάλη ανάγκη για ανακουφιστική φροντίδα αυτής της ομάδας ασθενών μέσα στο νοσοκομείο. Η Ανακουφιστική Φροντίδα που προσεγγίζει ολιστικά τον ασθενή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική φροντίδα των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές που είναι μαζί με τον ασθενή τον περισσότερο χρόνο, οφείλουν να ενστερνιστούν τις αρχές της Ανακουφιστικής Φροντίδας και να μην εστιάζουν μόνο στα οργανικά συμπτώματα, αλλά και στα ψυχολογικά και φυσικά στην εκπαίδευση - πληροφόρηση των ασθενών.

Επιπλέον, είναι αναγκαιότητα ειδικά για την χώρα μας η ενσωμάτωση της Ανακουφιστικής Φροντίδας και των αρχών της όχι μόνο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αλλά και στην κουλτούρα μας. Αυτό είναι εφικτό μόνο με την σωστή και

ολοκληρωμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Ανακουφιστική Φροντίδα, σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο.

Η μελέτη αυτή αποτελεί ένα έναυσμα για ενασχόληση με την Ανακουφιστική Φροντίδα στα πλαίσια των χρόνιων νοσημάτων, και σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται στα γενικά νοσοκομεία. Περισσότερες μελέτες, με μεγαλύτερο δείγμα και σε περισσότερα κέντρα, θα καταδείξουν τις πολλαπλές ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών, προσδιοριστικούς παράγοντες, αλλά και ανεπάρκειες της υγειονομικής φροντίδας στα νοσοκομεία.

Περαιτέρω εκτενής μελέτη απαιτείται για να διερευνηθούν σε βάθος τα προβλήματα και οι ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα για να προσδιοριστούν οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με τα αυξημένα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ¹ Πουλοπούλου - Έμκε Ή. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν Παρόν Μέλλον. Αθήνα: Έλλην; 1999.
- ² Millard P, Peel E. Ageing in the 21st century: the need for a balanced approach towards healthy ageing, 6th Conference of European Health Ministers; Athens: 22-23/4/1999.
- ³ Davies E. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? Copenhagen: (Health Evidence Network report) WHO Regional Office for Europe; 2004.
- ⁴ Valderrabano F, JofreR, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. American Journal of Kidney Disease. 2001; 38(3): 443-64.
- ⁵ World Health Organization (WHO). (2010). WHO Definition of Palliative Care. Πρόσβαση: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Ημερομηνία Πρόσβασης: 16/05/2019
- ⁶ Ελληνική Εταιρεία Ανακουφιστικής Φροντίδας Παιδιών και Εφήβων (2016), Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care, The Rainbows Children's Hospice Guidelines, Edition 9.5, 2016. Πρόσβαση : https://ppc.org.gr/?page_id=1696. Ημερομηνία: 16/05/2019
- ⁷ Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN. Quality of life in end stage renal disease: A multicenter comparative study. West Indian Medical Journal. 2009; 58(3), 235-242.
- ⁸ Heidenheim AP, Muirhead N, Moist L, Lindsay RM. Patient quality of life on quotidian hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases. 2003; 42(1 Suppl), 36-41.
- ⁹ Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. American Journal of Kidney Disease. 2005; 45, 658-666.
- ¹⁰ Meier DE. Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. Milbank Quarterly, 2011; 89(3), 343–380.
- ¹¹ Romesberg, T. Building a Case for Neonatal Palliative Care. Neonatal Network (συντομογραφία), (2007). 26(2), 111–115.
- ¹² Cicely Saunders International. Dame Cicely Saunders Biography. British Medical Journal, (2005). 331(7510), 238. Retrieved from <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/dame-cicely>
- ¹³ Cicely Saunders International. (2006). Dame Cicely Saunders Biography. Journal of Medical Ethics, 32(5), 309.
- ¹⁴ St Christopher's (2016). Πρόσβαση: <https://www.stchristophers.org.uk/about/history>. Ημερομηνία Πρόσβασης: 27/03/2019.

-
- ¹⁵ Macmillan Cancer Support (2015). Πρόσβαση: <https://www.macmillan.org.uk/about-us> Ημερομηνία πρόσβασης: 27/03/2019.
- ¹⁶ Mackey K.M., Sparling J.W. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys Ther* 2000; 80(5): 459-68.
- ¹⁷ World Health Organization (WHO) 2002 Definition of Palliative Care available online <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- ¹⁸ Schmidlin E, Oliver D. Palliative care as a human right: what has the Prague charter achieved? *European Journal of Palliative care* 2015; 22, 141-3.
- ¹⁹ WHO. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. Who, Geneva 2002.
- ²⁰ World Health Organization. WHO definition of palliative care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- ²¹ Global atlas on palliative care at the end of life. London: World Hospice and Palliative Care Alliance; 2014.
- ²² Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. *Health care needs assessment*. Oxford/New York: Radcliffe Medical Press; 1997.
- ²³ Seya M-J, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25 (1) :6–18.
- ²⁴ European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Pal Care* 2009, 16:278–289.
- ²⁵ Stajduhar K.I. Chronic illness, palliative care, and the problematic nature of dying. *Can J of Nurs Res* 2011; 43(3):7-15.
- ²⁶ Leis A, Kristjanson LJ, Koop P, Laizner A. Family health and the palliative care trajectory: a research agenda. *Cancer Prev Control* 1997; 1: 352–60.
- ²⁷ Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 312-317.
- ²⁸ Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27:44-52.
- ²⁹ Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Nanas S. End-of-life dilemmas in the intensive care unit: Withholding and withdrawal of life sustaining treatment. *Archives of Hellenic Med* 2010; 27(1)18-3.

-
- ³⁰ Cachia E. Why palliative care? Encountering challenging issues. *Malta Med J* 2007; 20(4): 6-10.
- ³¹ Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakketeig L, Stovring H. Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis and what are the effects? *J Clin Oncol* 2005; 23:7378-9.
- ³² Bowen L. The Multidisciplinary Team in Palliative Care: A Case Reflection. *Indian J of Pal C.* 2014; 20(2), 142–145.
- ³³ King DA, Quill T. Working with families in palliative care: One size does not fit all. *J Palliat Med.* 2006; 9:704–15.
- ³⁴ Veqar Z. The perspectives on including palliative care in the Indian undergraduate physiotherapy curriculum. *J Clin and Diagn Res* 2013; 7(4):782-786.
- ³⁵ Schleinich MA, Warren S, Nekolaichuk C, Kaasa T, Watanabe S. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patient's priorities for rehabilitation goals. *Palliat Med* 2008; 22(7):822-30.
- ³⁶ Spruyt O. Team Networking in Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care* 2011; 17(Suppl): S17–S19.
- ³⁷ Becker R. Palliative Care 2: Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times* 2009; 105(14): 18-20.
- ³⁸ Schleinich M.A., Warren S., Nekolaichuk C., Kaasa T., Watanabe S. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patient's priorities for rehabilitation goals. *Palliat Med* 2008; 22(7):822-30.
- ³⁹ Laasko L. The role of physiotherapy in palliative care. *Aus Family Physician* 2006; 35(10):781.
- ⁴⁰ Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition--key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med.* 2008; 22(3), 222-232.
- ⁴¹ Lynn J, Schuster JL. The Center to Improve Care of the Dying, and The Institute for Healthcare Improvement. *Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Clinicians and Managers.* New York, NY: Oxford University Press. 2000.
- ⁴² Du Pen S L, Du Pen A R, Polissar N, Hansberry J, Kraybill B M, Stillman M, Syrjala K. Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. *J Clin Oncol*, 1999; 17(1): 361-370.
- ⁴³ Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med*, 1998; 158(4): 383-390.
- ⁴⁴ Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J Card Fail*, 1999; 5(1): 64-75.

-
- ⁴⁵ Corr CA, Doka KJ. Current models of death, dying, and bereavement. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 1994; 6(3): 545-552.
- ⁴⁶ Junger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med*, 2007; 21(4): 347-354.
- ⁴⁷ The Council of Europe. (2003). Recommendation REC 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organisation of Palliative Care. from The Council of Europe, [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
- ⁴⁸ Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med*, 1998; 12(5), 317-332.
- ⁴⁹ Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, Normand C E. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*, 2003; 25(2), 150-168.
- ⁵⁰ Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh NHS Scotland, 2002.
- ⁵¹ Spruyt O. Team networking in palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2011; 17(Suppl):S17–9.
- ⁵² National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.
- ⁵³ Martin-Moreno J, Harris M, Gorgojo L et al. Palliative Care in the European Union. Brussels: European parliament Economic and Scientific Policy Department, 2008.
- ⁵⁴ Radbruch L, Payne S. "White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2," *European Journal of Palliative Care* 2010; 17(1): 22–33.
- ⁵⁵ Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update, *Journal of Pain and Symptom Management*; 2013; 45(6): p.1094-1106.
- ⁵⁶ Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας – Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, Φεβρουάριος 2019. Πρόσβαση στο: https://www.snf.org/media/13543883/meleti-skopimotitas_teliko.pdf.
- ⁵⁷ Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care. 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.chpca.net/media/319547/normsof-practice-eng-web.pdf>
- ⁵⁸ Ίδρυμα «Τζένη Καρέζη». Αποστολή. Διαθέσιμο στο: <http://www.monadaanakoufisis.gr/gr/el/to-ergo-mas/>
- ⁵⁹ Μέριμνα. Το όραμα και οι στόχοι μας. Διαθέσιμο στο: <http://merimna.org.gr/i-apostoli-mas/>

-
- ⁶⁰ Γαλιλαία. Η λειτουργία της «Γαλιλαίας». Διαθέσιμο στο: <http://www.galilee.gr>
- ⁶¹ Rantanen T. Promoting Mobility in Older People. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 2013; 50-54.
- ⁶² Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α. Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999β.
- ⁶³ Fries J F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 1980; 303(3), 130-135.
- ⁶⁴ Millard P, Peel E. Ageing in the 21st century: the need for a balanced approach towards healthy ageing, 6th Conference of European Health Ministers; Athens: 22-23/4/1999.
- ⁶⁵ Kite S. Palliative care for older people, *Age Ageing* [Online]. 2006 [cited 2018 June 5]; vol. 35 (pg. 459-60) Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afl069>.
- ⁶⁶ World population ageing 1950–2050. United Nations Population Division, New York: 2002
- ⁶⁷ OECD factbook 2009. Organization for Economic Co – operation and Development; Paris: 2009.
- ⁶⁸ Δαρδαβέσης Θ. Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- ⁶⁹ Χανιώτης ΦΙ, 1998. Εγχειρίδιο γηριατρικής. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- ⁷⁰ Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC), 2001.
- ⁷¹ Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*, 2012; 60(10), E1-E25.
- ⁷² Barnett A, Smith B, Lord SR, Williams M, Baumann A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 2003; 32(4), 407-414.
- ⁷³ Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 2002; 6(4): 355-371.
- ⁷⁴ Lipsky MS, King M. Biological theories of aging. *Disease-a-Month*, 2015; pp:460-466.
- ⁷⁵ Strait JB, Lakatta EG. Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure. *Heart Fail Clin*. 2012;8(1):143–64.
- ⁷⁶ Lee H-Y, Oh B-H. Aging and arterial stiffness. *Circ J*. 2010; 74(11):2257–62.

-
- ⁷⁷ Mirea O, Donoiu I, Pleșea IE. Arterial aging: a brief review. *Rom J Morphol Embryol*. 2012; 53(3):473–7.
- ⁷⁸ Jani B, Rajkumar C. Ageing and vascular ageing. *Postgrad Med J*. 2006; 82(968):357–62.
- ⁷⁹ Priebe HJ. The aged cardiovascular risk patient. *Br J Anaesth* [Internet]. 2000; 85(5):763–78.
- ⁸⁰ Schroder T, Storbeck B, Rabe K, Weber C. The Aging Lung: Clinical and Imaging Findings and the Fringe of Physiological State. *Rofo*. 2015;187(6):430–9.
- ⁸¹ Κουλούρης Ν, Κοσμάς Ε. Ο «γηράσκων» πνεύμων. Η επίδραση του γήρατος στην αναπνευστική λειτουργία. *Πνεύμων*. 2000; 13(2):108–22.
- ⁸² Bolignano D, Mattace-Raso F, Sijbrands EJG, Zoccali C. The aging kidney revisited: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2014; 14(1):65–80.
- ⁸³ Zhou XJ, Rakheja D, Yu X, Saxena R, Vaziri ND, Silva FG. The aging kidney. *Kidney Int*. 2008; 74(6):710– 20.
- ⁸⁴ Gava A. L, Freitas FPS, Meyrelles SS, Silva I V., Graceli JB. Gender-dependent effects of aging on the kidney. *Brazilian J Med Biol Res*. 2011; 44(9):905–13.
- ⁸⁵ Presta P, Lucisano G, Fuiano L, Fuiano G. The kidney and the elderly: Why does the risk increase? *Int Urol Nephrol*. 2012; 44(2):625–32.
- ⁸⁶ Farage M a., Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: A review. *Arch Gynecol Obstet*. 2008; 277(4): 285–90.
- ⁸⁷ Minassian V, Drutz H, Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 82:327–38.
- ⁸⁸ Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S, et al. Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal. 2011; 26(4):659–68.
- ⁸⁹ Salles N. Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract. *Dig Dis*. 2007; 25(2):112–7.
- ⁹⁰ Ferrioli E, Dantas RO, Oliveira RB, et al: The influence of aging on oesophageal motility after ingestion of liquids with different viscosities. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996;8:793–798.
- ⁹¹ Drozdowski L, Thomson ABR. Aging and the intestine. 2006; 12(47):7578–84.
- ⁹² Madsen J. Effects of gender, age, and body mass index on gastrointestinal transit times. *Dig Dis Sci*. 1992; 37(10):1548–53.
- ⁹³ Blatteis G. Age-dependent changes in temperature regulation - a mini review. *Gerontology*. 2012; 58(4):289– 95.

-
- ⁹⁴ Cowen T. Ageing in the autonomic nervous system: A result of nerve-target interactions? A review. *Mechanisms of Ageing and Development* 1993; 8:163–73.
- ⁹⁵ Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23(10):433–41.
- ⁹⁶ Rodriguez J, Dzierzewski J, Alessi C. Sleep Problems in the Elderly. *Med Clin North Am.* 2015; 99(2):431–9.
- ⁹⁷ Gold P, Korol D. Forgetfulness during aging: An integrated biology. *Neurobiol Learn Mem.* 2014; 0 (July):130-138.
- ⁹⁸ Ojo JO, Rezaie P, Gabbott PL, Stewart MG. Impact of age-related neuroglial cell responses on hippocampal deterioration. *Front Aging Neurosci.* 2015; 7(April):1–16.
- ⁹⁹ Harada C, Natelson Love M, Triebel K. Normal Cognitive Aging. *ClinGeriatrMed.* 2013; 29(4):737–52.
- ¹⁰⁰ Ραγιά Α, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική Εκδόσεις Παρισσιανός.
- ¹⁰¹ Rantanen T. Promoting Mobility in Older People. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 2013; pp. 50-54.
- ¹⁰² Fajemilehin BR, Odebiyi AI. Predictors of elderly persons' quality of life and health practices in Nigeria. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 2011; 3(7), pp. 245-252.
- ¹⁰³ Gross A L, Rebok GW, Unverzagt FW, Willis SL, Brandt J. Cognitive predictors of everyday functioning in older adults: results from the ACTIVE Cognitive Intervention Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2011; 66(5), 557-566.
- ¹⁰⁴ DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA*, 2004; 17(11), 18-21.
- ¹⁰⁵ Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*, 2002; 18(2), 141-158.
- ¹⁰⁶ Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". *JAMA*, 2004; 291(4), 483-491. doi: 10.1001/jama.291.4.483.
- ¹⁰⁷ Cox L, Kloseck M, Crilly R, McWilliam C, Diachun L. Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*, 2004; 57(7), e263-269.
- ¹⁰⁸ Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *FamPract*, 2009; 26(2), 79-80.
- ¹⁰⁹ Λέσχες φιλίας Δήμου Αθηναίων. Διαθέσιμο στο : <https://www.cityofathens.gr/tritiki/lesxes-filias>

-
- ¹¹⁰ Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Διαθέσιμο στο : http://www.patt.gov.gr/site/index.php?option=com_content&view=article&id=13367&Itemid=648
- ¹¹¹ Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι". Διαθέσιμο στο : <http://www.cityofathens.gr/node/406>
- ¹¹² Κ.Η.Φ.Η. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων. Διαθέσιμο στο : <https://okpapa.gr/kifi-kentro-imerisias-frontidas-ilikiomenon/>
- ¹¹³ Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ). Διαθέσιμο στο : <http://www.pemfi.gr/>
- ¹¹⁴ Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non-communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 2005;4:2.
- ¹¹⁵ Song Y, Ma W, Yi X, Wang S, Sun X, Tian J, et al. Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China. *PLoS One*. 2013;8:e68599.
- ¹¹⁶ Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. (n.d.). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843313/>.
- ¹¹⁷ Nutrition for older persons. (2014, October 27). Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index1.html>.
- ¹¹⁸ Key Policy Issues in Long-term Care. Geneva: WHO Press; 2003. World Health Organization.
- ¹¹⁹ Shrivastava SRBL, Shrivastava PS, Ramasamy J. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. 2013. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843313/>.
- ¹²⁰ Key Policy Issues in Long-term Care. Geneva: WHO Press; 2003. World Health Organization.
- ¹²¹ Braz NF, Carneiro MV, Oliveira-Ferreira F, Arrieiro AN, Amorim FT, Lima MM, et al. Influence of aerobic training on cardiovascular and metabolic parameters in elderly hypertensive women. *Int J Prev Med*. 2012; 3:652–9.
- ¹²² Gott M, Frey R, Raphael D, O'Callaghan A, Robinson J, Boyd M (2013) Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand hospital. *BMC Palliat Care* 12:15. doi:10.1186/1472-684X-12-15.
- ¹²³ Beck-Friis B. Hospital-based home care of terminally ill cancer patients: the Motala model. Dissertation, Uppsala University, Uppsala; 1993.
- ¹²⁴ Sandgren A, Thulesius H, Fridlund B, Petersson K. Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *QualHealthRes* 2006; 16(1): 79–96
- ¹²⁵ Kamal AH, Bull J, Kavalieratos D, et al. Development of the quality data collection tool for prospective quality assessment and reporting in palliative care. *J Palliat Med* 2016; 19: 1148e1155.

-
- ¹²⁶ Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012; 30:880e887.
- ¹²⁷ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:733e742.
- ¹²⁸ Kamal AH, Swetz KM, Carey EC, et al. Palliative care consultations in patients with cancer: a mayo clinic 5-year review. *J Oncol Pract* 2011; 7:48e53.
- ¹²⁹ Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JM, Wouters EF. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med* 2011; 14:735e743.
- ¹³⁰ Hui D, Shamieh O, Paiva CE, et al. Minimal clinically important difference in the physical, emotional, and total symptom distress scores of the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51:262e269.
- ¹³¹ Murray AM, Arko C, Chen SC, Gilbertson DT, Moss AH. Use of hospice in the United States dialysis population. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1:1248e1255.
- ¹³² Hui D, Shamieh O, Paiva CE, et al. Minimal clinically important difference in the physical, emotional, and total symptom distress scores of the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51:262e269.
- ¹³³ Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JM, Wouters EF. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med* 2011; 14:735e743.
- ¹³⁴ Kamal AH, Swetz KM, Carey EC, et al. Palliative care consultations in patients with cancer: a mayo clinic 5-year review. *J Oncol Pract* 2011; 7:48e53.
- ¹³⁵ Catherine McGorrian, Salim Yusuf, Shofiqul Islam, Hyejung Jung, Sumathy Rangarajan, Alvaro Avezum, Dorairaj Prabhakaran, Wael Almahmeed, Zvonko Rumboldt, Andrzej Budaj, Antonio L. Dans, Hertz C. Gerstein, Koon Teo, Sonia S. Anand, on behalf of the INTERHEART Investigators, Estimating modifiable coronary heart disease risk in multiple regions of the world: the INTERHEART Modifiable Risk Score, *European Heart Journal*, Volume 32, Issue 5, March 2011, Pages 581–589.
- ¹³⁶ Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. The Macmillan Company. New York, 1969.
- ¹³⁷ Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31:58e69.
- ¹³⁸ Gott M, Ahmedzai SH, Wood C. How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliat Med* 2001; 15: 451–60.
- ¹³⁹ Lo R, Woo J. Palliative care in old age. *Rev Clin Gerontol* 2006; 16: 35–44.

-
- ¹⁴⁰ Gadoud A, Jenkins SMM, Hogg KJ. Palliative care for people with heart failure: Summary of current evidence and future direction. *Pall Med*. 2013; 27:822–828.
- ¹⁴¹ Van Den Block L, Albers G, Pereira SM, Onwuteaka-Philipsen B, Pasman R, Deliens L. *Palliative care for older people: a public health perspective*, first edition. Edn. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- ¹⁴² Morrison RS, Meier DE, Capello C. *Geriatric palliative care*. 1st edition 2003. Oxford New York: Oxford University Press; 2014.
- ¹⁴³ Pacala JT. Is palliative care the “new” geriatrics? Wrong question--we're better together. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(10):1968–70.
- ¹⁴⁴ Meier DE. Focusing together on the needs of the sickest 5%, who drive half of all healthcare spending. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(10):1970–2.
- ¹⁴⁵ Blinderman CD, Homel P, Billings A, et al. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35:594–603.
- ¹⁴⁶ Rustoen T, Stubhaug A, Eidsmo I, et al. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. *J Pain Sym Manag*. 2008; 36:497–504.
- ¹⁴⁷ World Health Organization *Palliative care for older people: better practices*, 2012. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
- ¹⁴⁸ Gavazzi A, De Maria R, Manzoli L, et al. Palliative needs for heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: Results of a multicenter observational registry. *International Journal of Cardiology*. 2015; 184:552-558.
- ¹⁴⁹ Sandgren A, Strang P. Palliative care needs in hospitalized cancer patients: a 5-year follow-up study. *Support Care Cancer*. 2018; 26:181-186.
- ¹⁵⁰ Johnson AT, Petersen MA, et al. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliative Medicine*. 2009; 23: 491-501.
- ¹⁵¹ Meffert C, Hatami I, et al. Palliative care needs in COPD patients with or without cancer: an epidemiological study. *Eur Respir J*. 2015; 46: 663-670.
- ¹⁵² Grubbs V, O’Riordan D, Pantilat S. Characteristics and outcomes of In-Hospital Palliative Care Consultation among Patients with Renal Disease Versus Other Serious Illnesses. *CJASN ePress*. 2017; 12(7): 1085-1089.
- ¹⁵³ Saracino R, Bai M, Blatt L, et al. Geriatric palliative care: Meeting needs of a growing population. *Geriatr Nurs*. 2018; 39(2): 225-229.
- ¹⁵⁴ Effendy C, Vissers K, Tejawinata S, et al. Dealing with Symptoms and Issues of Hospitalized Patients with Cancer in Indonesia: The Role of Families, Nurses, and Physicians. *World Institute of Pain*. 2015; 15: 444-446.

-
- ¹⁵⁵ Bostwick D, Wolf S, Samsa G, et al. Comparing the Palliative Care Needs of Those With Cancer to Those with Common Non- Cancer Serious Illness. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 53(6): 1079-1084.
- ¹⁵⁶ Schroedl C, Yount S, Szmuiłowicz E, et al. A Qualitative Study of Unmet Healthcare Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Potential Role for Specialist Palliative Care? 2014; 11(9): 1433-1438.
- ¹⁵⁷ Tripodoro V, Llanos V, Lellis S, et al. Prognostic factors in cancer patients with palliative care needs identified by the NECPAL CCOMS-ICO© tool. *MEDICINA*. 2019; 79:95-103.
- ¹⁵⁸ O' Mahony S, Blank A, Simpson J, et al. Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency Department for Chronically Ill Elderly Patients. *Journal of Urban Health Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2008; 85(3): 443-451.
- ¹⁵⁹ Gerlich M, Klindtworth K, Oster P, et al. 'Who is going to explain it to me so that I understand?' Health care needs and experiences of older patients with advanced heart failure. *Eur J Ageing*. 2012; 9: 297-303.
- ¹⁶⁰ Olden M, Holloway R, Ladwig S, et al. Palliative Care Needs and Symptom Patterns of Hospitalized Elders Referred for Consultation. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 42(3): 410-418.
- ¹⁶¹ Osse B, Vernooij-Dassen M, Schadé E, Grol R. A practical instrument to explore patients' needs in palliative care: the Problems and Needs in Palliative Care questionnaire — short version. *Palliative Medicine*. 2007;21(5):391-399. Marshal F. Folstein, Lee N. Robins, John E. Helzer. The Mini-Mental State Examination, 1983.
- ¹⁶² Groenvold M, Petersen M, Aaronson N, Arraras J, Blazeby J, Bottomley A et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*. 2006;42(1):55-64.
- ¹⁶³ Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-mental State Examination by age and educational level. *JAMA* 1991; 269:2386–2391.
- ¹⁶⁴ Fountoulakis KN, Tsolaki M, Chantzi H, Kazis A. Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in Greece. *Sage journal* 2000; 15:342–345.
- ¹⁶⁵ Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada, 2007-2009 Version 1.2 [cited 2017 February 2] Available from: http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm
- ¹⁶⁶ Osborn KP, Nothelle S, Slaven JE. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) can be Used to Predict Hospital Outcomes in Older Adults. *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology* 2017; 3:030.
- ¹⁶⁷ Parmelee P et al. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a Geriatric Residential Population. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995; 2:130-137.

-
- ¹⁶⁸ Ανοικτά δεδομένα, προσβάσιμα σε όλους! GEODATAgovgr. <http://www.geodata.gov.gr/> (accessed January 25, 2019).
- ¹⁶⁹ Beekman ATF, Copeland J, Prince MJ. British Journal of Psychiatry 1999; 174, 307–311.
- ¹⁷⁰ Koller K, Rockwood K. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2013; 80: 168–174.
- ¹⁷¹ Hoogendijk EO, Muntinga ME, Leeuwen KMV, Horst HEVD, Deeg DJ, Frijters DH, Hermesen LA, Jansen AP, Nijpels G, Hout HPV. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. Archives of Gerontology and Geriatrics 2014; 58, 37–42.
- ¹⁷² Stow D, Spiers G, Matthews FE, Hanratty B. What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. Palliative Medicine 2019; 33:399–414.
- ¹⁷³ Cruz-Oliver DM. Palliative Care: An Update. Missouri medicine. 2017; 114(2): 110–115.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

α/α:

“Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire (PNPC)”

Οδηγίες: Το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει σχεδιαστεί για να διευκρινιστούν τα προβλήματα που βιώνετε και τα θέματα για τα οποία χρειάζεστε (επιπλέον) βοήθεια ή φροντίδα.

Για κάθε θέμα υπάρχουν 2 επί μέρους ερωτήματα:

- **Αριστερά:** Θεωρείτε ότι αυτό το θέμα είναι πρόβλημα για σας;
- **Δεξιά:** Χρειάζεστε (επιπλέον) επαγγελματική βοήθεια για το συγκεκριμένο θέμα;

Παρακαλούμε δώστε 2 απαντήσεις για κάθε θέμα.

	Αποτελεί πρόβλημα;			Τα προβλήματά σας και οι ανάγκες σας για φροντίδα	Χρειάζεστε επαγγελματική βοήθεια για αυτό;		
	Ναι	Σε κάποιο βαθμό	Όχι		Ναι, περισσότερη	Όση και τώρα	Όχι
<u>Καθημερινές δραστηριότητες</u>							
1.	☐	☐	☐	Φροντίδα σώματος, πλύσιμο, ντύσιμο ή τουαλέτα	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	Μετακίνηση (οδήγηση δικύκλου, αυτοκινήτου, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς κ.λπ.)	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	Ελαφριές οικιακές εργασίες (σιγύρισμα, κ.λπ.)	☐	☐	☐
<u>Οργανικά συμπτώματα</u>							
4.	☐	☐	☐	Πόνος	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	Κόπωση	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	Διαταραχές ύπνου	☐	☐	☐
7.	☐	☐	☐	Δυσκολία στην αναπνοή	☐	☐	☐
8.	☐	☐	☐	Βήχας	☐	☐	☐
9.	☐	☐	☐	Κνησμός (φαγούρα)	☐	☐	☐
10.	☐	☐	☐	Σεξουαλική δυσλειτουργία	☐	☐	☐
11.	☐	☐	☐	Αίσθημα τσιμπήματος ή μουδιάσματος	☐	☐	☐
12.	☐	☐	☐	(Νυχτερινές) εφιδρώσεις ή εξάψεις	☐	☐	☐
<u>Αυτονομία</u>							
13.	☐	☐	☐	Δυσκολία στη συνέχιση συνηθισμένων δραστηριοτήτων	☐	☐	☐
14.	☐	☐	☐	Δυσκολία ολοκλήρωσης καθηκόντων	☐	☐	☐
15.	☐	☐	☐	Εξάρτηση από τρίτους	☐	☐	☐
16.	☐	☐	☐	Αίσθημα απώλειας ελέγχου της ζωής σας	☐	☐	☐

Κοινωνικά θέματα

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. | ☐ | ☐ | ☐ | Προβλήματα στη σχέση με τον/την σύντροφό σας | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία να μιλάτε για την ασθένειά σας με τον/την σύντροφό σας | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. | ☐ | ☐ | ☐ | Βρίσκετε δύσκολο να μιλάτε για την ασθένειά σας, γιατί δεν θέλετε να επιβαρύνετε τους άλλους | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. | ☐ | ☐ | ☐ | Βρίσκετε τους άλλους μη δεκτικούς στη συζήτηση για την ασθένειά σας | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολεύεσθε να βρείτε κάποιον έμπιστο να μιλήσετε | ☐ | ☐ | ☐ |

Ψυχολογικά θέματα

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. | ☐ | ☐ | ☐ | Καταθλιπτική διάθεση | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. | ☐ | ☐ | ☐ | Φόβος ότι θα υποφέρετε σωματικά | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. | ☐ | ☐ | ☐ | Φόβος επέκτασης της νόσου | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία να αντιμετωπίσετε την αβεβαιότητα του μέλλοντος | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία να εκφράσετε τα συναισθήματά σας | ☐ | ☐ | ☐ |

Πνευματικά θέματα

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία να είστε χρήσιμος/η για τους άλλους | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία αναφορικά με το νόημα του θανάτου | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29. | ☐ | ☐ | ☐ | Δυσκολία στην αποδοχή της ασθένειάς σας | ☐ | ☐ | ☐ |

Οικονομικά προβλήματα

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. | ☐ | ☐ | ☐ | Επιπλέον έξοδα λόγω της ασθένειας | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31. | ☐ | ☐ | ☐ | Απώλεια εισοδήματος λόγω της ασθένειας | ☐ | ☐ | ☐ |

Ανάγκη πληροφόρησης

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. | ☐ | ☐ | ☐ | Ανεπαρκής πληροφόρηση π.χ. σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της, βοηθητικό εξοπλισμό και υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη ή εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους | ☐ | ☐ | ☐ |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

-
- | | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|
| 33. | Λείπουν σημαντικά θέματα από αυτόν τον κατάλογο;
Παρακαλούμε προσθέστε παρακάτω τα θέματα που απασχολούν εσάς! | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
-

Χώρος για τα σχόλια ή τις ερωτήσεις σας:



EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε ένα κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας:

Την χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος):

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος):

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μικρό</u> περίπατο έξω από το σπίτι;	1	2	3	4
2. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1	2	3	4
3. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;	1	2	3	4
Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:				
4. Λαχανιάσατε;	1	2	3	4
5. Πονούσατε;	1	2	3	4
6. Είχατε αϋπνίες;	1	2	3	4
7. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
8. Είχατε ανορεξία;	1	2	3	4
9. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

**Κατά τη διάρκεια της τελευταίας Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ
εβδομάδας:**

10.	Είχατε δυσκοιλιότητα;	1	2	3	4
11.	Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;	1	2	3	4
12.	Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	1	2	3	4
13.	Αισθανόσασταν υπερένταση;	1	2	3	4
14.	Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	1	2	3	4

**Για τις επόμενες ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας
ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως το 7**

15. Πώς θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης
εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός

Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός	Χώρα

02. Εγχάραξη

Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρετε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επανάληψεων	Μπάλα	Σημαία	Δέντρο

03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών

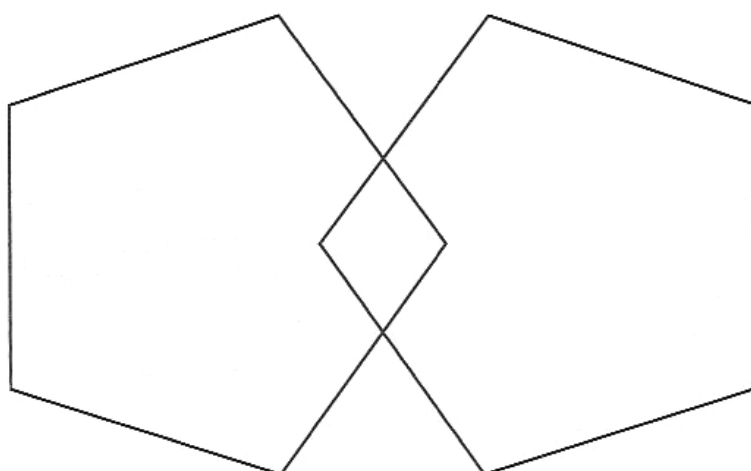
Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης		Σωστό
		93		
		86		
		79		
		72		
	65			
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη “πέτρα” ανάποδα (“ΑΡΤΕΠ”) Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εαν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)			

04. Ανάκληση

Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;	Μπάλα	Σημαία	Δέντρο

05. Γλώσσα

Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε “Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;”	Ρολόι	
		Μολύβι	
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: “Όχι αν, και ή αλλά” (Επιτρέπεται μία επανάληψη)		
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. “θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξι σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα”. Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξι χέρι	
		Δίπλωμα	
		Στο πάτωμα	
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει “Κλείστε τα μάτια σας” και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.		
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.		
Αντιγραφή	Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε “Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο”. Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.		



Συνολική βαθμολόγηση :

(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Κλινική κλίμακα ευπάθειας

1 Σε καλή φυσική κατάσταση- Άνθρωποι που είναι εύρωστοι, ενεργοί, ενεργητικοί και κινητοποιημένοι. Αυτά τα άτομα ασκούνται τακτικά. Είναι σε πολύ καλή φυσική κατάσταση για την ηλικία τους.

2 Καλά - Άτομα που δεν έχουν συμπτώματα ενεργών ασθενειών αλλά είναι σε χειρότερη φυσική κατάσταση από την κατηγορία 1. Ασκούνται συχνά ή είναι πολύ δραστήρια περιστασιακά, π.χ. εποχικά.

3 Τα καταφέρνουν καλά - Άτομα των οποίων τα ιατρικά προβλήματα είναι καλά ελεγχόμενα, αλλά δεν είναι τακτικά ενεργά πέρα από το τακτικό βάδισμα.

4 Ευάλωτα - Αν και δεν εξαρτώνται από άλλους για καθημερινή βοήθεια, τα συμπτώματα συχνά περιορίζουν τις δραστηριότητες. Ένα κοινό παράπονο είναι ότι τα κάνουν όλα πιο αργά από ότι στο παρελθόν ή / και ότι είναι κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας.

5 Ήπια ευπαθείς - Αυτοί οι άνθρωποι συχνά έχουν πιο προφανή επιβράδυνση και χρειάζονται βοήθεια σε υψηλού βαθμού IADLs (οικονομικά, μεταφορά, βαριά οικιακή εργασία, φάρμακα). Συνήθως, η ήπια αδυναμία εμποδίζει προοδευτικά τα ψώνια και το περπάτημα έξω από μόνοι τους, την προετοιμασία γευμάτων και τις οικιακές εργασίες.

6 Μέτρια ευπάθεια - Οι άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια με όλες τις εξωτερικές δραστηριότητες και τις δουλειές του σπιτιού. Έχουν συχνά προβλήματα με τις σκάλες και χρειάζονται βοήθεια με το μπάνιο τους και ίσως χρειαστούν ελάχιστη βοήθεια στο ντύσιμο.

7 Εξαιρετικά ευπαθείς - Εξαρτώνται απόλυτα για προσωπική φροντίδα, ανεξάρτητα από την αιτία (σωματική ή γνωστική). Παρόλα αυτά, φαίνονται σταθεροί και δεν διατρέχουν υψηλό κίνδυνο θανάτου (εντός ~ 6 μηνών).

8 Πολύ έντονα ευπαθείς - Εντελώς εξαρτημένοι, πλησιάζοντας το τέλος της ζωής. Συνήθως, δεν μπορούν να αναρρώσουν ακόμη και από μια μικρή ασθένεια.

9. Τελικό στάδιο - Προσεγγίζοντας το τέλος της ζωής. Αυτή η κατηγορία ισχύει για άτομα με προσδόκιμο ζωής <6 μηνών, τα οποία δεν είναι κατά τα άλλα ευάλωτα.

Βαθμολόγηση αδυναμίας σε άτομα με άνοια: Ο βαθμός ευθραυστότητας αντιστοιχεί στον βαθμό άνοιας. Συχνά συμπτώματα στην ήπια άνοια περιλαμβάνουν ξεχνώντας τις λεπτομέρειες ενός πρόσφατου γεγονότος, αν και ακόμα θυμόμαστε το ίδιο το γεγονός, επαναλαμβάνοντας το ίδιο ερώτημα / ιστορία και την κοινωνική απόσυρση. Σε μέτρια άνοια, η πρόσφατη μνήμη είναι πολύ μειωμένη, παρόλο που φαινομενικά μπορεί να θυμάται καλά τα γεγονότα της ζωής τους στο παρελθόν. Μπορούν να κάνουν προσωπική φροντίδα με προτροπή. Σε σοβαρή άνοια, δεν μπορούν να κάνουν προσωπική φροντίδα χωρίς βοήθεια.

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Scale

- | | |
|--|--|
| 0. No problem affecting that system | 3. Severe problem and/or constant and significant disability and/or hard-to-control chronic problems |
| 1. Current mild problem or past significant problem | 4. Extremely severe problem and/or immediate treatment required and/or organ failure and/or severe functional impairment |
| 2. Moderate disability or morbidity and/or requires first-line therapy | |

Ratings

Rated 0

- No problems or healed minor injuries
- Past childhood injuries (eg, chickenpox)
- Minor surgery (eg, amygdalectomy)
- Uncomplicated healed fractures
- Other past problems healed without sequel (eg, pneumonia)

Rated 1

- Current medical problem with mild discomfort or disability, or occasional exacerbations (eg, occasional heartburn relieved with PRN antacids)
- Minor impact on morbidity
- Past significant medical problems not currently an issue (eg, passage of a kidney stone)
- Major surgery (eg, hysterectomy)

Rated 2

- Medical condition that requires daily treatment (first-line therapy; eg, steroids – asthma, H₂ blockers – acid reflux)
- Moderate disability or morbidity

Rated 3

- Chronic conditions that are not controlled with first-line therapy (eg, asthma needing continuous corticosteroid therapy)
- Constant significant disability
- Severe problem

Rated 4

- Extremely severe problem
- Any acute condition that requires immediate treatment (eg, severe bronchospasm, unstable angina)
- Organ failure (eg, end-stage renal disease/dialysis, O₂ for COPD)
- Severe sensory impairment (eg, almost complete blindness or deafness, wheelchair-bound)
- Quality of life severely affected, severe functional impairment

Rating Malignancies

Rated 1

- Cancer diagnosed in the remote past without evidence of recurrence or sequel in the past 10 years or skin cancer operated in the past without major sequel (other than melanoma)

Rated 2

- No evidence of recurrence or sequel in the past 5 years

Rated 3

- Required chemotherapy, radiation, or hormonal therapy in the past 5 years

Rated 4

- Recurrent malignancy, metastasis, or palliative treatment stage

Cardiac

0 1 2 3 4

- Any cardiac problem? (angina, myocardial infarction, arrhythmia, valve problems)
- Any medications take for above?
- Any heart surgery in the past?

Vascular

0 1 2 3 4

- Any circulatory problem? (peripheral atherosclerotic disease, aneurysm of the abdominal aorta)
- Any hypertension or cholesterol problem?
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any vascular surgery in the past? (bypass graft surgery of lower limbs, carotid endarterectomy)

Hematological

0 1 2 3 4

- Any blood problem? (anemia, leukemia, hypercoagulability, or any other problem affecting the blood, blood cells, spleen, or lymphatic system)
- If yes, any medication taken for these problems?

Respiratory

0 1 2 3 4

- Any respiratory problem? (asthma, emphysema, bronchitis, pulmonary embolism)
- If yes, any medication taken for these problems? (eg, pressurized aerosols)
- Any lung surgery?
- Cigarette smoking? How many packs per day? For how long?

Pack years = number of packs per day x the number of years smoked

(example: 1 pack per day for 20 years = 20 pack years)

Smoker up to 20 pack years: Rated 1

Smoker from 21-40 pack years: Rated 2

Smoker over 40 pack years: Rated 3

EENT (eye, ear, nose, throat, larynx)

0 1 2 3 4

- Any problem with eyes (glaucoma, cataract, important loss of vision), ears (includes important hearing impairment), nose, throat, or voice?
- Any medication taken for these problems?

Note: Vertigo and dizziness are included in this section, unless they are of neurological origin.

Upper GI

0 1 2 3 4

- Any problem with stomach or digestion? (includes the esophagus, stomach, and duodenum)
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any surgery for the stomach or the esophagus?

Lower GI

0 1 2 3 4

- Any intestinal problem? (includes intestinal hernias, constipation, anal problems, incontinence)
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any surgery for the abdomen?

Hepatic and Pancreatic

0 1 2 3 4

- Any problem in the liver or the pancreas?
- Any medication taken for these problems?
- Any surgery for the liver or the pancreas?

Note: Cholecystectomy is rated in this section

Renal

0 1 2 3 4

- Any problem in the kidneys? (impairment in function, infection)
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any surgery for the kidneys?

Genitourinary

- Any urinary problem? (lithiasis, incontinence)
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any surgery for the urinary bladder, for renal lithiasis?

0 1 2 3 4

Musculoskeletal

- Any problem in the skin, joints, bones, or muscles? (includes arthrosis, osteoporosis, carpal tunnel, and any other skin or musculoskeletal problem)
- Any medication, anti-inflammatory drugs? Infiltrations? Creams prescribed by a doctor?

Note: Fibromyalgia is rated in this section, but it may also be rated in Psychiatric if necessary.

0 1 2 3 4

Neurological

- Any neurological problem? (cerebrovascular accident, peripheral neuropathy, headaches)
- If yes, any medication taken for these problems?
- Any surgery for these problems?

0 1 2 3 4

Endocrine-Metabolic

- Any problem of the thyroid gland, obesity, diabetes, or any other hormonal problem?
For obesity:
 - Body mass index (BMI) ≥ 30 : Rated 1
 - BMI ≥ 30 + medication or moderate disability: Rated 2
 - BMI ≥ 45 : Rated 3
- Any medication? Surgery for any of these problems?
- Any problem with breasts? (dysplasia, cancer)
- Surgery for these problems?
- Menopause? (or andropause in men) Any hormone? (the same for men in andropause)
Menopause or andropause:
 - Without hormone therapy or symptoms: Rated 0
 - Symptomatic or with hormone therapy: Rated 1

0 1 2 3 4

Psychiatric/Behavioral

- Any problem of depression, anxiety, alcohol, drug abuse, or other problems?
- Any medication taken for these problems?

Note: Personality problems are rated in this section, but the patient's chart should be checked.

0 1 2 3 4

Total Score

- (0–56) = sum of score for all scales**
- Only 1 score is given for each system**

Adapted from:

Miller MD, Towers A. A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburg, PA: University of Pittsburg; 1991.
Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(2):212.

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) Classification

- ☐ < 6 and CrCL > 70 mL/min (GO: suitable for treatment)
- ☐ > 6 and CrCL < 70 mL/min (SLOW: suitable for reduced treatment)
- ☐ Severe comorbidities and short-life expectancy (NO: suitable for supportive care)

References

1. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968;(16)5:622-626.
2. Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(2):212.
3. Miller MD, Towers A. A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh, PA: University of Pittsburg; 1991.
4. Salvi F, Miller MD, Grilli A, et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1926-1931.

Κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης της ασθένειας (CIRS)

Κλίμακα

0. Δεν υπάρχει πρόβλημα που να επηρεάζει αυτό το σύστημα
1. Το τρέχον ήπιο πρόβλημα ή το παρελθόν σημαντικό πρόβλημα
2. Μέτρια αναπηρία ή νοσηρότητα ή / και απαιτεί θεραπεία πρώτης γραμμής
3. Σοβαρό πρόβλημα και / ή σταθερό και σημαντικό αναπηρία και / ή δύσκολο να ελεγχθεί η χρόνια προβλήματα
4. Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα ή / και άμεση απαιτείται θεραπεία ή / και ανεπάρκεια οργάνων και / ή σοβαρή λειτουργική βλάβη

Βαθμολογία

Βαθμολογήθηκε με 0

- Δεν υπάρχουν προβλήματα ή θεραπεύονται μικροί τραυματισμοί
- Παιδικές ασθένειες ή τραυματισμοί που θεραπεύτηκαν (π.χ. ανεμοβλογιά)
- Μικρή χειρουργική επέμβαση (π.χ. αμυγδαλεκτομή)
- Απλά θεραπευμένα κατάγματα
- Άλλα προβλήματα του παρελθόντος που θεραπεύτηκαν χωρίς συνέχεια (π.χ. πνευμονία)

Βαθμολογήθηκε με 1

- Τρέχον ιατρικό πρόβλημα με ήπια ενόχληση ή αναπηρία ή περιστασιακές παροξύνσεις (π.χ. περιστασιακή καούρα που ανακουφίζεται με αντιοξειδωτικά PRN)
- Μικρή επίπτωση στη νοσηρότητα
- Παλαιότερα σημαντικά ιατρικά προβλήματα που δεν είναι υφίστανται σήμερα (π.χ. διάβαση μιας πέτρας νεφρών)
- Σημαντική χειρουργική επέμβαση (π.χ. υστερεκτομή)

Βαθμολογήθηκε με 2

- Ιατρική κατάσταση που απαιτεί καθημερινή θεραπεία (θεραπεία πρώτης γραμμής π.χ. στεροειδή - άσθμα, αναστολείς H2 - παλινδρόμηση οξέος)
- Μέτρια αναπηρία ή νοσηρότητα

Βαθμολογήθηκε με 3

- Χρόνιες παθήσεις που δεν ελέγχονται με θεραπεία πρώτης γραμμής (π.χ. άσθμα που χρειάζεται συνεχή θεραπεία με κορτικοστεροειδή)
- Σταθερή σημαντική αναπηρία
- Σοβαρό πρόβλημα

Βαθμολογήθηκε με 4

- Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα
- Κάθε οξεία κατάσταση που απαιτεί άμεση νοσηλεία (π.χ. σοβαρός βρογχόσπασμος, ασταθής στηθάγχη)
- Διαταραχές οργάνων (π.χ. νεφρική νόσο τελικού σταδίου / αιμοκάθαρση, O₂ για ΧΑΠ)
- Σοβαρή αισθητική εξασθένηση (π.χ. σχεδόν πλήρης τύφλωση ή κώφωση, αναπηρική καρέκλα)
- Ποιότητα ζωής που πλήττεται σοβαρά, σοβαρή λειτουργικότητα βλάβη

Αξιολόγηση κακοηθειών

Βαθμολογήθηκε με 1

- Καρκίνος που διαγνώστηκε στο μακρινό παρελθόν χωρίς στοιχεία επανάληψης ή συνέχισης κατά τα τελευταία 10 χρόνια ή καρκίνος του δέρματος στο παρελθόν χωρίς σημαντική συνέχεια (εκτός από το μελάνωμα).

Βαθμολογήθηκε με 2

- Δεν υπάρχουν στοιχεία επανεμφάνισης τα τελευταία 5 χρόνια

Βαθμολογήθηκε με 3

- Απαιτήθηκε χημειοθεραπεία, ακτινοβολία ή ορμονική θεραπεία κατά τα τελευταία 5 χρόνια.

Βαθμολογήθηκε με 4

- Επανεμφανιζόμενη κακοήθεια, μετάσταση ή παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε τελικό στάδιο

Σύστημα / Περιγραφή / Βαθμολογία

Καρδιακό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε καρδιακό πρόβλημα; (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρρυθμία, προβλήματα βαλβίδων)
- Τα φάρμακα που παίρνετε για τα παραπάνω;
- Οποιαδήποτε καρδιοχειρουργική επέμβαση στο παρελθόν;

Αγγειακό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε κυκλοφορικό πρόβλημα; (περιφερική αρτηριοσκληρωτική ασθένεια, ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής)
- Ύπαρξη υπέρτασης ή πρόβλημα χοληστερόλης;
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε αγγειακή χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν; (χειρουργική επέμβαση παράκαμψης των κατώτερων άκρων, καρωτιδική ενδοαρτηριοτομή)

Αιματολογικά

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα αίματος; (αναιμία, λευχαιμία, υπερπηξία ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα που επηρεάζει το αίμα, κύτταρα αίματος, σπλήνα ή λεμφικό σύστημα)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;

Αναπνευστικό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε αναπνευστικό πρόβλημα; (άσθμα, εμφύσημα, βρογχίτιδα, πνευμονική εμβολή)
- Εάν ναι, οποιοδήποτε φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα; (π.χ. αερολύματα υπό πίεση)
- Οποιαδήποτε πνευμονική επέμβαση;
- Κάπνισμα; Πόσες συσκευασίες την ημέρα; Για πόσο καιρό;

Έτη καπνίσματος = αριθμός συσκευασιών ανά ημέρα x αριθμός καπνιστικών ετών
(παράδειγμα: 1 συσκευασία ανά ημέρα για 20 χρόνια = 20 έτη καπνίσματος)

Καπνιστής μέχρι 20 έτη καπνίσματος: Βαθμολογία 1

Καπνιστής από 21-40 έτη καπνίσματος: Βαθμολογήθηκε 2

Καπνιστής άνω των 40 έτη καπνίσματος: Βαθμολογήθηκε 3

ΜΑΜΛΛ (μάτι, αυτί, μύτη, λαιμός, λάρυγγας)

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα με τα μάτια (γλαύκωμα, καταρράκτης, σημαντική απώλεια της όρασης), τα αυτιά (περιλαμβάνει σημαντική βλάβη ακοής), τη μύτη, το λαιμό ή τη φωνή;
- Κάθε φάρμακο που λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;

Σημείωση: Σε αυτό το τμήμα συμπεριλαμβάνεται ίλιγγος και ζάλη, εκτός εάν έχουν νευρολογική προέλευση.

Ανώτερο γαστρεντερικό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα με το στομάχι ή την πέψη; (περιλαμβάνει τον οισοφάγο, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση για το στομάχι ή τον οισοφάγο;

Κατώτερο γαστρεντερικό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε εντερικό πρόβλημα; (περιλαμβάνει εντερικές κήλες, δυσκοιλιότητα, πρωκτικά προβλήματα, ακράτεια)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα;

Ηπατική και παγκρεατική

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα στο ήπαρ ή στο πάγκρεας;
- Κάθε φάρμακο που λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση για το ήπαρ ή το πάγκρεας;

Σημείωση: Η χολοκυστεκτομή βαθμολογείται σε αυτή την ενότητα

Νεφρική

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα στα νεφρά; (εξασθένηση της λειτουργίας, λοίμωξη)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση για τα νεφρά;

Γεννητικά

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα ούρων; (λιθίαση, ακράτεια)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση για την ουροδόχο κύστη, για νεφρική λιθίαση;

Μυοσκελετικό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα στο δέρμα, στις αρθρώσεις, στα οστά ή στους μυς; (περιλαμβάνει αρθροπάθεια, οστεοπόρωση, καρπιαίο σωλήνα, και οποιοδήποτε άλλο δερματικό ή μυοσκελετικό πρόβλημα)
- Οποιοδήποτε φάρμακο, αντιφλεγμονώδη φάρμακα; Κρέμες που συνταγογραφούνται από γιατρό;

Σημείωση: Η ινομυαλγία έχει βαθμολογηθεί σε αυτό το τμήμα, αλλά μπορεί επίσης να βαθμολογηθεί σε Ψυχιατρική εάν είναι απαραίτητο.

Νευρολογικές

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε νευρολογικό πρόβλημα; (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική νευροπάθεια, πονοκεφάλους)
- Εάν ναι, ποιο φάρμακο λαμβάνεται για αυτά τα προβλήματα;
- Οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση για αυτά τα προβλήματα;

Ενδοκρινικό-Μεταβολικό

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα του θυρεοειδούς αδένος, παχυσαρκία, διαβήτης ή οποιουδήποτε άλλο ορμονικό πρόβλημα;

Για την παχυσαρκία:

- Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ≥ 30 : Βαθμολογήθηκε με 1
- BMI ≥ 30 + φάρμακα ή μέτρια αναπηρία: Βαθμολογήθηκε με 2
- ΔΜΣ ≥ 45 : Βαθμολογήθηκε με 3
- Φάρμακο; Χειρουργείο για οποιοδήποτε από αυτά τα προβλήματα;
- Οποιοδήποτε πρόβλημα με το στήθος; (δυσπλασία, καρκίνος)
- Χειρουργείο για αυτά τα προβλήματα;
- Εμμηνόπαυση; (ή ανδρόπαυση σε άνδρες) Λήψη ορμόνης; (το ίδιο για τους άνδρες στην ανδρόπαυση)

Εμμηνόπαυση ή ανδρόπαυση:

- Χωρίς ορμονοθεραπεία ή συμπτώματα: Βαθμολογήθηκε με 0
- Συμπτωματική ή με ορμονοθεραπεία: Βαθμολογήθηκε με 1

Ψυχιατρική / Συμπεριφορική

0 1 2 3 4

- Οποιοδήποτε πρόβλημα κατάθλιψης, άγχους, αλκοόλ, κατάχρησης ναρκωτικών ή άλλα προβλήματα;
- Ποιο φάρμακο λαμβάνετε για αυτά τα προβλήματα;

Σημείωση: Τα προβλήματα προσωπικότητας βαθμολογούνται σε αυτή την ενότητα, αλλά πρέπει να ελεγχθεί το ιστορικό του ασθενούς.

Συνολικό σκορ

- (0-56) = άθροισμα βαθμολογίας για όλες τις κλίμακες _____
- Για κάθε σύστημα παρέχεται μόνο 1 βαθμολογία

ΚΩΔΙΚΟΣ*

--	--	--	--	--

*Ο κωδικός που θα σημειώσετε συμπληρώνεται ως εξής:

1. Αρχικό γράμμα του ονόματός σας,
2. αρχικό γράμμα του πατρωνύμου και του επωνύμου σας και
3. οι δύο τελευταίοι αριθμοί της χρονολογίας γέννησής σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(Σημειώστε με Χ την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο : ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ποια είναι η ηλικία σας ;

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| ☐ Τάξεις δημοτικού | ☐ ΚΑΤΕΕ ,ΤΕΕ ή ΙΕΚ |
| ☐ Δημοτικό | ☐ ΤΕΙ |
| ☐ Γυμνάσιο | ☐ ΑΕΙ |
| ☐ Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | ☐ Μεταπτυχιακές σπουδές |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Άγαμος -η | ☐ Έγγαμος -η |
| ☐ Σε διάσταση | ☐ Διαζευγμένος -η |
| ☐ Χήρος -α | |

Με ποιον μένετε;

- ☐ Μόνος -η
- ☐ Με το/τη σύζυγο
- ☐ Με τα παιδιά

☐ Με οικιακή βοήθ

☐ Άλλον :

Έχετε κάποιον μόνιμο φροντιστή; ☐ Ναι ☐ Όχι

Μηνιαίο οικογενειακό/ ατομικό εισόδημα :

☐ < 500 €

☐ 500 - 1000 €

☐ 1000 – 1500 €

☐ >1500 €

Παρούσα νόσος (αιτία εισαγωγής) :

.....

Πάσχετε από κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα ; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερα του ενός)

☐ Καρδιολογικά προβλήματα

☐ ΧΑΠ

☐ Υπέρταση

☐ Καρκίνος

☐ Διαβήτης

☐ Νεφρική ανεπάρκεια

☐ Εγκεφαλικό επεισόδιο

☐ AIDS

☐ Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε)

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή ; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποια :

.....

Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό ή νευρολογικό νόσημα ;

☐ Ναι

☐ Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερα του ενός)

☐ Πάρκινσον

☐ Άνοια

☐ Σκλήρυνση κατά πλάκας

☐ Ίλιγγος

☐ Πολυνευροπάθεια

☐ Επιληψία

☐ Μυοπάθειες και μυασθενικά σύνδρομα

☐ Κατάθλιψη

☐ Αγχώδης διαταραχή

☐ Ψυχώσεις

☐ Ιδεοψυχαναγκασμοί

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή ; ☐ Ναι

☐ Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποια :

.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1η Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ.Ν.Ν. ΙΩΝΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ
ΑΓ. ΟΛΓΑΣ 3-5 ΤΚ. 142 33 Ν. ΙΩΝΙΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: ΣΑΒΒΑΤΗ ΕΛΕΝΗ
email: grammateia.ep.symvoulou@konstantopouleio.gr
τηλ.: 2132057946 Fax: 2132057039

Αρ. Πρωτ. 9665/4.4.2019

Ν.Ιωνία 3.4.2019
Αρ.πρωτ. 108

Προς το
Διοικητικό Συμβούλιο του
Νοσοκομείου

ΘΕΜΑ: Αίτηση κ. Ιωάννας Χατζή για έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας .

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπόψη:

- 1^{ov}: Την με αρ. πρ. 10/7.1.2019 αίτηση της κ. Ιωάννας χατζή νοσηλεύτριας του Νοσοκομείου μας και φοιτήτριας στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας χρονίως πασχόντων» Τμήμα Νοσηλευτικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) σχετικά με την έγκριση διεξαγωγής μελέτης στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα «**Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα**».
- 2^{ov}: Την Βεβαίωση σπουδών του ΕΚΠΑ και τον ορισμό του επιβλέποντα καθηγητή για την Διπλωματική της εργασία κ .Στυλιανού Κατσαραγάκη.
- 3^{ov}: Την σύμφωνη γνώμη του Διευθυντών του Α' και Β' παθολογικού Τμήματος
- 4^{ov} : Την σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Σπυριδούλας Νταντούμη
- 5^{ov} Το ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- 6^{ov} Τη Δήλωση ότι θα τηρηθούν απαραίτητα οι κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας καθώς και οι κανόνες προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και
- 7^{ov} Το έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς

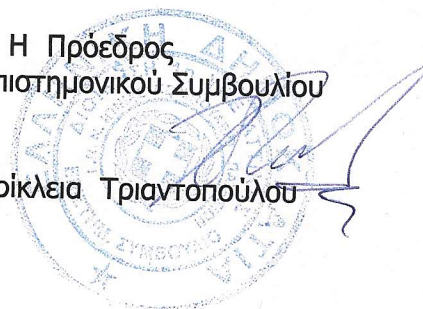
ομόφωνα αποφασίζει

συμφωνεί με το αίτημα της κ. **Ιωάννας Χατζή** για έγκριση διεξαγωγής μελέτης σε ασθενείς του Α' και Β' Παθολογικού Τμήματος τα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα «**Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα**» με επιβλέποντα τον καθηγητή κ. **Στυλιανό Κατσαραγάκη**.

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Η Πρόεδρος
του Επιστημονικού Συμβουλίου

Χαρίκλεια Τριαντοπούλου



**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΗΣ 7^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ/ 17.04.2019
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ
Γ.Ν.Ν.ΙΩΝΙΑΣ «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ»**

ΘΕΜΑ Γ8: Αίτηση κ. Ιωάννας Χατζή για έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας .

Η Διευθύντρια της Διοικητικής Υπηρεσίας του Γ.Ν.Ν.Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων, παρουσιάζει την εισήγηση σχετικά με το θέμα (αριθμ. Πρωτ. 9665/04.04.2019) η οποία αναφέρει τα εξής:

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπόψη:

1^{ov}: Την με αρ. πρ. 10/7.1.2019 αίτηση της κ. Ιωάννας χατζή νοσηλεύτριας του Νοσοκομείου μας και φοιτήτριας στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας χρονίως πασχόντων» Τμήμα Νοσηλευτικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) σχετικά με την έγκριση διεξαγωγής μελέτης στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα **«Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα»**.

2^{ov}: Την Βεβαίωση σπουδών του ΕΚΠΑ και τον ορισμό του επιβλέποντα καθηγητή για την Διπλωματική της εργασία κ .Στυλιανού Κατσαραγάκη.

3^{ov}: Την σύμφωνη γνώμη του Διευθυντών του Α΄και Β΄παθολογικού Τμήματος

4^{ov} : Την σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Σπυριδούλας Νταντούμη

5^{ov} Το ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

6^{ov} Τη Δήλωση ότι θα τηρηθούν απαραίτητα οι κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας καθώς και οι κανόνες προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και

7^{ov} Το έντυπο συγκατάθεσης ασθενούς

ομόφωνα αποφασίζει

συμφωνεί με το αίτημα της **κ. Ιωάννας Χατζή** για έγκριση διεξαγωγής μελέτης σε ασθενείς του Α΄και Β΄Παθολογικού Τμήματος τα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα **«Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα»** με επιβλέποντα τον καθηγητή **κ. Στυλιανό Κατσαραγάκη**.

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη την εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Ν.Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο – Πατησίων, και κατόπιν διαλογικής συζήτησης.

Ομόφωνα αποφασίζει

- ✓ Εγκρίνει το αίτημα της **κ. Ιωάννας Χατζή** για έγκριση διεξαγωγής μελέτης σε ασθενείς του Α΄και Β΄Παθολογικού Τμήματος τα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα **«Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα»** με επιβλέποντα τον καθηγητή **κ. Στυλιανό Κατσαραγάκη**.

Το Δ.Σ. θεωρεί ομόφωνα επικυρωμένα τα πρακτικά της Συνεδρίασης αυτής όσον αφορά την ανωτέρω απόφασή του.

Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας του Δ.Σ.

Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα



Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.

Μιχαήλ Κούρτης

Πρόεδρος Δ.Σ. - Αντιπρόεδρος - Μέλος - Μέλος - Μέλος - Μέλος - Μέλος - Αν. Μέλος - Μέλος - Γραμματέας

Κούρτης Μ. - Λάπα Ε - Παρασκευοπούλου Π - Ραυτοπούλου Ε - Ζήκος Σ - Κοφινά Ε - Κρέτσης Κ - Μανιάτης Π - Ζαπάντης Α - Γιαννακοπούλου Μ

Αρ. Πρωτ. 24

Σπάτα, 11 Ιανουαρίου 2019

Προς
κα Ιωάννα Χατζή

Αξιότιμη κα Χατζή,

Σε συνέχεια του από 08/01/2019 αιτήματός σας για άδεια χρήσης του μεταφρασμένου στην Ελληνική γλώσσα ερωτηματολογίου Προβλήματα και Ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας (Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire (PNPC), το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για την έρευνά σας με τίτλο: "Ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε παθολογικά τμήματα" και η οποία γίνεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος "Οργάνωση και διαχείριση ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας χρονίως πασχόντων" που παρακολουθείτε, θα θέλαμε να απαντήσουμε θετικά και να σας παράσχουμε την άδεια χρήσης του ως άνω εργαλείου για τη συγκεκριμένη έρευνα.

Με εκτίμηση,



Δρ. Αλίκη Τσερκέζογλου
Γυναικολόγος Ογκολόγος

Υπεύθυνη Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας «ΓΑΛΙΛΑΙΑ»

QLQ-C15-PAL download request from Ioanna Chatzi

qlqc30@eortc.be <qlqc30@eortc.be>

Τρι 6/3/2018 1:12 μ.μ.

Προς: ioanna_chatzi@hotmail.com <ioanna_chatzi@hotmail.com>

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Mrs

Firstname: Ioanna

Lastname: Chatzi

Hospital/Institution: Nursing Faculty, National and Kapodistrian University of Athens

Address: 123 str Papadiamantopoulou

County/State: Attica

Postal Code: 11527

Country: Greece

Phone: 00306988602451

Fax:

Email: ioanna_chatzi@hotmail.com

Protocol: Palliative Care Problems and Needs of Elderly Patients

Documents requested:

QLQ-C15-PAL Core Questionnaire in Greek

QLQ-C15 Scoring Manual

Full reference values

Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter

URLs:

<http://www.eortc.be/qol/files/C15/QLQ-C15-PAL%20Greek.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C15-PAL.pdf>

http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV_complete.pdf

http://www.eortc.be/qol/files/QOL_newsletter.pdf

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be