ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΓΙΝΕΤΑΙ?"

Πέρρου Χρυσάνθη

Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Κατερίνη, 2024

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Επιβλέπουσα: Κασσιανή Θεοδωράκη

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1.Κασσιανή Θεοδωράκη
2.Ελένη Αρναούτογλου
3.Μεταξία Μπαρέκα

Αναπληρωματικό μέλος: Γεωργία Νίκα

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Palliative care of patient near the end of life at home. Is it possible?

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κα. Κασσιανή Θεοδωράκη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας , για την στήριξη, την επιστημονική καθοδήγηση, το ενδιαφέρον και την αρωγή της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, και όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος που μου μετέδωσαν την γνώση τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και κυρίως το σύζυγο μου που με στηρίζουν πάντα σε κάθε μου βήμα…

Στον υιό μου,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου στο τελικό στάδιο της ζωής. Η πλειοψηφία των ασθενών επιλέγουν να ζήσουν το τελευταίο διάστημα της ζωής τους στο σπίτι και να δεχτούν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι.

Σκοπός: Σκοπός της εκτενούς αυτής ανασκόπησης ήταν να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι και να συλλεχθεί όλη η απαιτούμενη τεκμηρίωση για να φανεί ότι με τις κατάλληλες παρεμβάσεις είναι εφικτή η παροχή προηγμένων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι προς όφελος τόσο του ασθενούς τελικού σταδίου και της οικογένειας του, όσο και για τα συστήματα υγείας.

Μεθοδολογία: Για τον σκοπό της μελέτης διεξήγαμε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: palliative care, home care, health results, quality index, cost, cost-effectiveness, criteria, implementation.

Αποτελέσματα: 29 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση, οι οποίες ανέδειξαν τη σημασία της ανακουφιστικής φροντίδας στο τελικό στάδιο ζωής των ασθενών και των μελών της οικογένειας του. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι έχουν θετικά αποτελέσματα τους δείκτες ποιότητας των συστημάτων υγείας που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του, τα αποτελέσματα υγείας, το κόστος και την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Η κατάλληλα

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα, η υποδομή και ο εξοπλισμός αναφέρονται ως οι τρεις βασικοί άξονες των προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι. Ο νοσηλευτής ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί τον πυρήνα των υπηρεσιών και με την κατάλληλη κατάρτιση για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, μπορεί να προσφέρει αυτόνομο συντονιστικό ρόλο στη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας. Στη χώρα μας υπάρχει πολιτική βούληση για την ανάπτυξη προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας.

Συμπεράσματα: Απαντώντας στο βασικό ερώτημα της παρούσας εκτενούς ανασκόπησης, μπορούμε με ασφάλεια και τεκμηριωμένα να διατυπώσουμε πως η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι είναι εφικτή, αν ικανοποιηθούν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της. Με την αντίστοιχη θεσμοθέτηση του νοσηλευτή ανακουφιστικής φροντίδας, την κατάλληλη κατάρτισή του και την οργάνωση του πλαισίου παροχής των υπηρεσιών, προβλέπεται πως η χώρα μας θα μπορεί να παρέχει στους ασθενείς τελικού σταδίου τις τόσο σημαντικές υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: ανακουφιστική φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, αποτελέσματα υγείας, δείκτης ποιότητας, κόστος, σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, κριτήρια, εφαρμογή

SUMMARY

Introduction: Palliative care is about improving the quality of life of patients and their families through the prevention and relief of pain at the end of life. Most patients choose to live the last part of their lives at home and receive palliative care at home.

Aim: The purpose of this extensive review was to highlight the effectiveness of implementing home palliative care programs and to gather all the necessary evidence to show that with appropriate interventions, it is possible to provide advanced home palliative care services for the benefit of both the terminal patient stage and his family, as well as for the health systems.

Methods: For the study, we conducted a literature review in the international databases PubMed and Scopus using the keywords: palliative care, home care, health results, quality index, cost, cost-effectiveness, criteria, implementation.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Results: 29 studies were included, highlighting the importance of palliative care at the end of life for patients and their family members. Services provided at home have positive effects on health system quality indicators related to patient and family satisfaction, health outcomes, costs, and nurse satisfaction. Appropriately trained interdisciplinary team, infrastructure and equipment are mentioned as the three main pillars of home palliative care programs. The palliative care nurse forms the core of services and with appropriate training to acquire knowledge and skills, can provide an autonomous coordinating role in the operation of the multidisciplinary team. In our country there is a political will to develop palliative care programs.

Conclusions: Answering the main question of this extensive review, we can safely and using evidence that the provision of palliative care at home is feasible, if the conditions for its implementation are met. With the corresponding institutionalization of the palliative care nurse, the appropriate training and the organization of the service delivery framework, it is predicted that our country will be able to provide end-stage patients with such important palliative care services at home in the future.

Key words: palliative care, home care, health results, quality index, cost, cost-effectiveness, criteria, implementation

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ....4

SUMMARY....5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ....8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ....11

Κεφάλαιο 1. Ανακουφιστική φροντίδα - Ιστορική αναδρομή....11

Κεφάλαιο 2. Θεωρητικό πλαίσιο Ανακουφιστικής φροντίδας....15

Κεφάλαιο 3. Ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι....21

3.1 Δομές στο Εξωτερικό και Ελληνική πραγματικότητα....21

3.2 Προϋποθέσεις εφαρμογής προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι....27

3.3. Εξειδικευμένος νοσηλευτής ανακουφιστικής φροντίδας....35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4. Συστηματική ανασκόπηση - Εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι....39

Θεωρητικό πλαίσιο....39

Σκοπός....39

Μεθοδολογία....40

Αποτελέσματα....41

ΣΥΖΗΤΗΣΗ....68

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ....71

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ....73

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά την παροχή φροντίδας που ως αρχή θέτει την ανακούφιση από τον πόνο σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στο τελευταίο στάδιο της[1].Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι 56,8 εκατομμύρια άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένων 25,7 εκατομμυρίων το τελευταίο έτος της ζωής τους, χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα απαιτείται σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, κυρίως χρόνιων, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα (38,5%), καρκίνο (34%), χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού (10,3%), AIDS (5,7%) και διαβήτης (4,6%) [2].

Ιστορικά, η ανακουφιστική φροντίδα συνδέθηκε με το κίνημα των ξενώνων που ξεκίνησε στο StChristopher's Hospice στο Λονδίνο το 1967[3]. Στη διεθνή βιβλιογραφία η ανακουφιστική φροντίδα ορίζεται ως palliative care, η οποία προέρχεται από τη λατινική λέξη "pallium" που σημαίνει μανδύας, το οποίο ερμηνεύεται ως τα συμπτώματα τα οποία μπορούν να απαλυνθούν, χωρίς ωστόσο να υπάρχει ίαση στην υποκείμενη πάθηση. Το πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας στοχεύει στην παροχή υποστήριξης και ελέγχου των συμπτωμάτων, της ψυχολογικής και πνευματικής υποστήριξης, επιτρέποντας ταυτόχρονα σε κάποιον να είναι ο εαυτός του στη δυσμενή αυτή φάση της ζωής του, αυξάνοντας όσο το δυνατόν την ποιότητα ζωής του. Η διεπιστημονική αυτή προσέγγιση απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών.

Πριν από το οριστικό γεγονός του θανάτου, σε πολλές περιπτώσεις ασθενών, προηγείται μια διαδικασία έκπτωσης των συστημάτων, κατά την οποία αφενός ο ασθενής είναι σε βαρέως πάσχουσα κατάσταση, και αφετέρου τα συστήματα υγείας εγγενώς στοχεύουν στην επίμονη παράταση της ζωής, με επιπλοκές που επιδρούν αρνητικά στον ασθενή, την οικογένεια αλλά και τα συστήματα υγείας [4].Στις μέρες μας, παγκοσμίως, η παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας γίνεται κυρίως ενδονοσοκομειακά ή σε ειδικές δομές υγείας, ενώ γίνεται προσπάθεια μετακίνησης της φροντίδας των ασθενών αυτών στο σπίτι. Επιπλέον, αδικαιολόγητα περιοριστικοί κανονισμοί για τη χορήγηση μορφίνης και άλλων ανακουφιστικών φαρμάκων δυσχεραίνουν την πρόσβαση σε οποιαδήποτε μορφή ανακουφιστικής φροντίδας. Οι

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει πως μόνο το 17% των ασθενών που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα την λαμβάνουν με αποτελεσματικό τρόπο, ενώ ταυτόχρονη παγκόσμια ανάγκη για ανακουφιστική φροντίδα εμφανίζει αυξητική τάση ως αποτέλεσμα της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών και ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών [2].

Η ανακουφιστική φροντίδα αναγνωρίζεται ρητά στα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγεία. Πρέπει να παρέχεται μέσω προσωποκεντρικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας που δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις συγκεκριμένες ανάγκες και προτιμήσεις των ατόμων και των οικογενειών τους, ενώ πληθώρα μελετών έχουν δείξει πως η παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι έχει θετικά αποτελέσματα για όλους τους εμπλεκόμενους. Μελέτες έχουν δείξει επίσης, πως η πλειοψηφία των ηλικιωμένων που ερωτώνται για τον τόπο του θανάτου τους, επιθυμεί να πεθάνει στο σπίτι[5]. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, έμφαση δίνεται στην εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, στη βελτίωση της έκβασης και στη μείωση του κόστους υγείας[6].

Άλλωστε τα σύγχρονα τεχνολογικά επιτεύγματα τόσο σε επικοινωνιακό επίπεδο, όσο και σε βιοιατρικο εξοπλισμό, καθιστούν πλέον την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι εφικτή. Η τηλεϊατρική συμβάλλει στη διευκόλυνση της εξ απόστασης παρακολούθησης και της παροχής υποστήριξης και συμβούλευσης στα μέλη της οικογένειας [7]. Η έρευνα στο πεδίο έχει δείξει νέους τρόπους παρουσίας και ενεργητικής ακρόασης. Ήδη από το 2009, η τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη δοκιμή ENABLE [8], είχε τεκμηριώσει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της έκβασης και της διάθεσης, και τη μείωση των συμπτωμάτων στην ομάδα παρέμβασης που συμμετείχε στην έρευνα. Η πρόσφατη πανδημία COVID-19άνοιξε νέους ορίζοντες στο πεδίο της τηλεϊατρικής και τηλενοσηλευτικής. Αν και φυσικά, η τεχνολογία δεν θα αντικαταστήσει ποτέ την παρουσία της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης, τα οφέλη από κάποια επαφή υπερτερούν των πιθανών επιβαρύνσεων της μη επαφής[9].

Κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης αποτελέσαν οι γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών και η διαπίστωση πως στην Ελλάδα δεν υπάρχει ολοκληρωμένο πλαίσιο παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι για τους 1.000.000 ηλικιωμένους

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ανθρώπους που υπάρχουν στη χώρα μας [10]. Το ερευνητικό ερώτημα που αυτομάτως γεννάται είναι ποιες είναι οι προϋποθέσεις ανάπτυξης προγράμματος και εφαρμογής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι και ποιοι παράγοντες μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην εφαρμογή του. Στόχος της ανασκόπησης είναι η συλλογή πρόσφατων πρωτογενών μελετών στο πεδίο και η ανάδειξη της σπουδαιότητας της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι για τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας και ο προσδιορισμός κριτηρίων και προϋποθέσεων για την εφαρμογή της. Απώτερος στόχος είναι το παρόν αποτέλεσμα ερευνητικής συγγραφής να αποτελέσει εργαλείο τεκμηρίωσης για τους επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα και δεδομένα για την ανάπτυξη αντίστοιχου προγράμματος στον τόπο μας.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Ανακουφιστική φροντίδα - Ιστορική αναδρομή

Από την απαρχή της ιατρικής, οι φροντιστές είχαν καταλάβει τον μοναδικό στόχο της ίασης των ασθενών και την υπεροχή της μείωσης του πόνου, ώστε τα άτομα που δέχονται ιατρικής φροντίδας να νιώθουν, σωματικά και ψυχικά, καλύτερα. Η ανακουφιστική φροντίδα, που προέρχεται από τη λατινική λέξη Palliate = μανδύας, σηματοδοτεί τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς ώστε να απαλυνθεί, καλυφθούν τα συμπτώματα μιας ασθένειας χωρίς ωστόσο, την ίασή της.

Παρόλη την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και αποτελεσματικών ειδικών θεραπειών για πολλές ασθένειες, οι ασθενείς εξακολουθούν να χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας ασθενειών των οποίων η ίαση καθίσταται αδύνατη. Η διαπίστωση αυτή ώθησε την εκπόνηση μελετών τη δεκαετία του 1950 οι οποίες εστίασαν στη φροντίδα που πρέπει να παρέχεται στο τέλος της ζωής. Το 1952, μια έκθεση από το Ηνωμένο Βασίλειο βασισμένη στις παρατηρήσεις των νοσηλευτών για περίπου 7.050 περιπτώσεις, αποκάλυψε πως οι συνθήκες που βιώνουν ασθενείς που πέθαιναν από καρκίνο στο σπίτι ήταν άκρως εξαθλιωτικές και δεν συμβάδιζαν με τις αρχές παροχής φροντίδας [11].

Οχτώ χρόνια αργότερα, ο Glyn Hughes[12] είχε διεξαγάγει μια πανεθνική έρευνα, αποτέλεσμα της οποίας ήταν η έκδοση ενός 60φυλλου εγχειριδίου που περιελάμβανε εκτεταμένες διαβουλεύσεις, δεδομένα από 300 επιτόπιες επισκέψεις και επαφές με 600 οικογενειακούς γιατρούς. Στο εγχειρίδιο περιγραφόταν η κατάσταση στο Ηνωμένο Βασίλειο για τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. Το μεγαλύτερο μέρος του βιβλίου πραγματεύεται τις θεσμικές εγκαταστάσεις τόσο εντός όσο και εκτός της Εθνικής Υπηρεσία υγείας. Οι συνθήκες σε φιλανθρωπικούς οίκους κρίθηκαν σοβαρά ανεπαρκείς, με ελλείψεις σε οικονομική υποστήριξη και στελέχωση, και ένα μεγάλο ποσοστό των γηροκομείων που επισκέφθηκαν κρίθηκαν «αρκετά ακατάλληλες» και σε ορισμένες περιπτώσεις, σύμφωνα με τις καταγραφές του συγγραφέα, ισοδυναμούσαν με πραγματική παραμέληση. Η έκδοση κατέληξε στο πολύ σημαντικό ερώτημα που προέκυψε από την παραδοχή του σοβαρού κενού στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας, αναφορικά με το πού και από ποιον θα πρέπει να φροντίζονταν οι ηλικιωμένοι στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Με βάση την εμπειρία και τα στοιχεία που περιγράφονται παραπάνω, ξεκίνησε μία φιλανθρωπική πρωτοβουλία με στόχο να αντιμετωπιστεί το αποδεδειγμένο κενό στην παροχή της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Έτσι, περίπου το 1959 θεωρείται η έναρξη της ιστορίας της ανακουφιστικής φροντίδας με την έκδοση υπομνημάτων και μίας κίνησης που βρήκε μεγάλη ανταπόκριση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της εποχής[13]. Μέχρι το 1967, είχαν δημοσιευτεί 184 μελέτες στο πεδίο, ενώ η αρχική δημοσίευση της CicelySaunders[14], ιατρού, που περιέγραφε την εμπειρία και την έρευνα που είχε σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου σε γηριατρικούς ασθενείς που φιλοξενούνται στον ξενώνα που εργαζόταν(St Joseph's Hospice) έγινε δεκτή με μεγάλο ενθουσιασμό.

Έκτοτε, μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν γίνει σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα, ένα τεράστιο πλέον πεδίο της φροντίδας των ασθενών, του οποίου η κινητήρια δύναμη πίσω από την ανάπτυξη νέων μονοπατιών και μοντέλων υπηρεσιών φροντίδας υπήρξε πάντα η ανάγκη βελτίωσης των προτύπων και η υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών για όλους τους ασθενείς[15]. Επίσης, προσπάθειες έγιναν στον τομέα για τη θεσμοθέτηση της ισότητας της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών. Κλινικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες εκδόθηκαν για τη μεταφορά βέλτιστων πρακτικών από ξενώνες σε οξεία νοσοκομειακά περιβάλλοντα [17,18].

Σχετικά με τη θεσμοθέτηση της ανακουφιστικής φροντίδας, πολλές χώρες παγκοσμίως, μετά το 2000, έχουν εφαρμόσει οριζόντια κι έχουν νομοθετήσει το πλαίσιο παροχής φροντίδας στους συγκεκριμένους ασθενείς. Το 2006, το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου πρότεινε μια Στρατηγική Φροντίδας στο τέλος της Ζωής (End of Life Care Strategy) με τον φιλόδοξο στόχο της ικανοποίησης των αναγκών και προτιμήσεων υγείας και κοινωνικής φροντίδας όλων των ενήλικων ασθενών που ζουν και πεθαίνουν [19].Σημαντική έχει γίνει προσπάθεια στην υιοθέτηση των πρακτικών της ανακουφιστικής φροντίδας σε κάθε περιβάλλον φροντίδας[20,21,22]. Μια εξίσου ισχυρή προσπάθεια έχει γίνει για να καταστήσει την ανακουφιστική φροντίδα διαθέσιμη σε όλους τους ασθενείς σε όλο το φάσμα των ασθενειών που περιορίζουν την ζωή και σε όλο το ηλικιακό εύρος. Έτσι η τρέχουσα πολιτική έχει αλλάξει κατεύθυνση προς τη φροντίδα με βάση την ανάγκη και όχι τη διάγνωση [23].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται οι σημαντικές χρονολογίες στην ιστορία της ανακουφιστικής φροντίδας.

Πίνακας 1. Χρονολογίες σταθμοί στην ιστορία της ανακουφιστικής φροντίδας[24].

Έτος	
1967	Έναρξη από το κίνημα των ξενώνων. Η Cicely Saunders θεωρείται ευρέως ως η ιδρυτής του κινήματος των ξενώνων, με την εισαγωγή της ιδέας του «ολικού πόνου». Ιδρύεται από τη Saunders το St. Christopher's Hospice στο Λονδίνο το 1967.
1969	Η Elisabeth Kübler-Ross δημοσίευσε το βιβλίο της On Death and Dying, όπου ορίζονται τα πέντε στάδια της θλίψης μέσα από τα οποία προχωρούν πολλοί ασθενείς στο τελικό στάδιο: άρνηση, θυμός, διαπραγματεύσεις, κατάθλιψη και αποδοχή.
1974	Η Florence Wald, η κοσμήτορας της Σχολής Νοσηλευτικής του Yale, ίδρυσε τον πρώτο ξενώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες.
1974	Ο Balfour Mount, ένας χειρουργός ογκολόγος από το Πανεπιστήμιο McGill επινόησε τον όρο «ανακουφιστική φροντίδα» για να τον διακρίνει από τη φροντίδα του ξενώνα.
1980	Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ δίνει εντολή η περίθαλψη του ξενώνα να καλύπτεται από το Medicare.
1990	Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει την παρηγορητική φροντίδα ως ξεχωριστή ειδικότητα αφιερωμένη στην ανακούφιση του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής για ασθενείς με ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή.
1997	Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine**)** δημοσιεύει το άρθρο «Προσεγγίζοντας τον θάνατο: Βελτίωση της φροντίδας στο τέλος της ζωής» με στόχο την προώθηση της παρηγορητικής φροντίδας.
2006	Το Αμερικανικό Συμβούλιο Ιατρικών Ειδικοτήτων (American Board ofMedical Specialties,ABMS) και το Συμβούλιο Διαπίστευσης για Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) αναγνώρισαν τον ξενώνα και την παρηγορητική φροντίδα ως ξεχωριστή ειδικότητα.
2010	Το διεθνέςπεριοδικό NewEnglandJournalofMedicine δημοσίευσε μελέτη η οποία έδειξε ότι τα άτομα με καρκίνο του πνεύμονα που έλαβαν πρώιμη παρηγορητική φροντίδα εκτός από την καθιερωμένη ογκολογική φροντίδα εμφάνισαν λιγότερη κατάθλιψη και αυξημένη ποιότητα ζωής και επιβίωσαν 2,7 μήνες περισσότερο από εκείνους λήψη τυπικής ογκολογικής φροντίδας[25].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Στην Ελλάδα, η ανακουφιστική Φροντίδα έχει μακρά ιστορία από τους αρχαίους χρόνους και την εποχή του Ιπποκράτη (περ. 460 – περ. 370 π.Χ.) και του Γαληνού (129 μ.Χ. – περ. 200/γ. 216). Οι δύο αυτοί σπουδαίοι πρόγονοι της ιατρικής επιστήμης είχαν ήδη αποτυπώσει την ολιστική προσέγγιση για την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Παρόλη τη γνώση που υπάρχει στο πεδίο, η ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας παραμένει επί του παρόντος στα χαμηλότερα σημεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης μαζί με άλλες χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένη ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών σε ομάδες του πληθυσμού που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει σημαντική έλλειψη συστηματικής καταγραφής και αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους λαμβάνουν στο μεγαλύτερο βαθμό φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας ή από ιδιωτικούς φροντιστές χωρίς γνώση στη φροντίδα ασθενών[26].

Το 2009 οι Mystakidou et al [27]. δημοσίευσε με στόχο να περιγράφει πως και σε ποιο μέρος πεθαίνουν οι ασθενείς με καρκίνο στην Ελλάδα. Χρησιμοποιώντας δεδομένα για όλους τους θανάτους που αποδίδονταν στον καρκίνο για τη χρονική περίοδο 1993 - 2003 βρέθηκε πως υπάρχει μια αυξητική τάση στο ποσοστό θανάτων στα νοσοκομεία σε αυτό το διάστημα, επισημαίνοντας τη σημαντικό κενό της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι στη χώρας μας.

Η ανάλυση του Υπουργείου Υγείας, για την παρηγορητική φροντίδα στην Ελλάδα, έδειξε πως, σήμερα στη χώρα μας, υπάρχουν μόνο τρία προγράμματα Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας στη χώρα, τα οποία συνολικά εξυπηρετούν περίπου 600 ασθενείς ετησίως. Στα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν 57 ιατρεία πόνου, οι οποίες εκτός από τη συνταγογράφηση φαρμάκων, προσφέρουν ορισμένες μορφές γενικής ανακουφιστικής φροντίδας. Ο ξενώνας Γαλιλαίος (Galilee Hospice, https://www.galilee.gr/en/) είναι ο μοναδικός ενεργός ξενώνας στην Ελλάδα, ενώ ένα ακόμα πρόγραμμα Specialized Comfort Care βρίσκεται υπό ανάπτυξη[28.] .

Στην ίδια μελέτη εκτιμάται ότι υπάρχουν 120.000 έως 135.000 ασθενείς και οι οικογένειές τους που χρειάζονται υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας ετησίως. Συμπερασματικά στην Ελλάδα, η ανακουφιστική φροντίδα, έτσι όπως ορίζεται και προτείνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι ακόμη στα σπάργανά της και

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις που αφορούν πολιτικές στρατηγικές, δομές και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας [29].

Κεφάλαιο 2. Θεωρητικό πλαίσιο Ανακουφιστικής φροντίδας

Το πλαίσιο παροχής φροντίδας, σε οποιοδήποτε κλάδο της νοσηλευτικής, καθοδηγείται από τις έννοιες, τα μοντέλα και τις θεωρίες στις οποίες στηρίζεται η παροχή φροντίδας στον συγκεκριμένο κλάδο. Μεταξύ αυτών των τριών στοιχείων υπάρχει μία αλληλένδετη σχέση[30].

Οι έννοιες είναι τα δομικά στοιχεία από τα οποία κατασκευάζονται οι θεωρίες[31].Οι σχέσεις μεταξύ των εννοιών καθορίζουν, δημιουργούν και αναπτύσσουν τη θεωρία. Η θεωρία μπορεί να εκληφθεί ως μια άποψη ενός φαινομένου που περιλαμβάνει έννοιες που εξηγούν το συγκεκριμένο φαινόμενο [32]. Το θεωρητικό πλαίσιο συνδέεται με την έρευνα και τα αποτελέσματα της από τη διερεύνηση παραγόντων που εξηγούν

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

και τεκμηριώνουν τη θεωρία, συμβάλλοντας στην κατανόηση της ανθρώπινης αντίδρασης στην ασθένεια [33].

Η ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει πολλές θεωρίες, έννοιες και μοντέλα, που υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό το τέλος της ζωής. Μοντέλα βιοσυμπεριφορικής και βιολογίας συστημάτων, ανάγκης για φροντίδα, σχέσεις και επικοινωνία με τον ασθενή, εμπειρία συμπτωμάτων, την επίδραση της κουλτούρας στην αντίληψη του ατόμου και της οικογένειάς του και αναλύσεις σύνδεσης νου-σώματος[30]. Οι Thomsen,Rydahl-Hansen&Wagner[34] έδειξαν πως σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, οι τομείς νοήματος, τα συστήματα υποστήριξης, η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του καρκίνου, η σωματική και η πνευματική λειτουργία, ο έλεγχος της νόσου, η αβεβαιότητα και τα συναισθήματα ήταν οι πιο σημαντικοί παράμετροι για τους ασθενείς. Αντιθέτως, το άγχος, η μη αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων, και το μη υποστηρικτικό περιβάλλον συνδεόταν με κακή πρόγνωση.

Η προσαρμογή στη μεταβαλλόμενη κατάσταση είναι εξαιρετικά σημαντική. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ασθενείς μπορούν να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με την όσο δυνατή μεγαλύτερη ποιότητα ζωής και παράλληλα, να έχουν την αίσθηση του εαυτού, της αυτονομίας και της πληρότητας. Όταν ένας ασθενής φτάσει σε ένα τελικό στάδιο ασθένειας, η παροχή φροντίδας από τους οικείους του σε ένα περιβάλλον ήρεμο, με την παροχή ωστόσο εξειδικευμένων υπηρεσιών μπορεί να του προσφέρει τη μέγιστη ποιότητα και ανακούφιση.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι μελέτες έχουν δείξει πληθώρα χαρακτηριστικών που επηρεάζουν και εμπλέκονται στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας [35]. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις ανάγκες ενός ατόμου με σύνθετες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες, περιλαμβάνουν οικονομικούς, κοινωνικούς και φυσικούς παράγοντες[36]. Οι Portz et al. [37], προκειμένου να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της πολυνοσηρότητας, της βαρύτητας των συμπτωμάτων και της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωής τους, εκπόνησαν μία δευτερεύουσα ανάλυση των βασικών δεδομένων από μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή διακοπής της στατίνης που διεξήχθη από Ερευνητική Ομάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν ενήλικες 381 ασθενείς από 15 διαφορετικές τοποθεσίες των ΗΠΑ, και βρήκαν ότι η πολυνοσηρότητα συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων και η υψηλότερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων συσχετίστηκε με

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

χαμηλότερη λειτουργική κατάσταση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της κλινικής προσοχής στα συμπτώματα σε ασθενείς τελικού σταδίου. Τα κλινικά χαρακτηριστικά λοιπόν, του ατόμου μπορεί να εντείνουν την εμπειρία μιας σοβαρής ασθένειας και είναι κρίσιμο να λαμβάνονται υπόψη όταν συζητούνται οι ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών.

Σε κοινωνικό-δημογραφικό επίπεδο, οι ανάγκες των ασθενών μπορεί να επηρεαστούν από την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη φυλή, την εθνικότητα, το ύψος του εισοδήματος και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι Mendieta&Miller [38], τονίζοντας την αύξηση της ζήτησης στην παροχή φροντίδας σε ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας, διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια παραμονής ενός ασθενούς ώστε να κατανοήσουν την εμπειρία των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους. Με την ανάλυση δεδομένων από το Εθνικό Σύστημα Καταγραφής Ασθενών, αναλύθηκαν τα δεδομένα 94.557 ασθενών και διαπιστώθηκε πως η φυλή, η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση ασφάλισης υγείας και το επίπεδο εισοδήματος έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην ανάγκη πρόσβασης σε ξενώνες, δείχνοντας πως παραμένουν φυλετικές και κοινωνικές ανισότητες στη διαχείριση των ασθενών τελικού σταδίου που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας. Σε προηγούμενες μελέτες, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της φροντίδας, καθώς επηρεάζουν την πρόσβαση σε δομές υγείας [39].

Οι Sanders Curtis&Tulsky[41] υπογράμμισαν πως η αποτυχία επίτευξης παροχής φροντίδας σύμφωνης με τον στόχο είναι ένα διεπιστημονικό λάθος με επιζήμιες συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους, βασισμένοι στην τεκμηριωμένη γνώση πως η επικοινωνία μεταξύ διεπιστημονικής ομάδας και ασθενών είναι ουσιαστική για τη συμφωνία στόχων και επηρεάζει καθοριστικά την εμπειρία της ασθένειας. Από την εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που εκπόνησαν, δημιούργησαν ένα εννοιολογικό μοντέλο το οποίο περιγράφει τη σχέση μεταξύ της επικοινωνίας και της φροντίδας ασθενών με σύνθετες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες, περιλαμβάνοντας παραμέτρους όπως ο χρόνος και ο καθορισμός της επικοινωνίας για σοβαρή ασθένεια, η εμπειρία του ασθενούς από την επικοινωνία και τη φροντίδα και τη σημασία της επικοινωνίας στο πένθος του φροντιστή του ασθενούς.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

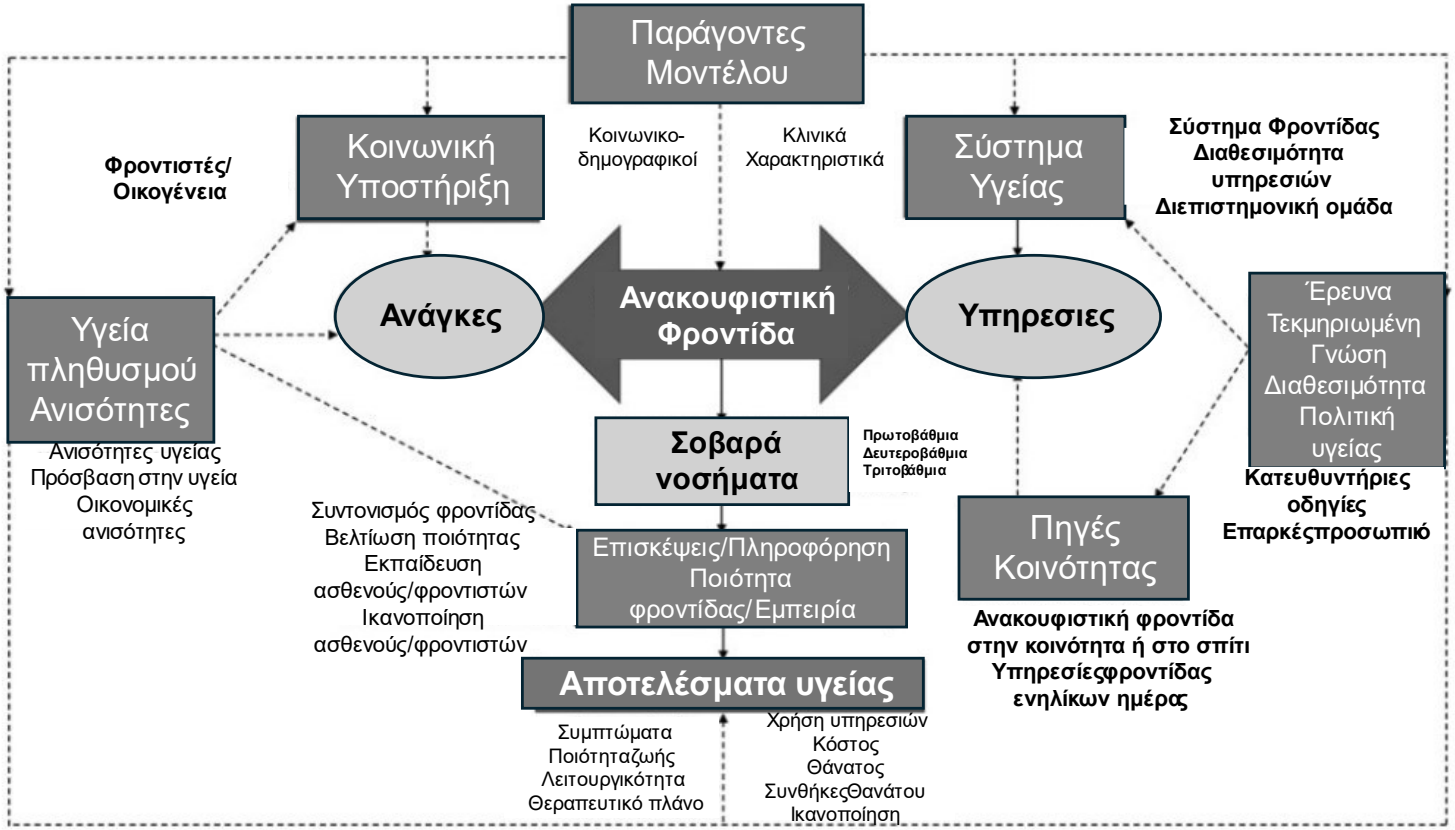
Επιπρόσθετα, κοινωνικές, πολιτιστικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τις ανάγκες των βαρέως πασχόντων ασθενών, ενώ η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας βασικός παράγοντας που μετριάζει τα επίπεδα ανάγκης των ασθενών. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι ένα κρίσιμο μέρος της φροντίδας που λαμβάνει κάποιος. Γύρω από έναν ασθενή τελικού σταδίου, δημιουργείται ένα περίπλοκο κοινωνικό σύστημα που είτε υποστηρίζει είτε εμποδίζει την έκβαση της υγείας του [42]. Σύμφωνα με την ποιοτική μελέτη των προηγούμενων, η ανακουφιστική φροντίδα αποτελείται από τρία υποσυστήματα: τον ασθενή, το κοινωνικό σύστημα και την ομάδα. Οι μεταβλητές που εμπλέκονται στο σύστημα του ασθενούς περιλαμβάνουν φυσικά, ψυχο-πνευματικά και κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά. Το κοινωνικό σύστημα και το σύστημα της ομάδας αποτελούνται από κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν το σύστημα προσαρμογής των ασθενών στην κατάσταση της υγείας τους ως φορείς χαρακτηριστικών, ρόλων και σχέσεων. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με την κατάσταση φροντίδας εκτός του συστήματος. Αντίστοιχα, οι Sadarangani& Murali[43], σε ανασκόπησή τους με στόχο τον προσδιορισμό των εμποδίων και των διευκολύνσεων στη χρήση ξενώνων ανακουφιστικής φροντίδας από μετανάστες στις ΗΠΑ, βρήκαν πως οι δίγλωσσοι νοσηλευτές, η υποστήριξη από ομοιοπαθείς και οι πολιτιστικές δραστηριότητες κρίθηκαν απαραίτητες για την ικανοποίηση των σύνθετων αναγκών των ασθενών. Αντιθέτως, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν αρνητικά τους σοβαρά άρρωστους ενήλικες αυξάνοντας τον κίνδυνο θνησιμότητας, της ψυχολογικής και συναισθηματικής δυσφορίας και κατάθλιψης [44].Παρά την αυξανόμενη συνειδητοποίηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στην πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα, με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες ενέργειες και δυσμενή έκβαση υγείας [45].

Στο μοντέλο της ανακουφιστικής φροντίδας δεν θα μπορούσαν να παραληφθούν χαρακτηριστικά που αφορούν τις δομές υγείας και τις υπηρεσίες που παρέχουν στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Τα συστήματα υγείας, η έρευνα, η εφαρμογή τεκμηριωμένων δεδομένων, η διάδοση, η πολιτική για την υγεία και οι ειδικοί πόροι της κοινότητας για την παρηγορητική φροντίδα, είναι παράγοντες που έχουν δειχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία [46].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Οι Murali et al.[35], με στόχο τη δημιουργία ενός εννοιολογικού μοντέλου της παρηγορητικής φροντίδας που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά ασθενών με σύνθετες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες, πραγματοποίησαν ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στην οποία αξιολογήθηκαν τα τρέχοντα στοιχεία και τα εννοιολογικά μοντέλα που σχετίζονται με σοβαρές ασθένειες και παρηγορητική φροντίδα. Οι έννοιες οργανώθηκαν σε τέσσερις κύριες εννοιολογικά ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων που επηρεάζουν τις ανάγκες (κοινωνικοδημογραφικοί και κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας), τους παράγοντες που επηρεάζουν τα συστήματα υγείας(έρευνα, διάδοση και πολιτική υγείας, κοινοτικοί πόροι), σχετικά με τις υπηρεσίες (επισκέψεις ασθενών, μείγμα υπηρεσιών, ποιότητα φροντίδας, πληροφορίες ασθενών, εμπειρία) και τα αποτελέσματα υγείας (επιβάρυνση συμπτωμάτων, ποιότητα ζωής, επίτευξη θεραπευτικών στόχων, κόστος, τοποθεσία επικείμενου θανάτου, ικανοποίηση). Στην **Εικόνα 1** αποτυπώνεται το εννοιολογικό μοντέλο της ανακουφιστικής φροντίδας σύμφωνα με τα ευρήματά τους.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38



Εικόνα 1. Θεωρητικό μοντέλο ανακουφιστικής φροντίδας Muralietal[35].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Κεφάλαιο 3. Ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι

3.1 Δομές στο Εξωτερικό και Ελληνική πραγματικότητα

Ο στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας, όπως αναφέρθηκε, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωή τους και των οικογενειών μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου [47]. Συχνά, οι ασθενείς μπορεί να επιλέξουν να λάβουν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι. Η παροχή εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς, που συνήθως παρέχεται από νοσηλευτές ή/και γιατρούς με ή χωρίς σύνδεση με νοσοκομείο ή ξενώνα [48].

Οι παράγοντες οι οποίοι έχουν αναγνωριστεί στη διεθνή βιβλιογραφία ότι συμβάλλουν στην απόφαση για λήψη ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι είναι [49]:

- η εκπλήρωση μιας υπόσχεσης για παροχή φροντίδας στον ασθενή στο σπίτι,
- η επιθυμία διατήρησης μιας «φυσιολογικής οικογενειακής ζωής» και
- οι προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες σε περιβάλλοντα ιδρυματικού τύπου φροντίδας.

Οι Wilson et al. [50] στη συγχρονική μελέτη που εκπόνησαν με στόχο να αποτυπώσουν τις προτιμήσεις του κοινού για τον τόπο στο τελικό στάδιο της ζωή τους και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, σε δείγμα 1.203 ενηλίκων βρήκαν πως το 70,8% προτιμούσε να είναι στο σπίτι στην ύστατη στιγμή της ζωής τους. Η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο μόνος παράγοντας πρόβλεψης της προτίμησης του τόπου, με τα χήρα άτομα να δείχνουν συχνότερα την προτίμηση για ένα νοσοκομείο ή ένα ξενώνα/ εγκατάσταση παρηγορητικής φροντίδας.

Οι παρεμβάσεις της παρηγορητικής φροντίδας ποικίλλουν ευρέως, από παρεμβάσεις που προσπαθούν να προσφέρουν ελπίδα, έως άτυπες συμβουλές από φροντιστές ή νυχτερινή ανακούφιση από τα συμπτώματα[51]. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι, οι περισσότερες μελέτες έχουν εξαχθεί στις ΗΠΑ, τον Καναδά, ενώ στην Ευρώπη ξεχωρίζουν οι μελέτες του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας και της Δανίας, αποτυπώνοντας που υπάρχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής χώρας παγκοσμίως [52].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Άτλαντα της Ανακουφιστικής Φροντίδας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [53], η ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας είχε αργό, αλλά σταθερό, ρυθμό τα τελευταία πενήντα χρόνια, από την έναρξη της λειτουργίας του πρώτου ξενώνα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πλέον, υπάρχουν περίπου

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

25.000 μονάδες παροχής υπηρεσιών νοσηλείας ή ανακουφιστικής φροντίδας παγκοσμίως, ενώ παράλληλα λειτουργούν προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας για την ανακουφιστική υγεία και έχει παραχθεί νέα γνώση – φάρμακα, θεραπείες, εξοπλισμός – στον τομέα αυτό.

Στον Παγκόσμιο Χάρτη οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας ταξινομούνται σε τέσσερα επίπεδα παροχής υπηρεσιών:

- Επίπεδο 1. Καμία γνωστή δραστηριότητα ανακουφιστικής φροντίδας σε ξενώνες.
- Επίπεδο 2. Δραστηριότητα ανάπτυξης ικανοτήτων.
- Επίπεδο 3^{α} και 3^{β}. Εντοπισμένη παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, και
- Επίπεδο 4^{α} και 4^{β}. Χώρες όπου οι υπηρεσίες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας είναι ολοκληρωμένες.

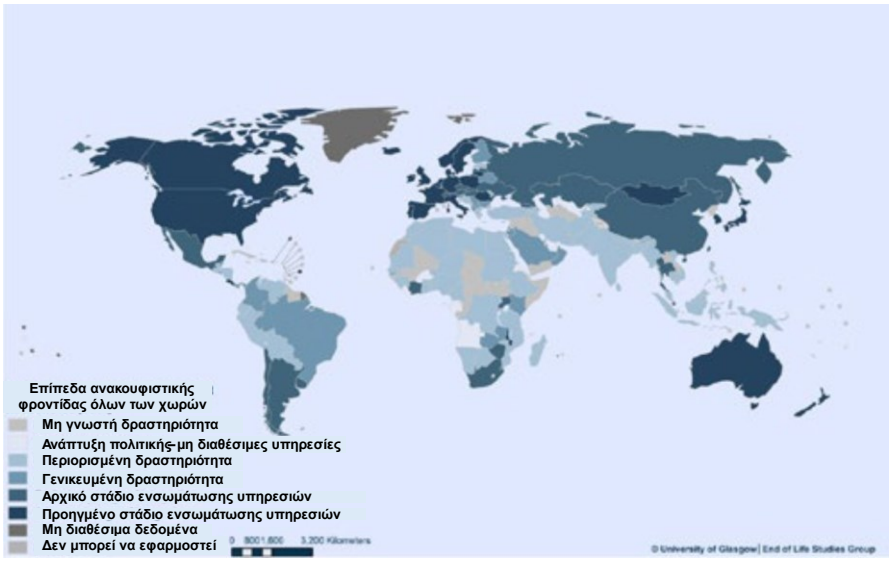
Στην έρευνα λοιπόν, του ΠΟΥ, που διεξήχθη το 2019, σε 194 κράτη – μέλη, βρέθηκαν τα εξής κύρια ευρήματα:

- Ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας ως απάντηση στη διαχείριση Μη-Μεταδοτικών Νοσημάτων (Non-comunicable Diseases, NCD). Το 2019, μόνο το 50% των χωρών παγκοσμίως ανέφεραν ότι έχουν παρηγορητική φροντίδα στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής, με μικρή διαφοροποίηση στη διαθεσιμότητα μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων.
- Κατανομή της κρατικής χρηματοδότησης για την παρηγορητική φροντίδα: Το 68%των χωρών παγκοσμίως διαθέτουν ειδική χρηματοδότηση για εφαρμογή προγραμμάτων παρηγορητικής φροντίδας.
- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας: Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας παραμένει περιορισμένη για ασθενείς με NCD παγκοσμίως, με μόνο το 39% των χωρών να αναφέρει γενική διαθεσιμότητα (φτάνοντας σε τουλάχιστον το 50% των ασθενών που έχουν ανάγκη) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το 40% στην κοινότητα ή φροντίδα στο σπίτι.
- Η παρηγορητική φροντίδα είναι πιο πιθανό να είναι διαθέσιμη σε χώρες όπου λειτουργούν οργανωμένα κέντρα φροντίδας.
- Πρόσβαση στην ανακούφιση από τον πόνο με χορήγηση οπιοειδών. Η ανακούφιση από τον πόνο με οπιοειδή για την παρηγορητική φροντίδα

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

παραμένει αραιά διαθέσιμη στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Η από του στόματος μορφίνη αναφέρθηκε ως γενικά διαθέσιμη στο 44% των χωρών παγκοσμίως, με μεγάλο χάσμα μεταξύ εισοδηματικών ομάδων.

Στην **Εικόνα 2** αποτυπώνεται η κατανομή των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας παγκοσμίως.



Εικόνα 1. Επίπεδα παρεχόμενων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας παγκοσμίως (Connor, 2020)[53].

Σύμφωνα με τα στοιχεία, η Ελλάδα κατατάσσεται στο επίπεδο 3α): Παροχή μεμονωμένης ανακουφιστικής φροντίδας. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται χώρες που η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί πρωτοβουλία και όχι εφαρμογή οριζόντιας πολιτικής, κι έτσι η παροχή των υπηρεσιών εξακολουθεί να είναι αποσπασματική και όχι καλά υποστηριζόμενη. Πηγές χρηματοδότησης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους χορηγούς, υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα μορφίνης και ο αριθμός των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας είναι περιορισμένος σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού.

Ωστόσο, στην παγκόσμια αυτή μελέτη του ΠΟΥ δεν αναφέρεται αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι. Έρευνες που έχουν γίνει κυρίως στις ΗΠΑ, έχουν δείξει πως πολλά άτομα που μένουν στο σπίτι έχουν πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, γνωστική εξασθένηση, νευροεκφυλιστικές διαταραχές, συννοσηρά ψυχιατρικά νοσήματα και/ή υψηλή επιβάρυνση των συμπτωμάτων. Σε πολλές περιπτώσεις, τέτοια άτομα παραμένουν στο σπίτι, και είναι είτε κλινήρη είτε

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

χρειάζονται αναπηρικά αμαξίδια, και η πρόγνωσή τους είναι συχνά αρκετά πτωχή. [54.] Η παροχή ιατρικής φροντίδας στο σπίτι μπορεί να βελτιώσει την κλινική έκβαση και να μειώσει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιώντας προσαρμοσμένες μετρήσεις ποιότητας και αυξάνοντας το εύρος των διαθέσιμων υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου [6.] Η πρόσφατη πανδημία COVID-19 τόνισε τη σημασία της κατ' οίκον φροντίδας και, ως αναγνώριση, τα συστήματα υγείας των ΗΠΑ ενέκριναν την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένου της ανακουφιστικής.

Οι Roberts et al.[55] σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που είχε ως στόχο την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της κατ' οίκον παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, εντόπισαν 42 διεθνείς πρωτογενείς μελέτες. Στις ΗΠΑ υπάρχει εγκατεστημένο ολοκληρωμένο πρόγραμμα παροχής κατ΄οίκον ανακουφιστικής φροντίδας, το οποίο παρέχεται από το σύστημα υγείας Medicare. Οι Chen et al.[56] με στόχο να αξιολογήσουν την εξοικονόμηση χρημάτων από την εφαρμογή του προγράμματος, εκπονώντας μια αναδρομική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 50 συμμετέχοντες και 95 ασθενείς ελέγχου, βρήκαν πως η συνολική αποζημίωση του Medicare ανά συμμετέχοντα στο πρόγραμμα το έτος πριν από την εγγραφή στο πρόγραμμα ήταν 16.429 $ σε σύγκριση με 14.427 $ ανά ασθενή ελέγχου, με αποτέλεσμα υψηλότερες χρεώσεις 2004 $ ανά ασθενή του προγράμματος. Σε 12 μήνες μετά την εγγραφή στο πρόγραμμα, η μέση ετήσια πληρωμή ήταν 5.783 $ ανά ασθενή μεταξύ των συμμετεχόντων και 22.031 $ ανά ασθενή σύμφωνα με την ομάδα ελέγχου. Κατά το δεύτερο έτος, η ομάδα παρέμβασης είχε μείωση 10.646 $ ανά ασθενή. η ομάδα ελέγχου είχε αύξηση 7604 $ ανά ασθενή. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπάρχει σημαντική μακροπρόθεσμη μείωση του κόστους από την εφαρμογή του προγράμματος. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Lustbader et al. [57] δείχνοντας πως τα προγράμματα συσχετίζονται με σημαντική εξοικονόμηση κόστους και λιγότερες νοσηλείες.

Στον Καναδά, με την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας και τη γενική προτίμηση των ασθενών και των οικογενειών τους να λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι, το σύστημα που έχει αναπτυχθεί εστιάζει στη λειτουργία μίας διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών. Οι Sun et al [58]με στόχο να αξιολογήσουν την ανάγκη για χρήση υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, βρήκαν πως η ανάγκη όσο και η συχνότητα για κατ' οίκον επισκέψεων ιατρών και προσωπικών φροντιστών, οι οποίοι είναι βοηθοί νοσηλευτών κατώτερης εκπαιδευτικής κλίμακας, αυξήθηκαν την

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

τελευταία δεκαετία, ενώ η τάση εξυπηρέτησης και η ένταση των επισκέψεων νοσηλευτών μειώθηκαν.

Στην Αυστραλία, η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται πλέον σχεδόν σε όλα τα περιβάλλοντα όπου παρέχεται υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των μονάδων νεογνών, των παιδιατρικών υπηρεσιών, των γενικών ιατρείων, των οξέων νοσοκομείων, των υπηρεσιών οικιακής και κοινοτικής φροντίδας ηλικιωμένων και των γενικών κοινοτικών υπηρεσιών. Υπάρχουν υπηρεσίες που αφορούν τη φροντίδα που παρέχεται σε νοσοκομεία (συμπεριλαμβανομένων των ξενώνων ή των αποκλειστικών θαλάμων ανακουφιστικής φροντίδας) και της φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα (όπως στο σπίτι του ασθενούς ή σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων).Οι υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας αποτελούνται από διεπιστημονικές ομάδες με εξειδικευμένες δεξιότητες, ικανότητες, εμπειρία και εκπαίδευση. Ωστόσο, το ακριβές μοντέλο παροχής φροντίδας διαφέρει σε όλη την Αυστραλία, με κάθε πολιτεία και επικράτεια να έχει καθορίσει μια προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την παρηγορητική φροντίδα [59].

Στην Κίνα και συγκεκριμένα στη χώρα του Χονγκ – Κονγκ, οι υπηρεσίες κατ' οίκον παροχής ανακουφιστικής φροντίδας είναι ανεπτυγμένες, αλλά κυρίως για ογκολογικούς ασθενείς. Παρέχονται από διεπιστημονική ομάδα, ενώ υπάρχει τηλεφωνική διασύνδεση με το νοσοκομείο. Οι Ng&Wong[60] έδειξαν ωστόσο, πως οι υπηρεσίες δεν περιλαμβάνουν άλλες ομάδες ασθενών, όπως οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Στη γειτονική χώρα της Τουρκίας υπάρχουν τρία συστήματα παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας: στο νοσοκομείο, σε ξενώνες και στο σπίτι. Οι Saygili& Çelik[61], με στόχο να αξιολογήσουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας τριών εναλλακτικών μοντέλων ανακουφιστικής φροντίδας για ασθενείς με καρκίνο, εκπόνησαν μία συγχρονική μελέτη με συνολικό δείγμα 160 ασθενών και βρήκαν πως επί του παρόντος στην Τουρκία οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχονται στο νοσοκομείο είναι πιο αποδοτικές ως προς το κόστος από το μοντέλο των ξενώνων, ενώ το μοντέλο κατ΄οίκον ήταν το πιο αποδοτικό σε σύγκριση με τα άλλα δύο μοντέλα.

Αναλύοντας τι γίνεται στις Ευρωπαϊκές χώρες, οι Maetens et al. [62] στο Βέλγιο, αποτύπωσαν πως υπάρχει ανεπτυγμένο σύστημα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

στο σπίτι. Σε δείγμα 107.847 ασθενών που απεβίωσαν βρήκαν πως τα θεσμοθετημένα υποστηρικτικά μέτρα για την ανακουφιστική κατ' οίκον φροντίδα χρησιμοποιούνται ελάχιστα, ακόμη και σε έναν υποπληθυσμό ατόμων – υπερήλικες ή παιδιά - με πιθανές ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας, κι επομένως οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να ενθαρρύνουν μια δίκαιη απορρόφηση και η μείωση των παρατηρούμενων ανισοτήτων αποτελεί σημαντική εστίαση για την πολιτική υγειονομικής περίθαλψης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ανακουφιστική φροντίδα είναι ευρέως διαδεδομένη και οι νοσοκομειακές μονάδες συνεργάζονται με τις υπάρχουσες κοινοτικές υπηρεσίες παρέχοντας ανακουφιστική φροντίδα κατ' οίκον για την αντιμετώπιση κρίσεων που σχετίζονται με συμπτώματα, φάρμακα και άγχος των φροντιστών του ασθενούς [63].

Στην Ελλάδα, η οποία όπως αναφέρθηκε ανήκει στις χώρες επιπέδου ανακουφιστικής φροντίδας 3^{α}, η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι λειτουργεί επί του παρόντος κυρίως υπό την ομπρέλα εθελοντικών ομάδων[64]. Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύθηκαν στον Παγκόσμιο Άτλαντα, στην Ελλάδα υπάρχουν καταγεγραμμένες έξι εθελοντικές ομάδες ανακούφισης παιδιατρικού πόνου, δύο νοσοκομειακές, τέσσερις παιδιατρικές ομάδες πόνου στο σπίτι, δύο παιδιατρικές ομάδες μικτού πόνου, δύο παιδιατρικές μονάδες πόνου σε τριτοβάθμια νοσοκομεία και δύο παιδιατρικές υπηρεσίες πόνου σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, αποτυπώνοντας τη σημαντική έλλειψη στο πεδίο αυτό [53].

Στις 5 Δεκεμβρίου 2022, κατατέθηκε σχέδιο νόμου για τον ορισμό της ανακουφιστικής φροντίδας στη χώρα μας, το οποίο περιελάμβανε[65]:

- τη δημιουργία και οργάνωση συστήματος παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας,
- τον καθορισμό των δομών παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και των ελάχιστων ποιοτικών κριτηρίων λειτουργίας τους και την οριοθέτηση του τρόπου και του ύψους της αποζημίωσής τους για τις υπηρεσίες που παρέχουν.
- την πρόβλεψη της συγκρότησης μίας διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας για την παροχή εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και της δυνατότητας επιμόρφωσης στο σύνολό τους των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

- την πρόβλεψη της σύστασης εθνικού μητρώου ασθενών ανακουφιστικής φροντίδας υγείας και
- τη σύσταση και την οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας ως διεπιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου, το οποίο θα συνδράμει το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κε.Σ.Υ) και το Υπουργείο Υγείας στη χάραξη της κεντρικής εθνικής πολιτικής για την ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Τον Ιούλιο του 2023 ξεκίνησε η υλοποίηση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας για τη θεσμοθέτηση, την ανάπτυξη και την εφαρμογή Προγράμματος παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι «Νοσηλεία στο Σπίτι, ΝΟΣΠΙ», για την υποστήριξη παιδιατρικών και ενήλικων ασθενών με σύνθετα ιατρονοσηλευτικά προβλήματα στο σπίτι, το οποίο θα περιλαμβάνει υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας [65].

3.2 Προϋποθέσεις εφαρμογής προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι

Ως επί το πλείστον, η ανακουφιστική φροντίδα λειτουργεί στα νοσοκομεία όπου ο ασθενής εισάγεται ή μπορεί να προσέρχεται σε ημερήσια τακτική βάση, για την παροχή υπηρεσιών που βοηθούν στην ανακούφιση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων. Ωστόσο, οι έρευνες έχουν δείξει πως οι ασθενείς, ειδικά στο τελικό στάδιο της ζωής του, επιθυμούν να βρίσκονται με τα κοντινά και αγαπημένα του πρόσωπα, στο γνωστό οικιακό του περιβάλλον[66].

Οι υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών στο σπίτι αφορούν την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ασθενών (σωματικές, ψυχολογικές και ηθικές), ο οποίος πάσχει από μια χρόνια εξουθενωτική ασθένεια, όπως καρκίνο τελικού σταδίου, νεφρική, καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, ή νευρολογικά νοσήματα όπως η άνοια [67]. Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται από μια εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών και άλλων ανάλογα με την ανάγκη εξέλιξης της νόσου. Η φροντίδα που παρέχεται από την ομάδα είναι ισοδύναμη με την τυπική ανακουφιστική φροντίδα που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία, ιδρύματα ή ξενώνες [68].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Σχετικά με το πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών της ανακουφιστικής φροντίδας, το 2013 ιδρύθηκε μία Επιτροπή (Collaborative)[69] από μια ομάδα κλινικών ιατρών και ερευνητών από 12 χώρες μετά από συμμετοχή σε ευρωπαϊκή Μελέτη χρηματοδοτούμενη από το Έβδομο Πλαίσιο της Ένωσης, με τον γενικό τίτλο OPCARE[31]. Οι ομοφωνίες που εκδόθηκαν από την εν λόγω εργασία έδωσαν σημαντικές κατευθύνσεις για τη βελτιστοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου και συνέβαλαν στην ανάπτυξη καινοτόμων ερευνών την αντιμετώπιση των εντοπισμένων κενών γνώσης αναφορικά με τη διαχείριση των συγκεκριμένων ασθενών. Το μοντέλο 10/40 που ανακοίνωσαν περιλαμβάνει 10 βασικές αρχές της φροντίδας των ασθενών που στοχεύουν σε 40 βασικά αποτελέσματα υγείας που μπορούν τεκμηριωμένα να χρησιμοποιηθούν από τις αντίστοιχες δομές υγείας και διεπιστημονικές ομάδες[69]. Η τελευταία αναθεώρηση του Μοντέλου 10/40, το οποίο έχει υιοθετηθεί και προσαρμοστεί σε μια σειρά διαφορετικών οργανισμών παροχής φροντίδας σε 11 χώρες της Επιτροπής, αναθεωρήθηκε το 2023 από τους Mc Glinchey et al[70]. . Η αναθεώρηση περιλαμβάνει τροποποιήσεις σε επτά σημεία που σχετίζονται με την αναγνώριση της φάσης του θανάτου, τη συνεχή αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και την επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας σχετικά με το σχέδιο περίθαλψης και φροντίδας αμέσως μετά το θάνατο ενός ασθενούς.

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζεται το Μοντέλο 10/40 το οποίο περιλαμβάνει τις αρχές και τους θεραπευτικούς στόχους που πρέπει να παρέχονται στα πλαίσια των προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου της παροχής υπηρεσιών στο σπίτι.

Πίνακας 2. Μοντέλο παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας 10/40 (Mc Glinchey et al., 2023)[70].

Οι 10 αρχές της καλύτερης φροντίδας για τον ασθενή τελικού σταδίου

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

1	Η αναγνώριση ότι το άτομο βρίσκεται στις τελευταίες ημέρες και ώρες της ζωής του πρέπει να γίνει από τη διεπιστημονική ομάδα (ιδανικά ένας γιατρός και ένας νοσηλευτής) και τεκμηριωμένα από τον επικεφαλής της ομάδας, ο οποίος είναι και ο υπεύθυνος για την φροντίδα του ατόμου.
2	Η επικοινωνία της αναγνώρισης του θανάτου πρέπει να κοινοποιείται με τον ίδιο τον ασθενή, όταν είναι δυνατόν και θεωρείται κατάλληλο, και με τα μέλη της οικογένειας ή/και τα σημαντικά άτομα της ζωής του ασθενούς.
3	Ο ασθενής τελικού σταδίου, και όσοι είναι σημαντικοί για αυτόν - συγγενείς ή φροντιστές ή συνοδοί - πρέπει να έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τις επιθυμίες, τις ανησυχίες, τα συναισθήματα, την πίστη, τις πεποιθήσεις και τις αξίες τους.
4	Πρέπει να υπάρχει προκαταρκτική συνταγογράφηση για συμπτώματα που είναι αναμενόμενα (π.χ. πόνος).
5	Όλες οι κλινικές παρεμβάσεις επανεξετάζονται με γνώμονα το εξατομικευμένο συμφέρον του ασθενούς.
6	Πρέπει να γίνει επανεξέταση των αναγκών ενυδάτωσης, συμπεριλαμβανομένης της έναρξης, της συνέχισης ή της διακοπής της χορήγησης υγρών.
7	Πρέπει να γίνει επανεξέταση των διατροφικών αναγκών, συμπεριλαμβανομένης της συνέχισης ή της διακοπής της χορήγησης παρεντερικής ή εντερικής διατροφής.
8	Πρέπει να γίνεται πλήρης συζήτηση του σχεδίου φροντίδας με τον ασθενή, όπου αυτό είναι δυνατό και κρίνεται σκόπιμο, και με εκείνους που είναι σημαντικοί για αυτόν/συγγενή ή φροντιστή ή συνοδοί.
9	Πρέπει να γίνονται τακτικές επαναξιολογήσεις του ασθενούς τουλάχιστον κάθε 4 ώρες και επανεξέταση από τη διεπιστημονική ομάδα τουλάχιστον κάθε 48 ώρες.
10	Η παροχή φροντίδας στον ασθενή και όσους είναι σημαντικοί για αυτόν - συγγενείς ή φροντιστές ή συνοδοί - αμέσως μετά το θάνατο είναι σημαντική.

Τα 40 αποτελέσματα υγείας της καλύτερης φροντίδας για τον ασθενή τελικού σταδίου

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (Αποτελέσματα 1.1 – 3.3)

Η πιθανότητα να πεθάνει ένας ασθενής *εντός των επόμενων ημερών και ωρών αναγνωρίζεται και* η διεπιστημονική ομάδα κοινοποιεί με σαφήνεια *όλες τις αποφάσεις που λαμβάνονται και τις ενέργειες που γίνονται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ατόμου*. Το σχέδιο φροντίδας επανεξετάζεται *τακτικά από τους επαγγελματίες* υγείας *και οι αποφάσεις αναθεωρούνται ανάλογα. Η αξιολόγηση της* διεπιστημονικής *ομάδας περιλαμβάνει την εξέταση*

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

πιθανών αναστρέψιμων αιτιών για την κατάσταση του ασθενούς *(π.χ. τοξικότητα από οπιοειδή, λοίμωξη) και την ανάγκη για συμβουλή εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας και/ή* ειδική παραπομπή σε ειδικό. *Ο* υπεύθυνος για τον ασθενή ιατρός *περιγράφει την απόφαση εντός του* ιατρικού *αρχείου και τα ακόλουθα αποτελέσματα φροντίδας* πρέπει να αξιολογηθούν και να τεκμηριωθούν.

1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1	Ο ασθενής συμμετέχει πλήρως και ενεργά στην επικοινωνία
1.2	Ο συγγενής ή ο φροντιστής ή ο συνοδός είναι σε θέση να συμμετέχει πλήρως και ενεργά στην επικοινωνία
1.3	Η κλινική ομάδα έχει ενημερωμένα στοιχεία επικοινωνίας για τον συγγενή ή τον φροντιστή ή τον συνοδό
1.4	Ο συγγενής ή ο φροντιστής ή ο συνοδός έχουν σαφή εικόνα των εγκαταστάσεων/υπηρεσιών που έχουν στη διάθεσή τους (προφορική πληροφόρηση, φυλλάδιο ενημέρωσης).
1.5	Δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να συζητήσει τι είναι σημαντικό για αυτόν αυτή τη στιγμή π.χ. τις επιθυμίες, τις ανησυχίες, τα συναισθήματα, την πίστη, τις πεποιθήσεις, τις αξίες του.
1.6	Δίνεται η ευκαιρία στον συγγενή ή τον φροντιστή να συζητήσει τι είναι σημαντικό για εκείνον αυτή τη στιγμή, π.χ. δικές τους επιθυμίες, ανησυχίες, συναισθήματα, πίστη, πολιτισμός, πεποιθήσεις, αξίες.
1.7	Ο ασθενής εκφράζει την κατανόηση του εξατομικευμένου τρέχοντος σχεδίου φροντίδας.
1.8	Ο συγγενής ή ο φροντιστής εκφράζει την κατανόηση του εξατομικευμένου τρέχοντος σχεδίου φροντίδας.
1.9	Όλες οι ομάδες υγειονομικής περίθαλψης που υποστηρίζουν το άτομο ειδοποιούνται ότι ο ασθενής είναι στο τελικό στάδιο.

2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.1	Έχει συνταγογραφηθεί για τον ασθενή φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την υποκείμενη κλινική κατάσταση και για τα ακόλουθα 5 συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν τις τελευταίες ημέρες και ώρες ημέρες της ζωής: πόνος, ναυτία και/ή έμετος, δύσπνοια, ανησυχία και διέγερση, εκκρίσεις της αναπνευστικής οδού.
2.2	Έχει διατεθεί εξοπλισμός για τον ασθενή για την υποστήριξη μιας συνεχούς υποδόριας (ή ενδοφλέβιας) έγχυσης φαρμακευτικής αγωγής, όπου απαιτείται.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

2.3	Όλες οι τρέχουσες παρεμβάσεις έχουν ελεγχθεί και αναθεωρηθεί αναλόγως, π.χ. αιματολογικές εξετάσεις ρουτίνας, φάρμακα, καταγραφή ζωτικών σημείων, οξυγονοθεραπεία
2.4	Έχει ελεγχθεί η καταγραφή του πρωτοκόλλου καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης του ασθενούς.
2.5	η κατάσταση του εμφυτεύσιμου απινιδωτή καρδιομετατροπής, όπου απαιτείται.
2.6	Έχει επανεξεταστεί η ανάγκη για χορήγηση υγρών.
2.7	Έχει επανεξεταστεί η ανάγκη για κλινικά υποβοηθούμενη (τεχνητή) διατροφή.
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
3.1	Η στοματική κοιλότητα του ασθενούς είναι υγρή και καθαρή.
3.2	Αξιολόγηση της ακεραιότητας του δέρματος του ατόμου.
3.3	Αξιολόγηση των αναγκών υγιεινής του ατόμου
ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (Αποτελέσματα 4 .1 – 4.17): Η φροντίδα αξιολογείται και τεκμηριώνεται κάθε 4ώρες.	
4.1	Ο ασθενής δεν έχει πόνο.
4.2	Ο ασθενής δεν είναι ανήσυχο.
4.3	Ο ασθενής δεν έχει εκκρίσεις από την αναπνευστική οδό
4.4	Ο ασθενής δεν έχει ναυτία.
4.5	Ο ασθενής δεν κάνει έμετο.
4.6	Ο ασθενής δεν έχει αναπνευστική δυσχέρεια.
4.7	Ο ασθενής δεν έχει προβλήματα διούρησης.
4.8	Ο ασθενής δεν έχει προβλήματα από το γαστρεντερολογικό.
4.9	Ο ασθενής δεν έχει άλλα συμπτώματα.
4.10	Διατηρείται η άνεση και η ασφάλεια του ασθενούς σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων.
4.11	Ο ασθενής λαμβάνει υγρά για να υποστηρίξει τις ατομικές του ανάγκες.
4.12	Η στοματική κοιλότητα του ασθενούς είναι υγρή και καθαρή.
4.13	Η ακεραιότητα του δέρματος του ασθενούς διατηρείται.
4.14	Οι ανάγκες προσωπικής υγιεινής του ασθενούς ικανοποιούνται
4.15	Ο ασθενής λαμβάνει τη φροντίδα του σε ένα φυσικό περιβάλλον προσαρμοσμένο ώστε να υποστηρίζει τις ατομικές του ανάγκες.
4.16	Υποστηρίζεται η ψυχολογική και πνευματική ευημερία του ασθενούς.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

4.17	Υποστηρίζεται η ευημερία του συγγενή ή του φροντιστή ή του συνοδού που παρακολουθεί τον ασθενή.
ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟ (Αποτελέσματα 5 .1 – 5.4): Οι ακόλουθοι Στόχοι Φροντίδας επιτυγχάνονται αμέσως μετά τον θάνατο	
5.1	Η φροντίδα του νεκρού σώματος αναλαμβάνεται σύμφωνα με τις θρησκευτικές/πνευματικές πρακτικές και την τοπική πολιτική και διαδικασία.
5.2	5.2.1. Ο συγγενής ή ο φροντιστής ή ο συνοδός μπορεί να κατανοήσει τι θα χρειαστεί να κάνει στη συνέχεια και του δίνονται οι σχετικές γραπτές πληροφορίες.
	5.2.2. Ο συγγενής ή ο φροντιστής ή ο συνοδός λαμβάνουν γραπτές πληροφορίες για το πένθος και τις υπηρεσίες πένθους που έχουν στη διάθεσή τους.
5.3	Η διεπιστημονική ομάδα που υποστήριξε τον ασθενή στον συνήθη τόπο διαμονής του ειδοποιείται για το θάνατο του ασθενούς.
5.4	Ο θάνατος του ασθενούς κοινοποιείται στις κατάλληλες υπηρεσίες της αντίστοιχης δομής που παρείχε την ανακουφιστική φροντίδα.

Η σημασία της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι έγκειται στα παρακάτω τεκμηριωμένα αποτελέσματά της:

- Έλεγχος των αλγεινών συμπτωμάτων της ασθένειας, όπως η ανακούφιση από τον πόνο κ.λπ.
- Ανεξαρτησία ασθενούς.
- Παρέχει συναισθηματική, πνευματική και ηρεμία στον ασθενή χωρίς να παρεμβαίνει στο χρονικό σημείο του επικείμενου θανάτου.
- Προετοιμάζει για το αναπόφευκτο - θάνατο. Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί τον θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία.
- Συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητα ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας.
- Παρέχεται φροντίδα στα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές του ασθενούς.

Επιπρόσθετα, ο ρόλος των μελών της οικογένειας και των φροντιστών του ασθενούς είναι ουσιαστικός στην όλη διαδικασία. Ωστόσο, για την άτυπη φροντίδα που προσφέρουν συνήθως δεν είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό να παρέχεται και σε εκείνους υποστήριξη και να γίνεται αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών τους που σχετίζονται με τον ασθενή τελικού σταδίου[71].

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η ποιότητα ζωής των οικογενειών των ασθενών έχει συμπεριληφθεί στον ορισμό του ΠΟΥ για την Ανακουφιστική Φροντίδα. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να νιώθουν ηρεμία, όταν ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία στο σπίτι και να εκπαιδεύονται από τη διεπιστημονική ομάδα στα θέματα που άπτονται των βασικών μέτρων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η παροχή του κατάλληλου φαρμάκου την κατάλληλη στιγμή και η παροχή σωματικής και ψυχολογικής υποστήριξης όταν απαιτείται. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας διασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας των ασθενών και ενδυναμώνουν τον φροντιστή στην οικογένεια διδάσκοντάς τους απλές και οικονομικά αποδοτικές μεθόδους φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου [72].

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας τρείς είναι η βασικές συνιστώσες: η διεπιστημονική ομάδα, η υποδομή και ο εξοπλισμός [71] (**Πίνακας 3**).

Πίνακας 3.Προϋποθέσεις εφαρμογής υπηρεσιών παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι [73].

Βασικές υποδομές	*Εγκαταστάσεις αποθήκευσης (συμπεριλαμβανομένων των ελεγχόμενων ναρκωτικών)*
Προσωπικό	Κεντρικό σημείο συναντήσεων
	Μεταφορά διεπιστημονικής ομάδας και απαραίτητου εξοπλισμού φροντίδας
	Τρόπος επικοινωνίας (τηλέφωνο, κινητό κ.λπ.)
	Ιατροί
	Νοσηλευτές
	Εξειδικευμένοι ιατροί, όπου απαιτείται
	Λοιπό προσωπικό και εθελοντές
Εξοπλισμός φροντίδας	Φάρμακα (συμπεριλαμβανομένης της μορφίνης)
	Τεχνολογικός εξοπλισμός σύμφωνα με τις ανάγκες
	Έντυπα τεκμηρίωσης
Οικονομική Διαχείριση	Αμοιβές προσωπικού
	Μεταφορές/ενοικίαση οχημάτων
	Επικοινωνία και εκτύπωση
	Κόστος φαρμάκων και εξοπλισμού

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Στην **Εικόνα 3** αναπαρίσταται οπτικά το μοντέλο στελέχωσης ως πυραμίδα σύμφωνα με τις οδηγίες Sean&Zia[74],. Τα χαμηλότερα επίπεδα της πυραμίδας δείχνουν πιο άμεση επαφή με τον ασθενή και υψηλότερη αναλογία προσωπικού προς ασθενή. Στο μοντέλο αυτό οι πάροχοι κοινοτικής φροντίδας (Community Health Workers, CHW) που αποτελούν τα θεμέλια του μοντέλου της πυραμίδας, είναι υπεύθυνοι για την καθημερινή φροντίδα, τον συντονισμό, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων, την εκπαίδευση των ασθενών, την επικοινωνία με τους ασθενείς και την υπεράσπιση των ασθενών εντός της ομάδας και σε όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε αναλογία 20 ασθενών/CHW, οι CHW έχουν την υψηλότερη αναλογία προσωπικού προς ασθενή. Αξίζει να σημειωθεί πως η αντίστοιχη ειδικότητα δεν υπάρχει στα ελληνικά δεδομένα και αντιστοιχεί στους νοσηλευτές με ειδίκευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική. Ο ιατρός και ο εξειδικευμένος νοσηλευτής αποτελούν την κορυφή της πυραμίδας και είναι υπεύθυνοι για την επίβλεψη του σχεδίου φροντίδας και των λειτουργιών της ομάδας.

Εικόνα 3. Μοντέλο στελέχωσης υπηρεσιών παροχής ανακουφιστικής φροντίδας (Sean&Zia, 2021)[74].

Στη διεθνή βιβλιογραφία αποτυπώνεται η ανάγκη σύνδεσης της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι με υπηρεσίες τηλεφροντίδας [75]. Παρόλο που οι υπηρεσίες αυτές προϋπήρχαν, η πρόσφατη πανδημία COVID-19 άλλαξε το σημερινό

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

τοπίο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάγκη να τηρηθεί η κοινωνική απόσταση, επέφερε σημαντική πρόοδο στα συστήματα τηλεπαρακολούθησης ασθενών[54]. Πολλά προγράμματα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας χρησιμοποιούν πλατφόρμας τηλεπικοινωνίας συμβάλλοντας στη συνεχή παροχής υποστήριξης σε ασθενείς, οικογένειες, φροντιστές και θεραπευτικές ομάδες [119].Επίσης, μέσω της συνεχούς επικοινωνίας επιτρέπεται η συνέχεια στην παροχή αποτελεσματικής διαχείρισης των συμπτωμάτων, η παρακολούθηση των θεραπευτικών στόχων και η διεξαγωγή οικογενειακών συναντήσεων. Οι δυσκολίες της εφαρμογής προγραμμάτων τηλεπαρακολούθησης – τηλεϊατρικής ή τηλενοσηλευτικής – περιλαμβάνουν θέματα που αφορούν τους περιορισμένους πόρους, την ανάγκη επιμόρφωσης των παρόχων και τις ανισότητες που υπάρχουν ακόμα στη χρήση ηλεκτρονικών μέσων, ιδίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [76].

3.3. Εξειδικευμένος νοσηλευτής ανακουφιστικής φροντίδας

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται εκτενώς πως στις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας πρέπει να απασχολούνται κατάλληλα καταρτισμένοι επαγγελματίες νοσηλευτές (Nurses Practitioner, NPs[77].Οι NPs είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές με πρόσθετη εκπαίδευση και κλινική εμπειρία, σύμφωνα με τα οργανογράμματα νοσηλευτών σε πολλά προηγμένα κράτη, όπως στις ΗΠΑ, τον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο [78]. Με την κατάλληλη επιμόρφωση, οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές (Advanced Practice Nurses, APN), έχουν την αυτονομία και τις ικανότητες να διαγνώσουν κλινικές καταστάσεις, να παραγγέλνουν και να ερμηνεύουν διαγνωστικές εξετάσεις, να συνταγογραφούν φάρμακα, να εκτελούν προηγμένες κλινικές διαδικασίες και να διαχειρίζονται ασθένειες, ενώ εργάζονται σε ένα πλαίσιο διεπιστημονικής συνεργασίας και με επίκεντρο τον ασθενή παρέχουν ολιστική νοσηλευτική φροντίδα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες μελέτες σχετικά με τα αποτελέσματα υγείας που προκύπτουν όταν στην παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας απασχολούνται είτε ειδικευμένοι νοσηλευτές (NP), είτε εξειδικευμένοι νοσηλευτές (APN) ανακουφιστικής φροντίδας. Σε μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά, οι Kaasalainen et al.[116]διερευνήσαν τον ρόλο των NP στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Εκπονώντας μια ποιοτική μελέτη, συνέλλεξαν δεδομένα από πέντε

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ξενώνες, χρησιμοποιώντας 35 ομάδες εστίασης και 25 μεμονωμένες συνεντεύξεις. Συνολικά, συμμετείχαν 143 άτομα, συμπεριλαμβανομένων 9 ιατρών, 20 βοηθοί νοσηλευτών, 15 εργαζόμενοι προσωπικής υποστήριξης, 19 διευθυντές, 10 Προϊστάμενοι νοσηλευτικών ομάδων, 31 συμμαχικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, 4 NP, 14 κάτοικοι και 21 μέλη της οικογένειας. Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε πως οι NP παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα στους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους, συνεργάζονται με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας συμβουλές και εκπαίδευση για τη βελτιστοποίηση των πρακτικών ανακουφιστικής φροντίδας, εργάζονται εντός του οργανισμού για την οικοδόμηση ικανοτήτων και βοηθούν άλλους να μάθουν για τον ρόλο του NP στο πλαίσιο παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, ενσωματώνοντας τους νέους συναδέλφους στην ομάδα και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα του συστήματος, όπως η προσβασιμότητα στη φροντίδα και ο αριθμός των επισκέψεων στο νοσοκομείο.

Παρομοίως, οι Mitchell et al. [78], στην Αυστραλία, διερεύνησαν αν η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας από NP επηρεάζει τα αποτελέσματα των ασθενών και του συστήματος υγείας. Σε δείγμα 62 ασθενών, καταγράφηκαν 101 επισκέψεις παρακολούθησης από NP, 169 τηλεφωνήματα και 17 παραπομπές σε άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ οι NP συνταγογράφησαν 24 νέα φάρμακα και κατά τη διάρκεια της μελέτης πραγματοποιήθηκαν 14 νοσηλείες. Οι συμμετέχοντες ήταν ικανοποιημένοι με την υπηρεσία, αλλά το κόστος της υπηρεσίας ξεπέρασε τα έσοδα από την εθνική ασφάλιση υγείας μόνο. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η παροχή συντονισμένης παρηγορητικής φροντίδα από NP φαίνεται να επιτρέπει πιο ολοκληρωμένη φροντίδα και μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση των νοσηλειών. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξαν και οι O'Connor, Palfreyman, & Lau, [79], στην ίδια χώρα.

Από την σκοπιά των ασθενών, οι Owens etal. [80] έδειξαν κατά την εφαρμογή πιλοτικού έργου πρωτοβάθμιας ανακουφιστικής φροντίδας πως οι ασθενείς με περιοριστικό νόσημα που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας έχουν μειωμένη προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων, ενώ δηλώνουν αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στις οποίες ηγούνται οι NP.

Οι Dahlin, Coyne&Cassel [81] υπογραμμίζοντας τον ρόλο των ANP στην παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, αναζήτησαν μια μέθοδο για την παροχή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

εκπαίδευσης και κατάρτισης στο συγκεκριμένο πεδίο. Το πρόγραμμα περιλάμβανε εκπαίδευση σε πέντε βασικούς τομείς: Παροχή προηγμένης ανακουφιστικής νοσηλευτικής φροντίδα και φροντίδα στο τέλος της ζωής των ασθενών, χορήγηση φαρμάκων για τη διαχείριση του πόνου, διαχείριση συμπτωμάτων, επικοινωνία με ασθενή στο τέλος της ζωής και τα μέλη της οικογένειας και ανάπτυξη προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας.

Αντίστοιχα, οι Letizia& Jones [82], στις ΗΠΑ, ανέπτυξαν εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ANP το οποίο περιλάμβανε τρεις διδακτικές ενότητες: Επίτευξη Ποιοτικής Φροντίδας στο τέλος της ζωής, (2) Διαχείριση πόνου και διαχείριση συμπτωμάτων και (3) Θέματα Επικοινωνίας και Δεοντολογίας. Με τη χρήση εκπαιδευτικών μεθόδων όπως ηχογραφημένες διαλέξεις από εξειδικευμένους στο πεδίο, και μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι ερευνητές έδειξαν πως μετά την ολοκλήρωση των μαθημάτων το 83% ένιωθε αυτοπεποίθηση για τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Εν τούτοις, οι Collins& Small [77], σε ποιοτική μελέτη που διεξήγαγαν στις ΗΠΑ, βρήκαν πως μόνο με επαρκή εκπαιδευτική προετοιμασία οι NP μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα απαιτήσεων της ανακουφιστικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης τεχνολογικών μέσων και της υποστήριξης πλατφόρμων παροχής τηλενοσηλευτικής.

Οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών – NP ή ANP – περιλαμβάνουν μια εκτενή λίστα που αφορά τόσο αμιγώς νοσηλευτικές πράξεις όσο και δεξιότητες διοίκησης και διεπιστημονικής συνεργασίας. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματικές ευθύνες των NP αφορούν τα παρακάτω:

1. Βοήθεια στην ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προτύπων περίθαλψης και επαγγελματικής πρακτικής σε συνεργασία με μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης και σύμφωνα με τις θεσμικές πολιτικές και τις απαιτήσεις των ρυθμιστικών φορέων.

2. Εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς και ανταποκρίσεις στην παρεχόμενη φροντίδα και εφαρμογή ορθής νοσηλευτικής κρίσης στις αποφάσεις διαχείρισης φροντίδας ασθενών. Το πεδίο αυτό περιλαμβάνει την ανάληψη ευθύνης για τη διενέργεια μιας δομημένης αξιολόγησης και συνεχείς δια ζώσης και τηλεφωνικές αξιολογήσεις σύμφωνα με το σχέδιο φροντίδας και καθοδηγούμενες από τις ανάγκες των ασθενών.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

3. Παροχή άμεσης, συνεχούς φροντίδας για συγκεκριμένο αριθμό ασθενών μέσω της εφαρμογής νοσηλευτικών διαδικασιών βασισμένων σε τεκμήρια.

4. Συντονισμός των δραστηριοτήτων φροντίδας των ασθενών σύμφωνα με καθορισμένες προτεραιότητες, συμπεριλαμβανομένων της διδασκαλίας, της συμβουλευτικής και της επικοινωνίας με άλλους που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς, κατευθύνοντας/αναθέτοντας κατάλληλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

5. Αποτελεσματική και επαγγελματική επικοινωνία με ασθενείς, φροντιστές και μέλη της διεπιστημονικής ομάδας σχετικά με το σχέδιο περίθαλψης του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίασης περιπτώσεων στην εβδομαδιαία διεπιστημονική συνάντηση της ομάδας.

Οι APN είναι υπεύθυνοι για την καθημερινή παροχή κλινικής φροντίδας και την αποτελεσματική λειτουργία του προγράμματος. ΟιAPNμπορούν να λειτουργήσουν αυτόνομα, έχουν κλινική επίβλεψη των ασθενών και παρέχουν κλινική φροντίδα σε περίπλοκες περιπτώσεις. Επίσης, συντονίζουν την κλινική φροντίδα με τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας σε όλα τα στάδια της διαδικασίας όπως στην ένταξη των ασθενών, στην αναθεώρηση των σχεδίων φροντίδας, στην ενδεχόμενη εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο και κατά την έξοδο από το πρόγραμμα.

Παρόλο στην Ελλάδα δεν υπάρχει θεσμοθετημένος ρόλος εξειδικευμένου νοσηλευτή στα πρότυπα του Εξωτερικού, στο σχέδιο νόμου που κατατέθηκε το 2022 για τον ορισμό της ανακουφιστικής φροντίδας στη χώρα μας, στο άρθρο για την επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού συστήνεται η διαμόρφωση και η υλοποίηση προγραμμάτων επιμόρφωσης, διάρκειας τετρακοσίων (400) τουλάχιστον ωρών από φορέα που παρέχει υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, εκ των οποίων οι διακόσιες ώρες πρέπει να είναι θεωρητικής εκπαίδευσης και διακόσιες ώρες πρακτικής άσκησης στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4. Συστηματική ανασκόπηση - Εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι

Θεωρητικό πλαίσιο

Ο στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου [1]. Η ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι είναι η παροχή εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς, που συνήθως παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα νοσηλευτών και ιατρών με ή χωρίς σύνδεση με το νοσοκομείο ή τον ξενώνα[48].

Το ερώτημα που αυτομάτως γεννάται είναι κατά πόσο οι υπηρεσίες αυτές υπερτερούν σε σύγκριση με τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας που παρέχονται στο νοσοκομείο ή σε ειδικά διαμορφωμένους ξενώνες.

Σκοπός

Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι και να συλλεχθεί όλη η απαιτούμενη τεκμηρίωση για να φανεί ότι με τις κατάλληλες παρεμβάσεις είναι εφικτή η παροχή προηγμένων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι προς όφελος τόσο του ασθενούς τελικού σταδίου και της οικογένειας του, όσο και για τα συστήματα υγείας.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Μεθοδολογία

Για τον σκοπό της μελέτης διεξήγαμε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, σύμφωνα με τη μεθοδολογία και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA statement) (Moher et al., 2009), χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: palliative care, home care, health results, quality index, cost, cost-effectiveness, criteria, implementation.

Τα κριτήρια επιλογής των μελετών της παρούσας ανασκόπησης ήταν: Πρωτογενείς μελέτες (προοπτικές – αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης ή ερευνητικές μελέτες παρέμβασης, μελέτες κοόρτης, μελέτες ασθενών-μαρτύρων, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, μελέτες περίπτωσης ασθενών),δευτερογενείς συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, μελέτες που δημοσιεύτηκαν από το 2010 και μετά και μελέτες για τις οποίες υπάρχει πρόσβαση στο πλήρες κείμενο, ελληνικές ή αγγλικές. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν μη πρωτογενή άρθρα (ανασκοπήσεις, letters to the editor – editorials) και άρθρα που σχετίζονται με θεωρητική βασική έρευνα.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση αξιολογήθηκαν με τα κριτήρια ένταξης βάσει τίτλου και περίληψης. Σε επόμενο στάδιο αξιολογήθηκε το πλήρες κείμενο των επιλεγμένων μελετών. Στη συνέχεια μελετήθηκε η βιβλιογραφία των ερευνών που εντάχθηκαν, προκειμένου να εντοπιστούν και να συμπεριληφθούν μελέτες που δεν προέκυψαν κατά την αρχική αναζήτηση.

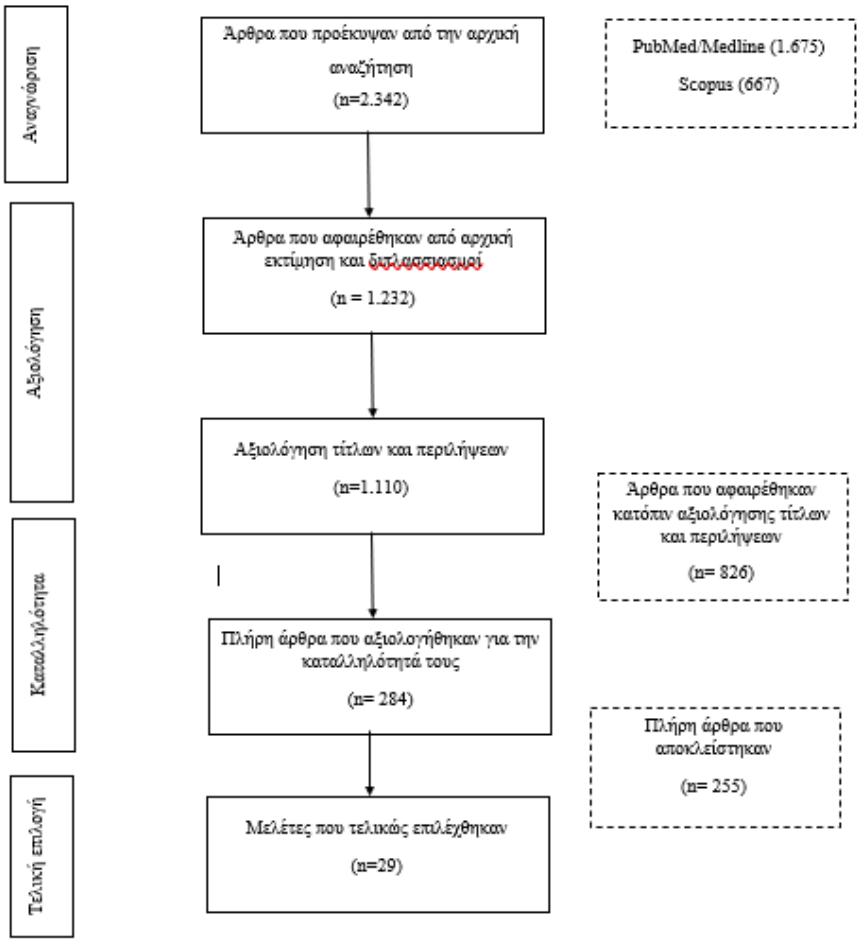
Από τις μελέτες που προέκυψαν έγινε εξαγωγή των κύριων στοιχείων, δηλαδή του είδους της μελέτης, του μελετώμενου πληθυσμού, του σκοπού της μελέτης και των αποτελεσμάτων των μελετών που ενισχύουν την ανάγκη για παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι. Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας χωρίστηκαν σε δεδομένα που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας του, τα αποτελέσματα υγείας, τις πεποιθήσεις των νοσηλευτών και το κόστος των συστημάτων υγείας από την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Αποτελέσματα

Από την αρχική αναζήτηση προέκυψαν 2.342 άρθρα, για τα οποία πραγματοποιήθηκε μια αρχική επιλογή βάσει του τίτλου. Κατά τον έλεγχο της εκλεξιμότητας των μελετών βάσει τίτλου αποκλείστηκαν 1.232 εγγραφές. 826 άρθρα απορρίφθηκαν μετά από ανάγνωση των περιλήψεων και αφορούσαν πρωτογενείς μελέτες, και άρθρα τα οποία ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα εκτός της αγγλικής. Από τα 284 πλήρη άρθρα που έμειναν, 255 απορρίφθηκαν.

Στο τελικό στάδιο του ελέγχου απέμειναν **29 μελέτες** για συμπερίληψη στην παρούσα ανασκόπηση. Στο **Γράφημα 1** φαίνεται το διάγραμμα ροής της επιλογής των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης.



Γράφημα 1. Διάγραμμα ροής άρθρων που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

<u>Απόψεις ασθενών και μελών οικογένειας</u>

Στη συγχρονική έρευνα των Wilson et al. [50], σε δείγμα 1.200 Καναδών, βρήκαν πως το 70,8% προτιμούσε να είναι στο σπίτι κοντά στο θάνατο, ενώ το 14,7% προτιμούσε τον ξενώνα/εγκατάσταση ανακουφιστικής φροντίδας, το 7,0% το νοσοκομείο και το 1,7% τον οίκο ευγηρίας. Η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο μόνος παράγοντας πρόβλεψης της προτίμησης του τόπου, με τα χήρα άτομα να δείχνουν συχνότερα την προτίμηση για ένα νοσοκομείο ή ένα ξενώνα/ εγκατάσταση ανακουφιστικής φροντίδας.

Παρομοίως, οι Chung et al. [83]στη χώρα του Χονγκ-Κονγκ, με στόχο την καταγραφή των γνώσεων, των στάσεων και των προτιμήσεων του γενικού ενήλικου πληθυσμού σχετικά με τις αποφάσεις περίθαλψης στο τέλος της ζωής, τον τόπο περίθαλψης και τον θάνατο. Σε δείγμα 1.067 ενηλίκων άνω των 30 ετών το 87,6% προτιμούσε να λάβει την κατάλληλη ανακουφιστική φροντίδα που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του. Όσον αφορά τον τόπο θανάτου, το 31,2% των συμμετεχόντων θα επέλεγε να πεθάνει στο σπίτι και μεταξύ αυτών, το 19,5% θα εξακολουθούσε να προτιμά να πεθάνει στο σπίτι, ακόμη και αν δεν είχε επαρκή υποστήριξη. Η στατιστική ανάλυση έδειξε μειωμένη τάση για όλες τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες από 40-49 ετών έως 80+ ετών, καθώς και με κακή αυτοαξιολόγηση υγείας, να προτιμούν να πεθαίνουν στο σπίτι. Οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο τριτοβάθμιας ή ανώτερης εκπαίδευσης, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να προτιμήσουν τον θάνατο στο σπίτι.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι Hunt, Shlomo&Addington-Hall [84] διερευνώντας τις αναφερόμενες προτιμήσεις για τον τόπο θανάτου, διεξήγαγαν μία έρευνα αυτο-ολοκλήρωσης μετά το πένθος. Σε δείγμα 1.422 πενθούντων συγγενών, 6-12 μήνες μετά το πένθος, βρήκαν πως το 35,7% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι οι νεκροί είπαν πού ήθελαν να πεθάνουν και το 49,3% από αυτούς αναφέρθηκε ότι το κατάφεραν. Το 73,9% των ατόμων που αναφέρθηκαν ότι προτιμούσαν ανέφεραν το σπίτι ως το προτιμώμενο μέρος, ενώ μόνο το 13,3% του δείγματος πέθανε στο σπίτι.

Στην Ιαπωνία, σε ένα αρκετά διαφορετικό πολιτισμό σε σύγκριση με τον Δυτικό, οι Fukui e tal. [85]με την παραδοχή πως ο τόπος φροντίδας που προτιμάται στον Ιαπωνικό πολιτισμό στο τέλος της ζωής επηρεάζεται από τις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις, εκπόνησαν συγχρονική έρευνα για τον προσδιορισμό των προτιμήσεων των

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ατόμων και των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Σε δείγμα 2.000 Ιαπώνων ηλικίας 40-79 ετών, περίπου το 44% του γενικού πληθυσμού προτίμησε το σπίτι, το 15% το νοσοκομείο, το 19% την μονάδα παρηγορητικής φροντίδας, το 10% το δημόσιο γηροκομείο, το 2% το ιδιωτικό γηροκομείο και το υπόλοιπο 11 % ήταν αβέβαιο. Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρέασαν τις προτιμήσεις των ανθρώπων σχετικά με τον τόπο περίθαλψης περιλάμβαναν τις προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας ή θανάτου συγγενών, τις αντιλήψεις για τον θάνατο, και το επίπεδο των γνώσεων τους σχετικά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας του συστήματος υγείας.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν βρέθηκε μελέτη που να εστιάζει στις προτιμήσεις των Ελλήνων για το μέρος θανάτου τους. Στην έρευνα της Papadatou et al. [86], σε δείγμα 36 γονέων παιδιών που πέθαναν από καρκίνο στο σπίτι, βρέθηκε πως οι αποφάσεις σχετικά με τον τόπο φροντίδας και τον θάνατο λήφθηκαν κατόπιν είτε συναίνεσης, είτε διαμονής, είτε επιβολής επαγγελματικών αποφάσεων στους γονείς, ενώ έξι παράγοντες προσδιορίστηκαν ότι επηρεάζουν τις αποφάσεις: η επίγνωση του θανάτου, η αντιληπτή ικανότητα γονικής φροντίδας, η αντιληπτή επαγγελματική ικανότητα, η άποψη των γονέων για τη διαχείριση των συμπτωμάτων, ο χρόνος λήψης αποφάσεων και το να είσαι «καλός γονέας».

Οι Gallagher&Krawczyk [87], με στόχο να αξιολογήσουν το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ικανοποίησης των συγγενών ασθενών που απεβίωσαν από τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, σε δείγμα 90 πενθούντων συγγενών, βρήκαν πως ενώ το σπίτι ως μέρος θανάτου ήταν η επιθυμία του ασθενούς, κατέγραψε τις περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες. Ωστόσο, οι Pollock et al. [88] στην ποιοτική μελέτη που διεξήγαγαν βρήκαν πως παρόλο που το σπίτι έχει καθιερωθεί ως ο προτιμώμενος τόπος θανάτου εντός της πολιτικής και της πρακτικής υγείας διεθνώς, οι συμμετέχοντες της μελέτης, 48 πενθούντες συγγενείς, εξέφρασαν περίπλοκες απόψεις σχετικά με την εμπειρία του θανάτου, στις οποίες ο τόπος θανάτου δεν είχε πρωταρχική προτεραιότητα. Το προεξέχον μέλημα των συγγενών ήταν κυρίως η άνεση και η συντροφικότητα στο τέλος της ζωής, ανεξαρτήτως τόπου.

Στον **Πίνακα 4** παρατίθενται τα χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν τις απόψεων των ασθενών και των μελών της οικογένειας σχετικά με την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Συμπερασματικά, στη διεθνή βιβλιογραφία αποτυπώνεται πως η πλειοψηφία των ενήλικων ασθενών προτιμούν να είναι στο σπίτι τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους ανεξαρτήτως δημογραφικών χαρακτηριστικών φύλου και χώρα καταγωγής. Αν και οι προηγούμενες εμπειρίες θανάτου και οι απόψεις γύρω από τον θάνατο μπορεί να επηρεάσουν τις προτιμήσεις του τόπου, η οικογενειακή κατάσταση εμφανίστηκε ως ο μόνος προγνωστικός τόπος. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι οι προτιμήσεις επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από προσωπικές και περιβαλλοντικές συνθήκες και η πρόκληση των συστημάτων υγείας παραμένει να παράσχουν υπηρεσίες ώστε να μπορέσουν να ικανοποιηθούν οι επιθυμίες των ασθενών τελικού σταδίου.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Πίνακας 4.Χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν τις απόψεων των ασθενών και των μελών της οικογένειας σχετικά με την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Συγγραφείς	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα μελέτης	Αποτελέσματα
Chung et al. (2017) **Χονγκ-Κονγκ**	Συγχρονική μελέτη	Καταγραφή των γνώσεων, των στάσεων και των προτιμήσεων του γενικού ενήλικου πληθυσμού σχετικά με τις αποφάσεις περίθαλψης στο τέλος της ζωής, τον τόπο περίθαλψης και τον θάνατο	1.067 ενήλικες άνω των 30 ετών	- Το 31,2% των συμμετεχόντων θα επέλεγε να πεθάνει στο σπίτι και μεταξύ αυτών, το 19,5% θα εξακολουθούσε να προτιμά να πεθάνει στο σπίτι, ακόμη και αν δεν είχε επαρκή υποστήριξη. - Η στατιστική ανάλυση έδειξε μειωμένη τάση για όλες τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες από 40-49 ετών έως 80+ ετών, καθώς και με κακή αυτοαξιολόγηση υγείας, να προτιμούν να πεθαίνουν στο σπίτι. - Οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο τριτοβάθμιας ή ανώτερης εκπαίδευσης, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να προτιμήσουν τον θάνατο στο σπίτι.
Fukui et al. (2011) **Ιαπωνία**	Συγχρονική μελέτη	Προσδιορισμό των προτιμήσεων των ατόμων και των παραγόντων που τις επηρεάζουν	2.000 Ιαπώνων ηλικίας 40-79 ετών	- Το 44% του γενικού πληθυσμού προτίμησε το σπίτι - Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρέασαν τις προτιμήσεις των ανθρώπων σχετικά με τον τόπο περίθαλψης περιλάμβαναν τις προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας ή θανάτου συγγενών, τις αντιλήψεις για τον θάνατο, και το επίπεδο των γνώσεων τους σχετικά

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

				με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας του συστήματος υγείας.
Gallagher&Krawczyk (2013) **ΗΠΑ**	Συγχρονική μελέτη	Αξιολόγηση του αντιλαμβανόμενου επιπέδου ικανοποίησης των συγγενών ασθενών που απεβίωσαν από τη φροντίδα στο τέλος της ζωής	90 πενθούντες συγγενείς	- Το σπίτι ως μέρος θανάτου ήταν η επιθυμία του ασθενούς, η οποία ωστόσο ήταν και η μεγαλύτερη ανεκπλήρωτη ανάγκη.
Hunt, Shlomo & Addington-Hall (2014) **Ηνωμένο Βασίλειο**	Αναδρομική μελέτη	Διερεύνηση των αναφερόμενων προτιμήσεων για τον τόπο θανάτου	1.422 πενθούντων συγγενών	Το 73,9% των ατόμων που είχαν αναφερθεί στο θάνατο τους ανέφεραν το σπίτι ως το προτιμώμενο μέρος, ενώ μόνο το 13,3% του δείγματος πέθανε στο σπίτι.
Papadatou et al. (2021) **Ελλάδα**	Αναδρομική μελέτη	Προσδιορισμός παραγόντων για απόφαση θανάτου στο σπίτι	36 γονείς παιδιών που πέθαναν από καρκίνο στο σπίτι	Η επίγνωση του θανάτου, η αντιληπτή ικανότητα γονικής φροντίδας, η αντιληπτή επαγγελματική ικανότητα, η άποψη των γονέων για τη διαχείριση των συμπτωμάτων, ο χρόνος λήψης αποφάσεων και το να είσαι «καλός γονέας».
Pollock et al. (2023) **Ηνωμένο**	Ποιοτική μελέτη	Απόψεις ασθενών και φροντιστών για το μέρος θανάτου	48 πενθούντες συγγενείς	Οι συγγενείς εξέφρασαν περίπλοκες απόψεις σχετικά με την εμπειρία του θανάτου, στις οποίες ο τόπος θανάτου δεν είχε πρωταρχική προτεραιότητα.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Βασίλειο				Το προεξέχον μέλημα των συγγενών ήταν κυρίως η άνεση και η συντροφικότητα στο τέλος της ζωής, ανεξαρτήτως τόπου.
Wilson et al. (2013) **Καναδάς**	Συγχρονική μελέτη	Προσδιορισμός προτιμήσεις του κοινού για τον τόπο της φροντίδας στο τέλος της ζωής (EOL) ή τις τελευταίες ημέρες της ζωής.	1.200 άτομα	- Το 70,8% προτιμούσε να είναι στο σπίτι κοντά στο θάνατο, ενώ το 14,7% προτιμούσε τον ξενώνα/εγκατάσταση ανακουφιστικής φροντίδας, το 7,0% το νοσοκομείο και το 1,7% τον οίκο ευγηρίας. - Η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο μόνος παράγοντας πρόβλεψης της προτίμησης του τόπου, με τα χήρα άτομα να δείχνουν συχνότερα την προτίμηση για ένα νοσοκομείο ή ένα ξενώνα/ εγκατάσταση ανακουφιστικής φροντίδας.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Αποτελέσματα υγείας

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας έχουν καταλήξει σε σαφείς αποδείξεις για το όφελος της τόσο για τον ίδιο τον ασθενή μειώνοντας τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, όσο και για τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές. Οι Gomes et al.[89], από την μετά-ανάλυση 23 μελετών, συμπεριλαμβανομένων 37.561 συμμετεχόντων και 4.042 οικογενειακών φροντιστών, βρέθηκαν αυξημένες πιθανότητες θανάτου στο σπίτι και φάνηκαν στοιχεία μικρών αλλά στατιστικά σημαντικών ευεργετικών επιδράσεων των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα στη μείωση της επιβάρυνσης των συμπτωμάτων για τους ασθενείς.

Οι Ventura et al.[90] σε συστηματική ανασκόπηση, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, αναφορικά με την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών, από την ανάλυση 15 μελετών, βρήκαν πως η πιο συχνά αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη ήταν η αποτελεσματική επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, η έλλειψη της οποίας επηρέασε αρνητικά τη φροντίδα που έλαβαν οι ασθενείς και οι φροντιστές. Ωστόσο, οι ανάγκες φυσικής φροντίδας ικανοποιούνται στο μεγαλύτερο βαθμό, γεγονός που δείχνει ότι οι εξεταζόμενες υπηρεσίες ανακουφιστικής κατ' οίκον φροντίδας παρείχαν ικανοποιητική φροντίδα σε αυτόν τον τομέα.

Αναφορικά με τις ανάγκες του ασθενούς, ο πόνος και το αίσθημα της δύσπνοιας είναι οι πιο συχνές μελετώμενες παράμετροι. Στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται όμως ότι υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα. Οι Campbell, Kelly& Rovnyak[91]κατά την εφαρμογή κλινικού πρωτοκόλλου για τη φαρμακολογική διαχείριση του πόνου στα πλαίσια παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, σε δείγμα 40 ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου, βρήκαν πως συνολικά, υπήρξε σημαντική μείωση του πόνου δείχνοντας πως η διαχείριση του πόνου ήταν αποτελεσματική στο σπίτι. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι El Mokhallalati et al. [92], οι οποίοι εξετάζοντας τους παράγοντες που σχετίζονται με την ανακούφιση από τον πόνο, σε δείγμα 246.763 ασθενών που απεβίωσαν, βρήκαν πως οι αποθανόντες βίωσαν καλή ανακούφιση από τον πόνο στο σπίτι πριν από το θάνατο.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Η δύσπνοια, που είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα που προκύπτει από οργανικά αίτια και ψυχολογική δυσφορία, είναι ένα από τα πιο κοινά ανθεκτικά συμπτώματα σε ασθενείς τελικού σταδίου. Οι μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της δύσπνοιας είναι μεγαλύτερος από 50% μεταξύ των ασθενών με τελικό στάδιο Laribi et al.,[93]. Η ένταση της δύσπνοιας επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου, ειδικά στο τέλος της ζωής, και μπορεί να αφήσει καταστροφικές επιπτώσεις στην οικογένεια και τους φροντιστές[94] . Οι Hsu et al. [95] εξετάζοντας τα ποσοστά επισκέψεων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω συμπτωμάτων δύσπνοιας μεταξύ ασθενών που δέχονται υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, σε δείγμα 762 ασθενών, κατέγραψαν 512 επισκέψεις στο ΤΕΠ, οι 178 από τις οποίες οφείλονταν σε δύσπνοια, η οποία ήταν το προεξέχον σύμπτωμα προσέλευσης στα ΤΕΠ. Η μελέτη έδειξε πως η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι μπορεί να μειώσει σημαντικά το ποσοστό των επισκέψεων στα ΤΕΠ.

Στον **Πίνακα 5** παρατίθενται τα χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν τα αποτελέσματα υγείας από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Πίνακα 5.Χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν τα αποτελέσματα υγείας από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Συγγραφείς	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα μελέτης	Αποτελέσματα
Campbell, Kelly & Rovnyak (2017) **ΗΠΑ**	Αναδρομική μελέτη	Προσδιορισμός αποτελεσμάτων μη φαρμακολογικής διαχείρισης του πόνου σε καρκινοπαθείς που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι.	40 ασθενείς	-Σημαντική μείωση του πόνου από την πρώτη μέτρηση έως τη δεύτερη. - Η διαχείριση του πόνου ήταν αποτελεσματική στο σπίτι.
El Mokhallalati et al. (2019) **Ηνωμένο Βασίλειο**	Αναδρομική μελέτη	Προσδιορισμός παραγόντων που σχετίζονται με την ανακούφιση από τον πόνο	246.763 ασθενείς	-Οι θανόντες που βίωσαν καλή ανακούφιση από τον πόνο στο σπίτι πριν από το θάνατο είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν λάβει εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα (προσαρμοσμένη OR = 2,67; 95% CI, 2,62 έως 2,72) και να έχουν καταγεγραμμένο προτιμώμενο τόπο θανάτου (προσαρμοσμένο OR = 1,87; 95 % CI, 1,84 έως 1,90) σε σύγκριση με εκείνους που δεν το έκαναν. -Η καλή ανακούφιση από τον πόνο ήταν πιο πιθανό να αναφερθεί από έναν σύζυγο ή σύντροφο των αποθανόντων σε σύγκριση με αναφορές από τον γιο ή την κόρη τους (προσαρμοσμένο OR = 1,50,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

				95% CI, 1,47 έως 1,53).
Gomes et al. (2013) **Ηνωμένο Βασίλειο**	Μέτα-ανάλυση	Ποσοτικοποίηση της επίδρασης των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας κατ' οίκον για ενήλικες ασθενείς με προχωρημένη ασθένεια και τους οικογενειακούς φροντιστές τους στις πιθανότητες θανάτου των ασθενών στο σπίτι· 2. Εξέταση της κλινικής αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας κατ' οίκον σε άλλα αποτελέσματα για τους ασθενείς και τους	37.561 ασθενείς και 4.042 οικογενειακοί φροντιστές	- Αυξημένες πιθανότητες θανάτου στο σπίτι - Στατιστικά σημαντικές ευεργετικές επιδράσεις των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα στη μείωση της επιβάρυνσης των συμπτωμάτων για τους ασθενείς.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

		φροντιστές τους, όπως ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η ποιότητα ζωής, η αγωνία του φροντιστή και η ικανοποίηση από τη φροντίδα. 3. Σύγκριση της χρήσης των πόρων και του κόστους που σχετίζεται με αυτές τις υπηρεσίες.		
Hsu et al. (2021) **Ταιβάν**	Συγχρονική μελέτη	Εξέταση των ποσοστών επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω συμπτωμάτων δύσπνοιας μεταξύ των ασθενών με ανακουφιστική δράση υπό ενισχυμένη κατ' οίκον παρηγορητική φροντίδα.	762 ασθενείς	-!78 επισκέψεις λόγω δύσπνοιας (μέση ηλικία ± SD, 70,4 ± 13,0 έτη, 49,4% άνδρες). -Η δύσπνοια (27,8%) ήταν η πιο κοινή αιτία που καταγράφηκε για επισκέψεις ΕΔ, ακολουθούμενη από πόνο (19,0%), συμπτώματα γαστρεντερικού σωλήνα (15,7%) και πυρετό (15,3%). -Η ανάλυση της Ομάδας Α έναντι της Ομάδας Β αποκάλυψε ότι το ποσοστό των εργαζομένων εκτός οικογένειας (42,9% έναντι 19,4%) και των μελών της οικογένειας (57,1% έναντι 80,6%) που ενεργούσαν ως φροντιστές διέφεραν σημαντικά (P <0,05).
Laribi et al.,	Συγχρονική	Περιγραφή της επιδημιολογίας και της	5.569 ασθενείς	-Ο επιπολασμός της δύσπνοιας είναι μεγαλύτερος από 50% μεταξύ

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

2019 **Λιθουανία**	μελέτη	διαχείρισης των ασθενών με δύσπνοια που παρουσιάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών σε έναν διεθνή πληθυσμό ασθενών.		των ασθενών με τελικό στάδιο.
Seow et al., 2011 **Καναδάς**	Συγχρονική μελέτη	Σύγκριση δύο συστημάτων αξιολόγησης αναγκών καρκινοπαθών	10.752 ασθενείς και 7.882 αποβιώσαντες	Η δύσπνοια, η υπνηλία, η ευεξία, η έλλειψη όρεξης και η κούραση αυξάνονται σε σοβαρότητα με την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα τον μήνα πριν από το θάνατο.
Ventura et al. (2014) **Αυστραλία**	Συστηματική ανασκόπηση	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, αναφορικά με την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών	15 μελέτες	-Η πιο συχνά αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη ήταν η αποτελεσματική επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας. -Οι ανάγκες φυσικής φροντίδας ικανοποιούνται στο μεγαλύτερο βαθμό, γεγονός που δείχνει ότι οι εξεταζόμενες υπηρεσίες ανακουφιστικής κατ' οίκον φροντίδας παρείχαν ικανοποιητική φροντίδα σε αυτόν τον τομέα.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

<u>Πεποιθήσεις των νοσηλευτών</u>

Παρότι θα ήταν εύκολο να υποτεθεί πως οι νοσηλευτές που εργάζονται στο πεδίο της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, θα δέχονταν πληθώρα στρεσογόνων παραγόντων, και θα ένιωθαν επαγγελματική εξουθένωση, με υψηλά ποσοστά πρόθεσης αποχώρησης, οι μέχρι σήμερα μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει αυτό το συμπέρασμα[96].

Οι Head, Middleton&Zeigler [97], σε δείγμα 633 νοσηλευτών ανακουφιστικής φροντίδας των ΗΠΑ, βρήκαν μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του μισθού και της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης, με μεταβλητές που επηρέασαν τις σχέσεις με τον οργανισμό, την επαγγελματικής υπερηφάνεια, την αυτονομία και τον έλεγχο. Οι κύριοι παράγοντες πίεσης της εργασίας που εντοπίστηκαν ήταν ο φόρτος εργασίας και τα προβλήματα με τη διοίκηση. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με την εργασία τους, αλλά σχεδόν οι μισοί σκέφτονται να εγκαταλείψουν κάποια ή όλη την ώρα, υποδηλώνοντας δυσαρέσκεια με το εργασιακό περιβάλλον.

Στη συγχρονική μελέτη τους οι Higashibata et al. [98], διερευνώντας τους εργασιακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση της συμπόνιας των νοσηλευτών και την ποιότητα της φροντίδας στο τέλος της ζωής συγκρίνοντας τις δομές στις οποίες παρέχεται ανακουφιστική φροντίδα, σε συνολικό δείγμα 347 νοσηλευτών (124 σε προγράμματα στο σπίτι, βρήκαν πως σε σύγκριση με τους νοσηλευτές σε γενικούς θαλάμους και μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας, οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλους τους εργασιακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες εκτός από την ανταμοιβή. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες εργασίας που συσχετίστηκαν σημαντικά θετικά με υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας στην συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευτών ήταν η κοινότητα και ο έλεγχος σε ρυθμίσεις της κατ' οίκον φροντίδας.

Οι μελέτες έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας έχουν αυξημένες σκέψεις θανάτου, ενώ αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων όπως αβεβαιότητα στην πρόγνωση του ασθενούς, ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, απελπισία, αποτυχία προσδιορισμού των θεραπευτικών στόχων και ο θάνατος του ασθενούς μπορεί να κάνει αυτή τη διαδικασία ακόμα πιο τραυματική [99]. Οι προσωπικές πεποιθήσεις για το θάνατο, η διαχείριση των συναισθημάτων και η

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

κατανόηση των αναγκών του ασθενούς λίγο πριν το θάνατο είναι σημαντικοί παράγοντες για την παροχή βέλτιστων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας [100]. Οι Inci & Oz [101] περιέγραψαν πως η φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου ασθενή είναι μια ανησυχητική εμπειρία που προκαλεί πνευματικό πόνο στον νοσηλευτή. Η αύξηση του άγχους θανάτου των νοσηλευτών μπορεί να προκαλέσει απροθυμία να είναι μαζί με έναν ασθενή που πεθαίνει. Προκειμένου να ικανοποιηθεί η προσδοκία του ήρεμου θανάτου και της ικανοποίησης των συγγενών από την εμπειρία θανάτου του ασθενούς, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν ποιοτική εκπαίδευση για φροντίδα στο τέλος της ζωής τους μαζί με καλές δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας και στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και της συναισθηματικής πίεσης που βιώνουν.

Οι Uzelli Yilmaz, et al.[102] στην περιγραφική και συγχρονική μελέτη που διεξήγαγαν με στόχο να προσδιορίσουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας βρήκαν πως το επίπεδο αντίληψης των συμπεριφορών νοσηλευτικής φροντίδας νοσηλευτών σε σύγκριση με τις αντίστοιχες προσδοκίες των ασθενών συμφωνούσαν σε υψηλό βαθμό. Στην ποιοτική μελέτη των Mc Andrew & Leske [103] προσδιορίστηκαν τρία αλληλεπιδρώντα υποθέματα στις εμπειρίες λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών στο τέλος της ζωής: η συναισθηματική ανταπόκριση, οι επαγγελματικοί ρόλοι και ευθύνες και η σκόπιμη επικοινωνία και συνεργασία. Οι παράγοντες εξισορρόπησης περιελάμβαναν μια ομαδική προσέγγιση, κοινούς στόχους, κατανόηση των προοπτικών των εμπλεκομένων και γνώση των δικών σας πεποιθήσεων. Αντίθετα, το αίσθημα αδυναμίας, η δύσκολη οικογενειακή δυναμική και η αναγνώριση του πόνου προκάλεσαν μια ανισορροπία.

Οι Temelli&Cerit [104]εκπόνησαν ποιοτική μελέτη με σκοπό τον προσδιορισμό των αντιλήψεων των νοσηλευτών ανακουφιστικής φροντίδας σχετικά με τον θάνατο και τον καθορισμό των πρακτικών παρηγορητικής φροντίδας. Σε δείγμα 23 νοσηλευτών βρέθηκε πως οι νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας αντιλαμβάνονται τον θάνατο ως φυσική και αναπόφευκτη διαδικασία και ότι όσο αυξάνεται η περίοδος εργασίας τους αποστασιοποιούνται συναισθηματικά από το γεγονός του θανάτου. Συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές που παρέχουν αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι, οι Ando et al. [105]εξέτασαν την αντίληψη των νοσηλευτών για την παροχή κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας. Από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων που έγιναν σε 6 νοσηλευτές, βρέθηκε πως οι νοσηλευτές

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

αντιλαμβάνονται τον ασθενή και την οικογένεια ως ένα ζωντανό δυναμικό σύνολο που βασίζεται σε στενές σχέσεις, καθώς τα μέλη της οικογένειας υποστηρίζουν καθόλη τη διάρκεια της εξέλιξης της ασθένειας των ασθενή. Επίσης, αντιλαμβάνονται πως οι ασθενείς μπορούν να απολαύσουν την ελευθερία και οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη ευθύνη στην επιθυμία των ασθενών και τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Στον **Πίνακα 6** παρατίθενται τα χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν πεποιθήσεις των νοσηλευτών για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Πίνακας6.Χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν τα αποτελέσματα υγείας από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Συγγραφείς	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα μελέτης	Αποτελέσματα
Ando et al. (2019) Ιαπωνία	Ποιοτική μελέτη	Αξιολόγηση αντιλήψεων των νοσηλευτών για την παροχή κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας	6 νοσηλευτές	-Οι νοσηλευτές κατανοούν τον ασθενή και την οικογένεια ως ένα ζωντανό δυναμικό σύνολο που βασίζεται σε στενές σχέσεις, καθώς τα μέλη της οικογένειας υποστηρίζουν καθόλη τη διάρκεια της εξέλιξης της ασθένειας των ασθενή. -Αντιλαμβάνονται πως οι ασθενείς μπορούν να απολαύσουν την ελευθερία και οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη υπευθυνότητα στην επιθυμία των ασθενών και τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του.
Chow & Senderovich(2018) Καναδάς	Συστηματική ανασκόπηση	Προσδιορισμός προκλήσεων για την πρόσβαση και την παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με προχωρημένη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	4τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες	-Οι νοσηλευτές έχουν αυξημένες σκέψεις θανάτου, ενώ αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων όπως αβεβαιότητα στην πρόγνωση του ασθενούς, ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, απελπισία, αποτυχία προσδιορισμού των θεραπευτικών στόχων

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Head, Middleton&Zeigler (2019) **ΗΠΑ**	Συγχρονική μελέτη	Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία, της πρόθεσης για αποχώρηση, των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων, των προτεινόμενων εργασιακών βελτιώσεων και των στρατηγικών αυτοεξυπηρέτησης	633 νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας	-Σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του μισθού και της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης, με μεταβλητές που επηρέασαν τις σχέσεις με τον οργανισμό, την επαγγελματικής υπερηφάνεια, την αυτονομία και τον έλεγχο. - Οι κύριοι παράγοντες πίεσης της εργασίας που εντοπίστηκαν ήταν ο φόρτος εργασίας και τα προβλήματα με τη διοίκηση.
Higashibata et al. (2023) **Ιαπωνία**	Συγχρονική μελέτη	Διερεύνηση εργασιακών περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση της συμπόνιας των νοσηλευτών και την ποιότητα της φροντίδας στο τέλος της ζωής	347νοσηλευτές	-Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλους τους εργασιακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες εκτός από την ανταμοιβή. - Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες εργασίας που συσχετίστηκαν σημαντικά θετικά με υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας στην συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευτών ήταν η κοινότητα και ο έλεγχος σε ρυθμίσεις της κατ' οίκον φροντίδας.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Inci & Oz (2012) **Τουρκία**	Ποιοτική μελέτη	Περιγραφή της φροντίδας ετοιμοθάνατων	-	-Η φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου ασθενή είναι μια ανησυχητική εμπειρία που προκαλεί πνευματικό πόνο στον νοσηλευτή. -Η αύξηση του άγχους θανάτου των νοσηλευτών μπορεί να προκαλέσει απροθυμία να είναι μαζί με έναν ασθενή που πεθαίνει.
Mc Andrew & Leske (2015) **ΗΠΑ**	Ποιοτική μελέτη	Περιγραφή εμπειριών λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής των ασθενών	7 νοσηλευτές και 4 ιατροί	-Τρία αλληλεπιδρώντα υποθέματα στις εμπειρίες λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών στο τέλος της ζωής: η συναισθηματική ανταπόκριση, οι επαγγελματικοί ρόλοι και ευθύνες και η σκόπιμη επικοινωνία και συνεργασία.
Petersetal., 2012 **Αυστραλία**	Συστηματική ανασκόπηση	Προσδιορισμός άγχους και εξουθένωσης σε νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας	16 μελέτες	-Δεν βρέθηκαν ισχυρές ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας ή νοσηλευτές ξενώνων βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από νοσηλευτές σε άλλους κλάδους. -Συνήθεις αιτίες άγχους περιλαμβάνουν το εργασιακό περιβάλλον, τη σύγκρουση ρόλων και τα προβλήματα με τους ασθενείς και τις

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

				οικογένειές τους.
Temelli & Cerit (2021) **Τουρκία**	Ποιοτική μελέτη	Προσδιορισμός των αντιλήψεων των νοσηλευτών ανακουφιστικής φροντίδας σχετικά με τον θάνατο και τον καθορισμό των πρακτικών παρηγορητικής φροντίδας	23 νοσηλευτές	-Οι νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας αντιλαμβάνονται τον θάνατο ως φυσική και αναπόφευκτη διαδικασία και ότι όσο αυξάνεται η περίοδος εργασίας τους αποστασιοποιούνται συναισθηματικά από το γεγονός του θανάτου.
UzelliYilmaz, etal. (2017) **Τουρκία**	Συγχρονική μελέτη	Προσδιορισμός της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας	16 νοσηλευτές και 102 ασθενείς	Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου των νοσηλευτών ανάλογα με το φύλο, το εκπαιδευτικό τους καθεστώς, τη διάρκεια εργασίας στην κλινική παρηγορητικής φροντίδας και τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Κόστος των συστημάτων υγείας

Καθώς η επιθυμία των ασθενών τελικού σταδίου να πεθάνουν στο σπίτι ολοένα και αυξάνεται και οι υπηρεσίες παροχής κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας, υπάρχει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον να δειχθεί η οικονομική αποτελεσματικότητά των προγραμμάτων αυτών έναντι του καθιερωμένου πλαισίου παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο νοσοκομείο ή τους ξενώνες.

Η γνώση του μειωμένου κόστους φροντίδας από την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, έχει τεκμηριωθεί ήδη από τη δεκαετία του 2000-2010, από μελέτες που έχουν γίνει σε χώρες που η ανακουφιστική φροντίδα είναι πλέον εδραιωμένη. Οι Brumley et al. [106], στις ΗΠΑ, επικεντρώθηκαν σε ένα πρόγραμμα ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι και παρατήρησαν σημαντικά χαμηλότερο κόστος για την ομάδα της ανακουφιστικής φροντίδας σε σχέση με τη συνήθη ομάδα ελέγχου φροντίδας. Το κόστος περιελάμβανε έξοδα οξείας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, παροχή φροντίδας στο σπίτι και ανακουφιστικής φροντίδας. Το μέσο κόστος φροντίδας ανά ημέρα ήταν 95,30 $ για την ομάδα στο σπίτι σε σύγκριση με 212,80 $ για την ομάδα ελέγχου στο νοσοκομείο. Στη συστηματική ανασκόπηση των Smith et al. [107]με την ανάλυση 46 ερευνών, βρήκαν πως παρά την μεγάλη ετερογένεια των μελετών αναφορικά με τον τύπο, τα χαρακτηριστικά και την ποιότητα της μελέτης, υπάρχουν σταθερά πρότυπα στα αποτελέσματα που δείχνουν ότι η ανακουφιστική φροντίδα είναι η λιγότερο δαπανηρή φροντίδα σε σχέση με τη νοσοκομειακή φροντίδα για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Οι Kim et al. [108], στην Κορέα, συνέκριναν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μεταξύ ανακουφιστικής φροντίδας σε νοσοκομειακή μονάδα και στο σπίτι. Σε σύγκριση με την ομάδα έναρξης ενδονοσοκομειακών ασθενών, το πρόσθετο κόστος της ομάδας έναρξης κατ' οίκον ήταν 697.657 KRW(Γουόν Νότιας Κορέας, νόμισμα Κορέας) και η αυξητική αποτελεσματικότητα με βάση την ποιότητα ζωής ήταν 0,88 μονάδες. Οι μακροπρόθεσμα ωστόσο, οι συγγραφείς βρήκαν πως η ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι είναι πιο αποδοτική από πλευράς κόστους από την ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται ενδονοσοκομειακά.

Τα οικονομικά στοιχεία στην ανακουφιστική φροντίδα είναι σημαντικά για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων και την υποστήριξη των ασθενών τελικού σταδίου. Οι Chow et al. [120], στην Αυστραλία, αξιολόγησαν τη σχέση

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

κόστους-αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι (Εκτεταμένων Πακέτων Παρηγορητικής Φροντίδας στο Σπίτι (Palliative Care Extended Packages at Home, PEACH). Τα αποτελέσματά τους έδειξαν πως το μέσο κόστος ανά ασθενή για την παροχή PEACH ήταν 3.493$, ενώ για τη συνήθη φροντίδα το χαμηλότερο μέσο κόστος νοσηλείας ήταν 6.392$. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς που έλαβαν PEACH πέρασαν επιπλέον τέσσερις ημέρες στο σπίτι την τελευταία εβδομάδα της ζωής τους και περισσότεροι πέθαναν στο σπίτι (95% έναντι 49%). Συμπερασματικά, φάνηκε πως το πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι αποτελεί ένα οικονομικά αποδοτικό μοντέλο φροντίδας.

Στον Καναδά, οι Isenberg et al. [109] διερεύνησαν αν υπάρχει αυξητικό κόστος ανά θάνατο στην κοινότητα. Χρησιμοποιώντας μια κοόρτη με βάση τον πληθυσμό 50.068 ηλικιωμένων ενηλίκων, βρήκαν πως οι ασθενείς που δέχονταν κατ' οίκον φροντίδα στο τέλος της ζωής τους είχαν σχεδόν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν θάνατο στο σπίτι από άτομα που δεν λάμβαναν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, ενώ η αύξηση του κόστους σε επίπεδο κοινότητας ανά θάνατο ήταν μόλις 995 $ CAN (Καναδέζικη λίρα, νόμισμα Καναδά), ποσό σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο ημερήσιο κόστος φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου ενδονοσοκομειακά. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μια μέτρια επένδυση στην κατ' οίκον φροντίδα στο τέλος της ζωής έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την εμπειρία θανάτου των ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα, επιτρέποντας λιγότερους θανάτους στα νοσοκομεία κι επομένως μείωση του κόστους του συστήματος υγείας.

Εν τούτοις, παρά την σαφή αποτύπωση της αποτελεσματικότητας της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, αναφορικά με το κόστος υγείας, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες, ειδικά για τους ασθενείς με μη κακοήθεις παθήσεις, για την αξιολόγηση αποτελεσμάτων του συγκεκριμένου μοντέλου και τη σύγκριση διαφορετικών μοντέλων ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι με ισχυρές μεθοδολογικά μελέτες.

Στον **Πίνακα 7** παρατίθενται τα χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν οικονομικά οφέλη για τα συστήματα υγείας από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Πίνακας 7.Χαρακτηριστικά των μελετών που δείχνουν οικονομικά οφέλη για τα συστήματα υγείας από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

Συγγραφείς	Είδος Μελέτης	Σκοπός	Δείγμα μελέτης	Αποτελέσματα
Brumley etal. (2007) **ΗΠΑ**	Οικονομική ανάλυση	Να προσδιοριστεί εάν μια παρέμβαση κατ' οίκον παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς σε τελικό στάδιο μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών, να μειώσει το κόστος ιατρικής περίθαλψης και να αυξήσει το ποσοστό των ασθενών που πεθαίνουν στο σπίτι.	-	-Το μέσο κόστος φροντίδας ανά ημέρα ήταν 95,30 $ για την ομάδα στο σπίτι σε σύγκριση με 212,80 $ για την ομάδα ελέγχου στο νοσοκομείο.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Chow et al. (2022) **Αυστραλία**	Οικονομική ανάλυση	Αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι	-	- Τα αποτελέσματά τους έδειξαν πως το μέσο κόστος ανά ασθενή για την παροχή PEACH ήταν 3.493$, ενώ για τη συνήθη φροντίδα το χαμηλότερο μέσο κόστος νοσηλείας ήταν 6.392$. -Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς που έλαβαν PEACH πέρασαν επιπλέον τέσσερις ημέρες στο σπίτι την τελευταία εβδομάδα της ζωής τους και περισσότεροι πέθαναν στο σπίτι (95% έναντι 49%).
Isenberg etal. (2020) **Καναδάς**	Μελέτη κόορτης	Διερεύνηση αν υπάρχει αυξητικό κόστος ανά θάνατο στην κοινότητα	50.068 ασθενείς	-Οι ασθενείς που δέχονταν κατ' οίκον φροντίδα στο τέλος της ζωής τους είχαν σχεδόν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν θάνατο στο σπίτι από άτομα που δεν λάμβαναν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας -Η αύξηση του κόστους σε επίπεδο κοινότητας ανά θάνατο ήταν μόλις 995 $ CAN, ποσό σημαντικά χαμηλότερο από το μέσο ημερήσιο κόστος φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου ενδονοσοκομειακά.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Kim et al. (2022) **Κορέα**	Οικονομική ανάλυση	Σύγκριση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας μεταξύ ανακουφιστικής φροντίδας σε νοσοκομειακή μονάδα και στο σπίτι	-	-Σε σύγκριση με την ομάδα έναρξης ενδονοσοκομειακών ασθενών, το πρόσθετο κόστος της ομάδας έναρξης κατ' οίκον ήταν 697.657 KRW και η αυξητική αποτελεσματικότητα με βάση την ποιότητα ζωής ήταν 0,88 μονάδες. -Μακροπρόθεσμα βρέθηκε πως η ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι είναι πιο αποδοτική από πλευράς κόστους από την ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται ενδονοσοκομειακά.
Smith etal. (2014) **Ιρλανδία**	Συστηματική ανασκόπηση	Παρουσίαση αποτελεσμάτων των διαθέσιμων διεθνών στοιχείων σχετικά με το κόστος και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων παρηγορητικής φροντίδας σε οποιοδήποτε περιβάλλον	46 μελέτες	-Σταθερά πρότυπα στα αποτελέσματα που δείχνουν ότι η ανακουφιστική φροντίδα είναι η λιγότερο δαπανηρή φροντίδα σε σχέση με τη νοσοκομειακή φροντίδα για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου στο τελικό στάδιο της ζωής. Η πλειοψηφία των ασθενών επιλέγουν να ζήσουν το τελευταίο διάστημα της ζωής τους στο σπίτι και να δεχτούν ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι [50,83]. Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι και να συλλεχθεί όλη η απαιτούμενη τεκμηρίωση για να φανεί ότι με τις κατάλληλες παρεμβάσεις είναι εφικτή η παροχή προηγμένων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι προς όφελος τόσο του ασθενούς τελικού σταδίου και της οικογένειας του, όσο και για τα συστήματα υγείας.

Ξεκινώντας από την τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων του μοντέλου και συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο νοσοκομείο και σε ξενώνες, στη διεθνή βιβλιογραφία ήδη από πολύ νωρίς έδειξε τα θετικά ευεργετήματα της σε όλους τους εμπλεκόμενους. Μεταξύ των σύγχρονων στόχων υγείας προβάλλει η εφαρμογή βιώσιμων προγραμμάτων που στοχεύουν στην καθολική παροχή φροντίδας με επίκεντρο των ασθενή και την οικογένειά του [110]. Αφού λοιπόν κέντρο όλων των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων υγείας και η ικανοποίησή των αναγκών των ασθενών, υπογραμμίζεται ότι η επιλογή να πεθάνει κάποιος στο οικείο του περιβάλλον υποστηριζόμενος από το σύστημα υγείας, προβάλλει ως αναφαίρετο δικαίωμα [84].

Με θεμέλια γνώση το προηγούμενο εύρημα της βιβλιογραφίας, η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών φαίνεται πως έχει θετικά αποτελέσματα σε πολλούς παραμέτρους, όπως στα αποτελέσματα υγείας και σε μεταβλητές που αφορούν την σωματική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση του ασθενούς τελικού σταδίου. Τα ευρήματα των μελετών τόνισαν ότι η φροντίδα στο τέλος της ζωής πρέπει να είναι ολιστική, που να περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες, τονίζοντας ότι οι ανάγκες έχουν δυναμικό χαρακτήρα και μεταβάλλονται στην πορεία εξέλιξης της νόσου [111].

Το θέμα της εξατομικευμένης φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή διαφαίνεται στη βιβλιογραφία. Η ποικιλομορφία των κλινικών παρεμβάσεων που παρέχονται στην ανακουφιστική φροντίδα προκαλεί ετερογένεια στις μελέτες και τα επιμέρους

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

αποτελέσματα υγείας τα οποία έχουν εξεταστεί [53]. Ωστόσο, φαίνεται ότι επικρατούν τα ευεργετικά αποτελέσματα της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι σε σχέση με σωματικά συμπτώματα, όπως ο πόνος και η δύσπνοια 90,91, και ποιοτικά αποτελέσματα υγείας όπως ο αριθμός των επανεισαγωγών[95] δυσχεραίνει τις γενικεύσεις σχετικά με το ποια στοιχεία συνέβαλαν σε θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, εννέα διαφορετικά πρωτογενή αποτελέσματα εντοπίστηκαν στις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες. Αυτή η ποικιλομορφία στα αποτελέσματα καθιστά δύσκολο να κατανοήσουμε ποια στοιχεία είναι αποτελεσματικά ή όχι. Η συναίνεση σχετικά με το ποια αποτελέσματα θα απαιτούνταν για να αποδειχθεί ότι μια παρέμβαση είναι αποτελεσματική θα προωθούσε σημαντικά το αναπτυσσόμενο σώμα της βιβλιογραφίας.

Στα συστήματα υγείας, το κόστος υγείας αναφέρεται ως πρωταρχικός δείκτης για την ανάληψη πολιτικών αποφάσεων και τη λήψη στρατηγικών μέτρων για την εφαρμογή προγραμμάτων παροχής υγείας[1]. Ήδη από τη δεκαετία 2000-2010 είχε αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία η αποτελεσματικότητα στο κόστος των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας σε σύγκριση με την παροχή εντατικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου[106]. Εμβαθύνοντας στην ανάλυση, βρέθηκε ότι η παροχή υπηρεσιών στο σπίτι μειώνει σημαντικά τις δαπάνες των συστημάτων υγείας, αποτέλεσμα που φαίνεται στην μακροπρόθεσμη χρήση των προγραμμάτων[108] . Από την ανασκόπηση επίσης, προέκυψε ότι η μέση δαπάνη των ασθενών που εντάσσονται στα προγράμματα κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας ανέρχονται περίπου στα 995$/ασθενή.

Άλλος ποιοτικός δείκτης των υπηρεσιών είναι η αυξημένη ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα και η μειωμένη πρόθεση για αποχώρηση[113] . Ιδίως μετά την πανδημία COVID-19, τα συστήματα υγείας δέχτηκαν και εξακολουθούν να δέχονται σημαντική πίεση λόγω της έντονης αποχώρησης των νοσηλευτών και της μειωμένης εργασιακής ικανοποίησης. Παράγοντες που μπορούν να μετριάσουν τα αρνητικά συναισθήματα των νοσηλευτών προς την εργασία τους περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός αισθήματος εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ της διοίκησης και των επαγγελματιών υγείας μέσω αποτελεσματικής επικοινωνίας, διαφανούς αξιολόγησης και ανταμοιβής[114]. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι νοσηλευτές που απασχολούνται στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, παρότι δέχονται σημαντική ψυχοσυναισθηματική πίεση από την επαφή με το θάνατο,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

η αυτονομία, η κοινωνική αναγνώριση και η διεπιστημονική συνεργασία αντισταθμίζει τα συναισθήματα, παρότι η ανταμοιβές τους δεν είναι υψηλότερες σε σχέση με τα νοσηλευτικά περιβάλλοντα[98] .

Είναι εμφανές ότι αξιολογώντας τα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, τα θετικά αποτελέσματα στους δείκτες ποιότητας – ικανοποίηση ασθενών και οικογένειας, αποτελέσματα υγείας, κόστος και ικανοποίηση νοσηλευτών – είναι αδιαμφισβήτητα. Παρόλη όμως τη σαφή αποτύπωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων, αρκετές χώρες παγκοσμίως δεν έχουν οριζόντια παροχή των υπηρεσιών αυτών, ενώ σε άλλες παρατηρείται ανισότητα μεταξύ των διαφορετικών οικονομικών στρωμάτων των πολιτών [53]. Η χώρα μας κατατάσσεται στο Επίπεδο παροχής ανακουφιστικής φροντίδας 3α): Παροχή μεμονωμένης ανακουφιστικής φροντίδας. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται χώρες που η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί πρωτοβουλία και όχι εφαρμογή οριζόντιας πολιτικής, κι έτσι η παροχή των υπηρεσιών εξακολουθεί να είναι αποσπασματική και όχι καλά υποστηριζόμενη, οι πηγές χρηματοδότησης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους χορηγούς, υπάρχει περιορισμένη διαθεσιμότητα μορφίνης και ο αριθμός των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας είναι περιορισμένος σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού. Από την ανασκόπηση ωστόσο, δεν βρέθηκε συγκεκριμένη ανεπτυγμένη δομή που να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι σε ενήλικες ασθενείς. Με σχέδιο νόμου που κατατέθηκε το 2022, ωστόσο, έχει οριστεί η ανακουφιστική φροντίδα στη χώρα μας και το πλαίσιο παροχής της.

Οι δυσκολίες στην εφαρμογή προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι αφορούν κυρίως στην οργάνωση του πλαισίου για την παροχή των εξειδικευμένων περιστατικών και η εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται οι στόχοι υγείας όλων των προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας. Το μοντέλο 10/40 είναι το πιο διαδεδομένο στην Ευρώπη και περιγράφει 10 βασικούς στόχους και 40 επιμέρους ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν από τη διεπιστημονική ομάδα[70.] Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών έχει σύνθετα ιατρονοσηλευτικά προβλήματα τα οποία χρήζουν προηγμένες γνώσεις και δεξιότητες όλων των εμπλεκόμενων. Η κατάλληλα καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα, η υποδομή και ο εξοπλισμός αναφέρονται ως οι τρεις βασικοί άξονες των προγραμμάτων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι .

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν την ασφαλή αυτόνομη διεπιστημονική εργασία σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικού περιβάλλοντος [116]. Οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών αφορούν την παροχή αμιγούς ανακουφιστικής φροντίδας στους ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους, τη συνεργασία με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας συμβουλές και εκπαίδευση για τη βελτιστοποίηση των πρακτικών ανακουφιστικής φροντίδας, την εργασία εντός του οργανισμού για την οικοδόμηση ικανοτήτων και την προετοιμασία άλλων προκειμένου να εργαστούν στο περιβάλλον αυτό. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αναδειχθεί επίσης, ο ρόλος των αυτόνομων νοσηλευτών ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι, οι οποίοι ηγούνται των υπηρεσιών και συντονίζουν την παροχή της φροντίδας αυτόνομα και σε συνεργασία πάντα με τη διεπιστημονική ομάδα[81] .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απαντώντας στο βασικό ερώτημα της παρούσας εκτενούς ανασκόπησης, μπορούμε με ασφάλεια και τεκμηριωμένα να διατυπώσουμε πως η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι είναι εφικτή, αν ικανοποιηθούν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της.

Μια περαιτέρω τοποθέτηση στο θέμα, μας επιτρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η εφαρμογή προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας είναι απαραίτητες σε κάθε προηγμένο κράτος που ακολουθεί και ικανοποιεί τον παγκόσμιο στόχο υγείας για καθολική παροχή υγείας. Μολονότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στις μελέτες αναφορικά με τους μελετώμενους πληθυσμούς, τους στόχους τη χώρα διεξαγωγής και τη μεθοδολογία, γίνεται σαφές ότι η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι βελτιώνει τους δείκτες ποιότητας των συστημάτων υγείας που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του, τα αποτελέσματα υγείας, το κόστος και την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Σαφώς και υπάρχουν προϋποθέσεις εφαρμογής, οι οποίες απαιτούν λήψη κρίσιμων πολιτικών αποφάσεων και εφαρμογή στρατηγικών, αλλά τα παραδείγματα ετών άλλων χωρών επισημαίνουν ότι η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων είναι εφικτή ακόμα και σε χώρες μέτριου και χαμηλού εισοδήματος.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Επί του παρόντος, η χώρα μας ανήκει στα κράτη που έχουν περιορισμένη εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας εν γένει, ενώ δεν υπάρχουν εδραιωμένες ολοκληρωμένες υπηρεσίες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι. Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχει πολιτική βούληση. Με την αντίστοιχη θεσμοθέτηση του νοσηλευτή ανακουφιστικής φροντίδας, την κατάλληλη κατάρτισή του και την οργάνωση του πλαισίου παροχής των υπηρεσιών, προβλέπεται πως η χώρα μας θα μπορεί να παρέχει στους ασθενείς τελικού σταδίου τις τόσο σημαντικές υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι στο μέλλον.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ando, M. , Kukihara, H. , Yamamoto, M. and Ninosaka, Y. (2019) Contents of Care and Perception of Home Hospice Nurses Who Work at Visiting Medical Treatment Hospitals. Open Journal of Nursing, 9, 801-808. doi: 10.4236/ojn.2019.98061.

Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, *8*, 27106. https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106

Avati, A., Jung, K., Harman, S., Downing, L., Ng, A., &Shah, N. H. (2018). Improving palliative care with deep learning. *BMC medical informatics and decision making*, *18*(Suppl 4), 122. https://doi.org/10.1186/s12911-018-0677-8

Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., Hull, J. G., Li, Z., Tosteson, T. D., Byock, I. R., & Ahles, T. A. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, *302*(7), 741–749. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198

Balasundram, S., Holm, A., Benthien, K.S. *et al. (2023).* Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: a systematic review of qualitative literature. *BMC Prim. Care* **24**, 77. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02038-0

Barrett, Ron. (2022). Medical Anthropology at the End of Life. 10.1002/9781119718963.ch11.

Brattgjerd, M., Olsen, R., Danielsen, I. (2020). End-of-Life Care and the Use of an Integrated Care Pathway. Qualitative Report. 25. 216-237. 10.46743/2160-3715/2020.4052.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, *129 Suppl 2*(Suppl 2), 19–31. https://doi.org/10.1177/00333549141291S206

Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K., & Gonzalez, J. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. Journal of the

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

American Geriatrics Society, 55(7), 993–1000. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x

Campbell, C. L., Kelly, M., & Rovnyak, V. (2017). Pain management in home hospice patients: A retrospective descriptive study. Nursing & health sciences, 19(3), 381–387. https://doi.org/10.1111/nhs.12359

Canadian Nurses Association. (2016). The nurse practitioner: CNA position. Διαθέσιμο στο: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/the-nurse-practitioner-position-statement_2016.

Catania, G., Beccaro, M., Costantini, M., Ugolini, D., De Silvestri, A., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2015). Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: a systematic review. *Palliative medicine*, *29*(1), 5–21. https://doi.org/10.1177/0269216314539718

Chen, C. Y., Naessens, J. M., Takahashi, P. Y., McCoy, R. G., Borah, B. J., Borkenhagen, L. S., Kimeu, A. K., Rojas, R. L., Johnson, M. G., Visscher, S. L., Cha, S. S., Thorsteinsdottir, B., & Hanson, G. J. (2018). Improving Value of Care for Older Adults With Advanced Medical Illness and Functional Decline: Cost Analyses of a Home-Based Palliative Care Program. *Journal of pain and symptom management*, *56*(6), 928–935. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.08.015

Chow, J. , Jobburn, K. , Harlum, J. and Agar, M. (2022) Economic Evaluation of the Palliative Care Home Support Packages Program. Journal of Service Science and Management, 15, 576-600. doi: 10.4236/jssm.2022.155033.

Chow, J., & Senderovich, H. (2018). It’s time to talk: Challenges in providing integratedpalliative care in advanced congestive heart failure. A narrative review. CurrentCardiology Reviews, 14(2), 128–137.

Chung, R. Y., Wong, E. L., Kiang, N., Chau, P. Y., Lau, J. Y. C., Wong, S. Y., Yeoh, E. K., & Woo, J. W. (2017). Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(4), 367.e19–367.e27. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.066

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Clark, D., Small, N., Wright, M., Winslow, M., Hughes, N. (2005). *A Bit of Heaven for theFew? An Oral History of the Modern HospiceMovement in the United Kingdom*. Lancaster: Observatory Publications

Collins, C. M., & Small, S. P. (2019). The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: A qualitative descriptive study. Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique, 29(1), 4–9. https://doi.org/10.5737/2368807629149

Connor, S. (2020). Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. Διαθέσιμο στο: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3

Cooley C. (2007). Equality and choice in palliative care. *International journal of palliative nursing*, *13*(5), 204. https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.5.23493

Costantini, M. & Lunder, U. (2012). OPCARE9 - A European perspective on the last days of life. European Journal of Palliative Care. 19. 175-177.

Dahlin, C., Coyne, P. J., & Cassel, J. B. (2016). The Advanced Practice Registered Nurses Palliative Care Externship: A Model for Primary Palliative Care Education. Journal of palliative medicine, 19(7), 753–759. https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0491

Dimoula, M., Kotronoulas, G., Katsaragakis, S., Christou, M., Sgourou, S., & Patiraki, E. (2019). Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse education today*, *74*, 7–14. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.025

Douglas, S. L., Daly, B. J., Lipson, A. R., & Blackstone, E. (2020). Association between strong patient-oncologist agreement regarding goals of care and aggressive care at end-of-life for patients with advanced cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(11), 5139–5146. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05352-w

Dowling, M., Fahy, P., Houghton, C., & Smalle, M. (2020). A qualitative evidence synthesis of healthcare professionals' experiences and views of palliative care for patients with a haematological malignancy. *European journal of cancer care*, *29*(6), 10.1111/ecc.13316. https://doi.org/10.1111/ecc.13316

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Ellershaw, J. & Wilkinson, S.. (2011). Care of the dying: A pathway to excellence. 10.1093/acprof:oso/9780199550838.001.0001.

ElMokhallalati, Y., Woodhouse, N., Farragher, T., & Bennett, M. I. (2019). Specialist palliative care support is associated with improved pain relief at home during the last 3 months of life in patients with advanced disease: analysis of 5-year data from the national survey of bereaved people (VOICES). *BMC medicine*, *17*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1287-8

Finucane, A. M., Carduff, E., Lugton, J., Fenning, S., Johnston, B., Fallon, M., Clark, D., Spiller, J. A., & Murray, S. A. (2018). Palliative and end-of-life care research in Scotland 2006-2015: a systematic scoping review. *BMC palliative care*, *17*(1), 19. https://doi.org/10.1186/s12904-017-0266-0

Fringer, A., Hechinger, M., & Schnepp, W. (2018). Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families - a qualitative meta-synthesis. *BMC palliative care*, *17*(1), 22. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0275-7

Fukui, S., Yoshiuchi, K., Fujita, J., Sawai, M., & Watanabe, M. (2011). Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. Journal of pain and symptom management, 42(6), 882–892. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.024

Funk, L., Krawczyk, M., Cherba, M., Cohen, S. R., Dujela, C., Nichols, C., & Stajduhar, K. (2023). 'The beauty and the less beautiful': exploring the meanings of dying at 'home' among community and practitioner representatives and advocates across Canada. *Palliative care and social practice*, *17*, 26323524231156944. https://doi.org/10.1177/26323524231156944

Gage, H., Holdsworth, L. M., Flannery, C., Williams, P., & Butler, C. (2015). Impact of a hospice rapid response service on preferred place of death, and costs. *BMC palliative care*, *14*, 75. https://doi.org/10.1186/s12904-015-0065-4

Gallagher, R., & Krawczyk, M. (2013). Family members' perceptions of end-of-life care across diverse locations of care. *BMC palliative care*, *12*(1), 25. https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-25

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

García-Baquero Merino M. T. (2018). Palliative Care: Taking the Long View. *Frontiers in pharmacology*, *9*, 1140. https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01140

Glyn Hughes HL. *Peace at the Last. A Survey of Terminal Care in the United Kingdom*. London: Calouste Gulbenkian Foundation, 1960

Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2013*(6), CD007760. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2

Goswami, S. (2021). Home Based Palliative Care. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.98648

Goswami, S., Gupta, S. S., & Raut, A. (2019). Understanding the Psychosocial Impact of Oral Cancer on the Family Caregivers and Their Coping up Mechanism: A Qualitative Study in Rural Wardha, Central India. Indian journal of palliative care, 25(3), 421–427. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_9_19

Goula, A., Rizopoulos, T., Stamouli, M. A., Kelesi, M., Kaba, E., & Soulis, S. (2022). Internal Quality and Job Satisfaction in Health Care Services. *International journal of environmental research and public health*, *19*(3), 1496. https://doi.org/10.3390/ijerph19031496

Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., LeRoy, L., & AHRQ MCC Research Network (2014). A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Medical care*, *52 Suppl 3*, S7–S14. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045

Hammer, M., Cartwright, F., & Budin, W. (2012). Theoretical frameworks and philosophies of care. In Payne (Ed.), *Facing the future: Issues and opportunities in oncology nursing* Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.

Hardin, L., & Mason, D. J. (2019). Bringing It Home: The Shift in Where Health Care Is Delivered. *JAMA*, *322*(6), 493–494. https://doi.org/10.1001/jama.2019.11302

Head, B., Middleton, A., & Zeigler, C. (2019). Work Satisfaction Among Hospice and Palliative Nurses. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official*

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

journal of the Hospice and Palliative Nurses Association, *21*(5), E1–E11. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000562

Higashibata, T., Hamano, J., Nagaoka, H., Sasahara, T., Fukumori, T., Arahata, T., Kazama, I., Maeno, T., & Kizawa, Y. (2023). Work environmental factors associated with compassion satisfaction and end-of-life care quality among nurses in general wards, palliative care units, and home care settings: A cross-sectional survey. International journal of nursing studies, 143, 104521. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104521

Hodiamont, F., Jünger, S., Leidl, R., Maier, B. O., Schildmann, E., & Bausewein, C. (2019). Understanding complexity - the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC health services research*, *19*(1), 157. https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0

Hofmeister, M., Memedovich, A., Dowsett, L. E., Sevick, L., McCarron, T., Spackman, E., Stafinski, T., Menon, D., Noseworthy, T., & Clement, F. (2018). Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC palliative care*, *17*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0299-z

Hsu, H. S., Wu, T. H., Lin, C. Y., Lin, C. C., Chen, T. P., & Lin, W. Y. (2021). Enhanced home palliative care could reduce emergency department visits due to non-organic dyspnea among cancer patients: a retrospective cohort study. BMC palliative care, 20(1), 42. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00713-6

Hugar, L. A., Wulff-Burchfield, E. M., Winzelberg, G. S., Jacobs, B. L., & Davies, B. J. (2021). Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. *Nature reviews. Urology*, *18*(10), 623–635. https://doi.org/10.1038/s41585-021-00491-z

Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014). End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. Palliative medicine, 28(5), 412–421. https://doi.org/10.1177/0269216313512012

Ibrahim, J. E., Anderson, L. J., MacPhail, A., Lovell, J. J., Davis, M. C., & Winbolt, M. (2017). Chronic disease self-management support for persons with dementia, in a

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

clinical setting. *Journal of multidisciplinary healthcare*, *10*, 49–58. https://doi.org/10.2147/JMDH.S121626

Inci, Figen & Oz, Fatma. (2012). Palliative Care and Death Anxiety. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 4. 178. 10.5455/cap.20120411.

International Collaborative for Best Care for the Dying Person. (2020) Best Care for the Dying Person: 10/40 Model. Διαθέσιμοστο: https://www.bestcareforthedying.org/10-40-model.

Isenberg, S. R., Tanuseputro, P., Spruin, S., Seow, H., Goldman, R., Thavorn, K., & Hsu, A. T. (2020). Cost-effectiveness of Investment in End-of-Life Home Care to Enable Death in Community Settings. Medical care, 58(8), 665–673. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001320

Joint National Cancer Survey Committee of the Marie Curie Memorial Foundation and the Queen's Institute of District Nursing. *Report on a National Survey Concerning Patients with Cancer Nursed at Home*. London: MCMF, 1952

Kaasalainen, S., Ploeg, J., McAiney, C., Schindel Martin, L., Donald, F., Martin-Misener, R., Brazil, K., Taniguchi, A., Wickson-Griffiths, A., Carter, N., & Sangster-Gormley, E. (2013). Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*, *19*(10), 477–485. https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.477

Kahveci, K., KOÇ, O., Aksakal, H. (2020). Home-based Palliative Care. Bezmialem Science. 8. 73-80. 10.14235/bas.galenos.2019.3208.

Kamal, A. H., Bull, J. H., Swetz, K. M., Wolf, S. P., Shanafelt, T. D., & Myers, E. R. (2017). Future of the Palliative Care Workforce: Preview to an Impending Crisis. *The American journal of medicine*, *130*(2), 113–114. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.08.046

Kim, Y. S., Han, E., Lee, J. W., & Kang, H. T. (2022). Cost-Effectiveness Analysis of Home-Based Hospice-Palliative Care for Terminal Cancer Patients. Journal of hospice and palliative care, 25(2), 76–84. https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.2.76

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., … Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*, *6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Laribi, S., Keijzers, G., van Meer, O., Klim, S., Motiejunaite, J., Kuan, W. S., Body, R., Jones, P., Karamercan, M., Craig, S., Harjola, V. P., Holdgate, A., Golea, A., Graham, C., Verschuren, F., Capsec, J., Christ, M., Grammatico-Guillon, L., Barletta, C., Garcia-Castrillo, L., … AANZDEM and EURODEM study groups (2019). Epidemiology of patients presenting with dyspnea to emergency departments in Europe and the Asia-Pacific region. European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine, 26(5), 345–349. https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000571

Lee, G. L., & Ramaswamy, A. (2020). Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: A phenomenological inquiry. *Death studies*, *44*(5), 292–302. https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1541944

Letizia, M. & Jones, T. (2012). An Educational Intervention for Nurse Practitioners Providing Palliative Care in Nursing Homes. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 14. 351-357. 10.1097/NJH.0b013e3182508db7.

Lundquist, D. M., & Berry, D. L. (2019). Experiences of Adolescents and Young Adults Living With Advanced Cancer: An Integrative Review. *Oncology nursing forum*, *46*(4), 451–458. https://doi.org/10.1188/19.ONF.451-458

Lustbader, D., Mudra, M., Romano, C., Lukoski, E., Chang, A., Mittelberger, J., Scherr, T., & Cooper, D. (2017). The Impact of a Home-Based Palliative Care Program in an Accountable Care Organization. Journal of palliative medicine, 20(1), 23–28. https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0265

Maetens, A., Beernaert, K., Deliens, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2019). Who finds the road to palliative home care support? A nationwide analysis on the use of supportive

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

measures for palliative home care using linked administrative databases. *PloS one*, *14*(3), e0213731. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213731

Maree, J. E., & Potgieter, T. (2018). Palliative Chemotherapy: The Perspectives and Experiences of South African Nurses. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, *5*(1), 77–82. https://doi.org/10.4103/2347-5625.217443

McAndrew, N. S., & Leske, J. S. (2015). A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clinical nursing research*, *24*(4), 357–374. https://doi.org/10.1177/1054773814533791

McGlinchey, T., Early, R., Mason, S., Johan-Fürst, C., van Zuylen, L., Wilkinson, S., & Ellershaw, J. (2023). Updating international consensus on best practice in care of the dying: A Delphi study. *Palliative medicine*, *37*(3), 329–342. https://doi.org/10.1177/02692163231152523

Mendieta, M., & Miller, A. (2018). Sociodemographic Characteristics and Lengths of Stay Associated With Acute Palliative Care: A 10-Year National Perspective. *The American journal of hospice & palliative care*, *35*(12), 1512–1517. https://doi.org/10.1177/1049909118786409

Ministry of Health (2019) ISN, Feasibility study on palliative care in Greece, February 2019, Athens (https://www.snf.org/en/newsroom/news/2019/05/presentation-of-study-findings-on-palliative-care-in-greece/)

Mitchell, G. K., Senior, H. E., Bibo, M. P., Makoni, B., Young, S. N., Rosenberg, J. P., & Yates, P. (2016). Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC palliative care*, *15*(1), 93. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0163-y

Morris, R. L., & Sanders, C. (2018). Critical moments in long-term condition management: A longitudinal qualitative social network study. *Chronic illness*, *14*(2), 119–134. https://doi.org/10.1177/1742395317714033

Murali, K. P., Merriman, J. D., Yu, G., Vorderstrasse, A., Kelley, A., & Brody, A. A. (2020). An Adapted Conceptual Model Integrating Palliative Care in Serious Illness

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

and Multiple Chronic Conditions. *The American journal of hospice & palliative care*, *37*(12), 1086–1095. https://doi.org/10.1177/1049909120928353

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Galanos, A., Patiraki, E., Tsiatas, M., & Vlahos, L. (2009). Where do cancer patients die in Greece? A population-based study on the place of death in 1993 and 2003. *Journal of pain and symptom management*, *38*(2), 309–314. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.09.007

National Council for Palliative Care (2006) *End of Life Care Strategy: The National Council for Palliative Care Submission*. London: NCHSPCS

NEJM Resident (2020). Brief History of Palliative Care. Διαθέσιμοστο: https://resident360.nejm.org/content-items/history-of-palliative-care

Ng, A. Y. M., & Wong, F. K. Y. (2018). Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. *Journal of pain and symptom management*, *55*(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.047

Nordly, M., Vadstrup, E. S., Sjøgren, P., & Kurita, G. P. (2016). Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative & supportive care*, *14*(6), 713–724. https://doi.org/10.1017/S147895151600050X

O'Connor, M., Palfreyman, S., Le, B., & Lau, R. (2016). Establishing a nurse practitioner model to enhance continuity between palliative care settings. *International journal of palliative nursing*, *22*(12), 581–585. https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.12.581

Owens, D., Eby, K., Burson, S., Green, M., McGoodwin, W., & Isaac, M. (2012). Primary palliative care clinic pilot project demonstrates benefits of a nurse practitioner-directed clinic providing primary and palliative care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *24*(1), 52–58. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00664.x

Papadatou, D., Kalliani, V., Karakosta, E., Liakopoulou, P., & Bluebond-Langner, M. (2021). Home or hospital as the place of end-of-life care and death: A grounded

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

theory study of parents' decision-making. Palliative medicine, 35(1), 219–230. https://doi.org/10.1177/0269216320967547

PCA (Palliative Care Australia) (2018) Palliative Care Service Development Guidelines- external site opens in new window, PCA. Διαθέσιμο στο: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-Service-Delivery-2018_web-1.pdf .

Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., Burney, S., & Karimi, L. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. International journal of palliative nursing, 18(11), 561–567. https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.11.561

Pollock, K., Caswell, G., Turner, N., & Wilson, E. (2023). The ideal and the real: Patient and bereaved family caregiver perspectives on the significance of place of death. *Death studies*, 1–14. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2225042

Portz, J. D., Kutner, J. S., Blatchford, P. J., & Ritchie, C. S. (2017). High Symptom Burden and Low Functional Status in the Setting of Multimorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, *65*(10), 2285–2289. https://doi.org/10.1111/jgs.15045

Reppou, S. (2019). The Greek patient and the quest for Palliative Care. Διαθέσιμο στο: https://www.inadvanceproject.eu/post/the-greek-patient-and-the-quest-for-palliative-care

Ritchey, K. C., Foy, A., McArdel, E., & Gruenewald, D. A. (2020). Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *The American journal of hospice & palliative care*, *37*(11), 992–997. https://doi.org/10.1177/1049909120948235

Ritchie, C. S., Leff, B., Garrigues, S. K., Perissinotto, C., Sheehan, O. C., & Harrison, K. L. (2018). A Quality of Care Framework for Home-Based Medical Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(10), 818–823. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.020

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Roberts, B., Robertson, M., Ojukwu, E. I., & Wu, D. S. (2021). Home Based Palliative Care: Known Benefits and Future Directions. *Current geriatrics reports*, *10*(4), 141–147. https://doi.org/10.1007/s13670-021-00372-8

Sadarangani, T. R., & Murali, K. P. (2018). Service Use, Participation, Experiences, and Outcomes Among Older Adult Immigrants in American Adult Day Service Centers: An Integrative Review of the Literature. *Research in gerontological nursing*, *11*(6), 317–328. https://doi.org/10.3928/19404921-20180629-01

Sanders, J. J., Curtis, J. R., & Tulsky, J. A. (2018). Achieving Goal-Concordant Care: A Conceptual Model and Approach to Measuring Serious Illness Communication and Its Impact. *Journal of palliative medicine*, *21*(S2), S17–S27. https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0459

Saunders C. (1965). 'Watch with me'. *Nursing times*, *61*(48), 1615–1617.

Saunders C. The evolution of palliative care. J R Soc Med. 2001 Sep;94(9):430-2. doi: 10.1177/014107680109400904. PMID: 11535742; PMCID: PMC1282179.

Saunders, C. (1963). The treatment of intractable pain in terminal cancer. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, *56*(3), 195–197.

Saygili, M., & Çelik, Y. (2019). An evaluation of the cost-effectiveness of the different palliative care models available to cancer patients in Turkey. *European journal of cancer care*, *28*(5), e13110. https://doi.org/10.1111/ecc.13110

Sean M. & Zia A. (2021). A Practical Guide to Implementing a HomeBased Palliative Care Program. Διαθέσιμο στο: www.mountsinai.org

Senderovich, H., &McFadyen, K. (2020). Palliative Care: Too Good to Be True?. Rambam Maimonides medical journal, 11(4), e0034. https://doi.org/10.5041/RMMJ.10394

Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., King, R., Wood, E., Taylor, B., & Tod, A. (2020). Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC nursing*, *19*, 88. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00481-3

Seow, H., Barbera, L., Sutradhar, R., Howell, D., Dudgeon, D., Atzema, C., Liu, Y., Husain, A., Sussman, J., & Earle, C. (2011). Trajectory of performance status and

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 29(9), 1151–1158. https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.7173

Singh, S., Evans, N., Williams, M., Sezginis, N., & Baryeh, N. A. K. (2018). Influences of Socio-Demographic Factors and Health Utilization Factors on Patient-Centered Provider Communication. *Health communication*, *33*(7), 917–923. https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1322481

Skorstengaard, M. H., Neergaard, M. A., Andreassen, P., Brogaard, T., Bendstrup, E., Løkke, A., Aagaard, S., Wiggers, H., Bech, P., & Jensen, A. B. (2017). Preferred Place of Care and Death in Terminally Ill Patients with Lung and Heart Disease Compared to Cancer Patients. *Journal of palliative medicine*, *20*(11), 1217–1224. https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0082

Slater L. (2010). Palliative care: do all patients now have a choice about where they die?. *Nursing times*, *106*(7), 20–22.

Smith, B., & Magnani, J. W. (2019). New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *International journal of cardiology*, *292*, 280–282. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.066

Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. Palliative medicine, 28(2), 130–150. https://doi.org/10.1177/0269216313493466

Steindal, S. A., Nes, A. A. G., Godskesen, T. E., Dihle, A., Lind, S., Winger, A., & Klarare, A. (2020). Patients' Experiences of Telehealth in Palliative Home Care: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, *22*(5), e16218. https://doi.org/10.2196/16218

Sun, Z., Laporte, A., Guerriere, D. N., & Coyte, P. C. (2017). Utilisation of home-based physician, nurse and personal support worker services within a palliative care programme in Ontario, Canada: trends over 2005-2015. *Health & social care in the community*, *25*(3), 1127–1138. https://doi.org/10.1111/hsc.12413

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Tang, M., & Reddy, A. (2022). Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients. *Cancers*, *14*(8), 1884. https://doi.org/10.3390/cancers14081884

Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*, *363*(8), 733–742. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678

Temelli, G., & Cerit, B. (2021). Perceptions of Palliative Care Nurses Related to Death and Palliative Care Practices. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *84*(2), 378-398. https://doi.org/10.1177/0030222819890457

Thomsen, T.G., Rydahl-Hansen, S., & Wagner, L. (2010). A review of potential factors relevant to coping in patients with advanced cancer. Journal of Clinical Nursing, 19, 3410–3426. https://doi.org/10.1111 /j.1365-2702.2009.03154.x

Uzelli Yilmaz, D., Akin Korhan, E., & Khorshid, L. (2017). Bir palyatif bakım klinigindehems¸irelik bakım kalitesinin degerlendirilmesi [Evulation of nursing care quality in apalliative care clinic]. Journal of Human Sciences, 14(3), 2968–2980

Ventura, A. D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. (2014). Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. Palliative medicine, 28(5), 391–402. https://doi.org/10.1177/0269216313511141

WHO (2020). *Palliative Care*. Διαθέσιμοστο: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care [Reflist]

Wilson, D. M., Cohen, J., Deliens, L., Hewitt, J. A., & Houttekier, D. (2013). The preferred place of last days: results of a representative population-based public survey. *Journal of palliative medicine*, *16*(5), 502–508. https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0262

Winegar, A. L., Moxham, J., Erlinger, T. P., & Bozic, K. J. (2018). Value-based Healthcare: Measuring What Matters-Engaging Surgeons to Make Measures

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Meaningful and Improve Clinical Practice. Clinical orthopaedics and related research, 476(9), 1704–1706. https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000406

Woo O. K. L. (2023). Integrating knowledge, skills, and attitudes: professional training required for virtual reality therapists in palliative care. *Frontiers in medicaltechnology*, *5*, 1268662. https://doi.org/10.3389/fmedt.2023.1268662

ΕλισάβετΠατηράκη-Κουρμπάνη. (2012) Ανακουφιστική Φροντίδα: Φροντίδα στα Όρια της Ζωής; *Νοσηλευτική,*51(4), 351–353.

ΕΛΣΤΑΤ (2023). Η Ελλάδα με αριθμούς, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2023.Διαθέσιμο στο: https://www.statistics.gr/documents/20181/18074233/GreeceinFigures_2023Q3_GR.pdf/ea6d2a77-106f-78c4-6854-709d02343225

Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (2023). Διακήρυξη διεθνούς ανοικτού ηλεκτρονικού διαγωνισμού, άνω των ορίων για την ανάθεση της σύμβασης με τίτλο «Επικοινωνία, Διάδοση & Διαχείριση της επιχειρησιακής και λειτουργικής αλλαγής» σχετικά με ΥΠ-7 της ενταγμένης Πράξης «Δημιουργία συστήματος Νοσοκομειακής Φροντίδας στο Σπίτι (ΝΟΣΠΙ)» με κωδικό ΟΠΣ (MIS): 5186292 που έχει υποβληθεί στο πλαίσιο της Δράσης (Measure) «Σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας και περίθαλψης» μέσω του ταμείου Ανάκαμψης και ανθεκτικότητας (ΤΑΑ). Διαθέσιμο στο: https://odipy.gov.gr/diakiryxi-diethnoys-anoiktoy-ilektronikoy-diagonismoy-ano-ton-orion-gia-tin-anathesi-tis-symvasis-me-titlo-epikoinonia-diadosi-amp-diacheirisi-tis-epicheirisiakis-kai-leitoyrgikis-allagis-schetika-me/#

Υπουργείο Υγείας (2022). Δικτυακός τόπος διαβουλεύσεων. Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας – Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις». Εθνικό σχέδιο δράσης για την ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Άρθρο 5. http://www.opengov.gr/yyka/?p=3830.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 07:03:17 EEST - 216.73.217.38