

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΠΑΡΟΥ – ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ
ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΓΕΜΕΛΙΑΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΜΠΟΓΡΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΔΡ. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας χρειαστήκαμε την ηθική υποστήριξη των οικογενειών και των φίλων μας. Τους ευχαριστούμε πολύ, που μας βοήθησαν να φέρουμε εις πέρας αυτή τη τελική δοκιμασία για το πτυχίο μας. Ευχαριστούμε επίσης τα ΚΑΠΗ του Δήμου Κερατσινίου και Δήμου Πάρου, για την άδεια που μας έδωσαν ώστε να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια της έρευνας καθώς επίσης και τους συμμετέχοντες.

Τέλος, ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή μας Δρ. Στεφανόπουλο Νικόλαο για την εμπιστοσύνη και κατανόηση που μας έδειξε και ανέλαβε την επίβλεψη της πτυχιακής μας εργασίας καθώς και τον Δρ. Δετοράκη Ιωάννη που συνέβαλε σημαντικά με τις συμβουλές του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
SUMMARY	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	12
ΟΡΙΣΜΟΙ.....	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.2 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	13
1.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	17
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	17
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	17
2.2 STANDARDS.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	19
Κ.Α.Π.Η.....	19
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
3.2 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ	19
3.3 ΠΑΡΟΧΕΣ	20
3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ.....	21
3.5 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	23
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	23
4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	23
4.3 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΩΣ ΜΙΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	25
4.4 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΟΣΜΟ	25

4.5 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	28
4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	29
4.8 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	31
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	31
5.1 ΓΕΝΙΚΑ Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	32
5.2 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	33
5.3 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	39
5.4 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	43
5.5 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	46
5.6 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	49
5.7 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	52
5.8 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	55
5.9 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	57
5.10 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	59

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	62
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	62
ΜΕΡΟΣ 1: ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	63
ΜΕΡΟΣ 2: ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΝΟΣΗΛΕΙΑ	64
Β ΜΕΡΟΣ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	67
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	75
ΣΥΝΟΨΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	129
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	132

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα, η ανάγκη ιατρονοσηλευτικής παρακολούθησης και φροντίδας των ηλικιωμένων είναι όλο και μεγαλύτερη, λόγω του αυξημένου προσδόκιμου ορίου ζωής των ανθρώπων (ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και της Φαρμακολογίας) αλλά και της υπέρμετρης αύξησης αυτής της ηλικιακής ομάδας (μειωμένο ποσοστό γεννήσεων). Έτσι, ο κλάδος της Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα αυτός της Κοινοτικής Νοσηλευτικής με απώτερο σκοπό την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, θα ακμάζει όλο και περισσότερο με την πάροδο των ετών. Η κατ' οίκον φροντίδα, έχει σαφώς πολλά πλεονεκτήματα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή και το νοσηλευτή, όσο και για το κράτος (αποσυμφόρηση νοσοκομειακών κλινών από ηλικιωμένα άτομα).

Στον αντίποδα με τα ελληνικά δεδομένα, στο εξωτερικό υπάρχει οργανωμένο και πιο συγκροτημένο σύστημα υγείας στον τομέα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και στην κατ' οίκον νοσηλεία τόσο από νομοθετικής άποψης, όσο και λειτουργικής/διοικητικής (π.χ. Υπάρχει η δυνατότητα 24ωρης φροντίδας στο σπίτι). Ο νοσηλευτής καλείται για άλλη μια φορά, να προασπίσει τα δικαιώματα του ασθενή όσον αφορά την υγεία και την ευημερία του, από την πρόληψη νοσημάτων και επιπλοκών, ως την αποκατάσταση της αρρώστιας του με μία διαφορά · πλέον όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες θα γίνονται στο οικείο περιβάλλον του ασθενή και ο νοσηλευτής θα έχει έναν επιπλέον ρόλο: αυτόν του συντονιστή της διεπιστημονικής ομάδας (η ομάδα αποτελείται από διάφορους επαγγελματίες υγείας όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διατροφολόγοι κ.α.) Οι κυριότερες κατηγορίες ηλικιωμένων ασθενών που χρήζουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα είναι οι εξής:

- Ø Ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer.
- Ø Καρκινοπαθείς/ογκολογικοί.

- Ø Καρδιολογικοί ασθενείς.
- Ø Όσοι έχουν κάποιο ψυχικό νόσημα.
- Ø Οροθετικοί ασθενείς (που έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS).
- Ø Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη.
- Ø Με αναπνευστικά προβλήματα.
- Ø Με κινητικά προβλήματα/αναπηρία καθώς και
- Ø Όσοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους (αναγκαία η παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα).

SUMMARY

Nowadays, the need of nursing in elderly people is increasing due to the increased life expectancy of people limit (rapid evolution of technology and pharmacology) and excessive growth of this age group (lower birth rate). As a result, the branch of Community Nursing and particularly the one of home health care, will increasingly flourish over the years. The home care has clearly many advantages for both the patient and the nurse and for the state. (Decongestion of hospital beds by the elderly) In contrast with the Greek data, abroad is organized and has more comprehensive health system in the Community Nursing and home care in both legislative terms, such as operational / administrative. (There is the feasibility of 24h home care).

The nurse is called, to defend the rights of the patient in terms of health and well-being, the prevention of diseases and complications, as compensation for the illness with one difference; all nursing actions will take place in the relevant patient environment. Furthermore, nurse would have an additional role: that of the group coordinator (the group consists of various health professionals such as doctors, nurses, physiotherapists, psychologists, social workers, nutritionists etc)

The main categories of elderly patients needing immediate nursing care are:

- Ø Patients with Alzheimer's dementia
- Ø Cancer / oncology.
- Ø Cardiac patients.
- Ø Those who have a mental illness.
- Ø Seropositive patients (infected with the AIDS virus).
- Ø Patients with diabetes.
- Ø With respiratory problems.
- Ø With walking difficulties / disabilities and

Ø Who are in the final stage of their life (necessary palliative care).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατ' οίκον φροντίδα είναι μια φιλοσοφία στον τομέα της υγείας που έχει ως επίκεντρό της το σπίτι, δηλαδή την οικογένεια του ατόμου. Το σπίτι αποτελεί το υπόβαθρο για τον καθημερινό προγραμματισμό παροχής φροντίδας.^[1-5] Ο νοσηλευτής από πολύ παλιά μέχρι και σήμερα διαδραματίζει τον ρόλο του συντονιστή της κατ' οίκον φροντίδας υγείας. Καθώς οι κοινωνίες εξελίσσονται ο ρόλος αυτός γίνεται ολοένα και πιο απαιτητικός και περίπλοκος, γι' αυτό ο νοσηλευτής εκπαιδεύεται και μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής ώστε να παρέχει αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη, υπεύθυνη και ολιστική φροντίδα υγείας. Από τους αρχαίους χρόνους μέχρι και σήμερα ο προβληματισμός και το ενδιαφέρον για την κατ' οίκον φροντίδα υγείας παραμένουν αμείωτα.^[5]

Σήμερα ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται κατ' οίκον νοσηλεία έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω των κάτωθι παραγόντων. Αρχικά βάση της σύγκρισης των κρατών μελών της ΕΕ παρατηρείται ότι ο πληθυσμός της αυξάνεται διαχρονικά από την 1 Ιανουαρίου 1960 ως και την 1 Ιανουαρίου του 2013 διαχρονικά κατά 0.4%. Όμως αυτό ισχύει αναφορικά με τον ηλικιωμένο πληθυσμό που παρουσιάζει υπέρμετρη αύξηση σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.^[4]

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, το ποσοστό των υπερηλίκων σύμφωνα με στοιχεία της ΕΕ έχει αυξηθεί σημαντικά κατά 18.2%. Αυτό το ποσοστό τείνει καθημερινά να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο και να έχει πολλές φορές ως συνωδά της χρόνια προβλήματα και ανάγκες.^[1] Επίσης, ένας άλλος λόγος είναι η ανάγκη για ελαχιστοποίηση της παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία λόγω της έλλειψης κλινών και λόγω του ότι τελικά τα έξοδα της νοσηλείας στο νοσοκομείο είναι τα δεκαπλάσια όπως αποδείχθηκε σε σύγκριση με το κόστος της κατ' οίκον φροντίδας.^[1-3]

Τέλος, ένας ακόμη λόγος, είναι η πρόοδος της τεχνολογίας που μπορεί να εξασφαλίσει την δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων διαδικασιών, νοσηλευτικών και όχι μόνο, όπως για παράδειγμα αιμοκάθαρση ή χημειοθεραπεία εξασφαλίζοντας έτσι στα άτομα αυτά να βρίσκονται στο φυσικό, οικογενειακό τους περιβάλλον. ^[1]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί κατά καιρούς για την υγεία. Αυτοί οι ορισμοί συνεχώς μεταβάλλονται ανάλογα με το κατά πόσο το άτομο βρίσκεται πιο κοντά στην ευεξία ή πιο κοντά στον θάνατο. Επομένως έτσι γίνεται αντιληπτό ότι η υγεία είναι μια συνεχώς μεταβαλλόμενη κατάσταση. Προκειμένου να οριστεί τελικά το τι είναι υγεία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το άτομο είναι μια μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Γι' αυτό η υγεία εξαρτάται κάθε φορά από τη φυσική, τη συναισθηματική, τη διανοητική, τη κοινωνική, τη πνευματική, τη πολιτισμική και περιβαλλοντική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το εκάστοτε άτομο. ^[1-5]

Επιπροσθέτως αξίζει να αναφερθεί ότι στις Η.Π.Α τα πρότυπα υγείας μετατρέπονται ανάλογα με την προσωπική κρίση του ατόμου σχετικά με το τι θεωρεί νόσο. Οι ασθενείς καλούνται να επικεντρωθούν στα συμπτώματα τα οποία εκδηλώνουν.^[3] Επίσης σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας το 1947 ο ορισμός που δίνεται για την υγεία είναι ο εξής: «Η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και πνευματικής ευεξίας και απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Άλλος ένας ορισμός για την υγεία σύμφωνα με το Σύγχρονο Ετυμολογικό λεξικό είναι ο εξής: «Υγεία είναι η φυσιολογική λειτουργία όλων των οργάνων του σώματος και η ψυχοπνευματική ισορροπία του ανθρώπου». Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί πως η σωματική με την ψυχοπνευματική υγεία είναι αλληλοεξαρτώμενες καθώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, δηλαδή όταν ένα άτομο είναι σωματικά υγιές τότε μπορεί να ασχοληθεί και με ψυχοπνευματικά αγαθά, ενώ αν το άτομο έχει διαταραχή της ψυχικής του υγείας είναι πολύ πιθανό να αποκτήσει σωματικά προβλήματα.^[3,6]

Πιο αναλυτικά και ανάλογα με τον τομέα, η υγεία ορίζεται ως: 1) Η πνευματική υγεία είναι η ακεραιότητα των πνευματικών δυνάμεων για δημιουργία, 2) η ψυχική υγεία είναι η ηρεμία και γαλήνη της ψυχής και τέλος 3) η σωματική υγεία είναι φυσιολογική και συντονισμένη λειτουργία όλων των οργάνων του σώματος.^[1-5] Τέλος, αφού κλείσαμε το κεφάλαιο του ορισμού της υγείας, πρέπει να αναφέρουμε ότι ασθένεια είναι η οποιαδήποτε μεταβολή της λειτουργικής ικανότητας ενός ατόμου.^[6]

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, η βάση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η κατανόηση από το νοσηλευτή πως κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα με ιδιαίτερες ανάγκες και πεποιθήσεις τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εντοπίσει και να αφουγκραστεί προκειμένου να σχεδιάσει ένα πλαίσιο φροντίδας, θέτοντας εφικτούς στόχους, τους οποίους θα μπορεί να υλοποιήσει μαζί με την συνεργασία του ασθενούς προς όφελός του.^[6-8]

1.2 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η γήρανση βάση των ερευνητών ανήκει στην ηλικία άνω των 25 όπου έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του ατόμου. Για να μπορέσει να επιτευχθεί ο ορισμός της τρίτης ηλικίας εξετάζεται η σχέση του ατόμου με την παραγωγική διαδικασία ουσιαστικά εδώ η νομοθεσία κάθε χώρας καθορίζει την ηλικία συνταξιοδότησης περνώντας αυτόματα τον εκάστοτε συνταξιούχο στην τρίτη ηλικία.^[9]

Ωστόσο δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός για το τι είναι η γήρανση. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί πως πολλές προσπάθειες έχουν γίνει κατά καιρούς προκειμένου να οριστεί το φαινόμενο της γήρανσης. Ενδεικτικά σε αυτήν την εργασία θα παραθέσουμε κάποιες από τις θεωρίες που έχουν διαμορφωθεί σχετικά με την γήρανση του ατόμου.

Από την αρχαιότητα το γήρας διαδραμάτιζε σπουδαίο ρόλο. Συγκεκριμένα παρατηρείται πως οι γηραιοί κατείχαν ιδιαίτερα σημαντική θέση και πως οι συμπολίτες τους, τους θεωρούσαν σοφούς. Μάλιστα οι πυθαγόρειοι συσχέτιζαν κάθε ηλικιακή ομάδα με μια εποχή του χρόνου π.χ. το γήρας συσχετιζόταν με τον χειμώνα. ^[10] Οι πρώτες προσπάθειες ορισμού του γήρατος ξεκίνησαν στην αρχαιότητα με τον Ιπποκράτη ο οποίος υποστήριξε πως υπήρχε σταδιακή μεταβολή της φυσικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα κατέγραψε την ελάττωση ισχύος, την μείωση της μάζας των μυών και την κακή ενυδάτωση που οδηγούν σε σορία προβλημάτων. Από την άλλη ο Γαληνός, αντιμετωπίζει το γήρας ως ένα ιδιαίτερο στάδιο στην ζωή ενός ανθρώπου, το οποίο απαιτεί ιδιαίτερη ιατρική φροντίδα αλλά και σωματική άσκηση. ^[10]

Οι προσπάθειες για τον ορισμό του γήρατος συνεχίστηκαν ανά τους αιώνες και το 1961 οι Cumming και Henri διατύπωσαν την θεωρία της αποσύνδεσης ή αλλιώς αποδέσμευσης. Σε αυτή την θεωρία παρατηρείται η σταδιακή και όχι απότομη μείωση των ρόλων και των δραστηριοτήτων που είχε παλαιότερα το άτομο, καθώς και η έκπτωση της λειτουργικότητας του. Το 1974 πρώτος ο Neugarten διατύπωσε τον όρο τρίτη και τέταρτη ηλικία. ^[9-12]

Στην συνέχεια παρατηρούμε σύμφωνα με την θεωρία των τεσσάρων σταδίων που διατύπωσε ο Thomas το 1977, ότι άνθρωπος περνά από τα εξής τέσσερα στάδια: 1) βρέφος, 2) εφηβεία, 3) ωριμότητα και τέλος 4) θάνατος. Τέλος ο Havighurst αποζητώντας την αντιστροφή της αρνητικής εικόνας για την τρίτη ηλικία, διαμόρφωσε την θεωρία της δραστηριότητας. Εκεί υποστηρίζει ότι το άτομο που βρίσκεται στην τρίτη ηλικία διατηρεί τους ρόλους και τις δραστηριότητες που έκανε όταν βρισκόταν στην μέση ηλικία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχημένη του γήρανση. ^[9-12]

Σήμερα οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα που είναι ευπαθής σε χρόνια νοσήματα και αντιμετωπίζει προβλήματα κινητικής φύσεως αλλά και εξασθένησης των πνευματικών και νοητικών του λειτουργιών. Συνεπώς τα άτομα αυτά χρήζουν ιδιαίτερης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και οι επιστήμες

που σχετίζονται με το γήρας είναι η γεροντολογία από κοινωνικοοικονομικής απόψεως αλλά και η γηριατρική από κλινικής και θεραπευτικής πλευράς. ^[7,11]

1.3 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι μια φιλοσοφία στον τομέα της υγείας που είναι προσανατολισμένη στην κοινότητα. Έχει ως στόχο της την κάλυψη όλων των αναγκών υγείας των μελών της σε όποιο ηλικιακό στάδιο και αν ανήκουν. Προκειμένου να διασφαλιστεί η κάλυψη αυτών αναγκών της (κεφάλαιο 2.1) κοινότητας, εξειδικευμένοι νοσηλευτές, πάνω στην κοινοτική νοσηλευτική, διαμορφώνουν σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας, κατάλληλες συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι θα μπορούν να είναι υγιείς. Στόχος της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι να προληφθούν οι νόσοι, να προαχθεί, να προασπισθεί και να διατηρηθεί η υγεία στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. ^[1-5]

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κοινοτική νοσηλευτική είναι μια ξεχωριστή νοσηλευτική εξειδίκευση και οι υπηρεσίες παρέχονται οπουδήποτε στο σπίτι, στην δουλειά, στο σχολείο. Ο ρόλος αυτής της νοσηλευτικής εργασίας γίνεται πολυπλοκότερος και απαιτητικότερος καθώς αυτή ασκείται έξω από το παραδοσιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. ^[4]

Σε αυτήν την εργασία θα γίνει εκτενής αναφορά μόνο στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας, η οποία αποτελεί μέρος της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ένας εκκολαπτόμενος νοσηλευτικός τομέας ο οποίος όμως έχει υπάρξει αντικείμενο προβληματισμού από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα.

Συγκεκριμένα στον ρωμαϊκό πολιτισμό δινόταν έμφαση κοινοτική υγεία μέσω ελέγχων των περιβαλλοντικών συνθηκών στις οποίες ζούσε ο πληθυσμός. Η παρακμή όμως του ελληνορωμαϊκού πολιτισμού οδήγησε αργότερα στη σταδιακή αποδόμηση όλων εκείνων των δομών μέσω των οποίων παρεχόταν η

κοινωνική υγεία με αποτέλεσμα έκτοτε να επανέρχεται συνεχώς το ζήτημα της κοινωνικής υγείας στο προσκήνιο και να γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκο με την πάροδο των χρόνων και την εξέλιξη των κοινωνιών. ^[10]

Σήμερα, στην κοινωνική νοσηλευτική η ατομική υγιεινή είναι συνυφασμένη και αλληλένδετη έννοια με την περιβαλλοντική υγιεινή, οι νοσηλευτές αλλά και ολόκληρη η διεπιστημονική ομάδα για την κοινωνική υγεία διεξάγουν συνεχώς νέες έρευνες παρατηρώντας την υγεία της κοινότητας και διοργανώνουν συνέδρια και ημερίδες για να της προσφέρουν ενημέρωση πάνω σε ζητήματα υγείας που την αφορούν. ^[1,8] Εξ άλλου, θέτοντας τη κοινότητα ως στόχο (π.χ. σε προγράμματα αγωγής υγείας) παράλληλα διαμορφώνεται και –επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό– η συμπεριφορά του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Όλοι οι άνθρωποι από την αρχή της γέννησης τους αποκτούν δικαιώματα και υποχρεώσεις τα οποία τους ακολουθούν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Σύμφωνα με την συνθήκη της Λισαβόνας που υπογράφηκε στις 13/12/2007 στην Ευρωπαϊκή ένωση καταπολεμώνται οι διακρίσεις και προωθούνται η συνεργασία, η αλληλεγγύη και ισότητα μεταξύ των μελών της εκάστοτε κοινωνίας ανεξαρτήτως φύλου και ηλικιακής ομάδας. ^[1]

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση του φαινομένου του γήρατος (κεφάλαιο 1.2). Οι ασθενείς που βρίσκονται στην τρίτη και στην τέταρτη ηλικία, αποτελούν μια ξεχωριστή ομάδα ασθενών με ιδιαίτερες ανάγκες για φροντίδα υγείας, όπως το ότι έχουν επιρρέπεια όχι μόνο στις σωματικές νόσους αλλά και στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών λόγω της έκπτωσης όλων των λειτουργιών. ^[12]

Η ηλικιακή ομάδα όμως στην οποία ανήκουν δεν αποτελεί κριτήριο στέρησης των δικαιωμάτων τους αλλά αντίθετα εντείνει την ανάγκη ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να τους παραχθεί ποιοτικότερη φροντίδα υγείας με σκοπό την βελτίωση της ζωής τους. Ορισμένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα στην τρίτη ηλικία είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερχοληστεραιμία, η οστεοπόρωση κ.ά.^[1] για τα οποία στα επόμενα κεφάλαια θα γίνει εκτενής αναφορά, στον ρόλο του νοσηλευτή καθώς και στο ποιές νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να διενεργηθούν σε κάθε κατηγορία ηλικιωμένων ασθενών ξεχωριστά ούτως ώστε να ληφθούν μέτρα και να μην αποβούν τελικά θανατηφόρες οι παραπάνω χρόνιες παθήσεις.

2.2 STANDARDS

Στην νοσηλεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και σε όλο το ηλικιακό φάσμα πρέπει οι νοσηλευτές να τηρούν τα κάτωθι standards (αρχές) προκειμένου να διασφαλιστεί ο ποιοτικός χαρακτήρας της νοσηλευτικής φροντίδας. Αρχικά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη πως σε όλα τα στάδια της ζωής ενός ατόμου και πόσο μάλλον στο στάδιο της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας, το δικαίωμα για ποιοτική και μακροχρόνια φροντίδα υγείας είναι αναφαίρετο. Βάση αυτού θα πρέπει να παρέχεται ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε κάθε ασθενή, που είναι μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τα δικαιώματα των ασθενών της τρίτης ηλικίας τα οποία είναι τα εξής: Αρχικά ο ηλικιωμένος ασθενής έχει δικαίωμα στην ανεξαρτησία και αυτοπροσδιορισμό στο μέγιστο βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εφικτό . Ο ίδιος ο ασθενής και μόνο αυτός θα επιλέξει αν θέλει να μείνει μαζί με κάποιον ή να απομακρύνει ένα άτομο που θεωρεί ότι του προκαλεί καταθλιπτική διάθεση.^[12] Ο νοσηλευτής χρειάζεται την συγκατάθεση του ηλικιωμένου ασθενούς πριν από κάθε νοσηλευτική του παρέμβαση, εκτός και αν ο ασθενής δεν βρίσκεται στην κατάλληλη πνευματική κατάσταση προκειμένου να έχει δικαιοπρακτική ικανότητα ή έχει εξουσιοδοτήσει κάποιον. Επίσης ο ασθενής έχει δικαίωμα στην ενημέρωση για τις πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και οποιονδήποτε ενεργειών του γίνουν, καθώς και πρόσβαση στον ιατρικό του φάκελο όταν και εφόσον το επιθυμήσει.^[1,12-13]

Τέλος πρέπει να αναφερθεί πως τα άτομα της τρίτης ηλικίας καλύπτονται νομικά έτσι ώστε να τους αναγνωρίζεται το δικαίωμα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής αλλά και ψυχολογικής ασφάλειας όπως και η κάλυψη των βιολογικών αναγκών τους. Έτσι, το ηλικιωμένο άτομο είναι προστατευμένο από κάθε μορφής κακοποίηση ή παραμέληση γιατί κάτι τέτοιο θα ήταν παράνομο και διώκεται ποινικά.^[1,12-13]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Κ.Α.Π.Η

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Τα (Κ.Α.Π.Η.) είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Πρόκειται για μια δομή φροντίδας ατόμων της τρίτης ηλικίας. Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι η παροχή υπηρεσιών για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. ^[14]

Μέλη των Κ.Α.Π.Η. εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργούν τα κέντρα, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Τα Κριτήρια ένταξης των ατόμων είναι:

- Να είναι γυναίκες και άνδρες 60 ετών και άνω και κατ' εξαίρεση και μικρότερες ηλικίες εάν είναι άτομα με ειδικά προβλήματα.
- Να είναι συνταξιούχοι.
- Σε μικρότερη ηλικία άτομα που έχουν χάσει τον ή την σύζυγο τους και χρειάζονται στήριξη.
- Νεότερα άτομα που ο σύζυγος είναι ήδη συνταξιούχος και μέλος του κέντρου, να κατοικούν στην περιοχή εκείνη στην οποία βρίσκεται το Κ.Α.Π.Η. ^[15]

3.2 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

Τα Κ.Α.Π.Η. πρωτοεμφανίστηκαν στον Ελληνικό χώρο το 1979, όταν η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και ζήτησε την συνεργασία του στην δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής Εξωϊδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που

λειτουργούσε ως τότε με τίτλο «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς» και να λειτουργήσει το πρώτο Κ.Α.Π.Η. με την ονομασία «Πρότυπο Κ.Α.Π.Η» Ν. Κόσμου.^[14]

Το πρώτο ΚΑΠΗ λειτούργησε υποδειγματικά και αποτέλεσε παράδειγμα οργάνωσης και λειτουργίας για άλλα που ακολούθησαν. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς εθελοντικές οργανώσεις, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, την ΧΕΝ (Χριστιανική Ένωση Νεανίδων), το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.^[14]

Από το 1982 τα ΚΑΠΗ περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου) των Δήμων. Στην δεύτερη αυτή φάση, ο θεσμός αναπτύσσεται και διευρύνεται σε όλη την Ελλάδα όπου τα ΚΑΠΗ φθάνουν τον αριθμό των 260 εκ των οποίων τα 80 βρίσκονται στην Αθήνα, μέσα σε αυτήν, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου.^[14]

3.3 ΠΑΡΟΧΕΣ

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: οργανωμένη ψυχαγωγία, επιμόρφωση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο περιβάλλον τους, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, βοήθεια των μελών σε δραστηριοποίηση, εντευκτήριο που προσφέρει ρόφημα κλπ. Τα Προγράμματα που αναπτύσσονται από την υπηρεσία είναι ομάδα θεάτρου, ομάδα καντίνας, ομάδα χορωδίας, ομάδα χορού, ομάδα αλληλοβοήθειας, εκδρομές, περιπάτους, επισκέψεις σε θέατρα και μουσειακούς χώρους, συνεστιάσεις, ομαδικές προληπτικές ιατρικές εξετάσεις, διαλέξεις προληπτικής ιατρικής, ψυχολογική υποστήριξη ατόμων, ομάδων και οικογένειας, φυσικοθεραπείες, εμβολιασμοί, μετρήσεις πίεσης και σακχάρου, χοληστερίνης κλπ. Το Πρόγραμμα απευθύνεται στην Τρίτη ηλικία και την Τέταρτη δηλ. 60 ετών και άνω.

Στο Κ. Α. Π. Η. λειτουργεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας, σκοπός του οποίου είναι η παραμονή των ατόμων τις τρίτης και τέταρτης ηλικίας με αναπηρίες μη επαρκώς αυτοεξυπηρετούμενων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. ^[8,15] Οι υπηρεσίες που τους παρέχει είναι οι εξής:

- § Ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
- § Διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες της τρίτης ηλικίας.
- § Κατ' οίκον παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- § Συνταγογράφηση σε συνεργασία με το γιατρό του ΚΑΠΗ.
- § Συνοδεία σε νοσοκομεία όπου κρίνεται αναγκαίο.
- § Ατομική υγιεινή.
- § Οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού, ελαφρύ γεύμα).
- § Ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, ξάπλωμα, σήκωμα από το κρεβάτι, μπάνιο, περίπατο).
- § Εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών κ.ά.).

3.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να βοηθήσει το άτομο - μέλος να μείνει ενταγμένο στην κοινότητα, ενεργό, δημιουργικό, αυτόνομο, ισότιμο, όπως μπορεί και να του εξασφαλίζει το βασικό δικαίωμα να ζει στο φυσικό του περιβάλλον, να μην ιδρυματοποιείται, να αποφεύγει την αδράνεια και την περιθωριοποίηση, φτάνει να μην υπάρχουν ανυπέρβλητα εμπόδια στο περιβάλλον του, όπως σοβαροί λόγοι υγείας κλπ.

3.5 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Το Πρόγραμμα απευθύνεται μόνο στα μοναχικά άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν μπορούν να βγουν από το σπίτι λόγω του ότι είναι άτομα με ειδικές ανάγκες και οι υπηρεσίες που προσφέρει αντιστοιχούν μόλις σε κάποιες ώρες μέσα στο 24ωρο. Κατά συνέπεια το πρόγραμμα αυτό αδυνατεί να καλύψει τους βαρέως πάσχοντες για κατ' οίκον φροντίδα όταν αυτοί την χρειάζονται επί 24ώρου βάσεως. Επίσης αδυνατεί να καλύψει και τα άτομα τα οποία μπορεί να μην διαβιώνουν μοναχικά αλλά παρ' όλα αυτά το περιβάλλον τους να μην μπορεί να τους στηρίξει όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα.

Επιπλέον κάποιες περιοχές στην Ελλάδα δεν έχουν αυτές τις δομές όπως π.χ. συμβαίνει στις ακριτικές περιοχές, οπότε τις περισσότερες φορές είναι αδύνατη η παροχή κατ' οίκον φροντίδας στα άτομα τρίτης ηλικίας που κατοικούν εκεί. Η μοναδική πραγματοποιήσιμη λύση σ' αυτήν περίπτωση είναι η τηλεβοήθεια. Τέλος άλλο ένα ζήτημα σχετικά με το πρόγραμμα τίθεται όσον αφορά το ασφαλιστικό που χρόνο με τον χρόνο τροποποιείται αφήνοντας όλο και πιο εκτεθειμένους από θέμα συνταξιοδότησης το εργατικό δυναμικό αλλά και τους ανέργους που κάποια στιγμή θα περάσουν στην τρίτη ηλικία. Ο Προβληματισμός αυτός έγκειται στο γεγονός πως το πρόγραμμα απευθύνεται μόνο σε συνταξιούχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Όπως αναφέρει ο American Nurses Association (ANA) η κατ' οίκον φροντίδα είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε υγιή άτομα, σε ασθενείς με οξείες ή χρόνιες παθήσεις και σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου.^[1] Άρα η κατ' οίκον φροντίδα απευθύνεται σε όλο το ηλικιακό φάσμα οποιαδήποτε οργανικής και ψυχολογικής κατάστασης. Ωστόσο, σε αυτή την εργασία θα αναφερθούμε μόνο στην κατ' οίκον φροντίδα της τρίτης ηλικίας.

Η κατ' οίκον φροντίδα είναι μια ξεχωριστή φιλοσοφία στον τομέα της υγείας καθώς λαμβάνει υπόψη όλους εκείνους τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν μεταβολές στην υγεία του ατόμου. Οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στην υγεία του ατόμου μπορεί να είναι: περιβαλλοντικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί αλλά και ατομικοί.^[1-5] Η κατ' οίκον φροντίδα απευθύνεται σε άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων. Ωστόσο στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά μόνο στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων ασθενών.

Σύμφωνα με τον Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας υγείας παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας ανά ώρα σε επίσκεψη ή ανά ώρα σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλευτικών παρεμβάσεων λόγω του ότι βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας νόσου.

4.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στην αρχαία Ελλάδα δινόταν έμφαση περισσότερο στην ατομική παρά στην κοινοτική υγεία. Οι αρχαίοι Έλληνες εφήρμοσαν πρακτικές κατ' οίκον φροντίδας υγείας που ακόμα μέχρι και σήμερα, θεωρούνται απαραίτητες για την

εξασφάλιση όσο το δυνατόν ενός ισορροπημένου και υγιούς βίου.^[1,10] Οι θρησκείες ανά τους αιώνες όπως π.χ. ο Χριστιανισμός συντέλεσαν τα μέγιστα για την διατήρηση της υγείας των λαών τους μέσω των δράσεών τους για κατ' οίκον φροντίδα. Αργότερα στα χρόνια του αμερικανικού αποικισμού, η κατ' οίκον φροντίδα γινόταν από τις νοικοκυρές σύμφωνα με το παράδειγμα της Ευρώπης.

Όμως τον 19^ο αιώνα κρίθηκε αναγκαία η αλλαγή αυτού του παραδοσιακού μοντέλου διότι ο πληθυσμός της Αμερικής αυξήθηκε ραγδαία. Έτσι το Βρετανικό μοντέλο φροντίδας υγείας άσκησε επιρροή στους Αμερικάνους.^[1,10] Συγκεκριμένα η Florence Nightingale, ένα όνομα ορόσημο για την ιστορία της νοσηλευτικής επιστήμης, είχε ένα όραμα το οποίο κατάφερε να το κάνει πραγματικότητα. Κατάφερε να αλλάξει την μέχρι τότε φιλοσοφία για την νοσηλευτική φροντίδα που παρεχόταν από ανειδίκευτες νοικοκυρές και έκανε την νοσηλευτική, επιστήμη. Η νοσηλευτική φροντίδα θα παρεχόταν πλέον μόνο από πτυχιούχους νοσηλευτές.^[1,10] Η Florence Nightingale εργάστηκε δίπλα τον πάστορα Fliender Theodor και στις Λουθηριανές διακόνισσες του Kaiserwerth. Από κοινού εφάρμοσαν το μοντέλο της συνοικιακής νοσηλευτικής. Η συνοικιακή νοσηλευτική αργότερα οδήγησε στην προώθηση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλεύτριες του ιδιωτικού τομέα συχνά έμεναν μαζί με τις οικογένειες τις οποίες φρόντιζαν και το κόστος ήταν υψηλό με αποτέλεσμα να μπορούν να ανταποκριθούν μόνο οι εύποροι πολίτες της εκάστοτε κοινότητας.^[1,10] Αργότερα όμως η κατ' οίκον φροντίδα διαμορφώθηκε έτσι ώστε να καλύπτει κατά το δυνατόν όλη την κοινότητα και να είναι πιο ευπρόσιτη οικονομικά. Τελικά ιδρύθηκαν δομές και σύλλογοι επισκεπτών νοσηλευτών. Οι επισκέπτες νοσηλευτές φρόντιζαν πλέον πλήθος οικογενειών την ημέρα και οι υπηρεσίες που παρείχαν ήταν αποδοτικότερες, οικονομικότερες και πιο οργανωμένες λόγω της σύστασης των πρώτων δομών τοπικής αυτοδιοίκησης.^[1,13]

4.3 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΩΣ ΜΙΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι μια ξεχωριστή εξειδίκευση της νοσηλευτικής, η οποία έχει ως επίκεντρό της την οικία του ατόμου. Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι μέρος της κοινοτικής νοσηλευτικής και συντελεί στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια αλλά και τριτοβάθμια πρόληψη της υγείας. Πρόκειται για την πεμπτουσία της κοινοτικής νοσηλευτικής. Διαφέρει ως προς την παροχή των υπηρεσιών που θα παρέχονταν σε άλλα περιβάλλοντα. Η οικογενειακή εστία είναι απαραβίαστη, χρειάζεται σεβασμός και ιδιαίτερη προσέγγιση από το νοσηλευτή, εξασφάλιση εμπιστοσύνης και διακριτικότητα.^[2]

4.4 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΟΣΜΟ

Εφόσον η κατ' οίκον φροντίδα υγείας αποτελεί μία ξεχωριστή νοσηλευτική εξειδίκευση, αυτό προϋποθέτει πως ο νοσηλευτής που την ασκεί θα πρέπει να είναι κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, με κάποιον από τους ακόλουθους τίτλους: του γενικού κατ' οίκον νοσηλευτή, του κλινικού ειδικού κατ' οίκον νοσηλευτή, του διοικητή νοσηλευτή, του κοινοτικού νοσηλευτή ή του κλινικού ειδικού στην κοινότητα. Η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος με τους προαναφερθέντες τίτλους χορηγείται από την Αμερικανική Ένωση Πιστοποίησης Νοσηλευτών.

Ο Εθνικός Οργανισμός hospice παρέχει πιστοποίηση στους νοσηλευτές. Προκειμένου να δοθεί στους νοσηλευτές αυτού του είδους η πιστοποίηση, πρέπει να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια: πτυχίο νοσηλευτικής, μεταπτυχιακό τίτλο κλινικού ειδικού της κατ' οίκον νοσηλευτικής, και γνώσεις σε ζητήματα πρόσφατης πρακτικής τους στην κατ' οίκον φροντίδα. Αυτού του είδους η πιστοποίηση κρίνεται καθημερινά ολοένα και περισσότερο αναγκαία, αφού διασφαλίζει την επάρκεια και την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδα

υγείας.^[1,3,13] Παρέχεται στον χώρο του ασθενή, και εδώ το σημαντικό είναι ότι ο ασθενής δεν απομακρύνεται από το φυσικό του περιβάλλον, με αποτέλεσμα αυτό να δρα θετικά ως προς την αυτοπεποίθηση, το αίσθημα ασφάλειας και τη δυνατότητα αυτοφροντίδας του. Άλλωστε τα περισσότερα άτομα της τρίτης ηλικίας προτιμούν να παραμένουν στο σπίτι τους, ακόμα και αν εμφανίσουν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω της κατ' οίκον φροντίδας υγείας εξατομικεύονται κάθε φορά, ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του εκάστοτε ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να λειτουργεί ως παρατηρητής, κατανοώντας το πολιτισμικό, οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο, αλλά και τις αντιλήψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του.^[1] Έτσι, ο νοσηλευτής συγκεντρώνοντας στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας μπορεί να προβεί στον νοσηλευτικό σχεδιασμό του και να πραγματοποιήσει τις νοσηλευτικές του παρεμβάσεις, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα εμφανίσει κάθε ασθενής με αποτελεσματικότερο και αποδοτικότερο τρόπο.^[1,13]

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα προαναφερθέντα αναφέρονται στο σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Στην Ελλάδα η κατ' οίκον φροντίδα υγείας, αν και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες οργάνωσης και οριστικοποίησής της, βρίσκεται μέχρι και σήμερα σε πρώιμο στάδιο, προσφέροντας κατ' οίκον φροντίδα υγείας μόνο μέσω των Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων τους, όπως για παράδειγμα μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Παρ' όλα αυτά, ακόμα και μέσω αυτών των προγραμμάτων, δεν υπάρχει 24ωρη κατ' οίκον φροντίδα, σύμφωνα με τα πρότυπα των ΗΠΑ και των ανεπτυγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.^[1]

Στη νομοθεσία της Ελλάδας παρατηρούμε ότι οι απαρχές νομοθετικού πλαισίου για την κατ' οίκον φροντίδα υγείας ξεκίνησαν με τον νόμο 2071 / 1992. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν, στο άρθρο 28, προβλέπεται καθιέρωση του συστήματος της κατ' οίκον νοσηλείας. Ο νόμος αυτός αποτελεί μεταρρυθμιστικό ορόσημο στην ιστορία της νοσηλευτικής επιστήμης στην

Ελλάδα. Εδραιώνει τη λειτουργία του θεσμού, τον χρόνο έναρξης, τους όρους, τις προϋποθέσεις και οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με τη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας.^[16] Επιπλέον, ο ίδιος νόμος στο επόμενο άρθρο του (άρθρο 29), αναφέρει πως για την εφαρμογή αυτού του προγράμματος είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών και νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας και λοιπού επιστημονικού προσωπικού, ανάλογα με τις ανάγκες.^[16] Αργότερα ακολούθησε ο νόμος 2519/1997, ο οποίος πρόσθεσε λίγα πράγματα ακόμα, σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία και όσον αφορά τις κατηγορίες ασθενών και παθήσεων, στις οποίες εφαρμόζεται. ^[16] Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον νόμο 1397 / 1983, προβλέπεται η παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών νοσηλευτικών ή ειδικών σχετιζομένων με τη φροντίδα της ψυχικής υγείας.^[16]

Ακόμα και σήμερα, δεν υπάρχουν ειδικές διατάξεις που να καθορίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών που εμπλέκονται στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Ενώ, σε άλλες χώρες, έχουν αναγνωριστεί δικαιώματα για τα άτομα που νοσηλεύονται κατ' οίκον. Ενδεικτικά, πρέπει να αναφέρουμε τον Εθνικό Οργανισμό κατ' οίκον νοσηλείας και παρηγορητικής φροντίδας των ΗΠΑ (National Association of Homecare and Hospice).^[1-5] Όσον αφορά στα ζητήματα πληρωμής των νοσηλευτών της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, το θέμα είναι πολύ σύνθετο, καθώς πριν από τη συμμετοχή της κυβέρνησης, η κατ' οίκον φροντίδα υγείας αποπληρωνόταν από τους ίδιους τους ασθενείς.

Με τη συνταξιοδότηση, το ιατροφαρμακευτικό και υγειονομικό σύστημα, ο ασθενής θα πληρώσει ένα προκαθορισμένο χρηματικό ποσό. Αναφορικά με τα δικαιώματα του νοσηλευτή, αξίζει να σημειωθεί ότι η σύμβαση είναι πολύ σημαντική αλλά και προαπαιτούμενη για τη διασφάλιση της καλής συνεργασίας νοσηλευτή – ασθενή. ^[7-8,13,17]

4.5 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζεται από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διατροφολόγους, φυσιοθεραπευτές και άλλους επιστήμονες υγείας, είναι πολύ σημαντική για να προσφερθεί μια ολιστική κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Η χρήση της καθορίζεται και ορίζεται από τους εκάστοτε επικυρωμένους οργανισμούς, όπως είναι ο Hospice.

Εδώ ο νοσηλευτής αποτελεί τη γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στο διεπιστημονικό προσωπικό υγείας, στον ασθενή και την οικογένειά του. Είναι ο συντονιστής του θεραπευτικού πλάνου.^[1-5,13] Τα προαναφερθέντα ισχύουν σε χώρες της Ε.Ε., όπως είναι η Γαλλία, από την οποία ξεκίνησε η κατ' οίκον φροντίδα υγείας το 1961, στην Αμερική και στον Καναδά. Στο Ισραήλ όμως, συντονιστής του θεραπευτικού πλάνου είναι ο ιατρός.^[1]

4.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας, όπως προαναφέραμε, έχει ίσως τον κομβικότερο ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας υγείας. Ο νοσηλευτής είναι ο αρμόδιος για την οργάνωση και την εφαρμογή υψηλού επιπέδου φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, ο ρόλος του κατ' οίκον νοσηλευτή είναι να αξιολογεί τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους. Εκεί ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει υπόψη του πως κάθε ασθενής λειτουργεί ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Επίσης θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση όσον αφορά την οικογενειακή δομή, το φυσικό οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και να παρατηρούνται προσεκτικά συμπεριφορές στο περιβάλλον του σπιτιού ή να ανιχνεύονται τυχόν εμπόδια και δυνατότητες. Θα πρέπει έτσι ο νοσηλευτής να δρα υποστηρικτικά και βοηθητικά για την οικογένεια, κατευθύνοντας τα άτομα να συμμετέχουν στην κατ' οίκον φροντίδα/αυτοφροντίδα.^[1,4,13]

Ειδικότερα, θα πρέπει να διαμορφώσει το περιβάλλον του σπιτιού προσαρμόζοντάς το στις νέες ανάγκες του ασθενούς, όπως για παράδειγμα, να χρησιμοποιήσει την τοποθέτηση υποστηριγμάτων στο μπάνιο, στην τουαλέτα, στους διαδρόμους, ούτως ώστε να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον για ένα άτομο της τρίτης ηλικίας.^[11-13] Επιπλέον, θα πρέπει να ενθαρρύνει και να παροτρύνει τον ασθενή του ώστε να διαμορφώσουν από κοινού ένα πρόγραμμα, οριοθετώντας στόχους και σκοπούς μετρήσιμους και πραγματοποιήσιμους.

Σε αυτήν την προσπάθεια είναι αναγκαίο ο νοσηλευτής να ενισχύσει την ικανότητα του ασθενούς ώστε να μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις ανάγκες του και τα όριά του. Στη συνέχεια, ορισμένες από τις παρεμβάσεις που κάνει ο νοσηλευτής, είναι ο μηχανικός αερισμός, η παρεντερική και διεντερική σίτιση, η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και αντιθρομβωτικών, οι παρακεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων απ' όλες τις οδούς, και άλλες νοσηλευτικές ενέργειες όπως αυτές ορίζονται από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.^[1,13]

Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργάζεται με το υπόλοιπο διεπιστημονικό προσωπικό, προκειμένου να επιτευχθεί το πλάνο φροντίδας υγείας. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να επιτύχει την καλύτερη -όσο το δυνατόν- αυτοφροντίδα – ανεξαρτησία του ασθενούς.^[1-7]

4.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προκειμένου να αποφευχθούν τα φαινόμενα της ασυλοποίησης, του ιδρυματισμού και πολλές φορές κατάθλιψης καθίσταται επιτακτική η ανάγκη προστασίας και παραμονής της τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο, μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων. Έτσι λοιπόν, δημιουργείται χαλαρό περιβάλλον και εξατομικευμένη φροντίδα. Επιπλέον, διευκολύνονται οι πελάτες και δεν χρειάζεται να διανύουν μεγάλες αποστάσεις για να εξυπηρετηθούν, ιδιαίτερα αν

μένουν σε κάποια αγροτική περιοχή. Επίσης, από τη μεριά των νοσηλευτών είναι πολύ καλή επαγγελματική επιλογή διότι τους δίνεται η ευκαιρία να ρυθμίζουν τους πελάτες και να ορίζουν χρονοδιάγραμμα όπως και να έχουν ευέλικτο πρόγραμμα/ωράριο ανάλογα πάντα με τις ανάγκες του ασθενή.^[1-8,13]

Όσον αφορά το κράτος και τα νοσοκομεία, εφαρμόζοντας την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα, μειώνεται ο αριθμός των εισαγωγών και δεν καλύπτονται κλίνες από τόσους ηλικιωμένους.^[1] Ταυτόχρονα, μειώνεται το κόστος των αναλώσιμων, των υλικών, καθώς και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων ο οποίος τον οδηγεί πολύ συχνά σε εργασιακή εξουθένωση (burn out).^[18,19]

4.8 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Παρόλο που υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους θα ήταν καλό να εφαρμοστεί η κατ' οίκον φροντίδα υγείας στην καθημερινότητα, υπάρχουν κάποιοι ανασταλτικοί παράγοντες στην υλοποίησή της. Καταρχήν όλη η προετοιμασία για την επίσκεψη είναι αρκετά δαπανηρή, όπως και το ταξίδι προς και από το σπίτι, αλλά και για την μετεπίσκεψη. Τέλος, η σπατάλη χρόνου είναι επίσης ένας αποτρεπτικός παράγοντας, αφού τα δρομολόγια προς και από τα σπίτια πολύ πιθανόν να είναι ιδιαίτερα μακρινά.^[1]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΟΥΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η κατ' οίκον φροντίδα είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, προκειμένου να είναι αποτελεσματική και λιγότερο χρονοβόρα οι νοσηλευτές από φοιτητές μαθαίνουν να χρησιμοποιούν το σύστημα Omaha.^[1,20] Το σύστημα Omaha αποτελεί τον δείκτη του νοσηλευτή για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα ακολουθήσει και διασφαλίζει την παροχή ολιστικής φροντίδας του ασθενούς. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα θεωρητικό σύστημα καταγραφής, ταξινόμησης αναγκών, νοσηλευτικής διάγνωσης, νοσηλευτικών παρεμβάσεων και αξιολόγησης. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί η σπουδαιότητα της ιεράρχησης των αναγκών του ασθενή ^[1,21]:

- ✓ Σωματικές/σχετιζόμενες με συμπτώματα.
- ✓ Ψυχολογικές/ Συναισθηματικές.
- ✓ Κοινωνικές.
- ✓ Οικονομικές.
- ✓ Θρησκευτικές/Πνευματικότητας.
- ✓ Πληροφόρησης/ Επικοινωνίας.
- ✓ Πρακτικές / καθημερινότητας.

Βέβαια, σύμφωνα με τον σπουδαίο ψυχολόγο Maslow και δημιουργό της πυραμίδας ανθρώπινων αναγκών, υπάρχει μια φυσική σειρά με την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται καθεμιά από αυτές τις ανάγκες και, επομένως υποκινούνται από αυτές σε αύξουσα σειρά. Στη βάση της πυραμίδας γίνεται

λόγος για τις βασικές (βιολογικές) ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιβίωση του ατόμου.

Στην συνέχεια αναφέρει την ανάγκη την ασφάλειας και την αποφυγή του ανθρώπου από οτιδήποτε είναι ικανό να τον βλάψει. Το επόμενο επίπεδο είναι η ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα, δηλαδή η φυσιολογική ανθρώπινη επιθυμία να γίνεται αποδεκτό και να εκτιμάται από άλλους. Στο τέταρτο επίπεδο υπάρχει η ανάγκη της αυτοεκτίμησης, και τέλος το στάδιο της αυτολοκλήρωσης το οποίο εκφράζει την πνευματική πληρότητα του ανθρώπου, της προσωπικής εξέλιξης και ικανοποίησής του.^[22] Σε κάθε κατηγορία ασθενών που θα συναντήσουμε στα παρακάτω κεφάλαια θα υπάρχει και η νοσηλευτική της διεργασία που θα υποδεικνύει τον ρόλο του νοσηλευτή στην κάθε περίπτωση-κατηγορία θέτοντας στόχους.

5.1 ΓΕΝΙΚΑ Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η γήρανση είναι ένα φαινόμενο στο οποίο το άτομο παρουσιάζει βαθμιαία εξασθένηση όλων των συστημάτων του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της κλινικής εικόνας του με συνέπεια το άτομο να παρουσιάζει διάφορα νοσήματα. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι 4 στους 10 ηλικιωμένους, άνω των 65 ετών, χρήζουν κατ' οίκον φροντίδας υγείας.^[6,9-10] Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, ο πληθυσμός των ατόμων μεταξύ 65 ετών και άνω δείχνει σταθερή άνοδο έως και το ποσοστό της τάξεως του 18,2%, έως το 2013. Οι χώρες της Ε.Ε. που εμφανίζουν τα περισσότερα ποσοστά ηλικιωμένων σε σχέση με τον συνολικό τους πληθυσμό, είναι: στην πρώτη θέση η Ιταλία (21,2%), στη δεύτερη θέση η Γερμανία (20,7%) και στην τρίτη θέση η Ελλάδα (20,1%) για τη χρονιά 2013.^[1]

5.2 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι μια προοδευτική εκφυλιστική νόσος των κυττάρων του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να εξασθενεί η μνήμη και το άτομο να εμφανίζει διαταραχές σε σκέψη και συμπεριφορά.^[23] Επιπλέον, παρατηρείται συχνά δυσκολία στη σίτιση (δυσφαγία) οπότε χρειάζεται προσοχή και παρακολούθηση στη θρέψη και ενυδάτωση του ασθενή.^[24] Δεν αποκλείεται επίσης, ένας ανοιακός ασθενής να εμφανίσει και διαταραχές ύπνου (π.χ. αϋπνία). Σε αυτή τη περίπτωση, δεν αρκείται ο νοσηλευτής μόνο στη χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού αλλά επισπεύδει με διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις να δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή ώστε να κοιμηθεί επαρκώς (π.χ. τέντωμα κλινοσκεπασμάτων, ελαφρύ σνακ πριν τη κατάκλιση, ήσυχο περιβάλλον δωματίου, αποφυγή έντονων χρωμάτων/ερεθισμάτων κ.α.)^[26]

Η άνοια Alzheimer αποτελεί έναν από τους τύπους άνοιας. Αξίζει να αναφερθεί ότι παγκοσμίως διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο 4,6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις άνοιας. Τα συμπτώματα της άνοιας ξεκινούν από την ηλικία των 60 ετών. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι σε ηλικία 80 ετών το ποσοστό που εμφανίζει άνοια ξεπερνά το 40% του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας.^[23] Το κόστος της άνοιας ξεπερνά τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια όσον αφορά στο αμερικανικό σύστημα υγείας. Είναι η τρίτη κατά σειρά πιο δαπανηρή νόσος μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο.^[23]

Υπάρχουν κάποια μέτρα που μπορούν να ληφθούν προκειμένου να μειωθεί κατά έναν σημαντικό βαθμό η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου όπως ασκήσεις μνήμης, σταυρόλεξα κ.ά. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα, η φυσική άσκηση βοηθάει την καθυστέρηση σοβαρών συμπτωμάτων στα άτομα που πάσχουν από άνοια.^[25] Ο καλύτερος χώρος για τη φροντίδα των ασθενών αυτών είναι το σπίτι τους.

Βήμα 1^ο	Βήμα 2^ο	Βήμα 3^ο	Βήμα 4^ο	Βήμα 5^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΚΟΠΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Διαταραχή επίγνωσης των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων	1. Το άτομο εμφανίζει ανεπάρκεια στις ικανότητες και στις δυνατότητες.	1. Ενημέρωση, διδασκαλία, επεξήγηση και κατεύθυνση του ασθενούς	1. Ενίσχυση και διασφάλιση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων του ασθενούς	Να επιτευχθούν οι σκοποί και να αξιολογηθεί ο ασθενής και η οικογένειά του
2. Μεταβολή της γνωστικής λειτουργίας	2. Μεταβάλλονται οι γνωστικές του λειτουργίες, πιθανόν λόγω Alzheimer (το άτομο εμφανίζει μειωμένη	2. Τεστ γνωστικών λειτουργιών (πχ. τεστ για Alzheimer)	2. Επίγνωση του νοσηλευτή για τις γνωστικές λειτουργίες και επιβράδυνση της άνοιας	

	μνήμη και κατάθλιψη)			
3.Διαταραχές κινητικότητας	3.Παρουσιάζει ακράτεια	3.Μέτρα πρόληψης ακράτειας	3.Αυτονομία – άνεση του ασθενούς	
4.Διαταραχές οικογενειακών σχέσεων και κοινωνική απομόνωση	4.Το άτομο απομονώνεται και εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά	4.Ο νοσηλευτής δρα ως γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου, θέτει δραστηριότητες με σκοπό την ένταξη του ασθενούς στο κοινωνικό γίνεσθαι	4.Διασφάλιση εύρυθμων σχέσεων συνεργασίας, αλληλοϋποστήριξης και συνεκτικότητας της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος με τον ασθενή	
5.Έλλειμμα αυτοφροντίδας	5.Παρουσιάζει εικόνα ατημέλητη	5.Διδασκαλία για αυτοφροντίδα και πρακτική	5.Ενίσχυση της αυτοφροντίδας του	

		από νοσηλευτή (πχ. μπάνιο)	ασθενούς	
6.Διαταραχή ύπνου	6.Παρουσιάζει αϋπνία	6. Άρση των ψυχολογικών αιτιών που επηρεάζουν τον ύπνο του ασθενούς	6.Σωστές ώρες ύπνου	
7.Διαταραχή ούρησης, κένωσης και ισοζυγίου υγρών	7.Παρουσιάζει επίσχεση ούρων, διάρροια ή δυσκοιλιότητα και διαταραχές του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	7.Ενημέρωση του ασθενούς για τη διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει, καθημερινό ζύγισμα και μέτρηση ισοζυγίου υγρών	7.Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p><u>1^ο στάδιο:</u> Ο ασθενής εμφανίζεται σωματικά υγιής και σε εγρήγορση. Εμφανίζει όμως διαταραχές νοητικών λειτουργιών (πχ. επανάληψη λέξεων, λέξεις ή προτάσεις χωρίς νόημα, δυσκολία εύρεσης κατάλληλης λέξης, μειωμένο λεξιλόγιο, μειωμένη</p>	<p>1.Υπάρχει δυνατότητα συνεννόησης με τον ασθενή</p>	<p>Αξιολόγηση του ασθενούς και της οικογένειάς του με έλεγχο ζωτικών λειτουργιών, βάρους, διατροφής, ενυδάτωσης, δέρματος, ύπνου, υγιεινής, νευρολογικών αλλαγών του επιπέδου συνείδησης και της μνήμης</p>	<p>Η θεραπεία είναι υποστηρικτική και συμπτωματική. Στόχος της είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η πρόληψη των επιπλοκών και η καθυστέρηση της επιδείνωσης της νόσου</p>	<p>Αξιολόγηση του ελλείμματος γνώσεων από το στάδιο της διάγνωσης μέχρι και το τελικό στάδιο της νόσου για θέματα κληρονομικότητας, οικονομικά, κοινωνικών δομών υποστήριξης, αλλά και θεραπείας που ακολουθήθηκε</p>

ικανότητα επίλυσης προβλημάτων)				
<u>2^ο στάδιο:</u> Εμφανίζει διαταραχές μνήμης, αίσθημα απώλειας του χρόνου, διαταραχές στον ύπνο, διέγερση και στρες, περιπλάνηση, απρεπή σεξουαλική συμπεριφορά, αδυναμία εκτέλεσης απλών λειτουργιών, όπως υγιεινή και διατροφή	2.Η επικοινωνία με τον ασθενή δυσχεραίνεται, ο ασθενής εμφανίζει αισθητή έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, υπάρχει κίνδυνος για πτώση, εξαφάνιση, κακή θρέψη ή και τραυματισμό του			
<u>3^ο στάδιο:</u> Αύξηση της	3.Παρατηρούνται πνευμονία,			

εξάρτησης του ασθενούς από τους άλλους, αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, αδυναμία ελέγχου των σφιγκτήρων	αφυδάτωση, κακή διατροφή, πτώσεις, κατάθλιψη, παραληρηματικές ιδέες, παρανοϊκές αντιδράσεις και γενικώς ψυχώσεις			
---	--	--	--	--

5.3 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο καρκίνος είναι πολυπαραγοντική ασθένεια. Στην Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί πως το 13% των συνολικών θανάτων για το έτος 2005 οφείλεται στη νόσο αυτή. Σήμερα υπάρχει η τάση για ανάπτυξη εξωνοσοκομειακής φροντίδας όσον αφορά στους καρκινοπαθείς και ο λόγος εστιάζεται στη μείωση του κόστους και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας.

Στην κατ' οίκον φροντίδα των καρκινοπαθών, όπως και των υπολοίπων ασθενών, δίνεται έμφαση στο σπίτι – οικογένεια του ασθενούς και από αυτό συνεπάγεται η προσφορά της κατ' οίκον φροντίδας στην ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του (πχ. ψυχοθεραπευτική παρέμβαση). Ο νοσηλευτής έχει ως γνώμονα πάντα τις ανάγκες του ασθενούς

και της οικογένειάς του, ώστε να καθορίζει το πλάνο φροντίδας και αξιολόγησης που θα πραγματοποιηθεί.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι ποσοστό 60-90% του συνολικού πληθυσμού των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν πόνο. Ενώ περίπου 25% αυτών των ασθενών πεθαίνουν με πόνο. Ο νοσηλευτής πάνω από όλα στις θεραπευτικές του παρεμβάσεις πρέπει να λάβει υπόψη του τις διαστάσεις του πόνου και να δώσει έμφαση στην ανακουφιστική φροντίδα αυτού του ασθενούς. Δύο μεγάλα ογκολογικά νοσοκομεία της πρωτεύουσας, το «Μεταξά» και οι «Άγιοι Ανάργυροι» έχουν προσπαθήσει και συνεχίζουν την προσπάθεια να προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία σε ογκολογικούς ασθενείς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΞΙΟΝΟΜΗΣΗ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Δικανότητα να λειτουργεί ανεξάρτητα όσον αφορά στην αυτοφροντίδα του	1.Το άτομο ίσως εμφανίσει ανάλογα με τις μεταστάσεις δυσκολία στην αυτοφροντίδα	1.Φυσική – Σωματική φροντίδα των ασθενών από τον νοσηλευτή με προσωπική υγιεινή, μπάνιο,	1.Το άτομο να δείχνει φροντισμένο	<u>1.Του ασθενούς</u> Σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική, γνωστική, λειτουργική

<p>Γνωστική ειτουργική επιχειρησιακή Κατανόηση της όσου και της εραπείας και ρόποι διαχείρισής ης</p>	<p>2.Επηρεάζεται η γνωστική του λειτουργικότητα από τις μεταστάσεις (π.χ. εγκεφαλικές). Ο ασθενής πιθανόν να εμφανίζει κατάθλιψη και έλλειψη ενδιαφέροντος</p> <p>3.Ο ασθενής εμφανίζει ανησυχία και άγχος για την πορεία της νόσου και των αλλαγών που αυτές έχουν επιφέρει</p>	<p>τουαλέτα, μετακίνηση, περιποίηση τραυμάτων (τραχειοστομία, κολοστομία κλπ.)</p> <p>2.Πνευματική υποστήριξη από τον νοσηλευτή, αντιμέτωπιση της αβεβαιότητας που σχετίζεται με τη φθορά λόγω της ασθένειας και των αλλαγών του σώματος (π.χ. αλωπεκία)</p> <p>3.Τρόποι διαχείρισης των συμπτωμάτων και ενημέρωση του ασθενούς για τα πιθανά προβλήματα που θα ακολουθήσουν λαμβάνοντας υπόψη σημαντικές</p>	<p>2.Πνευματική και ψυχολογική υποστήριξη, τόνωση αυτοπεποίθησης του ασθενή</p> <p>3.Διαχείριση των συμπτωμάτων και ένταξη των αλλαγών στην καθημερινότητα</p>	<p>επίδραση</p> <p>2.Της <u>οικογένειάς του</u> Φόβος επικείμενου θανάτου και τροποποίηση ρόλων</p>
---	--	---	--	---

		μεταβλητές, όπως η κουλτούρα, η θρησκεία κλπ. επαναπροσδιορίζονται τα θεραπευτικά όρια και αποφεύγοντας τις αντιφάσεις		
.Σχέσεις με τους άλλους	4.Αποξενώνεται	4.Ο νοσηλευτής γίνεται συνδετικός κρίκος ασθενούς-οικογένειας και εντάσσει εκ νέου το άτομο στους κοινωνικούς του ρόλους	4.Κοινωνικοποίηση του ασθενούς, εύρεση υποστηρικτικού πλαισίου και διατήρηση των κοινωνικών ρόλων κατά το δυνατόν	
.Σωστή θρέψη-νεση του ασθενούς	5.Υποσιτίζεται και εμφανίζει διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	5.Διατροφική υποστήριξη	5.Επαρκής θρέψη, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	

.Ανακουφιστική φροντίδα	6.Αναφέρει άλγος	6.Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρικές εντολές	6.Ανακούφιση- αντιμετώπιση του άλγους	
-------------------------	------------------	--	---------------------------------------	--

5.4 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Αναμφίβολα, οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους (π.χ. Καρκινοπαθείς τελικού σταδίου) χρήζουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα και ιδιαίτερα παρηγορητική. Έρευνες επαληθεύουν τη σπουδαιότητα και τη χρησιμότητα της κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας σε αυτά τα άτομα, επιτρέποντάς τους έναν πιο φυσιολογικό, ειρηνικό και ήρεμο θάνατο στο οικείο περιβάλλον τους.^[28-30] Ιδιαίτερη βαρύτητα χρειάζεται να δοθεί στην ανακούφιση από τον πόνο και όλων των ενοχλητικών συμπτωμάτων του αρρώστου.(π.χ. Χορήγηση ισχυρών αναλγητικών, αλλά και φαρμάκων έκτακτης ανάγκης για ανάνηψη όπως στεροειδή και ινóτροπα.)^[31] Ταυτόχρονα, η συμβουλευτική και η ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του κρίνονται αναγκαία. Ακόμα, εκτός από την συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας, πολύ σημαντική είναι και η συμμετοχή των συγγενών

του ασθενούς, αφού του εξασφαλίζει αισθήματα οικειότητας, ασφάλειας και ζεστασιάς αυτές τις κρίσιμες ώρες της ζωής του. ^[30]

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ύψιστη	Παρατηρήσεις	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Σκοπός	
Ανάγκη ολιστικής αντιμετώπισης του πόνου	1. Άλγος και έλλειμμα στην αυτοφροντίδα	1. Χορήγηση οπιοειδών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες	1. Ανακούφιση από πόνο	1. Αξιολόγηση ασθενούς για την ολιστική αντιμετώπιση του πόνου
Ανάγκη επαρκούς θρέψης	2. Αδυναμία λήψης υγρών και φυτικών ινών λόγω του περισταλισμού που προκαλούν	2. Διατροφή, ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, και διαχείριση συμπτωμάτων	2. Αποκατάσταση της θρέψης και του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	2. την επαρκή θρέψη,

.Ανάγκη για ρτια λειτουργία ντέρου και ύστης	3.Εμφάνιση δυσκοιλιότητας λόγω λήψης οπιοειδών ή εμφάνιση διάρροιας	3.Θα χορηγηθεί ατροπίνη, λοπεραμίδη, οκρεοτίδη	3.Αποκατάστασ η της λειτουργίας του εντέρου και της κύστης	3.τη φυσιολογική λειτουργία εντέρου και κύστης
.Ανάγκη για ρροντίδα του έρματος	4.Κατακλύσεις, καρκινικές εξελικώσεις, διαβητικό πόδι, μετεγχειρητική τομή, αρτηριακά και φλεβικά έλκη	4.Φροντίδα του δέρματος περιποίηση κατακλίσεων	4.Πρόληψη κατακλίσεων ή αποκατάστασή τους και αποκατάσταση τραυμάτων	4.Αξιολόγηση του δέρματος
.Ανάγκη για υυχολογική ποστήριξη	5.Φόβος της οδύνης, του ψυχοσυναισθηματικού πόνου, που μπορεί να προκαλέσει η ιδέα του θανάτου	5.Ψυχολογική υποστήριξη	5.Ψυχολογική υποστήριξη	5.Αξιολόγηση του ασθενούς και της οικογένειας σχετικά με το άγχος του και τον φόβο του θανάτου
.Τάση για ναυτία έμετο	6.Τάση για ναυτία ή έμετο	6.Χορήγηση primperan ή άλλων	6.Αντιμετώπιση ναυτίας ή	6.Αξιολόγηση

		αντιεμετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	εμέτου	συμπτωμάτων ναυτίας, εμέτου
--	--	--	--------	--------------------------------

5.5 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι η αδυναμία της καρδιάς να διατηρήσει την επαρκή καρδιακή παροχή για τις μεταβολικές ανάγκες του σώματος εντός φυσιολογικών συνθηκών. Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Συγκεκριμένα, η καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα πολυδάπανο πρόβλημα. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2% των συνολικών δαπανών στα νοσοκομεία προέρχεται από αυτό το πρόβλημα. Όσον αφορά στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας των καρδιοπαθών, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η αξιολόγηση και η καταγραφή κάθε ασυνήθιστου σημείου που οφείλεται σε αυτήν (όπως π.χ. αναπνευστικά προβλήματα, θεραπευτική αγωγή, δίαιτες, αλλά και καταγραφή ζωτικών σημείων).

Σε αυτήν την προσπάθεια η εκπαίδευση των ασθενών διαδραματίζει τον σπουδαιότερο ρόλο για τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν. Χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται από πρόσφατη μελέτη του 2009 των Welstand et al., αναφέρεται ότι τα κύρια ενδιαφέροντα της ομάδας αυτών των ασθενών ήταν η

φαρμακοθεραπεία, η παθοφυσιολογία της νόσου και οι παράγοντες κινδύνου. Σε τέτοιους ασθενείς, αξίζει να σημειωθεί ότι θα δρούσε ευεργετικά η παροχή ενός καθαρού ξηρού περιβάλλοντος, διότι θα διευκόλυνε την αναπνοή τους. Σε αντίθεση με ένα περιβάλλον που θα ήταν επιβαρυνόμενο από καπνό. Σε τέτοιους ασθενείς απαγορεύεται το κάπνισμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Η	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ				
1.Έλλειμα γνώσεων σχετικά με τη νόσο	1.Έλλειμα γνώσεων για τους παράγοντες κινδύνου, τη φαρμακευτική αγωγή, τη χρήση εξοπλισμού κατ' οίκον (μάσκα οξυγόνου), τη δραστηριότητα και τις παροχές που μπορεί να έχει από την κοινότητα	1.Ενημέρωση ασθενούς	1.Κάλυψη ελλειμματικών γνώσεων σχετικά με τη νόσο	Ο βαθμός κάλυψης των προαναφερθέντων σκοπών. Αξιολόγηση ασθενούς και οικογένειας.

<p>2.Ανάγκη για αυτοφροντίδα</p>	<p>2.Ο ασθενής παρουσιάζει έλλειμμα στην αυτοφροντίδα (διατροφή, τουαλέτα, μπάνιο κλπ.)</p>	<p>2.Βοήθεια στην αυτοφροντίδα</p>	<p>2.Κάλυψη αυτοφροντίδας ασθενών</p>	
<p>3.Ανάγκη για σωστή θρέψη</p>	<p>3.Διαταραχές στη θρέψη, αναποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του σώματος, διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p>	<p>3.Παρέμβαση για διατήρηση της θρέψης και του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών (π.χ. χορήγηση καλίου, αν αυτή χρειάζεται), πλάνο διατροφής και καθημερινό ζύγισμα</p>	<p>3.Επαρκής θρέψη και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p>	
<p>4.Ανάγκη για ύπνο</p>	<p>4.Διαταραχές του ύπνου</p> <p>5.Άγχος, ανησυχία, μη</p>	<p>4.Χορήγηση υπνωτικών, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές</p> <p>5.Πνευματική και</p>	<p>4.Διασφάλιση επαρκούς ύπνου</p>	

5.Ανάγκη για πνευματική και ψυχολογική υποστήριξη και αποβολής άγχους	λειτουργικός ασθενής, σύγχυση, κοινωνική απόσυρση	σε	ψυχολογική υποστήριξη	5.Εξασφάλιση πνευματικής και ψυχολογικής υποστήριξης- αυτοεκτίμησης του ασθενούς
---	---	----	-----------------------	--

5.6 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η κάλυψη των ολιστικών αναγκών των ψυχιατρικών ασθενών και των φροντιστών τους, απαιτεί την συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών και κοινωνικών φορέων. Συγκεκριμένα γίνεται λόγος για τους ασθενείς που θα λάβουν, ή έχουν λάβει εξιτήριο από ψυχιατρικά νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα.^[12,34-35] Οι νοσηλευτές καλούνται να διασφαλίσουν ταχεία και εύκολη πρόσβαση σε ένα πλαίσιο θεραπευτικών παρεμβάσεων, να ενημερώνουν τον ασθενή καθ' όλη τη πορεία της ασθένειας και της θεραπείας του, καθώς και να τον ενθαρρύνει να συμμετέχει στη φροντίδα του, σχεδιάζοντάς την από κοινού.^[34-35] Δεδομένου ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν κατηγορία ασθενών υψηλού κινδύνου (ιδιαίτερα αυτοκτονίας),^[12,36-37] πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να προλαμβάνουν και να αξιολογούν τον εκάστοτε κίνδυνο.(π.χ. χρήση Κλίμακας Κατάθλιψης HAMILTON.)^[38] Έτσι λοιπόν, η διαχείριση του κινδύνου και η ασφάλεια του ασθενή όπως και του

περιβάλλοντος του πρέπει να αποτελεί έμμεσο ή άμεσο στόχο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.^[12,36-37]

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΨΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ · Ανάγκη κοινωνικοποίησης · Σε περίπτωση κατάθλιψης(το ποσοστό πιθανόν να εμφανίζει θλίψη, κατάθλιψη, απόσυρση από τις δραστηριότητες, αδυναμία ευχαρίστησης, αισθήματα αναξιότητας, υπαίτιους φόβους, ψυχολογικά δυσαισθήματα, δυσκολία σκέψης, συγκέντρωση,	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ 1.Κοινωνική απομόνωση, απόσυρση και απώλεια ενδιαφέροντος 2.αυτοκτονικές σκέψεις, απώλεια ενδιαφέροντος, διαταραχές ύπνου, κόπωση, ανησυχία, διαταραχές της θρέψης, αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, αισθήματα θυμού 3.έλλειψη	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 1.Κοινωνικοποίηση ασθενούς 2.Έλεγχος και διαχείριση ασθενούς με αυτοκτονικούς ιδεασμούς, προσοχή για την ασφάλειά του, ενημέρωση όσον αφορά τη νόσο, τα φάρμακα ως προς τον τρόπο διαχείρισης τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους, αντιμετώπιση της θλίψης, κοινοτικές	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΚΟΠΟΣ 1.πρόληψη αυτοκτονίας 2.ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη νόσο 3.πρόληψη κρουσμάτων επιθετικότητας ίδιου και περιβάλλοντος, εξασφάλιση λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας του ασθενούς	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ο νοσηλευτής μέσω των κάτωθι αξιολογεί τον ασθενή και την οικογένεια: επικοινωνία ανάμεσα στην οικογένεια, οικονομικά θέματα που επηρεάζουν τη φροντίδα, συγκρούσεις, προσδοκίες, αντιλήψεις για την ασθένεια, διαδικασίες επίλυσης

<p>ήψης αποφάσεων, κέψεις αυτοκτονίας και ανάτου, ιαταραχές ύπνου, όπωση, νασχόληση με ην υγεία, αράπινα, λλαγές στη όρεξη αι στο βάρος, πώλεια νδιαφέροντος για εξουαλική παφή) .Σε περίπτωση ιχιζοφρένειας παραισθήσεις, ευδαισθήσεις που ηρεάζουν τη κέψη, την ντίληψη και τη ειτουργικότητά ου, ενδεχομένως α επηρεάζουν και ην αυτοφροντίδα) πό αυτό υνεπάγεται ότι το</p>	<p>συνεργασίας στη θεραπευτική αγωγή, καχυποψία, επιθετικότητα, μη αποδοχή των εσφαλμένων πράξεών του,εριστικότητα</p>	<p>πηγές βοήθειας και βοήθεια στην αυτοφροντίδα 3.πληροφόρηση ασθενούς σχετικά με τη νόσο, τη δράση των φαρμάκων, τις παρενέργειές τους, αλληλεπίδραση φαρμάκων και αλκοόλ, ενημέρωση οικογένειας, ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή, σεξουαλικότητα, ασφάλεια, βασικά μέτρα προαγωγής της υγείας, βοήθεια στην αυτοφροντίδα</p>		<p>προβλημάτων, διαχείριση του χρόνου, επίγνωση της κατάστασης και της θεραπείας, προθυμία συμμετοχής στη φροντίδα, διαχείριση των εργασιών του σπιτιού και των ευθυνών κάθε μέλους, ασφάλεια περιβάλλοντος,κ ατάχρηση ουσιών)</p>
---	--	--	--	--

<p>τομο έχει ανάγκη για στήριξη στην αυτοφροντίδα. Ο ασθενής είναι μαχύποπτος και χθρικός, δεν παραδέχεται το άθος του.</p>				
---	--	--	--	--

5.7 Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ AIDS ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ή αλλιώς HIV είναι το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Πρόκειται για ιό που προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου. Παγκοσμίως, το AIDS λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις και αποφέρει ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις για τον ασθενή που προσβάλλεται λόγω του κοινωνικού στίγματος. Χαρακτηριστικά, το ΚΕΕΛΠΝΟ αναφέρει πως κάθε χρόνο δηλώνονται περίπου 500 νέα μολύνσεις και πως 1 στους 4 οροθετικούς είναι ηλικίας μέχρι 29 ετών. Το 2007 υπήρξαν 60 νέες περιπτώσεις - κρούσματα σε γυναίκες και άντρες, 40% των οποίων ήταν ομοφυλόφιλοι και 38,3% των οποίων ήταν ετεροφυλόφιλοι. Το AIDS, όπως και ομοφυλοφιλία, είναι κοινωνικά ταμπού, με αποτέλεσμα την αποξένωση των ασθενών ή φορέων από το κοινωνικό γίνεσθαι.

Σήμερα, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με AIDS λαμβάνει κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα διεθνώς, και αξίζει να σημειωθεί πως μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων, που υποστηρίζουν και φροντίζουν τους ασθενείς με AIDS, δρουν καταλυτικά στην αποδοχή και τη μείωση του κοινωνικού

στίγματος, εντάσσοντάς τους στο κοινωνικό γίνεσθαι και εξασφαλίζοντάς τους ποιότητα ζωής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΞΙΟΝΟΜΗΣΗ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ανάγκη για νίσχυση του νοσοποιητικού και λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής	1.Έντονος πονοκέφαλος, ακαμψία αυχένα, βήχας, πτύελα (κίτρινα, πράσινα), διογκωμένες αμυγδαλές, τρίζοντες ήχοι. Από πεπτικό: ναυτία, έμετος, διάρροια, αυξημένος περισταλτισμός του εντέρου. Από ουροποιητικό:	1.Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, εκπαίδευση του ασθενούς, σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή. Έλεγχος ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Έλεγχος λειτουργίας	1.Διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, αντιμετώπιση συμπτωμάτων, πρόληψη παροξυσμών	Αν πραγματοποιήθηκαν τα προαναφερθέντα. Αξιολόγηση ασθενούς - οικογένειας

<p>.Ανάγκη για ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και την πρόληψη μετάδοσής της</p> <p>.Ανάγκη για κοινωνικοποίηση του ασθενούς και αποδοχή του από την οικογένεια</p> <p>.Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης</p>	<p>αιματοουρία, πόνος, συχνότητα. Από δερματικές βλάβες: ερυθρότητα, πόνος, φλεγμονή</p> <p>2.Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την αντιμετώπιση της νόσου και την πρόληψη μετάδοσής της</p> <p>3.Κοινωνική απόσυρση, αδυναμία επικοινωνίας με την οικογένεια</p>	<p>κύστεως και εντέρου. Έλεγχος δέρματος.</p> <p>2.Ενημέρωση – εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και την πρόληψη μετάδοσής της (αποφυγή επαφής με γάτες, σκύλους και πουλιά)</p> <p>3.Ο νοσηλευτής ως γέφυρα επικοινωνίας ασθενούς – οικογένειας. Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τα κοινοτικά προγράμματα</p> <p>4.Ψυχολογική</p>	<p>2.Καθοδήγηση ασθενούς και οικογένειας στην αυτοφροντίδα των καθημερινών αναγκών στο σπίτι και πρόληψη μετάδοσης της νόσου</p> <p>3.Κοινωνικοποίηση του ασθενούς και αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο και την οικογένεια</p>	
--	---	---	---	--

4.Κατάθλιψη και έλλειψη αυτοεκτίμησης	υποστήριξη	4.Ικανοποίηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών ασθενούς - οικογένειας	
---------------------------------------	------------	---	--

5.8 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνια μεταβολικό νόσημα το οποίο οφείλεται στην ανεπάρκεια έκκρισης ινσουλίνης ή στη μειωμένη δράση της. Αυτό έχει ως συνέπεια να διαταράσσεται ο μεταβολισμός της γλυκόζης, των λιπών και των πρωτεϊνών προκαλώντας επιπλοκές σε ζωτικά όργανα. Ο σακχαρώδης διαβήτης χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: τον ΣΔ τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) και τον διαβήτη τύπου 2 (μη ινσουλιτοεξαρτώμενο ή διαβήτη των ενηλίκων).

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει τις ακόλουθες οξείες επιπλοκές: 1. Διαβητική κετοξέωση 2. Υπεργλυκαιμικό υπεροσμωτικό μη κετοξικό κόμα και 3. Υπογλυκαιμία. Αλλά εμφανίζει και χρόνιες επιπλοκές όπως διαβητική νευροπάθεια, απώλεια όρασης, ακρωτηριασμό, νεφρική ανεπάρκεια και καρδιοπάθεια. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως σε παγκόσμιο επίπεδο στους ενηλίκους ηλικίας 35-64 ετών, ο ένας στους δέκα θανάτους αποδίδεται άμεσα ή έμμεσα στη νόσο αυτή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΨΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
.Ανάγκη για ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, όσον αφορά την πρόληψή της και τις επιπλοκές	1.Έλλειμμα γνώσεων για την αυτοφροντίδα και την πρόληψη της νόσου αλλά και τις επιπλοκές της	1.Ενημέρωση, διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και την πρόληψη των επιπλοκών της	1.Πρόληψη επιπλοκών, διατήρηση κατά το δυνατόν της ανεξαρτησίας στην αυτοφροντίδα	Αξιολόγηση ασθενούς και οικογένειάς του σχετικά με την κατανόηση της νόσου και τη λειτουργικότητα στη θεραπεία που θα ακολουθηθεί
.Ανάγκη για παρκή θρέψη και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	2.Πιθανή ένδεια υγρών	2.Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, εφαρμογή κατάλληλης διαίτας	2.Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και επαρκούς θρέψης	
.Ανάγκη για συμμόρφωση του ασθενούς στη	3.Έλλειμμα γνώσεων για τη διαχείριση της	3.Ενημέρωση και συμμόρφωση του	3.Συμμόρφωση ασθενούς με τη	

ήψη φαρμακευτικής αγωγής	φαρμακευτικής αγωγής	ασθενούς με τη φαρμακευτική του αγωγή	φαρμακευτική του αγωγή	
.Ανάγκη για επιποίηση και νημέρωση χετικά με «το ιαβητικό πόδι»	4.Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαβητικού άκρου	4.Περιποίηση των άκρων του ασθενούς	4.Αποφυγή – πρόληψη ακρωτηριασμού	

5.9 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, είναι μία κατηγορία ασθενών που χρήζει ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή, αφού η απόφραξη των αεραγωγών δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Σχετιζόμενες νόσοι μ' αυτό, είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα. Λέγεται ότι μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) θα αποτελεί την 3^η αιτία θανάτου το 2030.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΕΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΞΙΟΝΟΜΗΣΗ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	1. Ανακούφιση των συμπτωμάτων της δύσπνοιας	1. Αξιολόγηση της ασφάλειας του σπιτιού
ΝΑΓΚΩΝ	1. Ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα δύσπνοιας	1. Οξυγονοθεραπεία (ρινικοί καθετήρες, νεφελοποιητές και μάσκες Venturi)	2. Αντιμετώπιση ψυχολογικών καταπτώσεων, άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης	2. Αξιολόγηση υποστήριξης αρρώστου από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.
Ανάγκη ανακούφισης των συμπτωμάτων της δύσπνοιας	2. Έχει άγχος και πιθανόν κατάθλιψη	2. Ψυχολογική υποστήριξη	3. Εκπαίδευσε για αυτοφροντίδα	
Ανάγκη αντιμετώπισης ψυχολογικών καταπτώσεων, άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης	3. Έλλειμμα στην αυτοφροντίδα	3. Διδασκαλία για αυτοφροντίδα	4. Ενθάρρυν	
Ανάγκη	4. Παρουσιάζει αδυναμία εκτέλεσης βασικών			

<p>α εκπαίδευση α τοφροντίδα Ανάγκη α ενθάρρυνση την εκτέλεση ιαστηριοτήτων</p>	<p>δραστηριότητω ν</p>		<p>ση στην εκτέλεση δραστηριοτήτων 5. Επάρκεια ενυδάτωσης και διατήρηση ιδανικού βάρους 6. Πρόληψη και αντιμετώπιση κρίσεων 7. Εκπαίδευση στη διαχείρισής αυτών 8. Εκπαίδευ ση στις αναπνευστικές ασκήσεις</p>	
---	----------------------------	--	--	--

5.10 Η ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Τα κινητικά προβλήματα που συναντάμε συχνά στην 3^η ηλικία αφορούν διαταραχές στο νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα π.χ. Παρέσεις από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Νόσος Parkinson, οστεοπόρωση, εκφυλιστική αρθρίτιδα, κατάγματα, μυϊκή αδυναμία κ.α. Οι αιτίες ποικίλουν και προέρχονται τόσο από τις εκφυλιστικές αλλαγές που αφορούν τη γήρανση όσο και από το περιβάλλον ή τις συνθήκες στις οποίες ζει και κινείται ο ηλικιωμένος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Βήμα 1 ^ο	Βήμα 2 ^ο	Βήμα 3 ^ο	Βήμα 4 ^ο	Βήμα 5 ^ο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΑΝΑΓΚΩΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	1. Διατήρησ	1.Αξιολόγηση
1. Συμμόρφωσ η στη φαρμακευτική αγωγή	1. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (δημιουργεί πάρεση)	1. Πιθανή σίτιση πχ. σε ΑΕΕ	η ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολ υτών	ασθενούς - οικογένειας κα περιβάλλοντος σχετικά με τη ασφαλή βάρδιση
2.αναγκη για ασφάλεια και αποφυγή πτώσεων	2. Ν. Parkinson τρόμος κατά την	2. Ενημέρωση σχετικά με την νόσο και την	ηλεκτρολ υτών αλλά και διατήρησ ης	
3.ανάγκη για διδασκαλία σχετικά με την διατροφή	ηρεμία, αστάθεια στη βάρδιση	φαρμακευτικ ή αγωγή που θα	σωματικο ύ βάρους	
4. περιποίηση δέρματος αποφυγή κατακλίσεων	2.Οστεοπορωση οστικά άλγη, απώλεια ύψους, αυτόματα κατάγματα	3. Διδασκαλία για ασφαλή βάρδιση	2. Η άρτια ενημέρωσ η του ασθενούς	
5. ανάγκη κινητοποίησης	3.Εκφυλιστικη αρθρίτιδα	4. Διδασκαλία για διατροφή	για την νόσο και την	
6. ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη	αρθραλγίες, οίδημα, δυσκινησία στις	5. περιποίηση δέρματος, λουτρό	φαρμακευ τική αγωγή και	
		6. κινησιοθερα		

	<p>αρθρώσεις</p> <p>4.Μυϊκή αδυναμία, αδυναμία βάδισης, αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης</p> <p>5.Μυϊκή αδυναμία, άλγος, οίδημα, παράδοξοι κινητικότητα, κριγμος</p>	<p>πεία</p> <p>7. ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>η</p> <p>συμμόρφωση του με αυτή</p> <p>3. Αποφυγή πτώσεων</p> <p>4. Αποφυγή κατακλίσεων</p>	
--	---	---	--	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί συμμετέχοντες. Είμαστε προπτυχιακές φοιτήτριες, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της ερευνητικής πτυχιακής εργασίας μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Στεφανόπουλου. Σκοπός της έρευνας μας είναι η συγκριτική διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων στα Κ.Α.Π.Η των δήμων Κερατσινίου και Πάρου σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, η οποία είναι μία ξεχωριστή νοσηλευτική εξειδίκευση που συντελεί στην ανάπτυξη ενός νέου ποιοτικότερου συστήματος υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 24 ερωτήσεις.

Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σας.

Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς να παραλείπετε κανένα.

Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνον μία απάντηση.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορείτε να την αποσύρετε.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο 6945218443.

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια σας!!

ΜΕΡΟΣ 10 : ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(Παρακαλούμε σημειώστε με **X** σε μία μόνο επιλογή ή συμπληρώστε τα κενά όπου χρειαστεί)

Ηλικία : _____

Φύλο :

Άρρεν • Θήλυ •

Ύψος: _____

Σωματικό βάρος: _____

Εκπαίδευση:

Δημοτικό • Γυμνάσιο • Λύκειο • Ι.Ε.Κ • Α.Τ.Ε.Ι • Α.Ε.Ι •
Μεταπτυχιακό • Διδακτορικό •

Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα:

<10.000 € 10.001 – 20.000 € 20.001 – 40.000 € >40.000 €

Τόπος Κατοικίας:

Αστική Περιοχή • Αγροτική Περιοχή • Νησιώτικη Περιοχή •

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμη/ος • Έγγαμη/ος • Διαζευγμένη /ος • Σε διάσταση
• Χήρα/ος •

Είστε ασφαλισμένοι σε κάποιον φορέα;

Δημόσια ασφάλιση • Ιδιωτική ασφάλιση • Ανασφάλιστος/η •

Έχετε πρόσβαση σε νοσοκομεία ή κέντρα για την πραγματοποίηση των εξετάσεων στην περιοχή που μένετε;

Ναι με ευκολία • Ναι με δυσκολία • Όχι • Δεν απαντώ •

Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις;

Συχνότερα από μία φορά το μήνα • Μία φορά το μήνα • Μία φορά το τρίμηνο • Μία φορά το εξάμηνο • Μία φορά το χρόνο • Σπανιότερα • Καθόλου •

Αναφέρατε προβλήματα υγείας:

.....

.....

....

ΜΕΡΟΣ 2Ο : ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΝΟΣΗΛΕΙΑ

(Παρακαλούμε σημειώστε με **X** σε μία μόνο επιλογή ή συμπληρώστε τα κενά όπου χρειαστεί)

Με ποιόν μένετε;

Μόνη/ος • Με τον/την σύζυγο • Με τον/ην σύζυγο και τα παιδιά • Με άλλο συγγενή •

Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα υγείας σας;

Μόνη/ος σας • Ο/Η σύζυγός σας • Τα παιδιά σας • Ο φροντιστής • Το ίδρυμα •

Πληρώνετε κάποιον φροντιστή;

Ναι • Όχι • Δεν απαντώ •

Πόσες ώρες απασχολείτε τον φροντιστή;

Καθόλου • Λιγότερο από 3 ώρες • 3-6 ώρες • 6-12 ώρες • περισσότερο από 12 • Όλο το 24ωρο •

Από ποιόν χώρο προέρχεται ο φροντιστής σας;

Επιστήμονας υγείας • Ανειδίκευτος- οικονομικός μετανάστης • Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ •

Τι ποσό μηνιαίως δαπανάτε για τον κατ' οίκον φροντιστή σας;

Λιγότερο των 300 ευρώ • 300-600 ευρώ • 600-1000 ευρώ • Περισσότερο των 1000 ευρώ • Δεν έχω κατ' οίκον φροντιστή • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

Χρησιμοποιείτε κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία;

Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

Σε ποιόν πιστεύετε πως πρέπει να παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα υγείας;

Σε όλους • Σε αυτασφάλιστους-ασφαλισμένους • Οικονομικά ασθενέστερους-μετανάστες • Μόνο σε άτομα με υψηλό ποσοστό αναπηρίας (άνω του 65%)

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα;

Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή;

Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία μέσω της κατ' οίκον φροντίδας υγείας;

Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στη ποιότητα ζωής του ατόμου;

Ναι • Όχι • Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ •

B ΜΕΡΟΣ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας αποτελεί και το ειδικό μέρος της έρευνας. Σε αυτό το κομμάτι παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με την έρευνα, ενώ παρουσιάζονται και τα βασικότερα ευρήματα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφεται για ακόμη μία φορά ο σκοπός της έρευνας, δίνονται πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα και τη μεθοδολογία της έρευνας, ενώ επίσης περιγράφονται τα στατιστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Το μεγαλύτερο κομμάτι του δεύτερου μέρους της πτυχιακής εργασίας, αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, παρουσιάζονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα αποτελέσματα.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα έρευνα έγινε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Αντικειμενικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συγκριτική διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών ηλικιωμένων στα Κ.Α.Π.Η. των δήμων Κερατσινίου και Πάρου, σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, η οποία είναι μία ξέχωρη νοσηλευτική εξειδίκευση, η οποία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα έλαβε μέρος κατά το πρώτο τρίμηνο του 2016, στην περιοχή του δήμου Κερατσινίου και το δήμο Πάρου. Το ρόλο των ερευνητριών κατείχαν οι συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Ως πληθυσμός αναφοράς της έρευνας, ορίστηκε το σύνολο των ηλικιωμένων των Δήμων Κερατσινίου και Πάρου. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με γνώμονα

την ορθή στάθμιση του δείγματος, ως προς τον παράγοντα φύλο. Δηλαδή, βασική επιδίωξη ήταν η ταύτιση των αναλογιών του ηλικιωμένου πληθυσμού και στο δείγμα, σύμφωνα με την αναλογία που υπάρχει στο σύνολο του πληθυσμού αναφοράς.

Η παρούσα έρευνα συγκαταλέγεται στις έρευνες των επιστημών δημόσιας υγείας. Η μέθοδος με την οποία επιλέχθηκε να υλοποιηθεί η έρευνα, ήταν αυτή του έντυπου ερωτηματολογίου. Συντάχθηκε και μοιράστηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε 24 συνολικά ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 12 αφορούσαν προσωπικές και άλλες πληροφορίες, ενώ οι υπόλοιπες 12 ήταν ερωτήσεις σχετικές με εμπειρίες και απόψεις των ηλικιωμένων ως προς την κατ' οίκον φροντίδα. Η συμμετοχή των ερωτηθέντων ήταν εθελοντική και μπορούσε ο καθένας να αποχωρήσει οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσε. Μάλιστα, εξασφαλίστηκε απόλυτα η ανωνυμία των συμμετεχόντων, εξαιτίας του ευαίσθητου περιεχομένου της έρευνας.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η υλοποίηση της έρευνας ήταν μία δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία. Από τον ορισμό του αντικειμενικού σκοπού της έρευνας, μέχρι και την υλοποίησή της μεσολάβησαν αρκετά ενδιάμεσα βήματα. Αρχικά ορίστηκε ο σκοπός της παρούσας έρευνας, και κατά συνέπεια το θέμα της πτυχιακής εργασίας. Το θέμα της πτυχιακής εργασίας προέκυψε από τα επιστημονικά ενδιαφέροντα του επιβλέποντα καθηγητή, αλλά και των φοιτητριών – συγγραφέων της πτυχιακής εργασίας. Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας αποτελεί μία ξεχωριστή νοσηλευτική εξειδίκευση, η οποία συντελεί σημαντικά στην ανάπτυξη ενός ποιοτικότερου συστήματος υγείας. Συνεπώς, η περαιτέρω διερεύνηση της εν λόγω εξειδίκευσης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Αφού ορίστηκε το θέμα της πτυχιακής εργασίας, οι φοιτήτριες ανέλαβαν τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και

αρθρογραφία, για αναζήτηση παρόμοιων ερευνών σχετικών με το θέμα. Η αναζήτηση αυτή συνέβαλε σημαντικά, ώστε να εντοπιστούν κατάλληλα μέσα και υλικά έρευνας. Η επίβλεψη και ο συμβουλευτικός ρόλος του Δρ. Νικολάου Στεφανόπουλου ήταν καθοριστική για την σύνταξη και δόμηση του ερωτηματολογίου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως βασικό εργαλείο διερεύνησης των απόψεων και των εμπειριών των ηλικιωμένων, σε θέματα σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα. Το ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε απαρτίζεται από δύο μέρη. Το πρώτο αφορά ερωτήσεις δημογραφικών και άλλων στοιχείων, ενώ στο δεύτερο μέρος παρατέθηκαν ερωτήσεις σχετικές με την κατ' οίκον φροντίδα.

Αφού συντάχθηκε το ερωτηματολόγιο, έπρεπε να ελεγχθεί ως προς το αν είναι αποτελεσματικό και σύμφωνο με το σκοπό της έρευνας. Δόθηκε και συμπληρώθηκε από 18 άτομα, έτσι ώστε να εντοπιστούν πιθανές δυσκολίες, ασάφειες και συντακτικά λάθη στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Αξιολογήθηκε επίσης το μέγεθος του ερωτηματολογίου, αλλά και ο χρόνος που απαιτούνταν για τη συμπλήρωσή του.

Αφού ελέγχθηκε και διορθώθηκε το ερωτηματολόγιο, καταλήξαμε στην τελική του μορφή, εκτυπώθηκε σε αρκετά αντίτυπα και ξεκίνησε ο διαμοιρασμός τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με τη φυσική παρουσία των ερευνητριών, έτσι ώστε να παρέχουν στους ερωτώμενους διευκρινήσεις όποτε και αν αυτές απαιτούνταν. Η παρουσία των ερευνητριών παρά όλα αυτά δεν είχε κανένα σκοπό επηρεασμού των απαντήσεων που έδωσαν οι ηλικιωμένοι.

Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ελέγχθηκαν ως προς την ορθότητα της συμπλήρωσής τους. Ερωτηματολόγια των οποίων οι απαντήσεις έρχονται σε αντίθεση με άλλες απαντήσεις που δόθηκαν, αφαιρέθηκαν από το συνολικό δείγμα. Συνολικά συλλέχθηκαν 246 ερωτηματολόγια ορθώς συμπληρωμένα.

Αφού ελέγχθηκαν τα ερωτηματολόγια ως προς την ορθότητά τους, έγινε η κωδικοποίηση των ερωτήσεων και των απαντήσεων για να γίνει ευκολότερη η καταχώρηση των δεδομένων – απαντήσεων σε ένα υπολογιστικό φύλο

(Microsoft Excel).

Την καταχώρηση των δεδομένων ακολούθησε η μεταφορά τους στο στατιστικό πακέτο (IBM SPSS version 23) με το οποίο έγινε η επεξεργασία, η παρουσίαση αλλά και η ανάλυση των δεδομένων με κατάλληλα στατιστικά εργαλεία και μεθόδους. Αφού έγιναν όλα τα παραπάνω, ήταν εύλογο να προκύψουν κατάλληλα και ασφαλή συμπεράσματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έγινε με τη μέθοδο του δομημένου έντυπου ερωτηματολογίου με την ταυτόχρονη παρουσία των ερευνητριών. Επιλέχτηκε αυτή η μέθοδος έτσι ώστε να μειωθεί το ποσοστό άρνησης, καθώς αναφέρθηκε η σημαντικότητα της έρευνας, αλλά και να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων ως προς τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους και του απορρήτου.

Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε να είναι μικρό σε μέγεθος, χωρίς όμως να χάνεται σημαντική πληροφορία σχετικά με το θέμα. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε καμία περίπτωση δεν ξεπερνούσε συνολικά τα 10 λεπτά. Συνολικά χρησιμοποιήθηκαν 24 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 ήταν ανοιχτού τύπου, δηλαδή οι ερωτώμενοι συμπλήρωναν την απάντηση, ενώ οι 20 ήταν κλειστού τύπου, δηλαδή οι ερωτώμενοι επέλεξαν μία από τις δοσμένες επιλογές ως απαντήσεις. Οι 3 ερωτήσεις ήταν ποσοτικές μεταβλητές-ερωτήσεις, ενώ οι 21 ήταν ποιοτικές μεταβλητές-ερωτήσεις.

Επίσης, επιλέχτηκε να μπου οι ερωτήσεις των δημογραφικών στοιχείων στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, καθώς οι συμπλήρωση αυτών των ερωτήσεων ήταν ευκολότερη και πιο άμεση, χωρίς να κουράζει ιδιαίτερα τον ερωτώμενο. Στο δεύτερο κομμάτι του ερωτηματολογίου παρατέθηκαν οι βασικές ερωτήσεις σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα. Πριν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου παρατέθηκε και κατάλληλο ενημερωτικό μήνυμα προς τους

συμμετέχοντες, το οποίο ενημέρωνε σχετικά με το σκοπό και τις ιδιαιτερότητες της έρευνας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται και αναλύονται στο παρόν κομμάτι με τη βοήθεια της επιστήμης της Στατιστικής. Η στατιστική ανάλυση της παρούσας πτυχιακής επιμερίζεται σε δύο μέρη, τη μονομεταβλητή ανάλυση και τη διμεταβλητή ανάλυση.

- Μονομεταβλητή ανάλυση: Με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής αναλύονται τα αποτελέσματα για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Η χρήση του κατάλληλου διαγράμματος και ο υπολογισμός κατάλληλων περιγραφικών μέτρων (μέσος όρος, διάμεσος, τεταρτημόρια κλπ.) αποτυπώνουν πλήρως την κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα στις διάφορες ερωτήσεις που τους παραθέσαμε.
- Διμεταβλητή ανάλυση: Στη διμεταβλητή ανάλυση εξετάσαμε αν υπάρχει συσχέτιση, θετική ή αρνητική, μεταξύ μεταβλητών-ερωτήσεων σε ζεύγη. Επίσης εξετάσαμε αν κάποιοι παράγοντες όπως το φύλο και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, διαφοροποιούν τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Η διμεταβλητή ανάλυση έγινε με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής, η οποία περιλαμβάνει ως εργαλείο τους ελέγχους υποθέσεων.

ΈΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Οι έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο διεξαγωγής συμπερασμάτων με σκοπό τη λήψη αποφάσεων για έναν ή περισσότερους πληθυσμούς από συγκεκριμένα δειγματικά στοιχεία. Το κατάλληλο κομμάτι της στατιστικής επιστήμης ονομάζεται επαγωγική

στατιστική.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΗΔΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ.

Έλεγχος μιας υπόθεσης είναι η διαδικασία μέσα από την οποία εξετάζοντας τα στοιχεία ενός δείγματος, μπορούμε να καταλήξουμε με ένα περιθώριο σφάλματος, στην απόρριψη ή μη μιας υπόθεσης. Η αρχική υπόθεση που θέτουμε ονομάζεται μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε εξ αρχής ότι η απόκλιση της από την πραγματικότητα είναι μηδενική και συμβολίζεται H_0 . Αφού έχουμε ορίσει την μηδενική υπόθεση είναι σημαντικό να ορίσουμε και την εναλλακτική υπόθεση η οποία να αναιρεί την μηδενική υπόθεση όποτε ο έλεγχος απορρίπτει την μηδενική υπόθεση. Όποτε καταλήγουμε στο αποτέλεσμα ότι απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση σίγουρα δεν θα έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την εναλλακτική υπόθεση. Και αντίθετα εφόσον καταλήξαμε στο ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση σίγουρα έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την εναλλακτική υπόθεση.

ΒΑΘΜΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ - ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

Το γεγονός ότι προσπαθούμε να βγάλουμε ένα συμπέρασμα για έναν πληθυσμό μελετώντας ένα συγκεκριμένο δείγμα διατρέχουμε τον κίνδυνο να μην ισχύει το αποτέλεσμα του ελέγχου σε όλες τις περιπτώσεις. Στην συγκεκριμένη περίπτωση αναφερόμαστε στο περιθώριο σφάλματος το οποίο συμβολίζεται συνήθως με το ελληνικό γράμμα α . Ένα περιθώριο σφάλματος της τάξης του 5% μας διαβεβαιώνει πως αν επαναλάβουμε ένα πείραμα 100 φορές τις 95 από τις εκατό δεν απορρίψουμε εσφαλμένα μια αληθή μηδενική υπόθεση και το αντίθετο. Μεγάλος βαθμός εξασφάλισής μας ως προς το συμπέρασμα απαιτεί μικρό περιθώριο σφάλματος. Στην παρούσα εργασία θα

πραγματοποιήσουμε την ανάλυση θεωρώντας αξιόπιστο ένα επίπεδο σφάλματος της τάξης 5%. Το υπόλοιπο 95% υποδηλώνει τον βαθμό εμπιστοσύνης με τον οποίο μπορούμε να βασιστούμε με ασφάλεια στο αποτέλεσμα του ελέγχου.

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

Για να αξιολογήσουμε αν απορρίπτεται ή όχι η μηδενική υπόθεση έναντι της αποδοχής ή μη της εναλλακτικής πρέπει να συγκρίνουμε το περιθώριο σφάλματος με την p-value που επιστρέφει ο κάθε έλεγχος. Η p-value αναφέρεται στο ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας για το οποίο απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

- Αν η p-value είναι μικρότερη αριθμητικά από το περιθώριο σφάλματος που καθορίσαμε τότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση και συνεπώς να αποδεχτούμε την πρόταση της εναλλακτικής.
- Αντίθετα, αν η p-value είναι μεγαλύτερη αριθμητικά από το περιθώριο σφάλματος που προκαθορίσαμε τότε δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση και συνεπώς απορρίπτουμε την πρόταση της εναλλακτικής υπόθεσης.

Η διαδικασία του ελέγχου υποθέσεων είναι μια διαδικασία με τα επιμέρους τέσσερα βήματα:

1. Σαφής διατύπωση της μηδενικής και της εναλλακτικής υπόθεσης. (H_0 και H_1)
2. Προκαθορίζουμε τον βαθμό εμπιστοσύνης και συνεπώς το περιθώριο σφάλματος του ελέγχου. α
3. Εκτελούμε τον έλεγχο
4. Εξάγουμε το συμπέρασμα (σύγκριση α με p-value)

ΈΛΕΓΧΟΣ CHI-SQUARE (χ^2)

Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιείται πολύ συχνά για να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών. Ο έλεγχος αυτός επίσης πληροφορεί για την ένταση της συσχέτισης χωρίς όμως να δίνει ένδειξη για το αν η συσχέτιση είναι θετική ή αρνητική. [Γεώργιος Σίωμκος, Αικατερίνη Βασιλικοπούλου, Εφαρμογή Μεθόδων Ανάλυσης στην Έρευνα Αγοράς, Αθήνα 2005, Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο πρώτο κομμάτι των αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται εργαλεία της περιγραφικής στατιστικής με σκοπό την αποτελεσματικότερη παρουσίαση των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Οι πρώτες 11 ερωτήσεις σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία και προσωπικές πληροφορίες των συμμετεχόντων. Οι επόμενες 12 ερωτήσεις αφορούν ζητήματα σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία.

Ερώτηση 1 : Ηλικία

Η πρώτη ερώτηση που παρατέθηκε στους ερωτώμενους αφορά την ηλικία τους, κατά τη στιγμή της έρευνας. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι ίση με 73,44, ενώ το 50% των συμμετεχόντων ήταν νεότεροι από 74 έτη και το υπόλοιπο 50% μεγαλύτεροι. Η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης, ήταν η ηλικία των 72 ετών. Η μικρότερη καταγραφή ηλικίας του δείγματος ήταν τα 45 έτη, ενώ η μεγαλύτερη τα 89 έτη. Συνεπώς το εύρος των ηλικιών των συμμετεχόντων είναι ίσο με 44 έτη. Αξίζει να αναφερθεί πως το 75% του δείγματος ήταν μεγαλύτεροι από 69 ετών τη στιγμή της έρευνας. Το 50% των ερωτηθέντων ήταν από 69 έως και 78 ετών. Τέλος, η τυπική απόκλιση των ηλικιών του δείγματος ήταν ίση με 7,22 (Πίνακας 1).

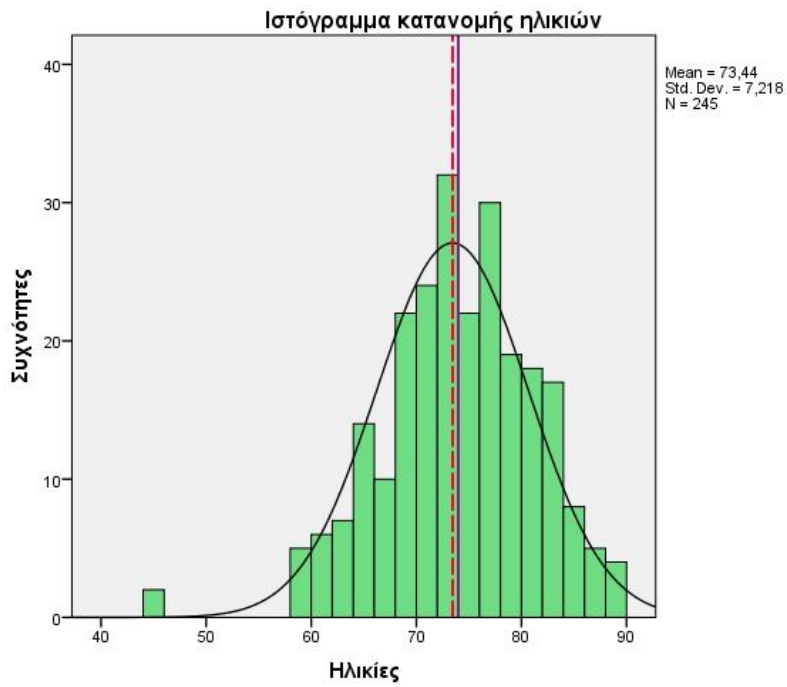
Περιγραφικά (Ηλικιών)	Μέτρα
Μέση Τιμή	73,44
Διάμεσος	74,00

Επικρατούσα Τιμή		72
Τυπική Απόκλιση		7,218
Εύρος		44
Ελάχιστο		45
Μέγιστο		89
Τεταρτη μόρια	25°	69,00
	50°	74,00
	75°	78,00

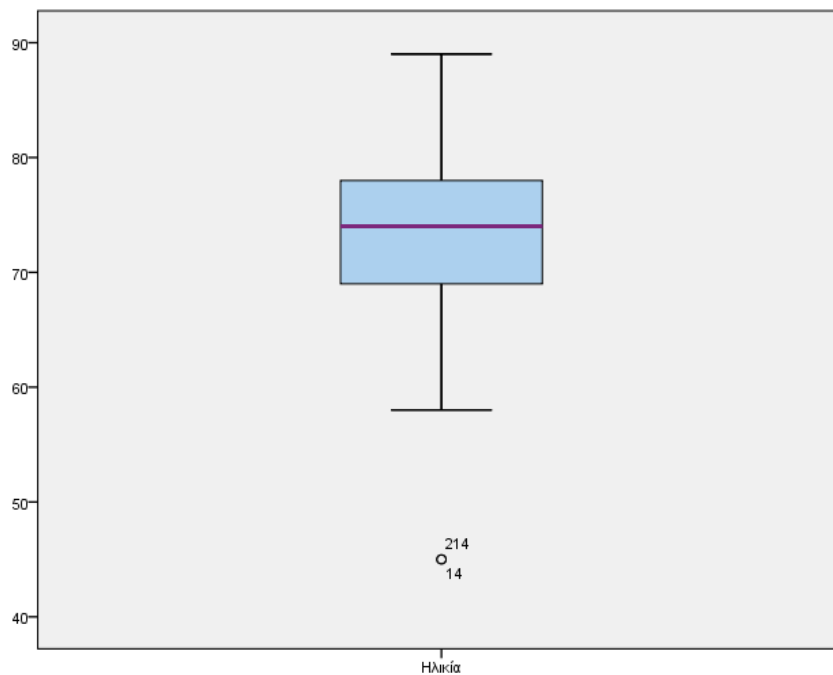
Πίνακας 1 Μέτρα θέσης και διασποράς των Ηλικιών

Η κατανομή των ηλικιών αποτυπώνεται στο ιστόγραμμα που ακολουθεί (**Διάγραμμα 1**). Παρατηρούμε ορισμένες παρατηρήσεις κοντά στα 45 έτη, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος εμφανίζεται να κατανέμεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στο ιστόγραμμα, με κόκκινη διακεκομμένη γραμμή ορίζεται η θέση του αριθμητικού μέσου των υψών, ενώ με την μπλε έντονη γραμμή αναπαριστάται η θέση της διαμέσου.

Πλην κάποιων ακραίων παρατηρήσεων με μικρές ηλικίες, η κατανομή των υπόλοιπων συμμετεχόντων μοιάζουν να κατανέμονται σύμφωνα με την κανονική κατανομή. Η διάμεσος, η μέση τιμή και η επικρατούσα τιμή εμφανίζονται περίπου στην ίδια τιμή. Παρατηρώντας το παρακάτω θηκόγραμμα κατανομής των ηλικιών, φαίνεται πως η $14^{\text{η}}$ και η $214^{\text{η}}$ παρατήρηση εμφανίζονται ως ακραίες τιμές, σημαντικά μικρότερες από τις υπόλοιπες (**Διάγραμμα 2**).



Διάγραμμα 1 Ιστόγραμμα Κατανομής Ηλικιών



Διάγραμμα 2 Θηκόγραμμα Κατανομής Ηλικιών

Αφαιρώντας τις ακραίες τιμές, εκτελέστηκαν κατάλληλοι έλεγχοι κανονικότητας για τη μεταβλητή των ηλικιών των συμμετεχόντων. Οι p-values και των δύο ελέγχων κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα, πως οι ηλικίες του

δείγματος ακολουθούν την κανονική κατανομή. Καταλήγουμε σε αυτό το συμπέρασμα, εφόσον οι τιμές των p-values είναι μεγαλύτερες από το περιθώριο σφάλματος 0,05 (Πίνακας 2).

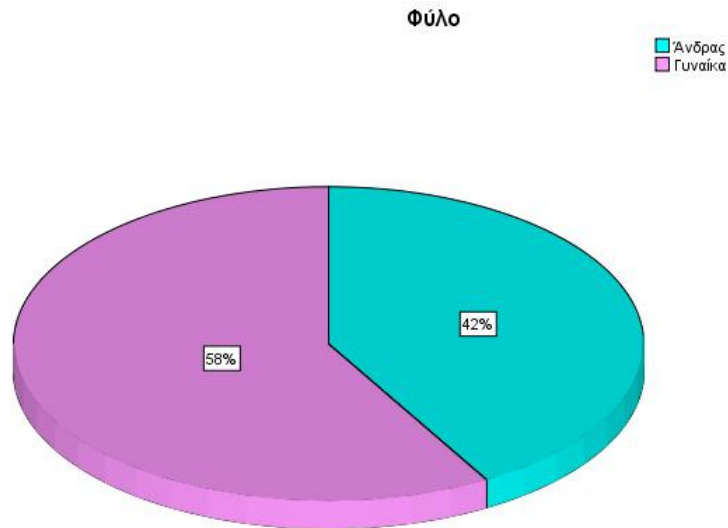
Έλεγχοι Κανονικότητας (μεταβλητής ηλικιών)					
Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	p-value	Τιμή Ελέγχου	Βαθμοί Ελευθερίας	p-value
,061	245	,15	,978	245	,10

Πίνακας 2 Έλεγχοι Κανονικότητας (Ηλικίες)

Ερώτηση 2: Φύλο

Φύλο	Συχνότητες	Ποσοστά
Ανδρας	103	41,9
Γυναίκα	143	58,1
Παρατηρήσεις	246	
ΣΥΝΟΛΟ	246	100

Πίνακας Συχνοτήτων 1 Φύλο



Διάγραμμα 3 Κυκλικό Διάγραμμα Φύλου

Επίσης το δείγμα σταθμίστηκε ως προς το φύλο των συμμετεχόντων. Το 58% του δείγματος είναι γυναίκες, ενώ το 42% άντρες. Πράγματι, στις περιοχές εφαρμογής της έρευνας, η αναλογία των ηλικιωμένων ανθρώπων ως προς το φύλο, ήταν σαφώς υπέρ των γυναικών. Κάτι αντίστοιχο αντικατοπτρίζεται και στο δείγμα που συλλέχτηκε (**Πίνακας Συχνοτήτων 1 - Διάγραμμα 3**).

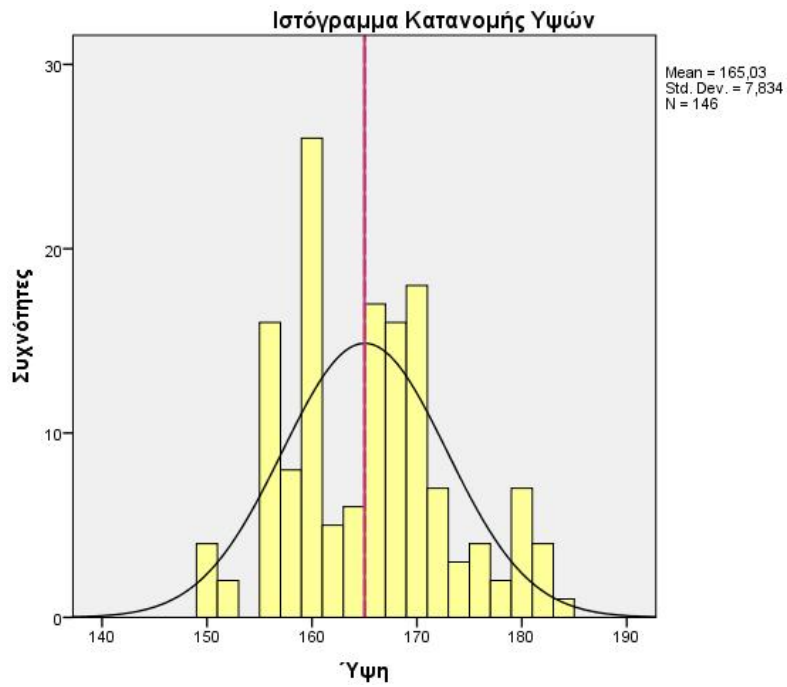
Ερώτηση 3: Ύψος

Μία ακόμη ποσοτική μεταβλητή που μελετήθηκε, πέραν των ηλικιών των συμμετεχόντων, ήταν το ύψος αλλά και το βάρος τους. Όσον αφορά το ύψος τους, μέση τιμή ήταν ίση με 165,03. Το ύψος με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ως απάντηση ήταν τα 160 εκατοστά. Το 50% των συμμετεχόντων ήταν ψηλότεροι από 165 εκατοστά, ενώ το υπόλοιπο 50% κοντύτεροι. Η μικρότερη καταγραφή ύψους ήταν τα 150 εκατοστά και η μεγαλύτερη τα 184 εκατοστά. Το 50% των συμμετεχόντων ήταν από 160 έως 170 εκατοστά. Η τυπική απόκλιση της μεταβλητής του ύψους είναι ίση με 7,83 εκατοστά (**Πίνακας 3**).

Περιγραφικά Μέτρα των Υψών		
Ύψος	Παρατηρήσεις	146
	Εκλιπούσε	100
Μέση Τιμή		165,0 3
Διάμεσος		165,0 0
Επικρατούσα Τιμή		160
Τυπική Απόκλιση		7,834
Εύρος		34
Ελάχιστο		150
Μέγιστο		184
Τεταρτημ όρια	25°	160,0 0
	50°	165,0 0
	75°	170,0 0

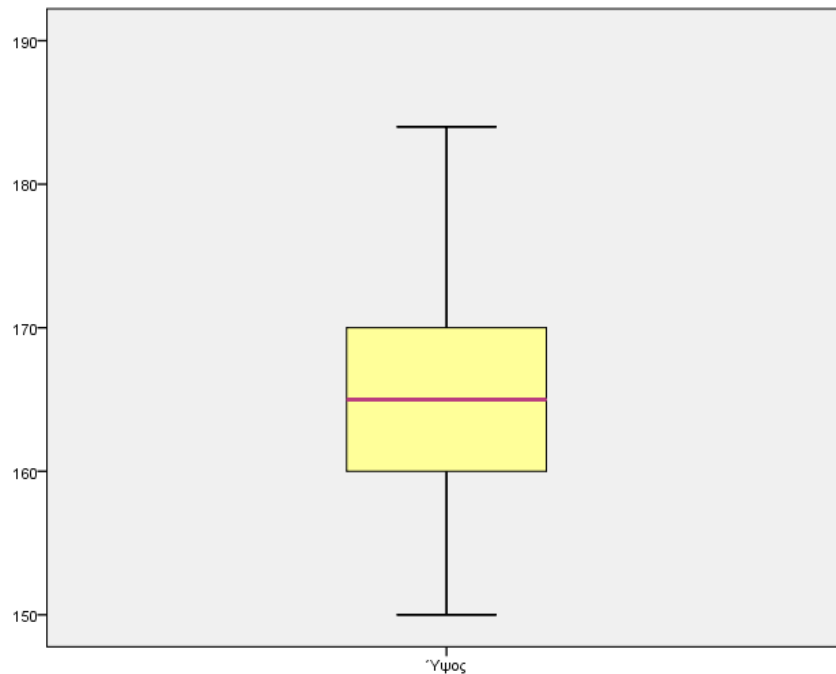
Πίνακας 3 Μέτρα θέσης και διασποράς των υψών

Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί, αναπαριστάται η κατανομή των υψών των συμμετεχόντων. Η μορφή της κατανομής δεν μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με την κανονική κατανομή (**Διάγραμμα 4**).



Διάγραμμα 4 Ιστόγραμμα Κατανομής των Ύψών

Παρατηρώντας το θηκόγραμμα των υψών που ακολουθεί, δεν παρατηρούμε κάποια ακραία τιμή ύψους (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5 Θηκόγραμμα Κατανομής των Ύψών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ελέγων των Kolmogorov και Smirnov

αλλά και των Shapiro και Wilk, δεν εμφανίζεται η μεταβλητή των υψών να ακολουθεί την κανονική κατανομή, καθώς οι p-values και των δύο ελέγχων είναι σαφώς μικρότερες από το περιθώριο σφάλματος 0,05 (Πίνακας 4).

Έλεγχοι Κανονικότητας των Υψών					
Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
,123	146	,000	,968	146	,002

Πίνακας 4 Έλεγχοι Κανονικότητας της μεταβλητής των Υψών

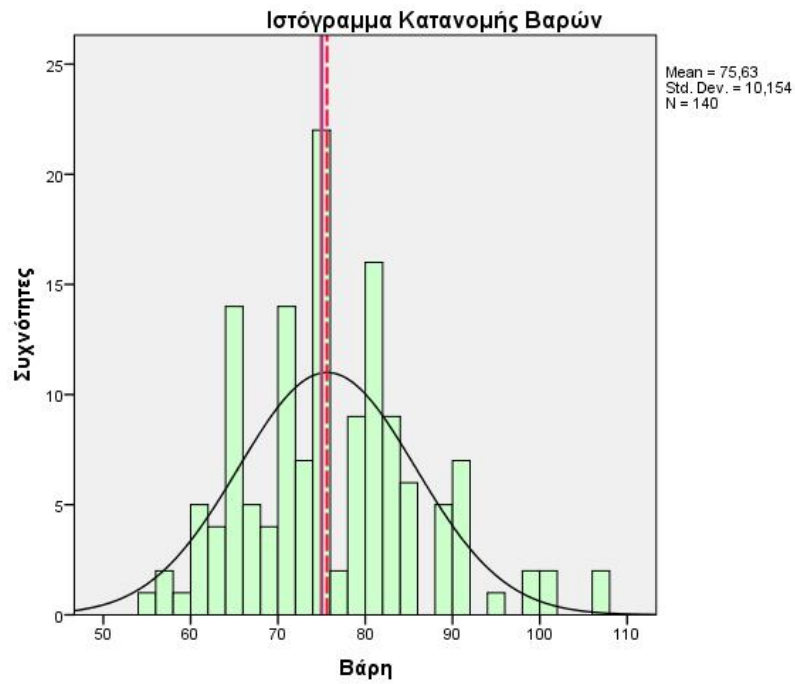
Ερώτηση 4: Σωματικό Βάρος

Όμοια μελετήθηκε και το σωματικό βάρος των συμμετεχόντων τη στιγμή της έρευνας, σύμφωνα με δήλωση των ίδιων των συμμετεχόντων. Απάντηση σε αυτή την ερώτηση μας έδωσαν οι 140 από τους 246 ερωτηθέντες. Το μέσο βάρος του δείγματος είναι ίσο με 75,63 κιλά. Το 50% των συμμετεχόντων ζύγισαν, τη στιγμή της έρευνας, περισσότερο από 75 κιλά, ενώ το υπόλοιπο 50% λιγότερο από 75. Ο ελαφρύτερος συμμετέχοντας στην έρευνα ζύγιζε 55 κιλά, ενώ ο βαρύτερος 107, συνεπώς το εύρος των βαρών των ατόμων του δείγματος είναι ίσο με τα 52 κιλά. Η τιμή βάρους με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι τα 75 κιλά. Το 75% του δείγματος ήταν βαρύτερο από 69 κιλά (Πίνακας 5).

Περιγραφικά Μέτρα των Βαρών		
Βάρος	Παρατηρήσεις	140
	Εκλιπούσες	106
Μέση Τιμή		75,63
Διάμεσος		75,00
Επικρατούσα Τιμή		75
Τυπική Απόκλιση		10,15 4
Εύρος		52
Ελάχιστο		55
Μέγιστο		107
Τεταρτημόρια	25°	69,00
	50°	75,00
	75°	81,00

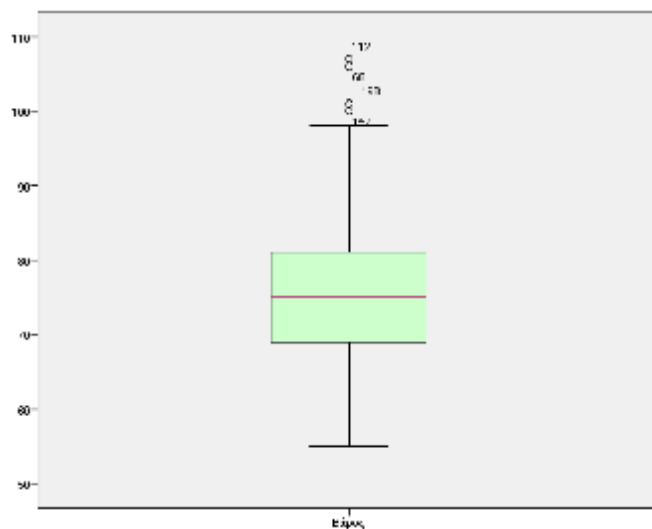
Πίνακας 5 Μέτρα Θέσης και Διασποράς των Βαρών

Όσον αφορά το ιστόγραμμα, παρατηρούμε πως η διάμεσος, η επικρατούσα τιμή αλλά και ο αριθμητικός μέσος ταυτίζονται ως προς τη θέση τους. Παρατηρούμε όμως μία πλατύκυρτη κατανομή των βαρών, καθώς και μία αρνητική ασυμμετρία (Διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6 Ιστόγραμμα Κατανομής των Βαρών

Παρατηρώντας το θηκόγραμμα των βαρών εμφανίζονται τέσσερις ακραίες τιμές βαρών, μεγαλύτερες από αυτές που προσδιορίζουν το δείγμα.) 68^{ος}, ο 112^{ος}, ο 157^{ος} και ο 198^{ος} ερωτώμενος εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο βάρος σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα (Διάγραμμα 7).



Διάγραμμα 7 Θηκόγραμμα Κατανομής των Βαρών

Επίσης, η μεταβλητή των βαρών δεν εμφανίζεται να ακολουθεί την κανονική κατανομή. Οι p-values των ελέγχων είναι σημαντικά μικρότερες από το περιθώριο σφάλματος 0,05 που έχει οριστεί εξ αρχής της έρευνας (Πίνακας 6).

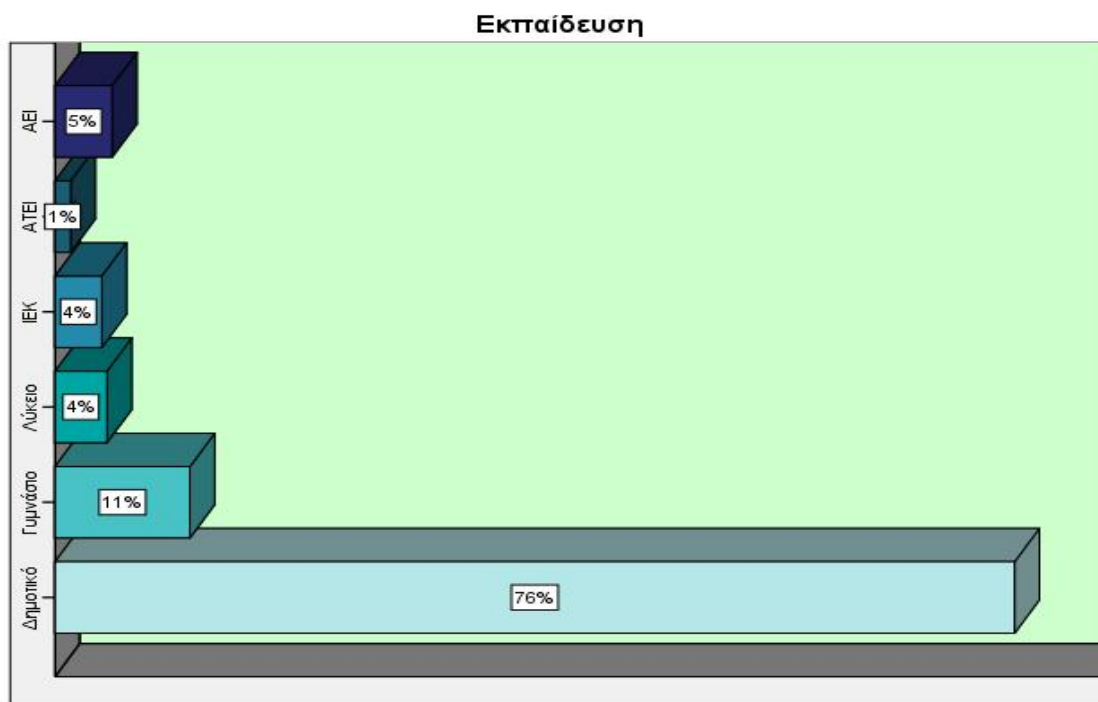
Έλεγχοι Κανονικότητας των Βαρών					
Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
,089	140	,009	,974	140	,010

Πίνακας 6 Έλεγχοι Κανονικότητας των Βαρών

Ερώτηση 5: Εκπαίδευση

Εκπαίδευση		Συχνότητες	Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
	Δημοτικό	185	75,8	75,8
	Γυμνάσιο	26	10,7	86,5
	Λύκειο	10	4,1	90,6
	ΙΕΚ	9	3,7	94,3
	ΑΤΕΙ	3	1,2	95,5
	ΑΕΙ	11	4,5	100,0
	Παρατηρήσεις	244	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές		2		
ΣΥΝΟΛΟ		246		

Πίνακας Συχνοτήτων 2 Μορφωτικό Επίπεδο



Διάγραμμα 8 Ραβδόγραμμα Μορφωτικό Επίπεδο

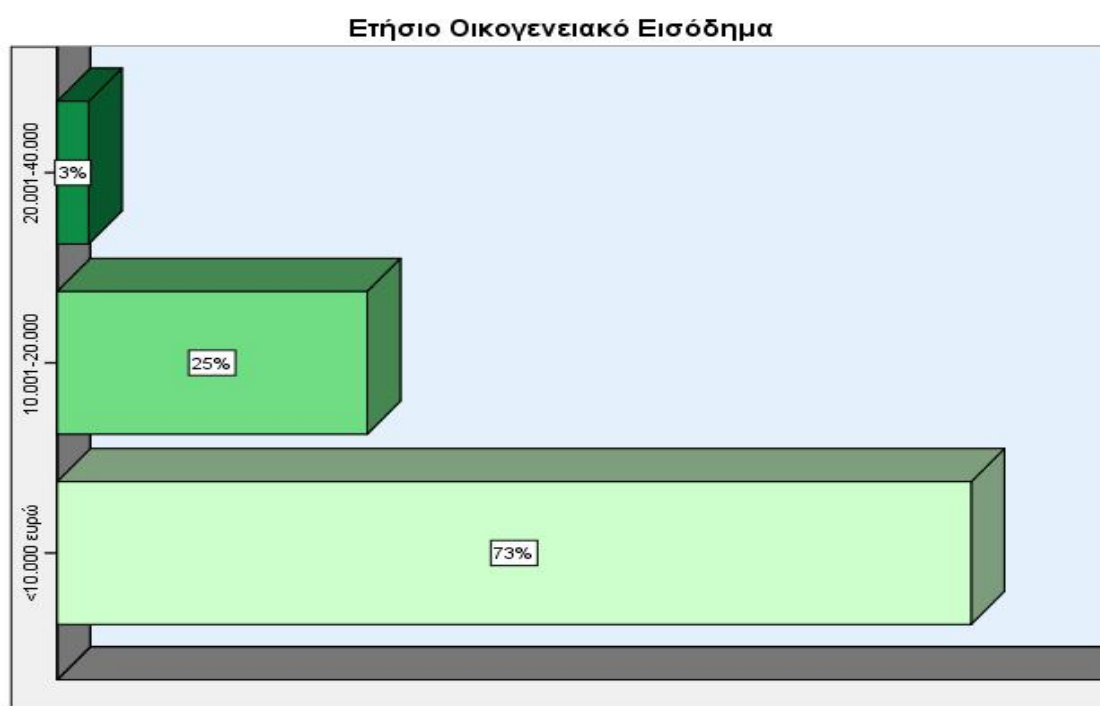
Εξαιτίας της μεγάλης ηλικίας των συμμετεχόντων, παρατηρούμε χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76%), περίπου τρεις στους τέσσερις, είχαν απλώς ολοκληρώσει το δημοτικό. Το 11% δήλωσαν πως είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο, και το υπόλοιπο 13% είχε μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας Συχνότητας 2 - Διάγραμμα 8).

Ερώτηση 6: Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα

	Συχνότητες	Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
<10.000 ευρώ	174	72,8	72,8
10.001-20.000	59	24,7	97,5

	20.001- 40.000	6	2,5	100,0
	Παρατηρήσεις	239	100,0	
	Εκλιπούσες Τιμές	7		
	ΣΥΝΟΛΟ	246		

Πίνακας Συχνοτήτων 3 Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα



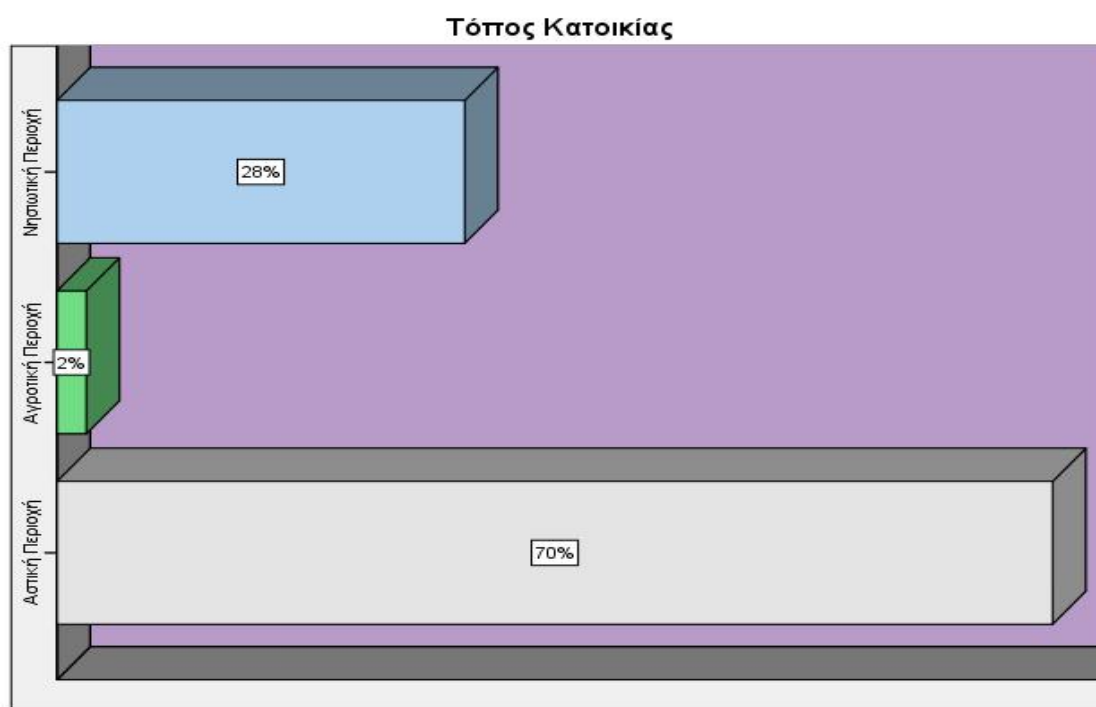
Διάγραμμα 9 Ραβδόγραμμα Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση του δείγματος, στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είχαν ιδιαίτερα χαμηλό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα. Το 73% του δείγματος είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από 10.000 ευρώ. Ένας στους τέσσερις ερωτώμενους (25%), δήλωσε πως το ετήσιο οικογενειακό του εισόδημα ήταν από 10.000 έως 20.000 ευρώ. Μόλις το 3% του δείγματος είχαν ετήσιο εισόδημα μεγαλύτερο από 20.000 ευρώ (**Πίνακας Συχνοτήτων 3 - Διάγραμμα 9**).

Ερώτηση 7: Τόπος Κατοικίας

Τόπος Κατοικίας		Συχνότητες	Ποσοστά
	Αστική Περιοχή	171	69,5
	Αγροτική Περιοχή	5	2,0
	Νησιωτική Περιοχή	70	28,5
	Παρατηρήσεις	246	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 4 Τόπος Κατοικίας



Διάγραμμα 10 Ραβδόγραμμα - Τόπος Κατοικίας

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατοικούσαν, τη στιγμή της έρευνας σε κάποια αστική περιοχή, σε ποσοστό 70%. Το 28% διέμεναν σε κάποια νησιωτική περιοχή, ενώ μόλις το 2% διέμεναν σε αγροτική περιοχή (**Πίνακας Συχνοτήτων 4 - Διάγραμμα 10**).

Ερώτηση 8: Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση		Συχνότητες	Ποσοστά
	Άγαμος/η	19	7,8
	Έγγαμος/η	121	49,4
	Διαζευγμένος/η	3	1,2
	Σε διάσταση	1	,4
	Χήρος/α	101	41,2
	Παρατηρήσεις	245	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		1	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνοτήτων 5 Οικογενειακή Κατάσταση
Διάγραμμα 11 Ραβδόγραμμα - Οικογενειακή Κατάσταση

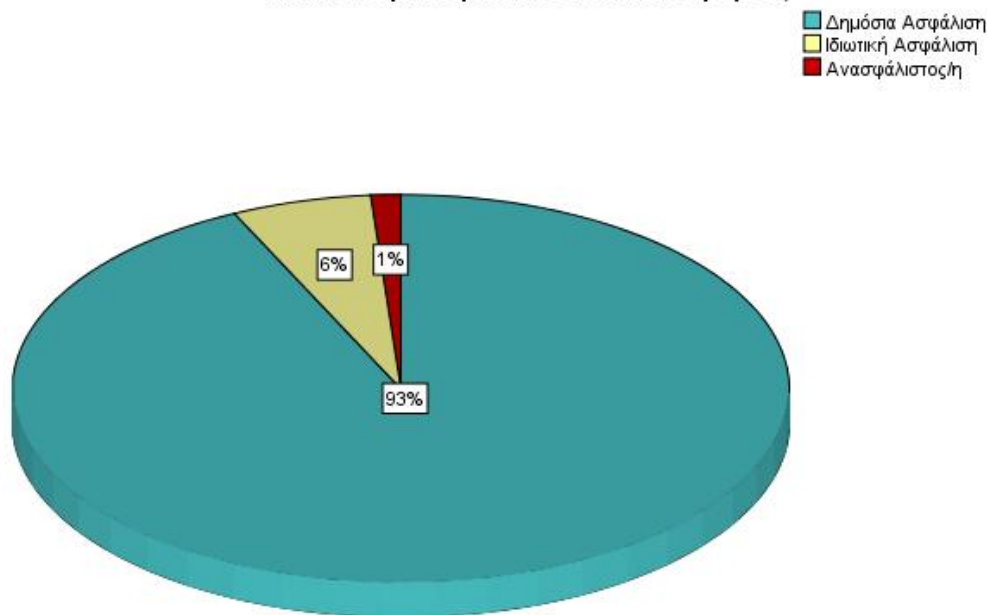
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν είτε χήροι και χήρες, είτε έγγαμοι. Το 41% ήταν χήροι και χήρες, ενώ το 49%, σχεδόν οι μισοί δηλαδή, ήταν έγγαμοι. Το 8% του δείγματος ήταν άγαμοι, μόλις το 1% δήλωσαν διαζευγμένοι, ενώ κανέναν από τους ερωτώμενους δεν ήταν σε διάσταση (**Πίνακας Συχνοτήτων 5 - Διάγραμμα 11**).

Ερώτηση 9: Ασφάλιση

Είστε ασφαλισμένοι σε κάποιον φορέα;		Συχνότητες	Ποσοστά
	Δημόσια Ασφάλιση	224	92,9
	Ιδιωτική Ασφάλιση	14	5,8
	Ανασφάλιστος/η	3	1,2
	Παρατηρήσεις	241	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		5	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνοτήτων 6 Ασφάλιση

Είστε ασφαλισμένοι σε κάποιον φορέα;



Διάγραμμα 12 Κυκλικό Διάγραμμα Ασφάλισης

Επίσης οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν και ως προς το είδος ασφάλισής τους, κατά τη στιγμή της έρευνας. Όπως φαίνεται και στο παραπάνω κυκλικό διάγραμμα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είχαν δημόσια ασφάλιση. Το 6% είχαν ιδιωτική ασφάλιση, ενώ μόλις το 1% του δείγματος δήλωσαν πως

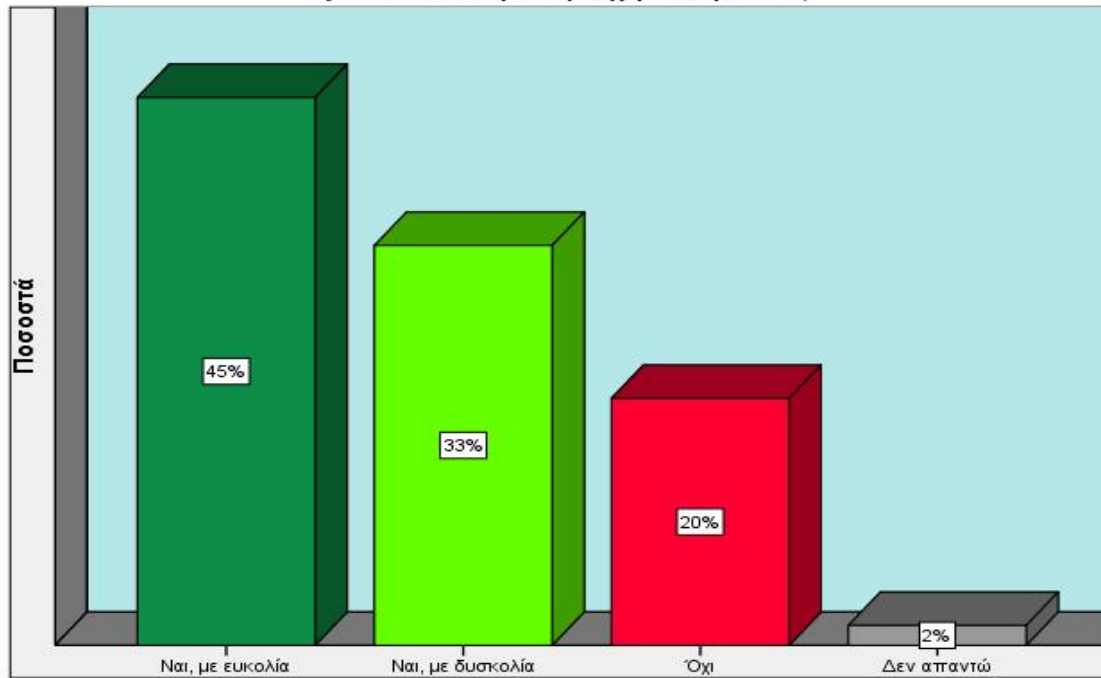
ήταν ανασφάλιστοι (Πίνακας Συχνοτήτων 6 - Διάγραμμα 12).

Ερώτηση 10: Έχετε πρόσβαση σε νοσοκομεία ή κέντρα για την πραγματοποίηση των εξετάσεων στην περιοχή που μένετε;

Έχετε πρόσβαση σε νοσοκομεία ή κέντρα για την πραγματοποίηση των εξετάσεων στην περιοχή που μένετε;		Συχνότητες	Ποσοστά
Ναι, με ευκολία	111	45,1	
Ναι, με δυσκολία	81	32,9	
Όχι	50	20,3	
Δεν απαντώ	4	1,6	
ΣΥΝΟΛΟ	246	100,0	

Πίνακας Συχνοτήτων 7 Ερώτησης 10

Έχετε πρόσβαση σε νοσοκομεία ή κέντρα για την πραγματοποίηση των εξετάσεων στην περιοχή που μένετε;



Διάγραμμα 13 Ραβδόγραμμα Ερώτησης 10

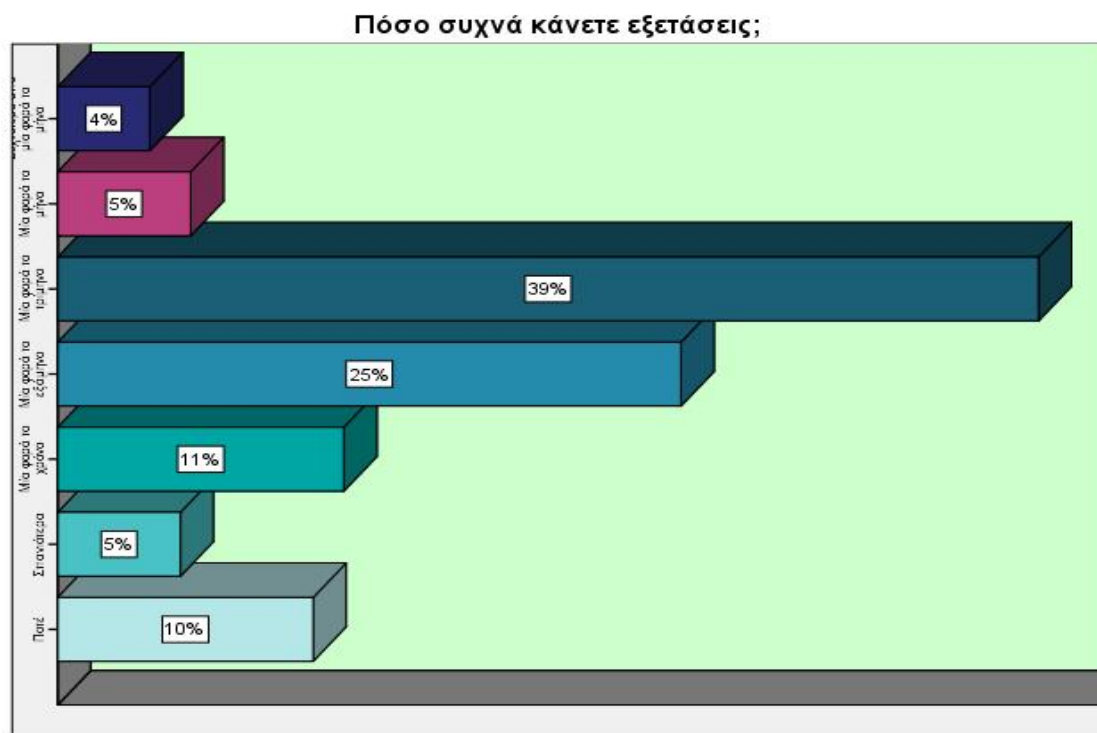
Το 78% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είχαν πρόσβαση σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας για την πραγματοποίηση των εξετάσεών τους, στην περιοχή που διέμεναν, είτε εύκολα είτε δύσκολα. Το 45% των ερωτηθέντων απάντησαν πως είχαν πρόσβαση με ευκολία, ενώ ένας στους τρεις (33%) είχε πρόσβαση αλλά με δυσκολία. Ένας στους πέντε συμμετέχοντες στην έρευνα δεν είχε καθόλου πρόσβαση, ενώ το 2% δεν θέλησαν να δώσουν κάποια απάντηση (Πίνακας Συχνοτήτων 7 - Διάγραμμα 13).

Ερώτηση 11: Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις;

Πόσο συχνά κάνετε εξετάσεις;	Συχνότητες	Ποσοστά	Αθροιστικά Ποσοστά
Ποτέ	25	10,2	10,2
Σπανιότερα	12	4,9	15,2

	Μία φορά το χρόνο	28	11,5	26,6
	Μία φορά το εξάμηνο	61	25,0	51,6
	Μία φορά το τρίμηνο	96	39,3	91,0
	Μία φορά το μήνα	13	5,3	96,3
	Συχνότερα από μία φορά το μήνα	9	3,7	100,0
	Παρατηρήσεις	244	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές		2		
ΣΥΝΟΛΟ		246		

Πίνακας Συχνοτήτων 8 Ερώτηση 11



Διάγραμμα 14 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 11

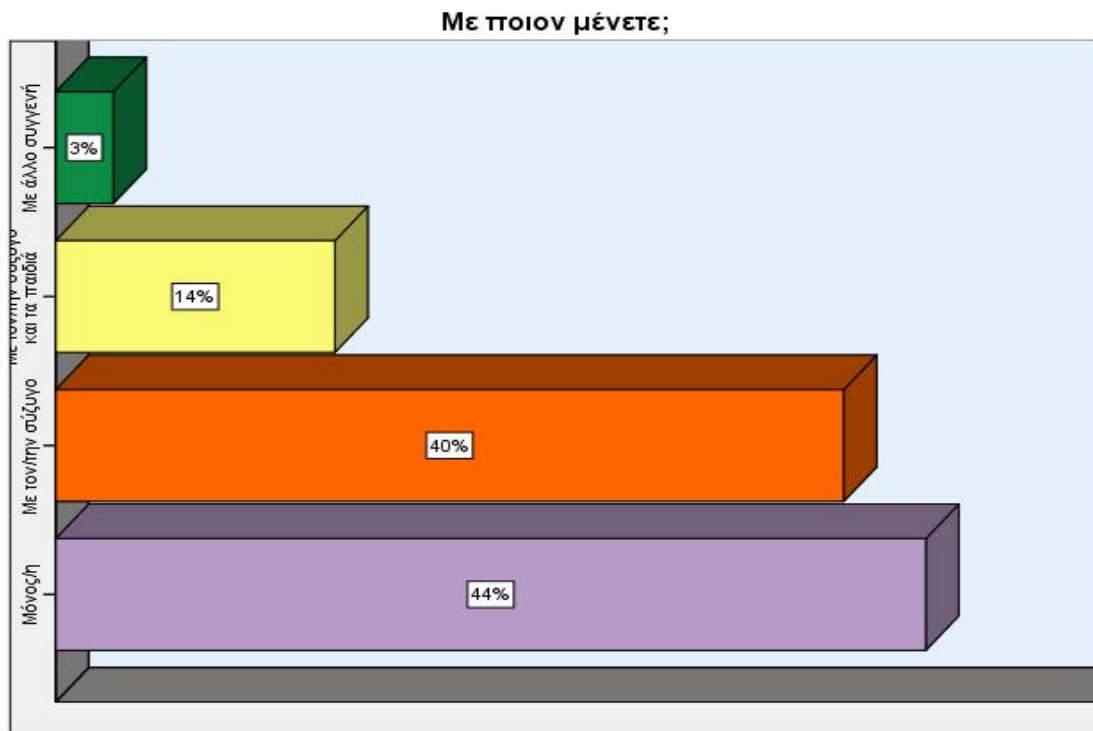
Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, σε ποσοστό 39% , δήλωσαν πως έκαναν τις εξετάσεις τους κάθε τρίμηνο, ενώ ένας στους τέσσερις ερωτώμενους (25%) κάθε εξάμηνο. Το 11% πραγματοποιούσαν

τις εξετάσεις τους μία φορά το χρόνο, ενώ το 5% σπανιότερα. Ένας στους δέκα ερωτώμενους, δήλωσε πως δεν έκανε ποτέ εξετάσεις. Το 9% του δείγματος έκαναν εξετάσεις μια φορά το μήνα ή και συχνότερα (**Πίνακας Συχνοτήτων 8 - Διάγραμμα 14**).

Ερώτηση 13: Με ποιον διαμένετε;

Με ποιον μένετε;		Συχνότη τες	Ποσοσ τά
	Μόνος/η	106	43,6
	Με τον/την σύζυγο	96	39,5
	Με τον/την σύζυγο και τα παιδιά	34	14,0
	Με άλλο συγγενή	7	2,9
	Παρατηρήσεις	243	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		3	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνοτήτων 9 Ερώτηση 13



Διάγραμμα 15 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 13

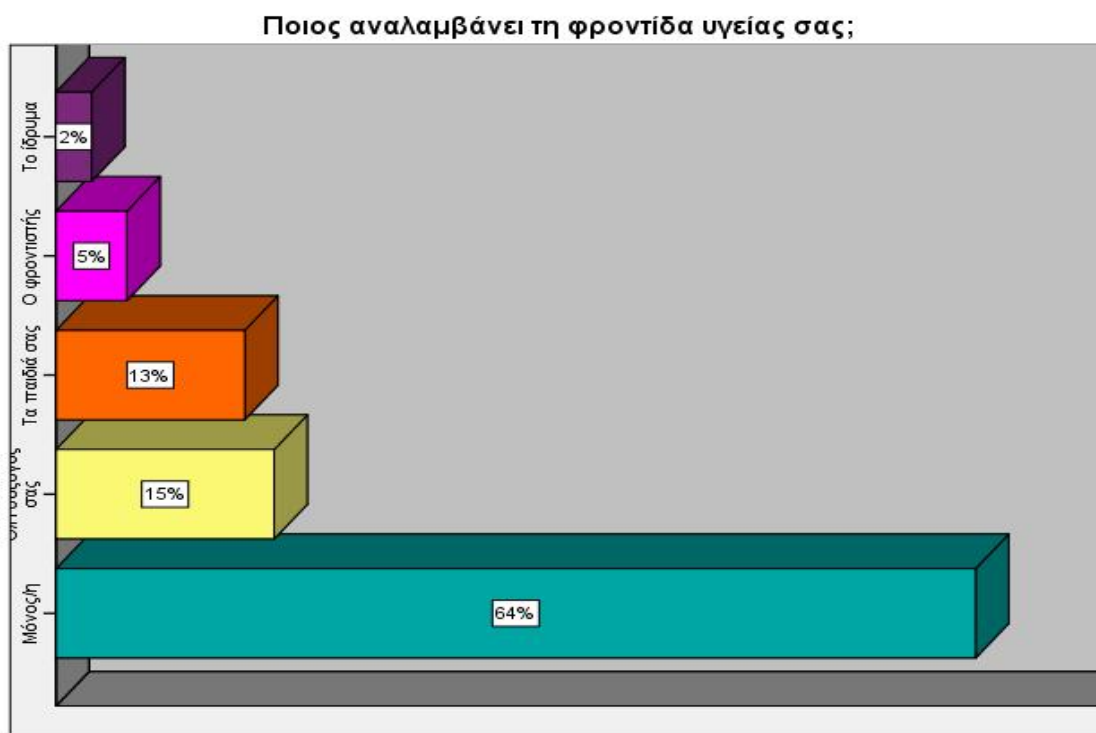
Πέραν της οικογενειακής τους κατάστασης, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν και με ποιον διέμεναν κατά τη στιγμή της έρευνας. Το 44% των ηλικιωμένων απάντησαν πως διέμεναν μόνοι τους, ενώ το 40% διέμεναν με τον ή τη σύντροφό τους. Το 14% διέμεναν με τη σύζυγο και τα παιδιά τους, ενώ μόλις το 3% διέμεναν με κάποιον άλλο συγγενή (Πίνακας Συχνοτήτων 9 - Διάγραμμα 15).

Ερώτηση 14: Ποιος αναλαμβάνει τη φροντίδα υγείας σας;

Ποιος αναλαμβάνει τη φροντίδα υγείας σας;	Συχνότητες	Ποσοστά
Μόνος/η	156	64,2
Ο/Η σύζυγός σας	37	15,2
Τα παιδιά σας	32	13,2

	Ο φροντιστής	12	4,9
	Το ίδρυμα	6	2,5
	Παρατηρήσεις	243	100,0
	Εκλιπούσες Τιμές	3	
	ΣΥΝΟΛΟ	246	

Πίνακας Συχνοτήτων 10 Ερώτηση 14



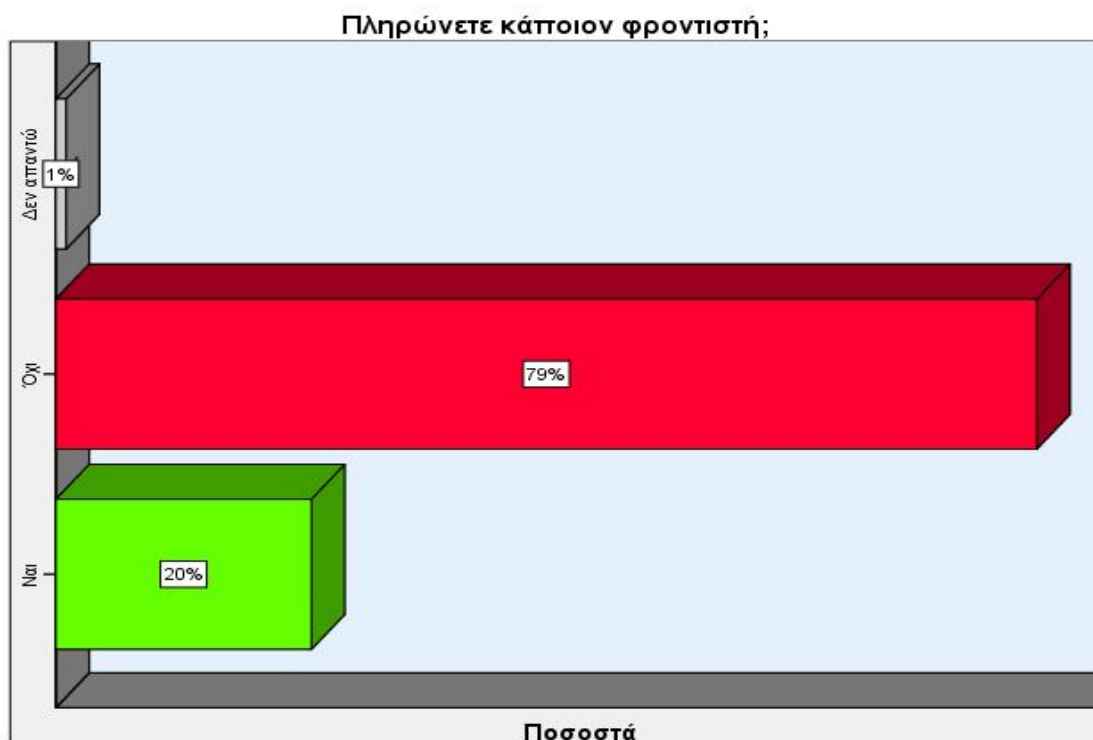
Διάγραμμα 16 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 14

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως οι ίδιοι φρόντιζαν την υγεία τους και όχι κάποιο άλλο άτομο, σε ποσοστό 64%. Το 15% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως ο ή η σύζυγός τους είχε αναλάβει τη φροντίδα υγείας τους. Για το 13% του δείγματος τη φροντίδα την είχαν αναλάβει τα παιδιά τους, ενώ μόλις το 5% απάντησαν πως τους φρόντιζε κάποιος φροντιστής υγείας. Μόλις το 3% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως τη φροντίδα υγείας τους την είχε αναλάβει κάποιο ίδρυμα (**Πίνακας Συχνοτήτων 10 - Διάγραμμα 16**).

Ερώτηση 15: Πληρώνετε κάποιον φροντιστή;

Πληρώνετε κάποιον φροντιστή;		
	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	50	20,5
Όχι	192	78,7
Δεν απαντώ	2	,8
Παρατηρήσεις	244	100,0
Εκλιπούσες Τιμές	2	
ΣΥΝΟΛΟ	246	

Πίνακας Συχνοτήτων 11 Ερώτηση 15



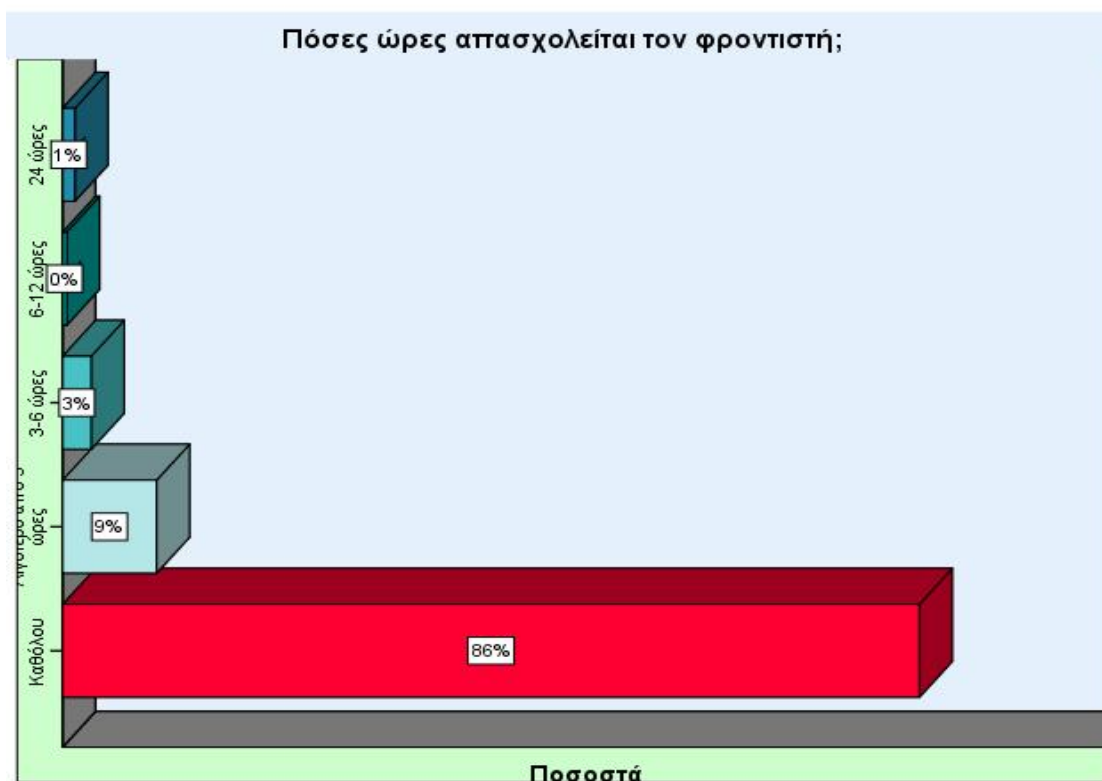
Διάγραμμα 17 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 15

Οι συμμετέχοντες ενήλικες ρωτήθηκαν αν πληρώνουν κάποιο φροντιστή. Το 79% των ηλικιωμένων απάντησαν πως δεν πλήρωναν κάποιον φροντιστή τη στιγμή της έρευνας. Το 20% του δείγματος πλήρωναν φροντιστή, ενώ το 1% δεν θέλησαν να απαντήσουν αν πλήρωναν ή όχι φροντιστή κατά τη στιγμή της έρευνας (Πίνακας Συχνοτήτων 11- Διάγραμμα 17).

Ερώτηση 16: Πόσες ώρες απασχολείτε τον φροντιστή;

Πόσες ώρες απασχολείτε τον φροντιστή;			
	Συχνότητες	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Καθόλου	210	86,1	86,1
Λιγότερο από 3 ώρες	23	9,4	95,5
3-6 ώρες	7	2,9	98,4
6-12 ώρες	1	,4	98,8
24 ώρες	3	1,2	100,0
Παρατηρήσεις	244	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	2		
ΣΥΝΟΛΟ	246		

Πίνακας Συχνοτήτων 12 Ερώτηση 16



Διάγραμμα 18 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 16

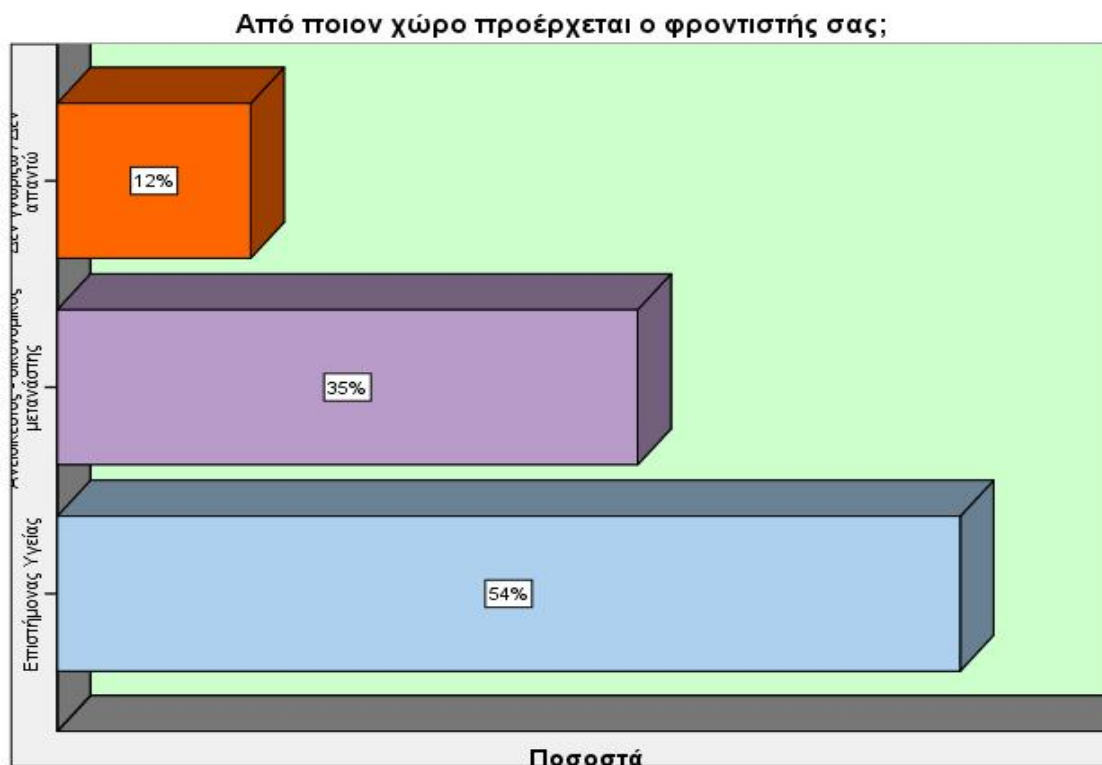
Το 86% των ηλικιωμένων δήλωσαν πως δεν απασχολούσαν καθόλου κάποιον φροντιστή. Το 9% δήλωσαν πως απασχολούσαν κάποιο φροντιστή για λιγότερες από 3 ώρες. Μόλις το 5% του δείγματος δήλωσαν πως απασχολούσαν κάποιον φροντιστή για περισσότερες από 3 ώρες (Πίνακας Συχνοτήτων 12 - Διάγραμμα 18).

Ερώτηση 17: Από ποιον χώρο προέρχεται ο φροντιστής σας;

Από ποιον χώρο προέρχεται ο φροντιστής σας;		
	Συχνότητα	Ποσοστά
Επιστήμονας Υγείας	28	53,8
Ανειδίκευτος - οικονομικός μετανάστης	18	34,6

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	6	11,5
Παρατηρήσεις	52	100,0
Εκλιπούσες Τιμές	194	
ΣΥΝΟΛΟ	246	

Πίνακας Συχνοτήτων 13 Ερώτηση 17



Διάγραμμα 19 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 17

Από αυτούς που δήλωσαν πως απασχολούσαν κάποιον φροντιστή, το 12% δεν γνώριζαν από ποιον χώρο προερχόταν ο φροντιστής. Το 54% απασχολούσαν κάποιον επιστήμονα υγείας, ενώ το 35% των ηλικιωμένων που απασχολούσαν κάποιον φροντιστή, δήλωσαν πως ο φροντιστής τους ήταν ανειδίκευτος ή οικονομικός μετανάστης (Πίνακας Συχνοτήτων 13 - Διάγραμμα 19).

Ερώτηση 18: Τι ποσό δαπανάτε για τον κατ' οίκον φροντιστή σας;

Τι ποσό δαπανάτε για τον κατ' οίκον φροντιστή σας;			
	Συχνότητες	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
Λιγότερο από 300 ευρώ	23	9,4	9,4
300-600 ευρώ	15	6,1	15,6
Περισσότερο των 1000 ευρώ	1	,4	16,0
Δεν έχω κατ' οίκον φροντιστή	196	80,3	96,3
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	9	3,7	100,0
Παρατηρήσεις	244	100,0	
Εκλιπούσες Τιμές	2		
ΣΥΝΟΛΟ	246		

Πίνακας Συχνότητων 14 Ερώτηση 18



Διάγραμμα 20 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 18

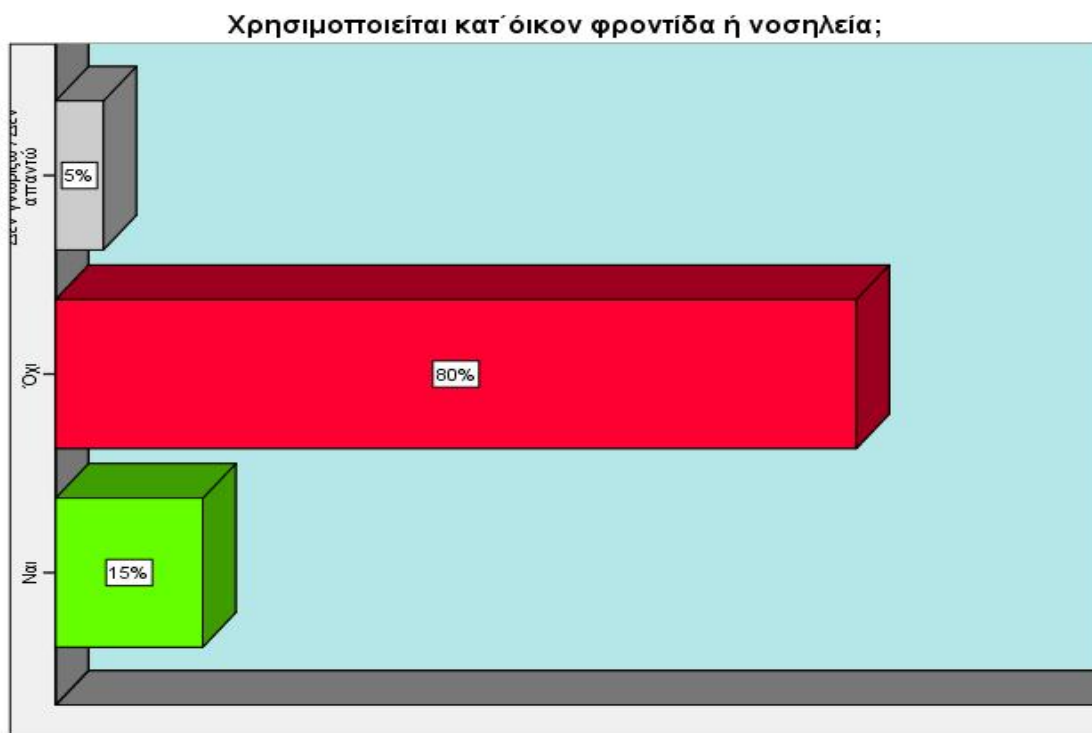
Όπως αποτυπώνεται και στο παραπάνω ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 20), 8 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν πως απασχολούσαν κάποιον κατ' οίκον φροντιστή. Το 4% του δείγματος δεν ήθελαν να απαντήσουν. Από αυτούς που απασχολούσαν κάποιο φροντιστή κατοίκων, το 48% δαπανούσαν λιγότερο από 300 ευρώ μηνιαίως. Ενώ από 300 έως 600 ευρώ δαπανούσαν το 31%. Το 19% δεν θέλησαν να προσδιορίζουν το ποσό, ενώ μόλις το 2% δαπανούσαν περισσότερα από 1.000 ευρώ για την κατ' οίκον φροντίδα τους (Πίνακας Συχνοτήτων 14 - Διάγραμμα 20).

Ερώτηση 19: Χρησιμοποιείται κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία;

	Συχνότητες	Ποσοστά
Ναι	34	14,8

	Όχι	185	80,4
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	11	4,8
	Παρατηρήσεις	230	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		16	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνότητων 15 Ερώτηση 19



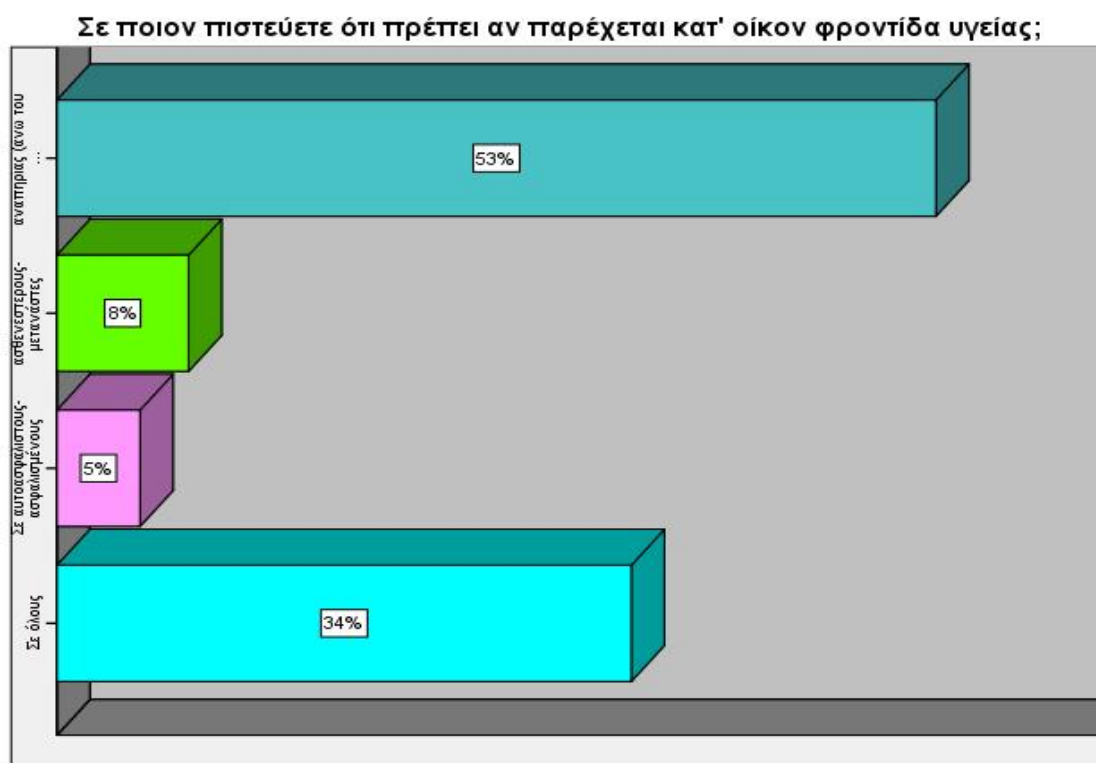
Διάγραμμα 21 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 19

Το 15% του δείγματος δήλωσαν πως χρησιμοποιούσαν κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία. Αντίθετα το 80% δήλωσαν πως δεν χρησιμοποιούσαν. Το 5% δεν θέλησαν να μας απαντήσουν αν χρησιμοποιούσαν κατ' οίκον φροντίδα ή όχι (Πίνακας Συχνότητων 15 - Διάγραμμα 21).

Ερώτηση 20: Σε ποιον πιστεύετε πως πρέπει να παρέχετε κατ' οίκον φροντίδα;

	Συχνότητες	Ποσοστά
Σε όλους	83	34,4
Σε αυτοασφαλισμένους-ασφαλισμένους	12	5,0
Οικονομικά ασθενέστερους-μετανάστες	19	7,9
Μόνο σε άτομα με υψηλό ποσοστό αναπηρίας	127	52,7
Παρατηρήσεις	241	100,0
Εκλιπούσες Τιμές	5	
ΣΥΝΟΛΟ	246	

Πίνακας Συχνοτήτων 16 Ερώτηση 20



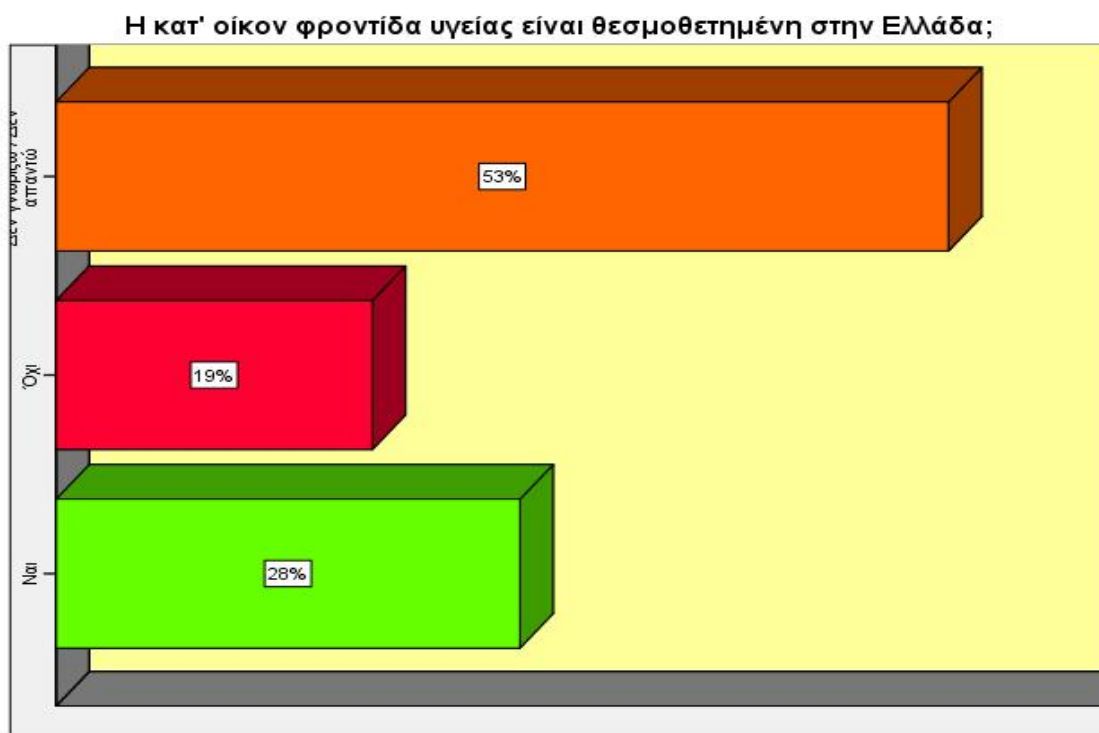
Διάγραμμα 22 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 20

Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν ως προς το σε ποιους πίστευαν πως θα έπρεπε να παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, σε ποσοστό 53% δήλωσαν πως θα έπρεπε να παρέχετε κατ' οίκον φροντίδας μόνο σε άτομα με υψηλό ποσοστό αναπηρίας. Το 34% των ερωτηθέντων πίστευαν πως θα έπρεπε να παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα σε όλους. Το 8% πίστευαν πως πρέπει να παρέχεται στους οικονομικά ασθενέστερους και τους μετανάστες, ενώ το 5% σε αυτούς που είχαν κάποιου είδους ασφάλιση (Πίνακας Συχνοτήτων 16 - Διάγραμμα 22).

Ερώτηση 21: Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα;

		Συχνότητες	Ποσοστά
	Ναι	66	27,7
	Όχι	45	18,9
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	127	53,4
	Παρατηρήσεις	238	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		8	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνοτήτων 17 Ερώτηση 21



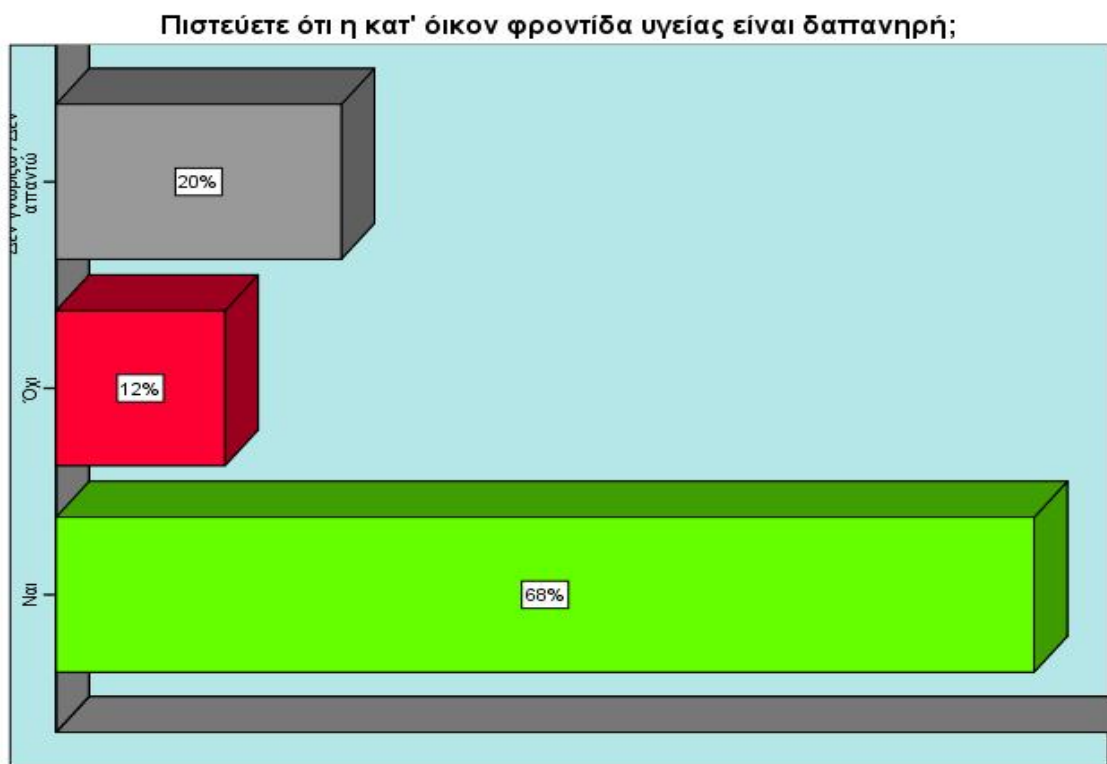
Διάγραμμα 23 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 21

Οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δεν γνώριζαν αν η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα, σε ποσοστό 53%. Το 19% απάντησαν πως δεν είναι θεσμοθετημένη, ενώ το 28% πίστευαν πως είναι (Πίνακας Συχνοτήτων 17 - Διάγραμμα 23).

Ερώτηση 22: Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή;

	Συχνότητες	Ποσοστά
Ναι	168	68,3
Όχι	29	11,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	49	19,9
ΣΥΝΟΛΟ	246	100,0

Πίνακας Συχνοτήτων 18 Ερώτηση 22



Διάγραμμα 24 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 22

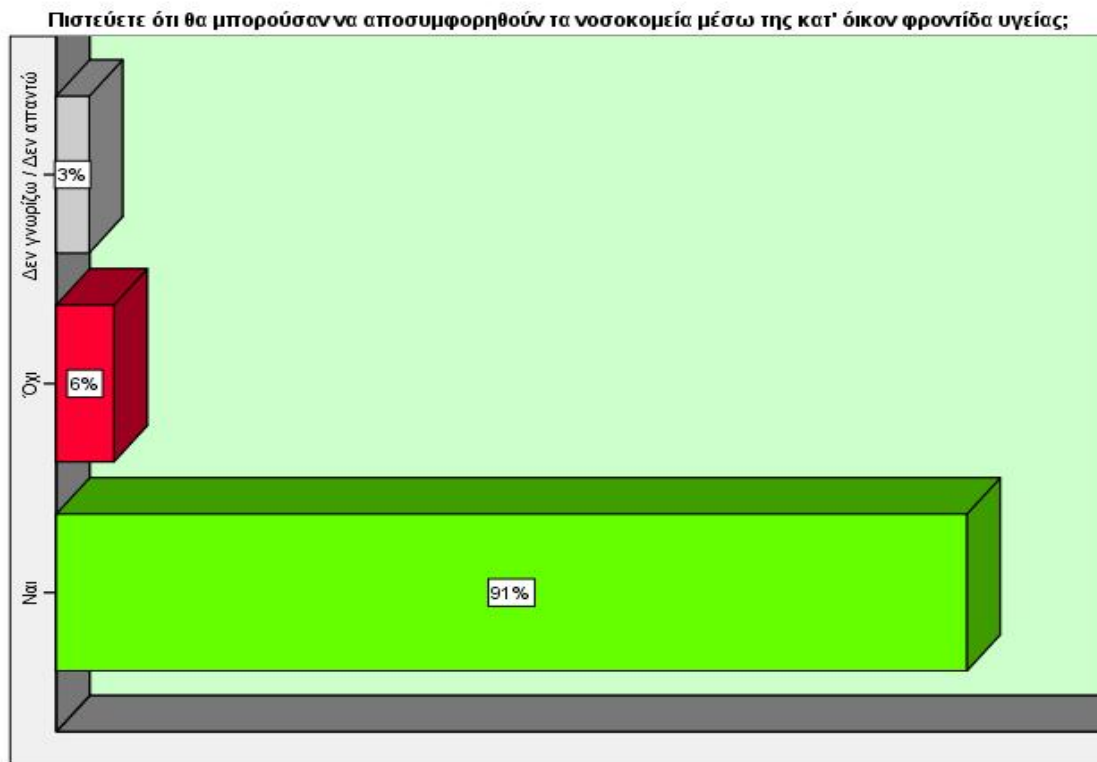
Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ηλικιωμένων πίστευαν πως η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή, σε ποσοστό 68%. Το 12% των ηλικιωμένων δεν θεωρούσαν τη φροντίδα υγείας δαπανηρή, ενώ ένας στους πέντε ηλικιωμένους (20%) δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν (Πίνακας Συχνοτήτων 18 - Διάγραμμα 24).

Ερώτηση 23: Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία μέσω της κατ' οίκον φροντίδα υγείας;

		Συχνότητες	Ποσοστό
	Ναι	222	91,0
	Όχι	14	5,7

	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	8	3,3
	Παρατηρήσεις	244	100,0
Εκλιπούσες Τιμές		2	
ΣΥΝΟΛΟ		246	

Πίνακας Συχνοτήτων 19 Ερώτηση 23



Διάγραμμα 25 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 23

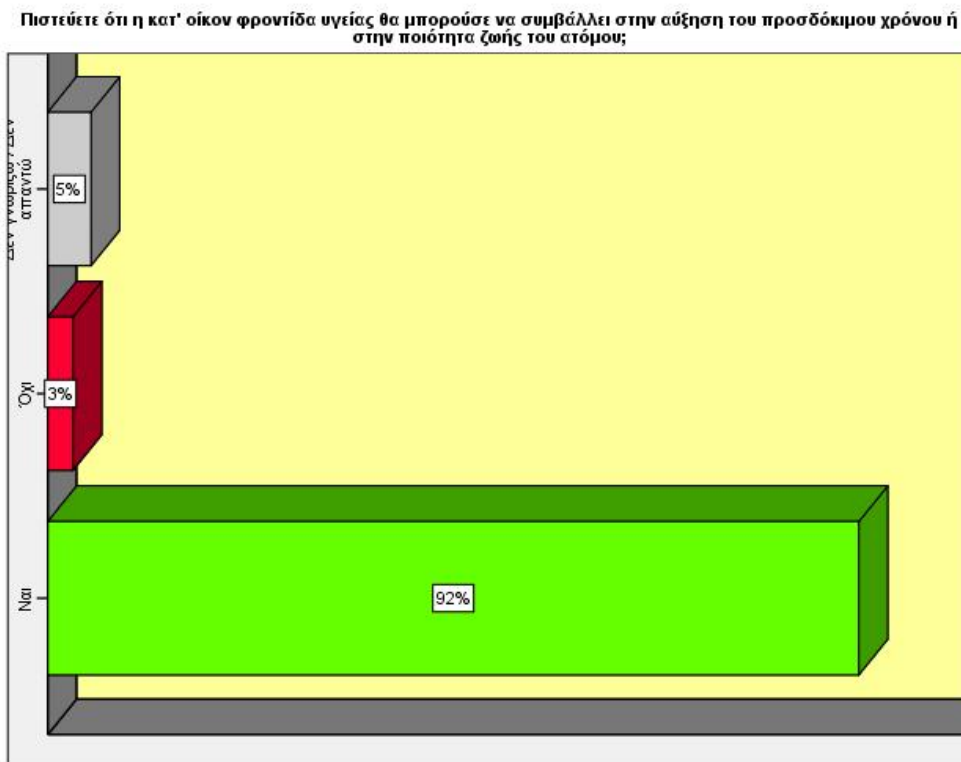
Περίπου 9 στους 10 ερωτώμενους (91%) που συμμετείχαν στην έρευνα, πίστευαν πως η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία. Το αντίθετο πίστευαν το 6%, ενώ μόλις το 3% δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν (Πίνακας Συχνοτήτων 19 - Διάγραμμα 25).

Ερώτηση 24: Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στην ποιότητα ζωής του

ατόμου;

	Συχνότητες	Ποσοστά
	Ναι	226
	Όχι	7
	Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	12
	Παρατηρήσεις	245
Εκλιπούσες Τιμές	1	
ΣΥΝΟΛΟ	246	

Πίνακας Συχνοτήτων 20 Ερώτηση 24



Διάγραμμα 26 Ραβδόγραμμα - Ερώτηση 24

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 92%,

πίστευαν ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Αντίθετοι με αυτό ήταν μόλις το 3%. Τέλος, το 5% δεν γνώριζαν ή δεν ήθελαν να απαντήσουν στην εν λόγω ερώτηση (Πίνακας Συχνότητων 20 - Διάγραμμα 26).

ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κατά την διμεταβλητή ανάλυση διερευνήθηκε η στατιστικά σημαντική η μη επίδραση κάποιων δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων στις απαντήσεις που έδωσαν σε ερωτήσεις σχετικά με τη φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, ελέγχθηκε αν ο παράγοντας φύλο και το μορφωτικό επίπεδο επηρέασαν στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

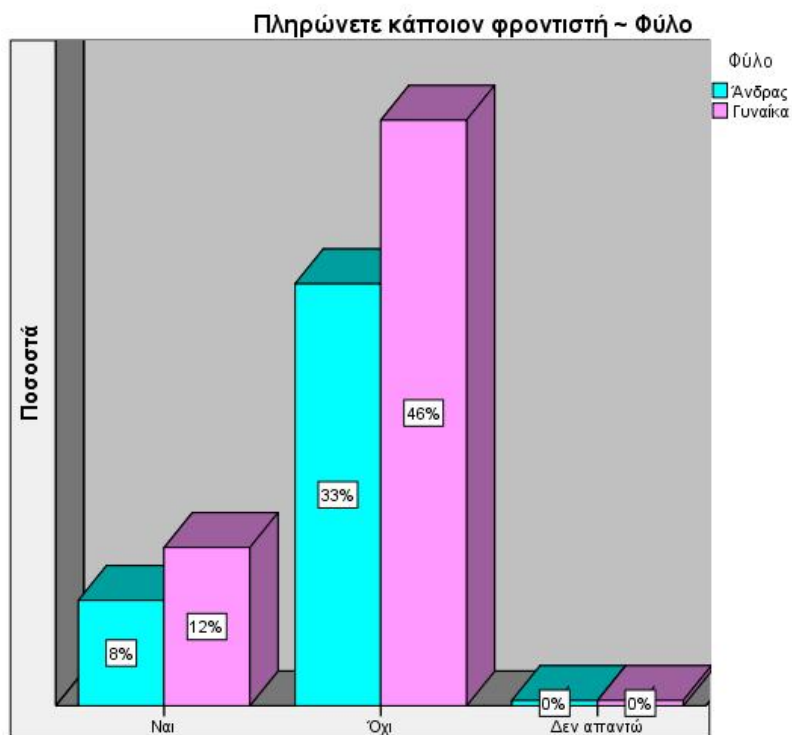
Παράγοντας Φύλο

1. Πληρώνετε κάποιον φροντιστή, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχος χ^2

	Τιμή Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	,117	2	,943
Likelihood Ratio	,116	2	,943
Linear-by-Linear Association	,087	1	,768
N of Valid Cases	243		

Πίνακας 7 Διαφοροποίηση των απαντήσεων στην ερώτηση 15 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 27 Ερώτηση 15 ως προς τον παράγοντα φύλο

Ελέγχθηκε αν ο παράγοντας φύλο επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των ηλικιωμένων σχετικά με το αν πλήρωναν ή όχι κάποιον φροντιστή κατά τη στιγμή της έρευνας. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, καθώς η p-value του ελέγχου είναι σημαντικά μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος 0,05 (Πίνακας 7).

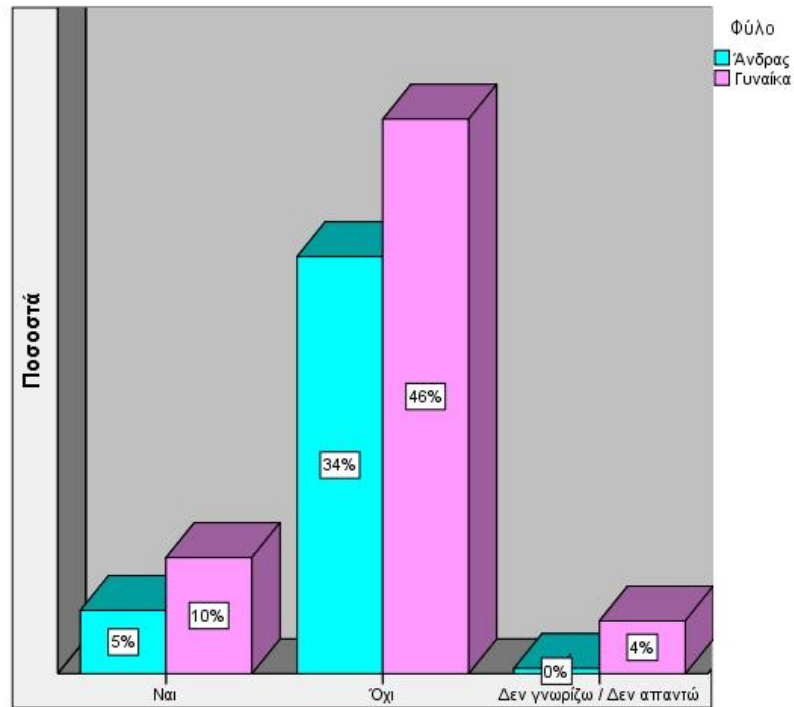
2. Χρησιμοποιείτε κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχος χ^2

	Τιμή Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	5,342	2	,069

Likelihood Ratio	6,318	2	,042
Linear-by-Linear Association	,301	1	,584
N of Valid Cases	229		

Πίνακας 8 Ερώτηση 19 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 28 Ερώτηση 19 ως προς τον παράγοντα φύλο

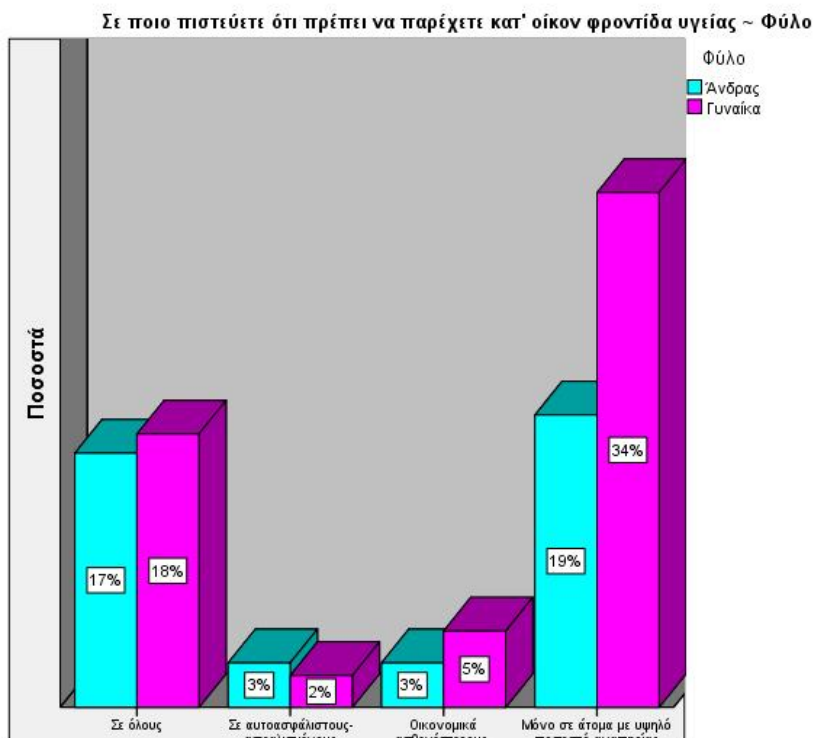
Επίσης ο παράγοντας φύλο δεν φαίνεται να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς το αν χρησιμοποιούσαν κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία τη στιγμή της έρευνας. Τα ποσοστά δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο (**Πίνακας 8**).

3. Σε ποιον πιστεύετε πως πρέπει να παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα φύλο.

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	4,560	3	,207
Likelihood Ratio	4,537	3	,209
Linear-by-Linear Association	3,508	1	,061
N of Valid Cases	241		

Πίνακας 9 Ερώτηση 20 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 29 Ερώτηση 20 ως προς τον παράγοντα φύλο

Επίσης δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων των ηλικιωμένων σχετικά με το σε ποιους πίστευαν ότι πρέπει να

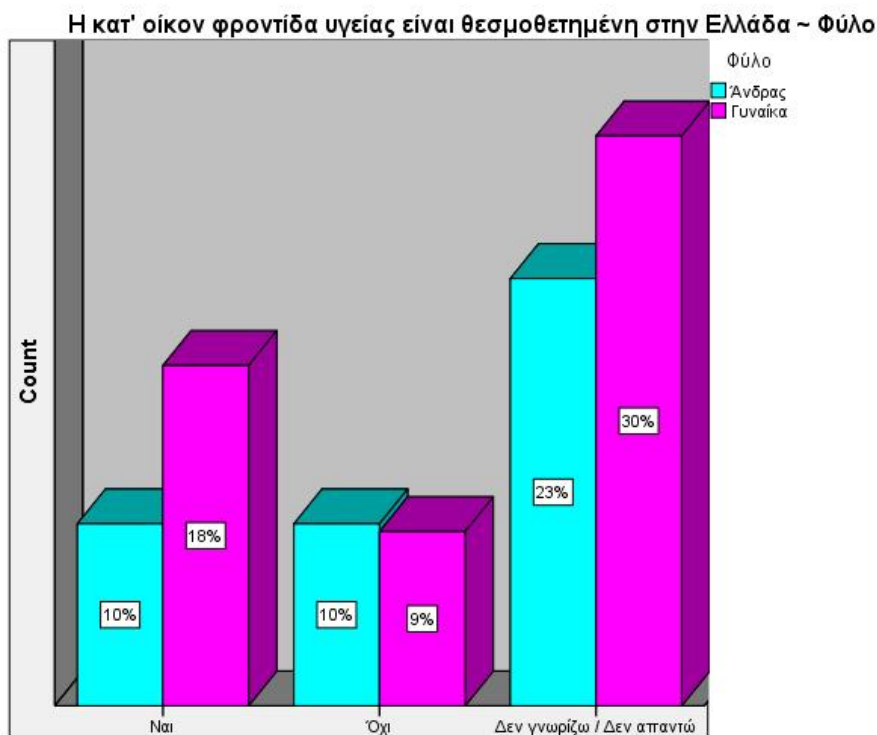
παρέχετε η κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα φύλο. Η p-value του ελέγχου είναι 0,21, δηλαδή μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος 0,05 (Πίνακας 9).

4. Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	2,950	2	,229
Likelihood Ratio	2,959	2	,228
Linear-by-Linear Association	,746	1	,388
N of Valid Cases	237		

Πίνακας 10 Ερώτηση 21 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 30 Ερώτηση 21 ως προς τον παράγοντα φύλο

Οι απαντήσεις των αντρών δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από αυτές των γυναικών, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 , ως προς το αν η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι ή όχι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα (Πίνακας 10).

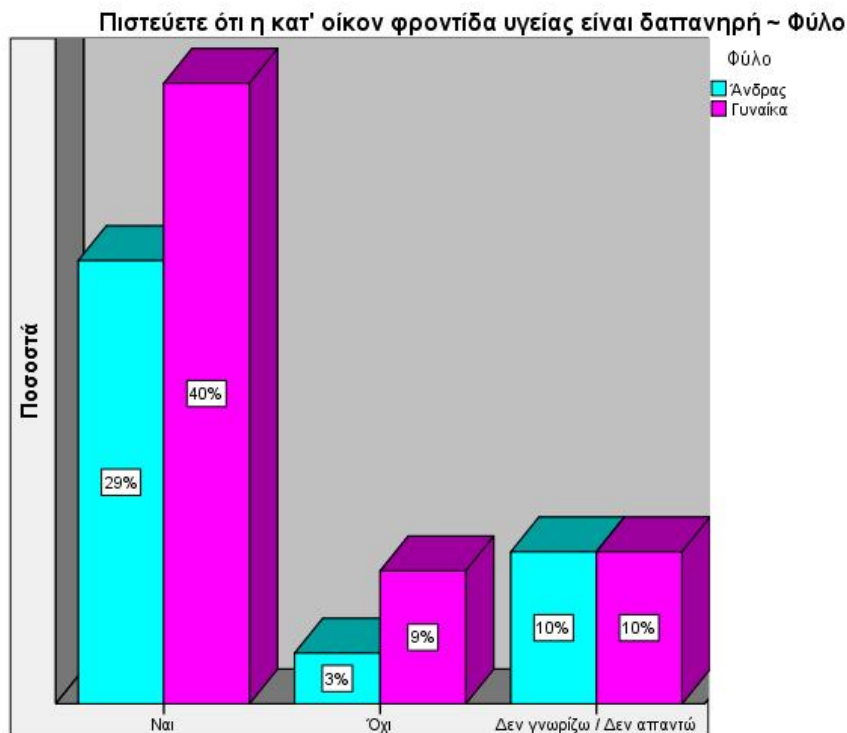
5. Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p- values
Pearson Chi-Square	3,738 ^a	2	,154
Likelihood Ratio	3,835	2	,147
Linear-by-Linear	,409	1	,523

Association			
N of Valid Cases	245		

Πίνακας 11 Ερώτηση 22 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 31 Ερώτηση 22 ως προς τον παράγοντα φύλο

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να μας πουν αν πιστεύουν ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή. Στον προκειμένω έλεγχο ελέγχεται αν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιήθηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου δεν εμφανίζεται ο παράγοντας φύλο να επηρεάζει τις απαντήσεις των ηλικιωμένων. Τόσο οι άντρες, όσο και οι γυναίκες απαντούν με τον ίδιο τρόπο (Πίνακας 11).

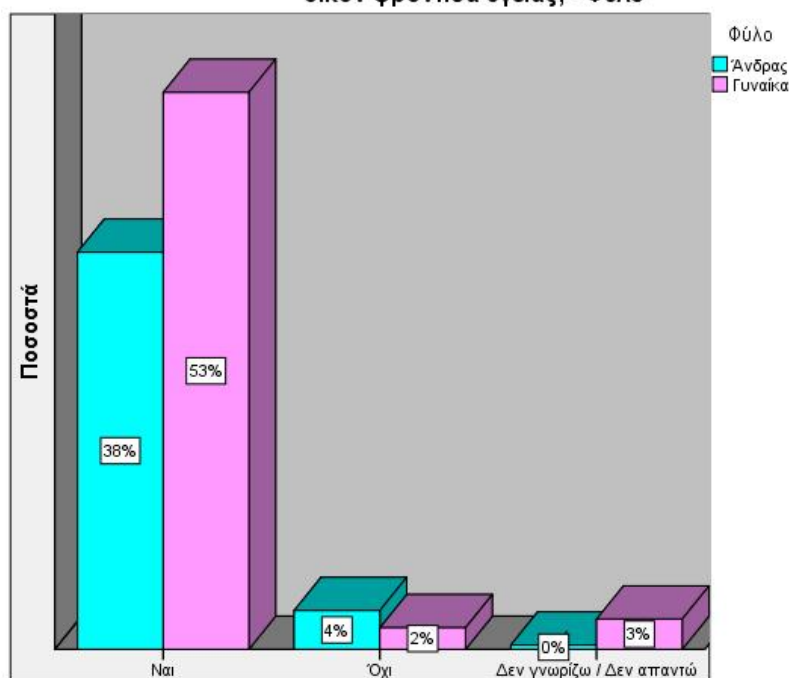
6. Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποσυμφωρηθούν τα νοσοκομεία μέσω της κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p- values
Pearson Chi-Square	5,726	2	,057
Likelihood Ratio	6,158	2	,046
Linear-by-Linear Association	,245	1	,620
N of Valid Cases	243		

Πίνακας 12 Ερώτηση 23 ως προς τον παράγοντα φύλο

Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία μέσω της κατ' οίκον φροντίδα υγείας;~ Φύλο



Διάγραμμα 32 Ερώτηση 23 ως προς τον παράγοντα φύλο

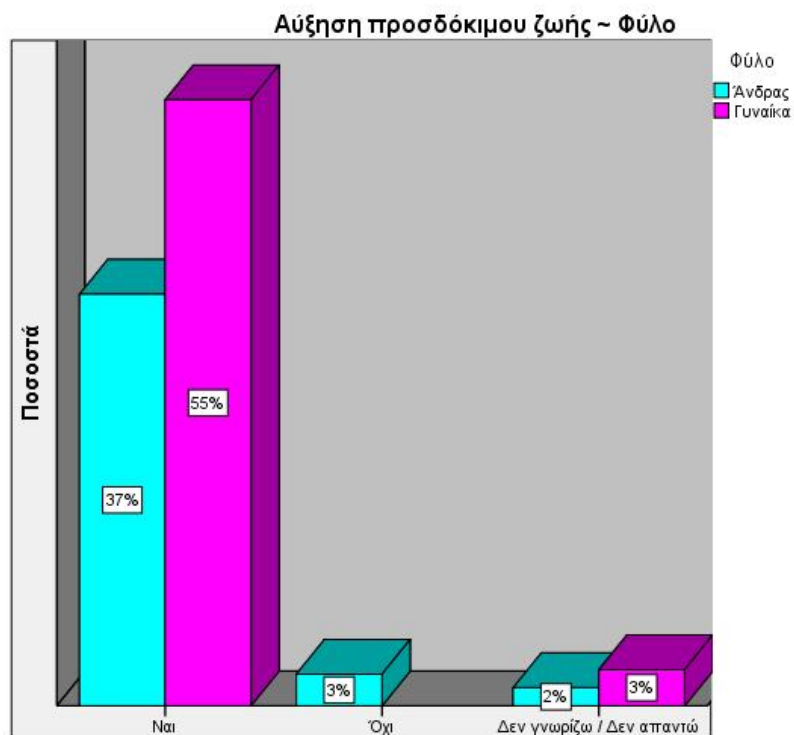
Ο παράγοντας φύλο, όπως φαίνεται και από το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου δεν επηρεάζει οριακά τις απαντήσεις των ηλικιωμένων ως προς τον παράγοντα φύλο. Τόσο οι άντρες συμμετέχοντες, όσο και οι γυναίκες απαντούν με όμοιο τρόπο (**Πίνακας 12**).

7. Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στην ποιότητα ζωής του ατόμου, ως προς τον παράγοντα φύλο

Έλεγχοι χ^2

	Τιμή Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	10,270	2	,006
Likelihood Ratio	12,745	2	,002
Linear-by-Linear Association	,334	1	,563
N of Valid Cases	244		

Πίνακας 13 Ερώτηση 24 ως προς τον παράγοντα φύλο



Διάγραμμα 33 Ερώτηση 24 ως προς τον παράγοντα φύλο

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του τελευταίου ελέγχου όσον αφορά τον παράγοντα φύλο, αυτός φαίνεται να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Συνεπώς, αλλιώς απάντησαν οι άντρες ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα και αλλιώς οι γυναίκες (**Πίνακας 13**). Οι γυναίκες εμφανίζονται να υποστηρίζουν εντονότερα από τους άντρες πως η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στην ποιότητα ζωής του ατόμου (**Διάγραμμα 33**).

Παράγοντας Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα

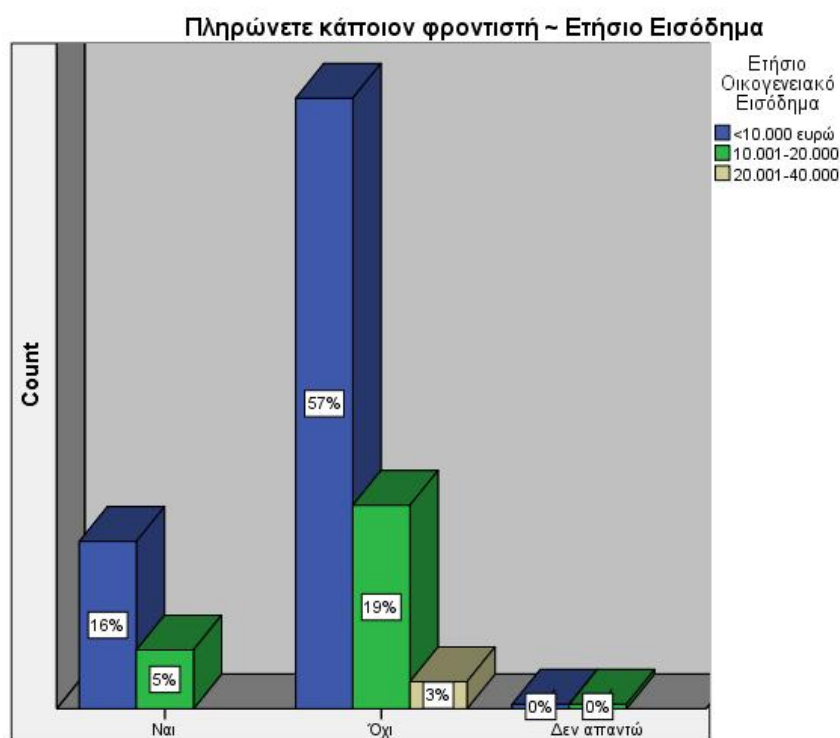
Όμοια με τον παράγοντα φύλο, μελετήθηκε στις ίδιες ερωτήσεις η επίδραση του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος στις απαντήσεις που δόθηκαν.

1. Πληρώνετε κάποιον φροντιστή, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμή Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	2,400	4	,663
Likelihood Ratio	3,580	4	,466
Linear-by-Linear Association	,487	1	,485
N of Valid Cases	238		

Πίνακας 14 Ερώτηση 15 ως προς τον παράγοντα οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 34 Ερώτηση 15 ως προς τον παράγοντα οικογενειακό εισόδημα

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν πληρώνουν κάποιον νοσηλευτή, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 14).

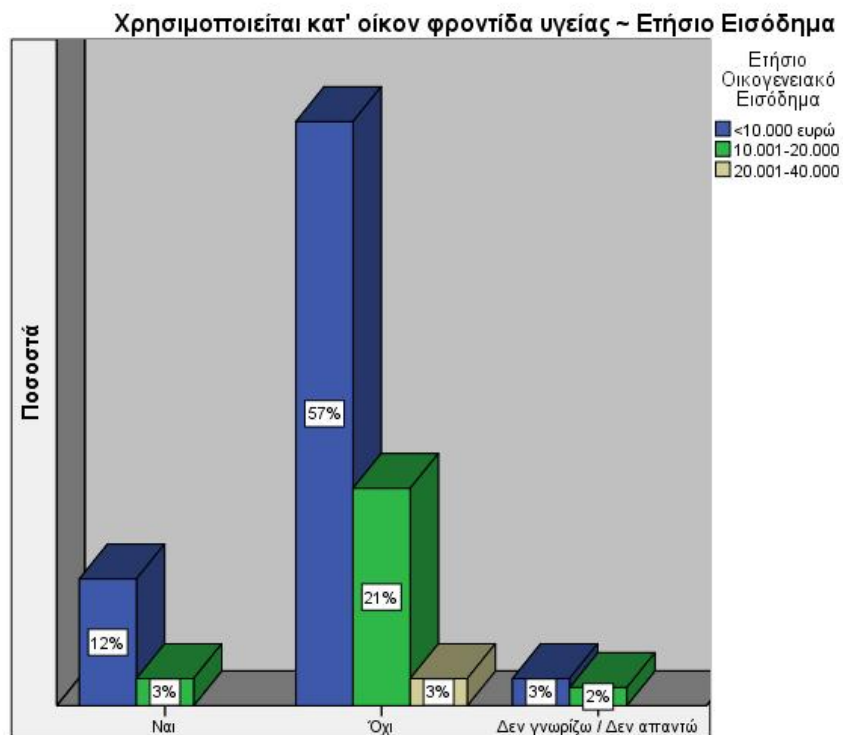
2. Χρησιμοποιείται κατ' οίκον νοσηλεία, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμή Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	3,889	4	,421
Likelihood Ratio	5,000	4	,287
Linear-by-Linear	2,632	1	,105

Association			
N of Valid Cases	227		

Πίνακας 15 Ερώτηση 19 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 35 Ερώτηση 19 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν χρησιμοποιούσαν κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 15).

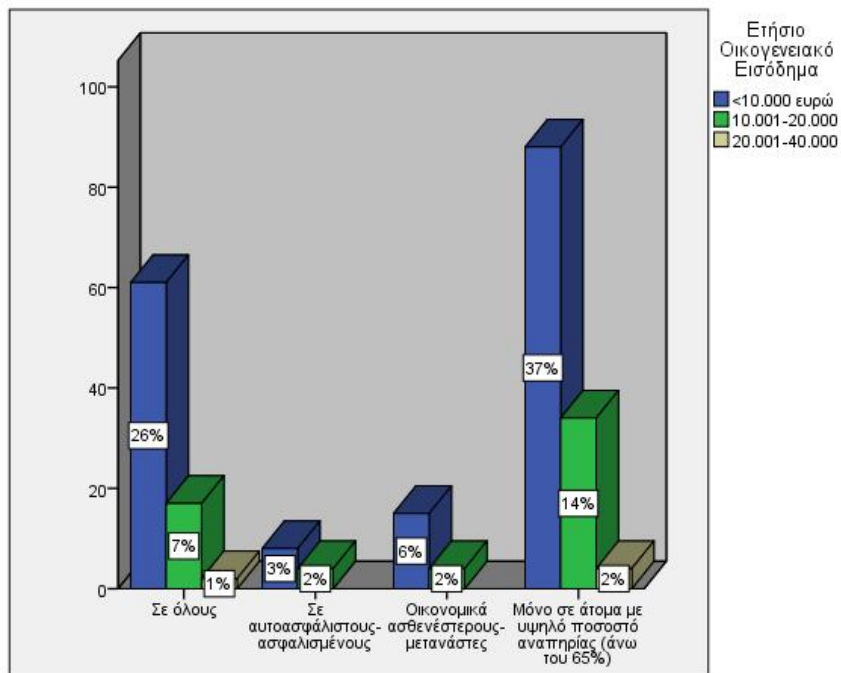
3. Σε ποιον πιστεύετε ότι πρέπει να παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγ χων	Βαθμοί Ελευθερίας	p- values
Pearson Chi-Square	2,537	6	,864
Likelihood Ratio	3,294	6	,771
Linear-by-Linear Association	,814	1	,367
N of Valid Cases	237		

Πίνακας 16 Ερώτηση 20 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Σε ποιον πιστεύετε ότι πρέπει αν παρέχεται κατ' οίκον φροντίδα υγείας-Ετήσιο Εισόδημα



Διάγραμμα 36 Ερώτηση 20 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

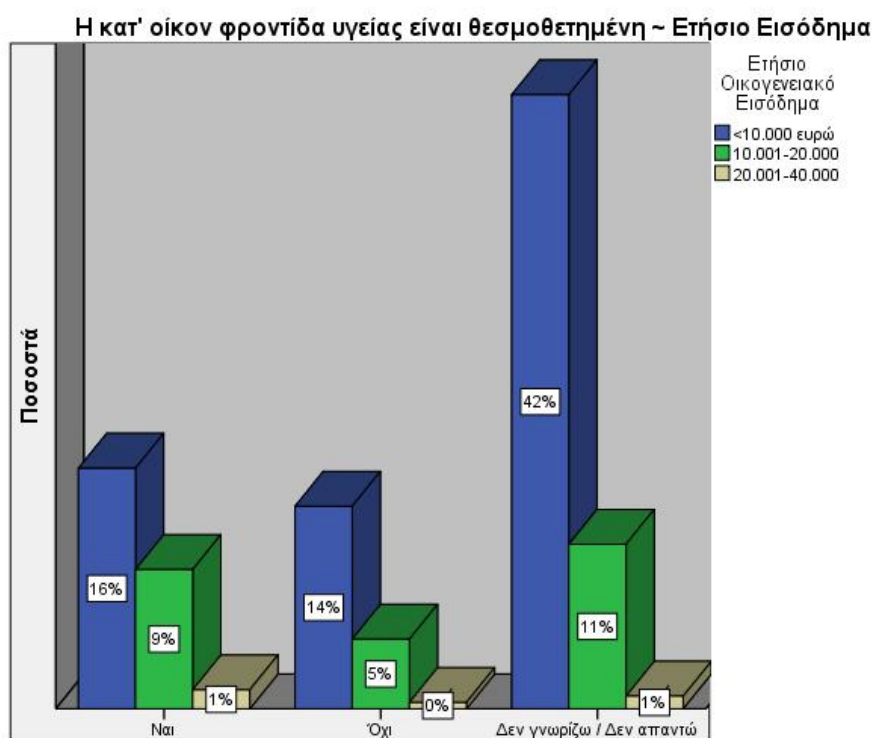
Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το σε ποιον πιστεύαν ότι έπρεπε να παρέχεται η κατ' οίκον φροντίδα υγείας, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 16).

4. Η κατ' οίκον φροντίδα είναι θεσμοθετημένη στην Ελλάδα, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	pvalues
Pearson Chi-Square	6,670	4	,154
Likelihood Ratio	6,406	4	,171
Linear-by-Linear Association	6,336	1	,012
N of Valid Cases	232		

Πίνακας 17 Ερώτηση 21 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 37 Ερώτηση 21 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν είναι ή όχι θεσμοθετημένη η κατ' οίκον φροντίδα, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 17).

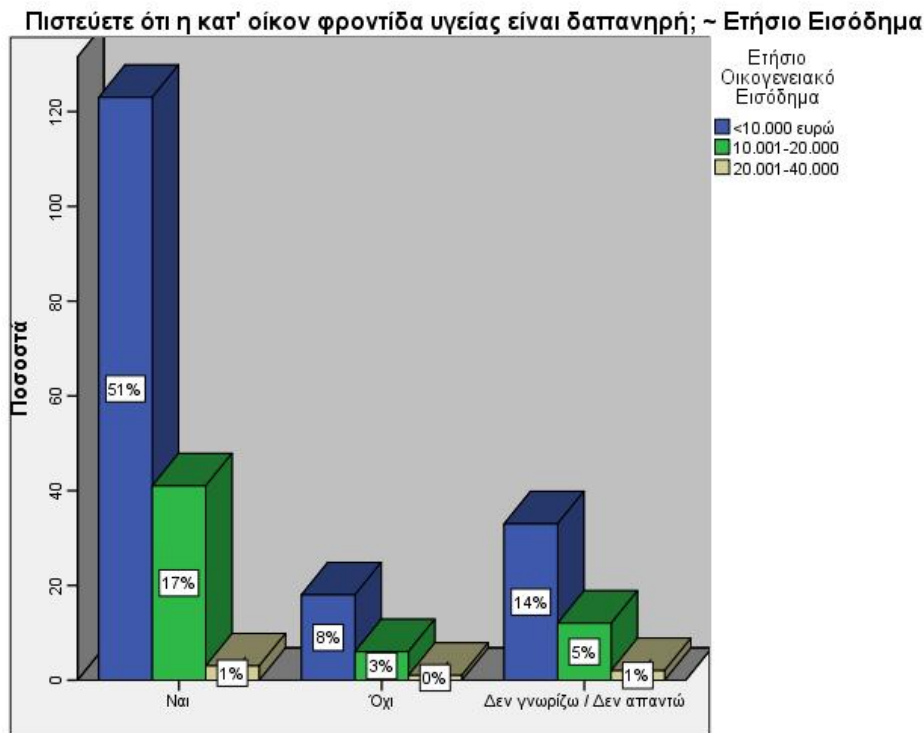
5. Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι δαπανηρή, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	1,212	4	,876
Likelihood Ratio	1,116	4	,892

Linear-by-Linear Association	,540	1	,462
N of Valid Cases	239		

Πίνακας 18 Ερώτηση 22 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 38 Ερώτηση 22 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

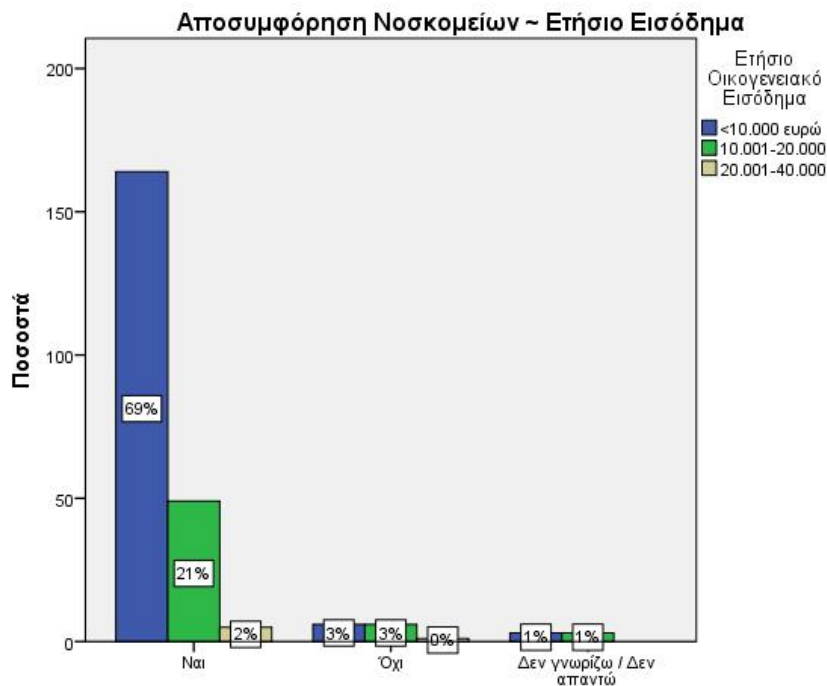
Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν είναι δαπανηρή η κατ' οίκον φροντίδα, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 18).

6. Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία μέσω της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	7,885	4	,096
Likelihood Ratio	6,914	4	,141
Linear-by-Linear Association	4,902	1	,027
N of Valid Cases	237		

Πίνακας 19 Ερώτηση 23 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 39 Ερώτηση 23 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

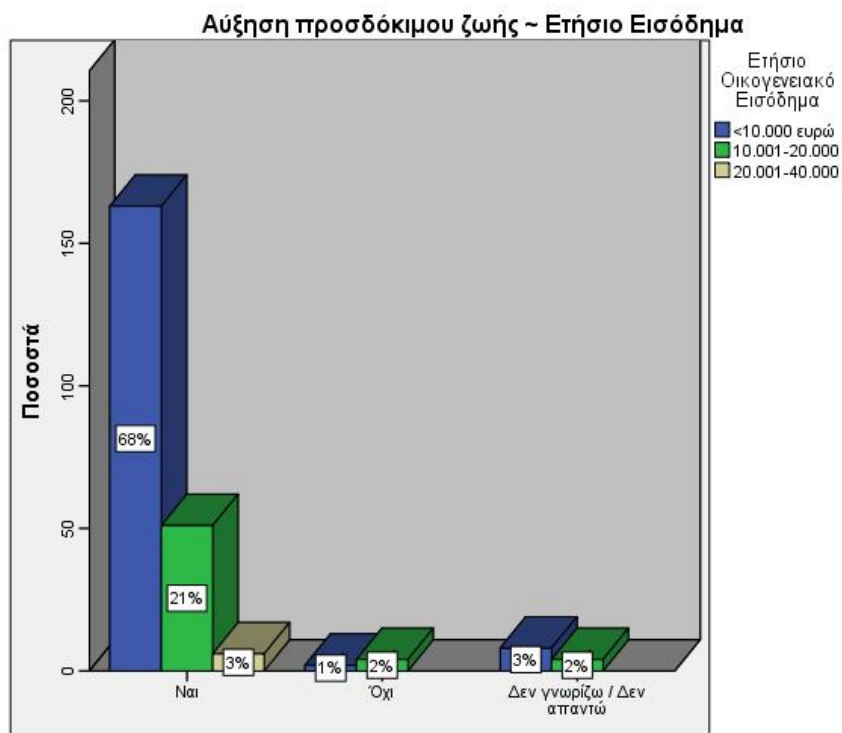
Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν βοηθά να αποσυμφορηθούν τα δημόσια νοσοκομεία χάρη της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 19).

7. Πιστεύετε ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ή στην ποιότητα ζωής του ατόμου, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

Έλεγχος χ^2

	Τιμές Ελέγχων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-values
Pearson Chi-Square	6,716	4	,152
Likelihood Ratio	6,111	4	,191
Linear-by-Linear Association	,710	1	,399
N of Valid Cases	238		

Πίνακας 20 Ερώτηση 24 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



Διάγραμμα 40 Ερώτηση 24 ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το αν η κατ' οίκον φροντίδα αυξάνει το προσδόκιμο χρόνο και βελτιώνει την ποιότητα ζωής, ως προς τον παράγοντα ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 14).

ΣΥΝΟΨΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα κατατάσσεται στις επιστήμες της δημόσιας υγείας και διερευνά τις απόψεις και τις εμπειρίες των ηλικιωμένων σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί μία σύγχρονη νοσηλευτική εξειδίκευση με μεγάλη συνεισφορά στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων. Για τις ανάγκες της έρευνας συλλέχθηκαν 246 ορθά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, σταθμισμένα ως προς τον παράγοντα φύλο. Τα ερωτηματολόγια προέρχονται από ηλικιωμένου των Κ.Α.Π.Η. των δήμων Κερατσινίου και Πάρου. Η έρευνα έλαβε μέρος το πρώτο τρίμηνο του 2016.

Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε κατάλληλο σύντομο ερωτηματολόγιο, 24 ερωτήσεων, ως εργαλείο διερεύνησης των απόψεων και των εμπειριών των ηλικιών σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Η εικόνα του δείγματος ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία, μας έδειξαν πως η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήτα τα 73 έτη, ενώ το 75% των συμμετεχόντων ήταν μεγαλύτεροι από 69 κατά τη στιγμή της έρευνας. Όσον αφορά το φύλο, το 58% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 42% άντρες. Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος κρίνεται ως ιδιαίτερα χαμηλό, κάτι που εξηγείται από τη μεγάλη ηλικία των συμμετεχόντων. Τρεις στους τέσσερις (75%) ερωτώμενους ήταν απόφοιτοι δημοτικού και μόλις ένας στους δέκα είχε ολοκληρώσει και το γυμνάσιο. Επίσης το δείγμα μπορεί να λογιστεί και ως ιδιαίτερα φτωχό, καθώς η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από 10.000 ευρώ, ενώ μόλις το 3% είχαν οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο από 20.000 ευρώ. Το 70% του δείγματος διέμεναν τη στιγμή της έρευνας σε κάποια αστική περιοχή, ενώ το 90% των ηλικιωμένων ήταν είτε έγγαμοι/ες, είτε χήροι/ες.

Όσον αφορά την ασφάλιση των ηλικιωμένων, το 93% είχαν δημόσια ασφάλιση, το 6% ιδιωτική, ενώ μόλις το 1% δεν είχαν καθόλου ασφάλιση.

Σημαντικό είναι το εύρημα πως ένας στους πέντε ερωτώμενους (20%) δεν είχε καθόλου πρόσβαση σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας στην εγγύς περιοχή διαμονής του, ενώ το 33% δήλωσαν πως είχαν πρόσβαση αλλά αυτή ήταν δύσκολη για αυτούς.

Σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, μόλις το 5% δήλωσαν πως τη φροντίδα τους την αναλάμβανε εξολοκλήρου κάποιος φροντιστής. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δήλωσαν πως φρόντιζαν μόνοι τους τον εαυτό τους, όσον αφορά την υγεία τους. Παρόλα αυτά, ένας στους πέντε ηλικιωμένους (20%) δήλωσε πως πλήρωνε κάποιον φροντιστή υγείας, κατά τη στιγμή της έρευνας. Το 68% αυτών που δήλωσαν πως πλήρωναν κάποιον φροντιστή τον απασχολούσαν για λιγότερο από 3 ώρες, ενώ μόλις το 8% τον απασχολούσαν για όλο το 24ωρο. Περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους (54%) που πλήρωναν κάποιον φροντιστή, δήλωσαν πως αυτός ο φροντιστής είχε την ιδιότητα του επαγγελματία υγείας. Το 45% των ηλικιωμένων με φροντιστή, δαπανούσαν λιγότερο από 300 ευρώ, ενώ το 31% δαπανούσαν από 300 έως 600 ευρώ μηνιαίως. Τέλος, να αναφερθεί πως το 15% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσαν κατ' οίκον φροντίδα ή νοσηλεία.

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, σε ποσοστό 53% υποστήριξαν πως η κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα έπρεπε να παρέχεται σε άτομα με υψηλό ποσοστό αναπηρίας, ενώ το 34% δήλωσαν πως θα έπρεπε να παρέχετε σε όλους. Περισσότεροι από τους μισούς, σε ποσοστό 56% δεν γνώριζαν αν η κατ' οίκον φροντίδα υγείας ήταν θεσμοθετημένη στην Ελλάδα κατά τη στιγμή της έρευνας. Μεγάλο επίσης είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που πίστευαν ότι η κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, ενώ μόλις το 12% πίστευαν το αντίθετο. Παρόλα αυτά, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 91% πίστευαν ότι μέσω της κατ' οίκον φροντίδα υγείας θα αποσυμφορηθούν σε σημαντικό βαθμό τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Παρόμοιο είναι επίσης το ποσοστό των ηλικιωμένων (92%), οι οποίοι υποστήριξαν πως η φροντίδα υγείας συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου

ζωής και στην αύξηση της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων.

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση διερευνήθηκε η επίδραση κάποιων δημογραφικών παραγόντων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων που έδωσαν σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούσαν της κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Οι παράγοντες των οποίων η επίδραση μελετήθηκε, ήταν το φύλο και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Κανένας από τους δύο αυτούς παράγοντες δεν εμφανίστηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ηλικιωμένων, πλην μίας ερώτησης για την οποία οι απαντήσεις φάνηκε να επηρεάζονται σημαντικά από τον παράγοντα φύλο. Οι γυναίκες ερωτώμενες εμφανίστηκαν εντονότερα θετικές από τους άντρες ως προς το αν η κατ' οίκον φροντίδα υγεία θα συνέβαλε θετικά στην αύξηση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής των ατόμων που την είχαν ανάγκη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Αδαμακίδου Θ, Κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα; 2014
2. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π, Κοινωνική Νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα; 2005
3. Stanhope M, Lancaster J, Κοινωνική Νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα; 2009
4. M.Mc Ewen, Nies A.M, Κοινωνική Νοσηλευτική: προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών 3^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα; 2008
5. Κυριακίδου Ε.Θ, Κοινωνική Νοσηλευτική, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ; 2008
6. Luggen A. S., Meiner S, et al. NGNA Core Curriculum for Gerontological Nursing , 2nd ed. Mosby, Michigan; 2001
7. Βασιλειάδου Α, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, 5^η έκδοση, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ; 2008
8. Κλεσιάρης Χ., Μελέτη συνθηκών υγιεινής σε εξυπηρετούμενους από τη δράση “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” του Δήμου Σαραντάπορου, Επιστήμη και Τεχνολογία 2009; 55-65
9. Τσακίρης Σ., Η φυσιολογία της Γήρανσης , Πανεπιστημιακές εκδόσεις, Αθήνα; 2011
10. Johnson P., et al., Τα γηρατειά από την αρχαιότητα έως την μετανεωτερικότητα, Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα; 2008
11. Lemon B., ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα; 2006

12. Elder R, Evans K, Nizette D , Psychiatric and Mental Health Nursing , 2nd ed. Mosby, Elsevier Australia; 2009
 13. Sines D, Saunders M, Forbes-Burford J, Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική 4^η έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα; 2011
 14. Δ. Γ. Τσαούσης και Α. Χατζηγιάννη, Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1991; 82, 135-138.
 15. <http://www.penteli.gov.gr/attachments/article/1286/APOF150-KANONISMOS%20LEITΟΥYRGΙΑΣ%20ΚΑΡΗ.pdf>
 16. <http://enne.gr/nomoi>
 17. Τζιαφέρη Σ., Εργαλείο Αξιολόγησης της συνεργασίας οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Πιλοτική μελέτη, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2013; 6(1): 49-60
 18. Διλιντάς Α., Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010; 27 (3): 498-508
 19. Μπαλτζή Ε, Χαρή-Παπαιωάννου Φ, Πολυκανδριώτη Μ, και συν. Διερεύνηση της Επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου. Το Βήμα του Ασκληπιού. Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2012; 11 (4): 531-548
 20. Harris M.D. Handbook of Home Health Care Administration, 5th ed. Jones and Bartlett Publishers, Canada; 2010
 21. Κωνσταντινίδης Θ.Ι, Φιλαλήθης Α., Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31 (4): 412-422
 22. Kremer W. and Hammond C. , Abraham Maslow and the pyramid that beguiled business. BBC World Service Magazine. <http://www.bbc.com/news/magazine-23902918> .
- Τελευταία προσπέλαση (accessed), Σεπτέμβριος 1, 2013

23. Μπαμπάτσικου Φ, Νοταρά Β, Κουρή Μ, και συν. Άνοια και Τρίτη Ηλικία: Συγχρονική μελέτη σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό . ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2016;15(3): 258-273
24. Canyn S.Easterling, Robbins E. Dementia and dysphagia, Geriatric Nursing, 2008; 29(4): 275-285
25. Hnizdo S, Archuleta RA, Taylor B, Kim SC. Benefits of Physical Exercise for older Adults with Alzheimer disease. Geriatric Nursing 2008; 29(6): 384-391
26. La Reau R., Benson L., Watcharotone K., Manguba G. Examining the feasibility of Implementing Specific Nursing Interventions to Promote Sleep in Hospitalized Elderly Patients. Geriatric Nursing May-June 2008; 29(3): 196-206
27. Alison N.K, ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ με ΚΑΡΚΙΝΟ, Αρχές και πρακτική, Εκδόσεις 'Ελλην, Αθήνα; 2011
28. Downey L, Curtis R, Lafferty W, Herting J, et al. The quality of dying and death questionnaire (QODD): empirical domains and theoretical perspectives. Pain Symptom Manage 2010; 39:9-22
29. Mercadante S., Valle A., Porzio G., Costanzo B.V. et al. How Do Cancer Patients Receiving Palliative Care at Home Die?: A Descriptive Study. Journal of Pain and Symptom Management 2011; 42 (5): 702-709
30. Ellershaw J. and Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. British Medical Journal (BMJ) 2003 Jan 4; 326(7379): 30–34
31. Μαντούδη Α., Πόνος στην Τρίτη Ηλικία και Εξοικείωση με τις συμπληρωματικές μεθόδους, Το Βήμα του Ασκληπιού 2012; 12(2): 215-234
32. Μαλαμάτου Κ. Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και πρόληψη, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Οκτ-Δεκ 2010; 3 (4): 123-126
33. Μαντζώρου Μ, Μαστρογιάννης Δήμος. Επίδραση της διδασκαλίας του εμφραγματία στη συμμόρφωση και στην αλλαγή του τρόπου ζωής του. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006; 45 (2): 199-206

34. Nguyen S. A., Korenblatt J., Ceïde Mirnova E. Does a Home Care Based Colocated Geriatric Psychiatry Program Effectively Lead to Treatment of Mental Disorders? *The American Journal of Geriatric Psychiatry* March 2016;24(3):126-127
35. Burns T, Knapp M, Cathy J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment* 2001; 5 (15): 1-139
36. Ρούπα Ζ., και συν. 'Αγχος και Κατάθλιψη σε ομάδα Ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2009; 1(2): 61-66
37. Στυλιανοπούλου Χ., και συν. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). *Το βήμα του Ασκληπιού* 2010; 9(4) 490-504
38. <http://web-psychiatry.gr/341/klimakes/>
39. Καραγεωργόπουλος Δ.Ε, Λαζαρίδου Α, Χατζηάστρος Π, Ορολογικός έλεγχος για σύφιλη με fta-abs σε ασθενείς με hiv λοίμωξη *ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS*, 2011; 19(1):34-35
- Τσαχουρίδου Ό. , Πιλάλας Δ, Χρυσανθίδης Θ, και συν. Θνησιμότητα και αίτια θανάτου στον hiv πληθυσμό της Β. Ελλάδας. Μελέτη της περιόδου 1996-2008 *ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΡΧΕΙΑ AIDS*, 2011; 19(1): 56
40. Κεραμιώτη Κ., Πτώσεις στην Τρίτη Ηλικία και Φυσικό Περιβάλλον-Παράγοντες κινδύνου και Εργοθεραπευτική παρέμβαση, *Νοσηλευτική* 2009; 46(4): 143-148
41. Πατιστέα Ε., και συν. Η πρόληψη των Πτώσεων ως Παράμετρος της Υγιούς και Επιτυχημένης Υπερενηλικίωσης, *Νοσηλευτική* 2007; 46(4): 468-488