

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επίπεδο Γνώσεων Νοσηλευτών ΜΕΘ για τις Πρακτικές τέλους ζωής
στη ΜΕΘ-Ανακουφιστική φροντίδα

Μελίνα Ευριπίδου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Άντρη Γιαννακού

Μάιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Επίπεδο Γνώσεων Νοσηλευτών ΜΕΘ για τις Πρακτικές τέλους ζωής

στη ΜΕΘ-Ανακουφιστική φροντίδα

Μελίνα Ευριπίδου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Άντρη Γιαννακού

Μάιος,2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	iv
Ελληνική περίληψη	v
Αγγλική περίληψη	vi
Πίνακες	vii

Περιεχόμενα

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1	5
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ.....	5
1.1.Διαφορά εγκεφαλικού θανάτου με βαθύ κόμα.....	6
1.2.Πρακτικές του τέλους της ζωής	9
1.2.1. Do Not Attempt Resuscitation.....	9
1.2.2.Ευθανασία.....	12
Κεφάλαιο 2 Ανακουφιστική Φροντίδα	14

2.1. Πτυχές Ανακουφιστικής Φροντίδας.....	18
2.1.1. Πνευματικοί Παράγοντες.....	19
2.1.2. Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	21
2.1.3. Ηθικοί Παράγοντες.....	24
2.1.4. Νομικοί Παράγοντες.....	27
2.1.5. Νοσηλευτής.....	29
2.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	33
 Ειδικό Μέρος	
Κεφάλαιο 3 Palliative Care Quiz for Nursing.....	37
3.1. Επεξήγηση ερωτήσεων ερωτηματολογίου.....	37
3.2. Χρήση ερευνητικού εργαλείου σε άλλες έρευνες.....	44
Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία.....	45
4.1. Σκοπός.....	45
4.2. Υλικό και μέθοδος.....	47
4.2.1. Ερευνητικό εργαλείο.....	47
4.2.2. Σχεδιασμός.....	48
4.2.3. Εγκυρότητα.....	49
4.3. Λήψη αδειών.....	52
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα.....	53
5.1. Σύγκριση έρευνας με άλλες έρευνες.....	64
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση.....	67
6.1. Περιορισμοί της έρευνας.....	69
6.2. Εφαρμογή της μελέτης.....	70
Συμπεράσματα.....	76

Βιβλιογραφία..... 77

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την εκτίμηση μου στην οικογένεια μου που με στήριξε στην εκπόνηση της διατριβής, την κ. Άντρη Γιαννακού για την καθοδήγηση της και την κ. Κούλα Ορφανού και κ. ΡένοΠενταλιώτη που βοήθησαν με την μετάφραση του ερωτηματολογίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί ένα μεγάλο τμήμα της νοσηλευτικής πρακτικής, το οποίο παρατηρήθηκε ότι δεν καλύπτεται από την εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά εφαρμόζεται μεθεωρητικό υπόβαθρο, μόνο την κλινική εμπειρία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας δημόσιου νοσηλευτηρίου σε ότι αφορά την άσκηση πρακτικών για το τέλος της ζωής. Η έρευνα στοχεύει να διαφανούν τυχόν ελλείψεις της εκπαίδευσης πάνω στην εφαρμοζόμενη ανακουφιστική φροντίδα.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτελείται από 91 νοσηλευτικούς λειτουργούς, που εργάζονται σε τμήμα ΜΕΘ. Δόθηκαν 98 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 91. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη, όπου στο πρώτο ήταν τα δημογραφικά στοιχεία και στο δεύτερο είκοσι ερωτήσεις σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα, με επιλογή απάντησης Σωστό, Λάθος ή Δεν γνωρίζω. Ακολουθήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνής βάσεις δεδομένων (PUBMED, CINAHL, COHRANE, SCOPUS, EMBASE, EXPERTA) και σε ελληνικές (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, iatronet.gr), σε δημοσιευμένα άρθρα, διαλέξεις και βιβλία αναφορικά με την ανακουφιστική φροντίδα με γλωσσικό περιορισμό το κείμενο να ήταν γραμμένα σε αγγλική ή ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας σε ΜΕΘ, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν επηρεάζουν τις γνώσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας. Διαπιστώθηκε ότι από τα δημογραφικά στοιχεία η μόνη παράμετρος που είχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,025$), σε σχέση με την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας ήταν τα χρόνια υπηρεσίας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τα πακέτα SPSS και Excel και τα αποτελέσματα τους τοποθετήθηκαν σε πίνακες. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν με παρόμοιες έρευνες, που χρησιμοποίησαν τα ίδιο εργαλείο μέτρησης. Από τη σύγκριση φάνηκε ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσίασαν ψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων από τις άλλες.

Συμπεράσματα: Η δημιουργία ενός καταρτισμένου εκπαιδευτικού προγράμματος και η ένταξη μαθήματος ανακουφιστικής φροντίδας κατά την φοίτηση των νοσηλευτών θα τους προετοίμαζε για την ορθολογική εφαρμογή της.

Λέξεις κλειδιά: ανακουφιστική φροντίδα, πρακτικές του τέλους ζωής, εγκεφαλικός θάνατος, κώμα, νόμοι Ιατρικής, ευθανασία.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is a practice that nurses perform, during their duty. It has been noticed that although it is used many often, there is lack of knowledge as it concerns the nursing education. Nurses use the practices at the end of life, without theoretical background, but only with the clinical practice.

Aim: The aim of the study was to detect the level of knowledge among nurses in an Intensive Care Unit of a public hospital as far as it concerns palliative care. The objective was to evaluate any possible lack of the education program during the nursing attendance in practices in the end of life.

Material and Method: The specimen was ninety-one nurses which work in an ICU department. Ninety-eight questionnaires were given and ninety-one returned. The questionnaire includes demographic questions and twenty questions about palliative care with Correct, Wrong or Don't Know answers. A literature review was conducted in international database (PUBMED, CINAHL, COHRANE, SCOPUS, EMBASE, EXPERTA) and greek database (Archives of greek medicine, journal of greek nursing, iatronet.gr) with the limitation the text to be written in Greek or English.

Results: From the demographic questions the only parameter that was statistically significant ($p=0,025$) was the years of service. The age, the years of service in ICU, the sex, the marital status and the level of education doesn't affect the knowledge of nurses in palliative care. The

statistical analysis was made by using the SPSS and Excel packages and the results were placed in tables. After a compare analysis was conducted, with similar searches, which used the same tool. The results of this study had higher percentages of correct answers.

Conclusion: Creating a well-trained program about the practices in the end of life and being included in nursing education will be beneficial and the palliative care will be conducted in the right way.

Keywords: palliative care, practices in the end of life, Medicine law, brain death, coma, euthanasia.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.1. Σωστές απαντήσεις ερωτηματολογίου.....	38
Πίνακας 5.1 Δημογραφικά στοιχεία	53
Πίνακας 5.2 Απαντήσεις Ερωτηματολογίου.....	55
Πίνακας 5.3 Περιγραφικά Δεδομένα της συνολικής κλίμακας PCQN	58
Πίνακας 5.4 Συσχέτιση ανακουφιστικής φροντίδας με δημογραφικά στοιχεία	58
Πίνακας 5.5 Συσχέτιση ανακουφιστικής φροντίδας με δημογραφικά στοιχεία	60

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1 Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου	6
Εικόνα 2 DoNotAttemptResuscitation.....	9
Εικόνα 3 Η θρησκεία σε όλο τον κόσμο.....	19
Εικόνα 4 Ethics Questions in Medical.....	24
Εικόνα 5 Law in Medical.....	27

Συντομογραφίες

ΜΕΘ= Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΚΑΡΠΑ= Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

ΠΚ= Ποινικός Κώδικας

DNR= Do Not Resuscitate

PCQN=Palliative Care Quiz Nurses

ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Εισαγωγή

Ανακουφιστική φροντίδα, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ, 2014) είναι η ενεργητική, σφαιρική φροντίδα των ατόμων που η νόσος τους δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Πρωταρχικός σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, ο έλεγχος του πόνου και η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών με νοσήματα, σε όλα τα στάδια της ασθένειάς τους. Η ανάγκη για παροχή μιας τέτοιας φροντίδας εκδηλώνεται από την αρχή της διάγνωσης μιας νόσου, εντείνεται όμως σε μια βραχεία ή μη περίοδο εξέλιξής της. Σύμφωνα με τον Angus et al, 2009, το 50% των νοσοκομειακών ασθενών που καταλήγουν, αποβιώνουν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, συνεπώς εμπίπτει η ανάγκη για την εφαρμογή και τη σωστή κατάρτιση της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, αναφερόμενοι γενικότερα στην παροχή φροντίδας των ασθενών διαπιστώνουμε μια αλλαγή στην κουλτούρα και την αντίληψη παροχής της (Παπαδάτου, 2009).

Έχει παρατηρηθεί ότι η ανακουφιστική φροντίδα διεκπεραιώνεται σε καθημερινή βάση, με απουσία κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και ύπαρξη πρωτοκόλλου, που να κατευθύνουν τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα έρευνα θα μελετά τις δεξιότητες σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο των νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (γενικής και καρδιολογικής) του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, όσο αφορά στην ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών.

Η ανακουφιστική φροντίδα ή παρηγορητική θεραπεία παρατηρείται σε διάφορα τμήματα του νοσοκομειακού χώρου, όπως στο ογκολογικό, στο αιματολογικό, στο πνευμονολογικό και κυρίως στις ΜΕΘ. Ο λόγος είναι γιατί στα συγκεκριμένα τμήματα οι ασθενείς οδεύουν προς το τέλος της ζωής, παρόλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει χορήγηση ισχυρών αναλγητικών για την καταπολέμηση του πόνου, την ανακουφιστική απωσώληνωση, τον τερματισμό προσπάθειας διατήρησης του ασθενή στη ζωή κ.α. Για να γίνουν εφικτές οι πιο πάνω πρακτικές απαιτείται η συγκατάθεση ή του ίδιου του ασθενή, αν είναι σε θέση, ή στις περισσότερες περιπτώσεις κάποιου στενού συγγενικού προσώπου.

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας δεν υπάρχει αρκετή κάλυψη γνώσεων για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων, με αποτέλεσμα να διαχειρίζονται τέτοιες καταστάσεις κατά την επαγγελματική τους καριέρα, χωρίς ένα σωστό υπόβαθρο. Κατά

τηδιάρκεια των σπουδών τους δεν εκπαιδεύονται ούτε για την ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενή όσο και των συγγενών, ούτε για τις πρακτικές του τέλους της ζωής, με απόρροια να μην έχουν εδραιωμένες γνώσεις και τάσεις για την ανακουφιστική φροντίδα.

Στη σύγχρονη κοινωνία το θέμα της ανακουφιστικής φροντίδας άρχισε να αναδύεται με την εξέλιξη των ιατρικών μεθόδων για την αντιμετώπιση ασθενειών, που στο παρελθόν δεν υπήρχε ίαση. Κάποιες ασθένειες εξακολουθούν να μην παρουσιάζουν ίαση. Σε αυτή τη φάση τίγεται το θέμα της ανακουφιστικής φροντίδας. Ο κώδικας δεοντολογίας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναφέρει ότι απαιτείται να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για τον ασθενή που πεθαίνει καθώς ακόμη, ορίζει την ανακουφιστική φροντίδα ως μια προσέγγιση η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν επικίνδυνες για τη ζωή ασθένειες, καθώς και των οικογενειών τους και έχει ως στόχο την πρόληψη και την ανακούφιση του πόνου μέσω έγκαιρης ταυτοποίησης και τέλει αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και των άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων (WHO, Normative Guidelines on Pain Management Report, 2013).

Έχει παρατηρηθεί έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας (Rossetal, 1996, Kassaetal, 2014). Αν και είναι τις περισσότερες ώρες με τον ασθενή και συχνά ερωτούνται για την κατάσταση του ασθενή από τους συγγενείς, δεν είναι σε θέση να ασκήσουν με βεβαιότητα την ανακουφιστική φροντίδα ή να δώσουν τεκμηριωμένες απαντήσεις στα ερωτήματα των συγγενών. Ως σωστοί επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να είμαστε γνώστες για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και σε θέση να αιτιολογούμε κάθε παρέμβαση μας. Ειδικά σε τμήματα όπως η ΜΕΘ όπου η ανακουφιστική φροντίδα είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Αν και η ανακουφιστική φροντίδα εφαρμόζεται σε αρκετούς θαλάμους, εκτός της ΜΕΘ, δεν υπάρχει εδραιωμένο γνωσιολογικό μοντέλο. Αρκετοί από τους νοσηλευτές μαθαίνουν μέσα από την επαγγελματική τους πορεία τις πρακτικές του τέλους ζωής, ενώ θα ήταν προτιμότερο να προσφέρεται έστω στοιχειώδης γνώση, από το πρόγραμμα των σπουδών τους.

Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, σε ότι αφορά την άσκηση των πρακτικών του τέλους της ζωής και ακολούθως να τίξει τα ζητήματα που αφορούν την τροποποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Επίσης, η έρευνα θα διαλευκάνει όποιες παρερμηνείες υπάρχουν περί του θέματος και θα διαφανούν οι κανόνες ηθικής που διέπουν την ανακουφιστική φροντίδα. Η έρευνα στοχεύει να υποδείξει το επίπεδο των γνώσεων των

νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα, ακολούθως να διαφανούν οι όποιες ελλείψεις στον τομέα εκπαίδευσης και εν τέλει να συγκρίνει τις γνώσεις των πεπειραμένων νοσηλευτών με αυτές των νεοτέρων. Ευρύτερος στόχος είναι η βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας μέσω της διεύρυνσης γνώσεων. Έτσι θα γίνει περισσότερο αντιληπτή η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας, θα διορθωθούν τυχόν λανθασμένες απόψεις και τακτικές όσον αφορά την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, νοσηλευτικής φροντίδας και της κατανόησης της διαδικασίας.

Για την διεκπεραίωση της μελέτης, διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση και για τη συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός και η επιλογή των δημοσιευμένων άρθρων στα αγγλικά και ελληνικά με τις λέξεις κλειδιά να περιλαμβάνουν την ανακουφιστική φροντίδα, τις πρακτικές του τέλους της ζωής, τον εγκεφαλικό θάνατο, το κόμα, την ευθανασία και τους νόμους της Ιατρικής. Οι διεθνείς βάσεις δεδομένων που διενεργήθηκε η ανασκόπηση ήταν οι PUBMED, CINAHL, COHRANE, SCOPUS, EMBASE, EXPERTA. Οι ελληνικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής και το iatronet.gr.

Το εργαλείο μέτρησης αποτελείται από το ερωτηματολόγιο PalliativeCareQuizNursing, το οποίο σύνταξε η Dr.MargaretRoss και δημοσίευσε το 1996, στο JournalofAdvanceNursing.

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου θα φανερώσουν τις γνώσεις των νοσηλευτών της ΜΕΘ (γενικής και καρδιολογικής) Λεμεσού για την ανακουφιστική φροντίδα καθώς επίσης θα αποτελέσει στόχο συζητήσεων, ανταλλαγής απόψεων και ίσως διερεύνησης.

Μέσω αυτής της έρευνας θα διαφανεί το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα και θα βγουν στην επιφάνεια οποίες ελλείψεις υπάρχουν στον τομέα εκπαίδευσης. Επίσης, θα διερευνηθεί αν η πείρα των νοσηλευτών έχει αντίκτυπο στις γνώσεις περί ανακουφιστικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα δώσουν το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος της ανακουφιστικής φροντίδας.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η δημιουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ) και οι βασικοί άξονες ενασχόλησης της. Επίσης διαχωρίζεται η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και του κόματος και αναλύονται οι πρακτικές του τέλους της ζωής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανακουφιστική φροντίδα, καθώς και η βιβλιογραφική ανασκόπηση περί του θέματος και παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση της.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση του ερευνητικού εργαλείου, που αποτελεί το ερωτηματολόγιο PalliativeCareQuizforNursing.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα και στο πέμπτο η παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια ακολουθεί η συζήτηση και οι συμπερασματικές προτάσεις.

Κεφάλαιο 1

Μονάδες Εντατικής Θεραπείας-ΜΕΘ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένα ειδικό τμήμα του Νοσοκομείου όπου παρέχονται υπηρεσίες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής (Κούρτης, 2010). Η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ιδρύθηκε στη Κοπεγχάγη το 1953 λόγω της επιδημίας πολιομυελίτιδας (επειδή πολλοί ασθενείς απαιτούσαν σταθερό αερισμό και παρακολούθηση).

Τη δεκαετία του 1960 αναγνωρίστηκε η σημαντικότητα των καρδιακών αρρυθμιών σαν αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό οδήγησε στη χρήση ρουτίνας της συνεχούς παρακολούθησης της καρδιακής λειτουργίας στις ΜΕΘ (Lopez, 2014).

Οι συνήθεις συσκευές που χρησιμοποιούνται στη ΜΕΘ είναι οι αναπνευστήρες για την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής μέσω ενδοτραχειακού σωλήνα ή τραχειοστομίας, παλμογράφους (μόνιτορ) για παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών όπως η καρδιακή λειτουργία, η αναπνοή, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία κλπ, τους εξωτερικούς βηματοδότες, οι απινιδωτές, τα μηχανήματα τεχνητού νεφρού και ο αναλυτής αερίων αίματος που είναι το βασικό διαγνωστικό μηχάνημα στη ΜΕΘ.

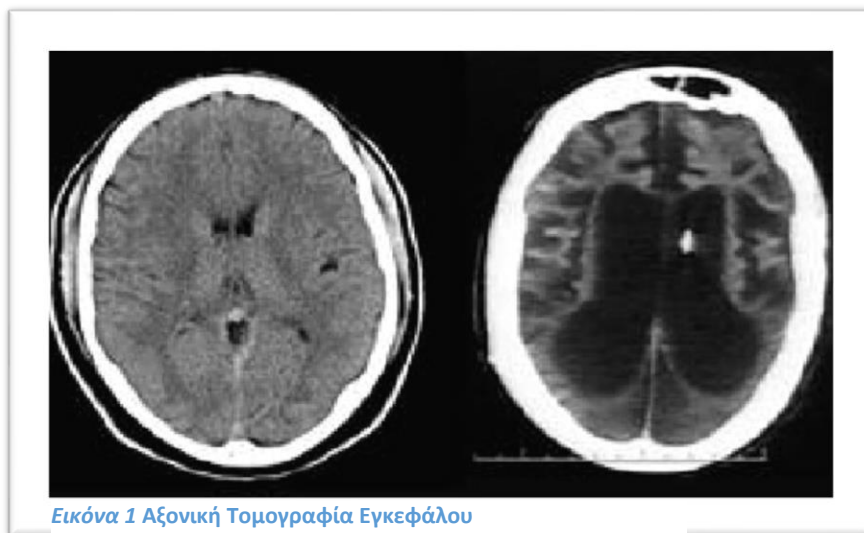
Υλικά που χρησιμοποιούνται είναι τα σετ ενδοφλέβιων γραμμών, οι σωλήνες διατροφής, οι παροχετεύσεις και οι καθετήρες. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι τα ινότροπα για ενίσχυση της καρδιακής λειτουργίας και της αρτηριακής πίεσης, τα αναλγητικά και τα κατασταλτικά καθώς και τα αντιβιοτικά(Lopez,2014).

Οι κυριότερες νοσηρές καταστάσεις που αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ είναι το κόμα, η αναπνευστική ανεπάρκεια και το σοκ (κυκλοφορική καταπληξία) καθώς και οίλοιμώξεις που αποτελούν και την πρώτη αιτία θανάτου. Νοσήματα που αντιμετωπίζονται συνήθως είναι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι βαριοί τραυματισμοί, οι δηλητηριάσεις, τα εμφράγματα, οι κακοήθεις αρρυθμίες, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι επιπλοκές της κύησης, οι πνευμονίες και η σηψαιμία, οι βαριές νευρολογικές διαταραχές όπως η μυσσθένεια και γενικώς η κάθε

περίπτωση όπου ενέχει άμεση απειλή της ζωής. Επίσης υποστηρίζονται άτομα με εγκεφαλικό θάνατο που πρόκειται να γίνουν δότες οργάνων(Lopez, 2014).

1.1. Διαφορά εγκεφαλικού θανάτου με βαθύ κώμα

Όταν μιλάμε για παρηγορητική θεραπεία, σημαίνει ότι το ενδεχόμενο ίασης ή αποκατάστασης



Εικόνα 1 Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου

έχει εξαλειφθεί. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου. Εγκεφαλικός θάνατος όπως ορίζεται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων,2015, σημαίνει η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των

λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Προκαλείται από πρωτοπαθή εγκεφαλική βλάβη (βαριά κάκωση, αιμορραγία, ύπαρξη νεοπλάσματος, υποξυγοναιμία, τοξική δράση ουσιών) ή μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή και ακόλουθη εγκεφαλική ισχαιμία.Ο όρος «μη αναστρέψιμο κώμα» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από δυο Γάλλους νευρολόγους, το 1959. Το 1976 η επιτροπή του Πανεπιστημίου Harvard των ΗΠΑ έθεσε τα πρώτα κριτήρια για τη διάγνωση του μη αναστρέψιμου κώματος και τη συσχέτιση του με τον εγκεφαλικό θάνατο. Βασικός πυλώνας ήταν

η νέκρωση του φλοιού του εγκεφάλου και του εγκεφαλικού στελέχους. Ακολούθως, το 1981, συντάχθηκαν οι μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες κατευθυντήριες οδηγίες για τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου από την Επιτροπή Βιοηθικής των ΗΠΑ. Ουσιαστικά πρόσθεσαν στα κριτήρια διάγνωσης την απουσία αντιδράσεως σε επώδυνα ή ακουστικά ερεθίσματα, την ύπαρξη άπνοιας, την απουσία αντανάκλαστικών του στελέχους και της αντίληψης, την απουσία φαρυγγολαρυγγικών αντανάκλαστικών και η κατάργηση του αντανάκλαστικού των κόρων των οφθαλμών στο φως.

Πρωταρχικός στόχος πριν να τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου πρέπει να είναι η απόκλιση άλλων αιτιολογικών παραγόντων. Η διαπίστωση της αιτίας και η παρατήρηση ανεξάρτητων μεταβλητών που περιπλέκουν την κλινική εικόνα του ασθενή αποτελούν τα πρώτα στάδια της διάγνωσης. Η απουσία κάθε δυνητικά αναστρέψιμου παράγοντα όπως η καταπληξία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή οι διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας, τα ενδοκρινολογικά αίτια, η υπογκαιμία, η υπογλυκαιμία, η υποθερμία, το σύνδρομο GuillainBarre ή του εγκλεισμού και κάθε συγχυτικού παράγοντα π.χ. φάρμακα, αλκοόλ αποτελούν προτεραιότητες στις παρεμβάσεις πριν τη διάγνωση. Οι διαγνωστικές εξετάσεις αποτελούνται από την νευρολογική κλινική εξέταση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, την αξονική τομογραφία εγκεφάλου με σκιαγραφικό, τη μέτρηση της ενδοκρανιακής πίεσης, το ισοηλεκτρικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το διακρανιακό υπερηχογράφημα, η αγγειογραφία και το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου. Οι δοκιμασίες διάγνωσης πραγματοποιούνται και επαναλαμβάνονται σε δεύτερη φάση με διαφορά χρονικού διαστήματος τουλάχιστον οχτώ ωρών. Η ομάδα διάγνωσης πρέπει να αποτελείται από δύο νευρολόγους, έναν αναισθησιολόγο και έναν εντατικολόγο, με την προϋπόθεση να μην συμμετέχουν στην ομάδα μεταμοσχεύσεων.

Σύμφωνα με την Ιατρού, 2005, το βαθύ κόμα και ο εγκεφαλικός θάνατος δεν συνοδεύονται από αντίδραση στο περιφερικό ερέθισμα. Ενδείκνυται να γίνεται σαφής ο διαχωρισμός της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου με τη φυτική κατάσταση, αφού συχνά συγχέονται. Η φυτική κατάσταση είναι η εγκεφαλική βλάβη, όπου ο εγκεφαλικός φλοιός έχει παύσει να λειτουργεί, ενώ διατηρείται ικανοποιητική λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους (Κωστάκης, 2005). Ο ασθενής έχει αυτόματη αναπνοή και καρδιακή λειτουργία, αλλά στερείται συνείδησης. Κάποιες φορές ανταποκρίνεται κινητικά σε εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά δεν ανταποκρίνεται σε λεκτικές εντολές. Σπανίως διαρκεί περισσότερο από δύο με τέσσερις βδομάδες, αλλά κάποτε φτάνει μέχρι και

δεκαετίες. Τα αίτια που προκαλούν τη φυτική κατάσταση είναι η περίπτωση διάχυτης εγκεφαλικής βλάβης, η υπογλυκαιμία, η μεγάλη λήψη φαρμάκων, η μέθη, η δηλητηρίαση, η ουραιμία, η ύπαρξη λοίμωξης, οι κακώσεις κεφαλής, η επιληψία, η ηπατική και η νεφρική ανεπάρκεια. Η εκτίμηση γίνεται με την κλινική εξέταση, με τον εργαστηριακό έλεγχο, την οσφυονωτιαία παρακέντηση, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και τον έλεγχο του επιπέδου συνείδησης μέσω της κλίμακας Γλασκώβης, η οποία χρησιμοποιείται διεθνώς. Η κλίμακα έχει διαβάθμιση ανάλογα της κατάστασης του ασθενή με ελάχιστο το 3 και ανώτερο το 15. Ακόμη χρησιμοποιείται για τον διαχωρισμό των σταδίων του κώματος, ανάλογα με το βάθος του (Ιατρού,2005).

Πριν την εκδήλωση του κώματος υπάρχει η προκωματική κατάσταση με συμπτώματα όπως η έλλειψη οξυγόνου, η διαταραχή στην ανταλλαγή ιόντων, η έλλειψη ενέργειας στα νευρικά κύτταρα και η διακοπή της οξεοβασικής ισορροπίας. Με την αποκατάσταση της τελευταίας η προκωματική κατάσταση μπορεί να επαναφερθεί στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Το πρώτο στάδιο του κώματος, ονομάζεται άγρυπνο κώμα και χαρακτηρίζεται από διαταραχή της διάνοιας, τη βραδύτητα απαντήσεων και τα ονειρικά παραληρήματα. Ακολουθεί το ελαφρύ κώμα με χαρακτηριστικά την παραμονή προστατευτικής αντίδρασης στα επώδυνα ερεθίσματα (Κρανιδιώτης και συν.,2010). Στο βαθύ κώμα, το τρίτο στάδιο, ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται, τα αντανακλαστικά των άκρων, του κερατοειδούς και των τενόντων δεν λειτουργούν, υπάρχει μερική χαλάρωση των μυών ενώ παρατηρούνται δυσλειτουργίες του αναπνευστικού, του κυκλοφορικού και του θερμορυθμιστικού κέντρου. Το τέταρτο στάδιο χαρακτηρίζεται από την διακοπή της φυτικής ζωής. Ο ασθενής εμφανίζεται αποκομμένος από το περιβάλλον και η διατήρηση του στη ζωή καθίσταται δυνατή μόνο με την χρήση του αναπνευστήρα. Το στάδιο αυτό είναι πολύ σοβαρό γιατί σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζονται αναστρέψιμες καταστάσεις ενώ σε κάποιες άλλες μη αναστρέψιμες (Κρανιδιώτης και συν, 2010). Το μη αναστρέψιμο κώμα, περιλαμβάνει τον τερματισμό της λειτουργίας του εγκεφάλου και η διάγνωση του γίνεται με τον έλεγχο τεσσάρων παραμέτρων την ολική απώλεια συνείδησης, την κατάργηση της ικανότητας αντίδρασης, της αυτόματης αναπνοής επί τουλάχιστον τρία λεπτά, μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα και την επιπέδωση του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.

Οι περιπτώσεις του χρόνιου κώματος, όπου το άτομο παρουσιάζει ολιστική απώλεια συνείδησης αλλά διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών, θεωρούνται ότι ανήκουν στην κατηγορία του μη αναστρέψιμου κώματος (Πέτρου,2014).

1.2. Πρακτικές του τέλους της ζωής



Εικόνα 2 Do Not Attempt Resuscitation

Οι πρακτικές του τέλους ζωής είναι οι πρακτικές που εφαρμόζονται όταν η θεραπεία του ασθενή θεωρείται μάταιη, χωρίς ανταπόκριση και

επιβαρύνουν την

κατάσταση του ασθενή. Λόγω των ψηλών προσδοκιών που αναμένονται από τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής, συχνά τα ζητήματα πρακτικών του τέλους της ζωής προκαλούν έκπληξη, καθώς δεν είναι αποδεκτή η πιθανότητα μη αποθεραπείας μιας νόσου, λόγω της προηγμένης τεχνολογίας που υπάρχει. Παρόλα αυτά η αυτονομία, ο σεβασμός, η συμπόνια και η τήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή που πεθαίνει, μας οδηγούν στην άσκηση τέτοιων πρακτικών.

1.2.1. Μη Επιχείρηση Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

DNAR (DoNotAttemptResuscitation), είναι η πρακτική απόσυρσης ή μη κλιμάκωσης της αγωγής, μέσω της μη επιχείρησης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής (Σουγλερή, 2002).

Το πρώτο DNAR γράφτηκε το 1976 (Bone, 1997). Είναι υποκειμενική απόφαση του ασθενή, που καθιστά τους επαγγελματίες υγείας αμέτοχους στο να κρίνουν αν προτιμάται ανάλογα με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις για ποιότητα ζωής. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις απαιτείται η έναρξη ΚΑΡΠΑ αμέσως μόλις συμβεί η καρδιακή ανακοπή εκτός από τις περιπτώσεις όπου η ασθένεια θεωρείται μη αναστρέψιμη και ο θάνατος είναι αναμενόμενος. Οι θεραπείες, σύμφωνα

με τον Dattaetal,2013, θα έπρεπε να οριστούν ως ματαιόδοξες μόνο όταν ο επιδιωκόμενος στόχος θα είναι σε όλες τις πιθανότητες ανέφικτος. Το DNAR αποτελεί προσωπική απόφαση του ατόμου και τηρείται βάσει των αρχών του σεβασμού της αυτονομίας και της ηθικής που το διέπουν. Συνήθως, ο γιατρός ενημερώνει τον ασθενή ότι σε περίπτωση τελικού σταδίου νόσου ή σοβαρή κατάσταση, όπως του μη αναστρέψιμου κώματος, με αυτή τη δράση δεν θα παραταθεί η διαδικασία του θανάτου. Μόλις υπογραφεί η φόρμα τοποθετείται στον φάκελο του ασθενή και ενημερώνεται όλο το προσωπικό. Το DNAR αποτελεί ένα νομικό έγγραφο το οποίο οριοθετεί τις κλινικές πρακτικές. Συντάσσεται από δικηγόρο ή στα πιο εξειδικευμένα κέντρα υπάρχει καταχωρημένο στα αρχεία. Πριν την τήρηση του απαιτείται υπογραφή του εγγεγραμμένου γιατρού. Νομικά απαιτείται η υπογραφή του ατόμου που αφορά και δύο μαρτύρων που να μην προέρχονται από τον οικογενειακό και εργασιακό κύκλο του. Ισχύει τόσο μέσα στον νοσοκομειακό χώρο όσο και στην κοινότητα. Για να μην μεταφέρει συνεχώς μαζί του το έγγραφο, δημιουργήθηκαν ως εναλλακτική λύση τα βραχιόλια καρπού, μωβ χρώματος με την ένδειξη DNAR.

Το έντυπο για DNAR ταξιδεύει πάντα μαζί με τον ασθενή και είναι διεθνώς αποδεκτό από όλες τις υπηρεσίες υγείας, εκτός από την Ιορδανία. Αν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν αντίγραφο, για να επιβεβαιώσουν την εντολή καθώς επίσης και για σκοπούς ελέγχου θα πρέπει τα έντυπα αυτά να διατίθενται με διπλά ή τριπλά αντίτυπα σε διαφορετικό χρώμα, με κείμενο με διαφορετικά τυπωμένες λέξεις που να αντικατοπτρίζουν το σκοπό τους, σε αντίτυπα χωρίς άνθρακα, έτσι ώστε μόνο το πρωτότυπο αντίτυπο να μπορεί να χαρακτηριστεί ως οδηγία για DNAR (ResuscitationCouncilUK,2009). Το DNAR νομιμοποιήθηκε στις ΗΠΑ, το 1990, με τη «Δράση αυτό-απόφασης ασθενή». Στην Μεγάλη Βρετανία, νομιμοποιήθηκε το 2005, με το «MentalCapacityAct», που δημιουργήθηκε στην Αμερική από το AmericanSocietyofAnesthesiologistsGuidelines (1993) μαζί με το LATO (περιορισμένης τάξης επιθετική θεραπεία),2003.

Η απόσυρση ή μη κλιμάκωση της αγωγής εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου η θεραπεία είναι δυσανάλογη του οφέλους, η πιθανότητα επιβίωσης μηδενίζεται και η ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενή είναι ήδη επιβεβαρυσμένη από τις επιθετικές θεραπείες. Ως απόσυρση (withdrawal) ορίζεται η απόφαση διακοπής του συνόλου ή τμήματος της χορηγούμενης αγωγής, χωρίς υποκατάσταση της από ισοδύναμη εναλλακτική (Predergast, 1998, Sprung,2003). Απόσυρση

θεραπείας, όπως την ορίζει ο Vincentetal,2005, είναι η απομάκρυνση των θεραπειών που διατηρούν στη ζωή και την παρακράτηση που αφορά την έννοια της απουσίας της θεραπευτικής κλιμάκωσης. Η παραίτηση από την επιθετική αγωγή όχι μόνο δεν σημαίνει εγκατάλειψη του ασθενούς, αλλά αντίθετα σηματοδοτεί το πέρασμα στην παρηγορητική φροντίδα (Truog,2008). Σε αυτές τις περιπτώσεις αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει και να εκδηλώσει τις προτιμήσεις του για την συνέχιση της θεραπευτικής του πορείας και δεν υπάρχει σχετική άδεια εκ μέρους του, τότε οι γιατροί προχωρούν με τη μέθοδο άμεσης επικοινωνίας με την οικογένεια ή με εκπρόσωπο της. Με την παροχή όλων των πληροφοριών, που αφορούν στην κατάσταση του συγγενικού τους προσώπου και στην ένδειξη κατανόησης αυτής, αποφασίζονται από κοινού οι ενέργειες που θα ακολουθηθούν για την απόσυρση ή την κλιμάκωση της θεραπείας, με βάση την υψηλή ανταποκρισιμότητα στις αξίες και τις φιλοσοφίες του ασθενή. Ως μη κλιμάκωση (withholding) ορίζεται η απόφαση της μη εφαρμογής επιπρόσθετων θεραπειών ή της μη αύξησης της έντασης των ήδη παρεχομένων (Κρανιδιώτης και συν,2010). Στις περιπτώσεις μη βελτίωσης μετά από συνδυασμό και επιμονή επιθετικών θεραπειών η παραμονή της θεραπείας ως έχει, συχνά έχει λιγότερες βλαβερές επιπτώσεις στον ασθενή. Η μη κλιμάκωση είναι ψυχολογικά ευκολότερη από τους γιατρούς από τη διακοπή της (Vincent,1999,Forand,2001). Ίσως, αυτό να οφείλεται στο ότι θεωρούν ότι πράττουν την ιατρική πρακτική και εφαρμόζουν τις γνώσεις τους εντός των ενδεικνυόμενων ορίων, αλλά δεν μπορούν να προσφέρουν περισσότερα. Οι Brukenetal, 2013, αναφέρουν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την κουλτούρα και τη δομή του υγειονομικού συστήματος της κάθε χώρας ως εμπόδια για την εφαρμογή της μη κλιμάκωσης. Οπότε ο θάνατος θα επέλθει ως φυσική ροή της ζωής, ενώ με τη διακοπή της θεραπείας αντιλαμβάνονται ότι έχουν μερίδιο ευθύνης στη συντόμευση της.

1.2.2.Ευθανασία

Η ευθανασία, εφαρμόζεται προκειμένου να ανακουφίσει κάποιον από τον πόνο. Ο όρος «ευθανασία» σημαίνει την πράξη ή την παράλειψη πράξης, που προκαλεί τον καίριο θάνατο του πάσχοντος από την ανίατη επώδυνη ασθένεια για ανθρωπιστικούς λόγους (Ανευλαβής,2005). Ουσιαστικά περιλαμβάνει τη θανατηφόρο ένεση από τον γιατρό στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής ταλαιπωρείται και υποφέρει για αρκετό καιρό χωρίς σημάδια βελτίωσης από τις χορηγούμενες θεραπείες.

Στην αρχαία Σπάρτη επικρατούσε μία μορφή συγγενής ευθανασίας, που σήμερα ονομάζεται ευγονική, κατά την οποία τα βρέφη που είχαν δυσμορφίες ή ανεπάρκειες, γεγονός που θα καθιστούσε τη ζωή τους επώδυνη αλλά και θα δημιουργούσε προβλήματα στην πόλη εγκαταλείπονταν και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας (Δημητρόπουλος, 2006). Ο Πλούταρχος στο βίο του Λυκούργου, αναφέρει ότι τα μη αρτιμελή βρέφη ρίχνονταν στο βάραθρο Καιάδας, που βρίσκεται παρά το όρος Ταΰγετος, μετά από εξέταση μιας επιτροπής γερόντων οι οποίοι αποφάσιζαν αν το βρέφος είναι υγιές ή όχι.

Η ευθανασία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, την ενεργητική και την παθητική. Στην ενεργητική οι επαγγελματίες υγείας δρουν αναλόγως της προτίμησης του ασθενή, με τη χορήγηση φαρμάκου που φέρνει το τέλος, ενώ η παθητική περιλαμβάνει την απόσυρση της θεραπείας. Υπάρχουν ακόμη και υποκατηγορίες των πιο πάνω η εθελοντική ευθανασία όπου ο ασθενής εκφράζει την άποψη του για προτίμηση της ευθανασίας και η μη εθελοντική, καθώς το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφράσει γνώμη. Στην Ολλανδία από το 1990 – 1994 η υποβοήθηση εθελούσιας εξόδου αυξήθηκε από 2,9% σε 3,4% (Jasen,2002). Είναι γεγονός ότι το πρόβλημα «ευθανασία» δεν είναι εύκολο να επιλυθεί ή να προσεγγιστεί, διότι πέραν της ιατρονομικής και ηθικής διάστασης του, εμπλέκει και το υπαρξιακό και οντολογικό πρόβλημα της ζωής και του θανάτου, οδηγώντας σε διληματικές καταστάσεις και προβλήματα αξιολογικών ορισμών και κρίσεων, που αφορούν συγκεκριμένο άτομο (Ανευλαβής,2005).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Sarafis et al, 2014, έθιξαν τα θετικά και τα αρνητικά της ευθανασίας. Στα θετικά κατέταξαν την ανακούφιση από τον πόνο, την πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής του ασθενή και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και του αυτοσεβασμού. Στα αρνητικά

αναφέρθηκαν η απεκτίμηση της ανθρώπινης ζωής, τα κόστη που προέχουν στην άσκηση θεραπείας και η επιρροή που ασκείται στους ευάλωτους πληθυσμούς όπως τους ηλικιωμένους, τους ψυχιατρικούς ασθενείς κ.α. Στατιστικά από το EthicusStudy,2008, σε έρευνα τους που έλαβε χώρα σε 17 χώρες της ΕΕ από το 1999 – 2000 αναφέρουν ότι σε όλους τους θανάτους ΜΕΘ στο 10% υπήρξε ευθανασία, ενώ στο 72,6% όχι, με σημαντικές αποκλίσεις στις διαφορετικές περιοχές της Ευρώπης (Γερουλανός,2008).

Είναι γεγονός ότι η ευθανασία εξελίσσεται μέσα από την συνεχή τριβή με τις ανίατες νόσους. Στις ΗΠΑ το 1994, η εθελοντική ευθανασία ίσχυσε μόνο στο Όρεγκον και το 1997 στην Ουάσιγκτον και στην Μοντάνα (OregonDepartmentofHumanServices,2006, Ebloot,2010). Στην Ολλανδία ίσχυσε από την 1/4/2002 (Jasen,2002), ακολούθως το Βέλγιο με πιο αυστηρά κριτήρια και μετά η Σουηδία που κατοχυρώθηκε με το άρθρο 115 του Σουηδικού ποινικού κώδικα (Hurst&Mauren,2003). Η πιο πρόσφατη ένταξη υπέρ της ευθανασίας είναι το Λουξεμβούργο το 2012. Στο Ηνωμένο Βασίλειο απαγορεύεται αφού κατά το Αγγλικό Δίκαιο η ενεργητική ευθανασία θεωρείται έγκλημα. Στην Κύπρο απαγορεύεται δια νόμου και αν γιατρός οποιασδήποτε ειδικεύσεως εφαρμόσει αυτή την πρακτική, έρχεται αντιμέτωπος με κατηγορίες ανθρωποκτονίας σύμφωνα με το άρθρο 154 του ΠΔ. Ο Ανευλαβής,2003, αναφέρει πως η αυτονομία και η ατομική ελευθερία του πάσχοντος αποτελούν τον σκληρό πυρήνα της επιχειρηματολογικής υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

Η βασική διαφορά των πρακτικών του τέλους της ζωής με τη μέθοδο της ευθανασίας είναι οι πρώτες, να επιδιώκουν μέσα από την εξέλιξη της ιατρικής να μην παρατείνεται η διαδικασία του θανάτου. Αντιθετικά με την ευθανασία το DNAR, η απόσυρση ή μη κλιμάκωση αγωγής είναι ηθικά αποδεκτές και εφαρμόζονται σε παγκόσμιο επίπεδο με τις ίδιες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές. Σε αντίθεση με την ευθανασία οι πρακτικές του τέλους της ζωής αποσκοπούν στην ανακούφιση του ασθενή από το φορτίο της ψυχοσωματικής ταλαιπωρίας, που επισωρεύουν οι ανώφελες επιθετικές θεραπείες, ενώ ο θάνατος επέρχεται ως φυσική και αναπότρεπτη συνέπεια της προόδου της υποκείμενης νόσου (Engellardt,1996). Επιπλέον, το Ινστιτούτο Ιατρικής αναγνώρισε την βελτίωση της ανακουφιστικής φροντίδας στη ΜΕΘ και άλλες ρυθμίσεις φροντίδας σαν εθνική πολιτική υγείας (Field,1997).

Κεφάλαιο 2

Ανακουφιστική Φροντίδα

Η ανακουφιστική φροντίδα στοχεύει πρωτίστως στη συμπτωματική θεραπεία, κυρίως στη μείωση του πόνου, όπου διασφαλίζεται η τήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή. Επιπλέον, έχει ως σκοπό τη συναισθηματική υποστήριξη τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του. Επίσης, η διατήρηση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής του ασθενή και η πνευματική κάλυψη του αποσκοπούν στην διεργασία της ανακουφιστικής φροντίδας.

Ο ΠΟΥ, 2009, ορίζει την ανακουφιστική φροντίδα ως την ενεργητική, σφαιρική φροντίδα των ατόμων που η νόσος τους δεν ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή. Μέσω του ορισμού φαίνεται η σημασία που καλείται ο επαγγελματίας υγείας να δώσει σε πνευματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και ηθικό επίπεδο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η επίτευξη και η προαγωγή της υγείας του ασθενή (Sixmaetal, 1998). Ειδικότερα στην παρηγορητική θεραπεία όπου ο ασθενής είναι ευάλωτος και αμέτοχος ως προς την πορεία της νόσου του και χρειάζεται και σωματική αλλά και ψυχολογική στήριξη. Ο ασθενής συνήθως υιοθετεί ένα μάλλον παθητικό ρόλο στη λήψη φροντίδας, ενώ παράλληλα οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τους ασθενείς με ένα μάλλον πατερναλιστικό τρόπο (Hildmanetal, 1990, Falkumetal, 2001). Η ανακουφιστική φροντίδα συχνά συγχέεται με την απόσυρση αγωγής, γεγονός που συμβάλει στην αντιπαλότητα και στα εμπόδια που προκύπτουν, μέσα από την εφαρμογή της. Η αναγνωσιμότητα της ανακουφιστικής φροντίδας αυξάνεται συνεχώς σαν αντίπαλος της συμβατικής ιατρικής για τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση (Nelsonetal, 2011).

Δεδομένα του Αμερικάνικου Συλλόγου Νοσοκομείων (AHA) δείχνουν ότι το 31% των νοσοκομείων έχουν ανακουφιστικά προγράμματα. Ο Temesetal, (2010), σε μια τυχαioποιημένη έρευνα με 151 νεοδιάγνωστους ασθενείς με καρκίνωμα, κατηγοριοποίησε το δείγμα σε γρήγορη παρέμβαση ανακουφιστικής φροντίδας και καθιερωμένης φροντίδας. Οι ασθενείς με γρήγορη παρέμβαση ανακουφιστικής φροντίδας φάνηκαν να είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 38%, ενώ με την καθιερωμένη φροντίδα το ποσοστό ήταν 16%. Ο Higginsonetal, 2013, ανέπτυξαν ως κομμάτι κατευθυντήριων οδηγιών, ένα εργαλείο

αξιολόγησης και ψυχοκοινωνικής μέριμνας, το οποίο συμπληρωνόταν από τους ασθενείς ή τις οικογένειες τους και περιλάμβανε τη ψυχολογική εκτίμηση της οικογένειας και των αναγκών του ασθενή. Μέσω αυτού του εργαλείου ο Higginsonetal, 2013, σημείωσαν ψηλά ποσοστά ικανοποίησης, ελέγχου συμπτωμάτων και ψυχολογικής στήριξης, αλλά υπήρχαν ανησυχίες για την εξήγηση της θεραπείας. Στη Γαλλία, 2009, δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 616 γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό και διαπιστώθηκε ότι 25,7% ήταν υπέρ της ευθανασίας και το 26,5% κατά (Robertetal, 2014).

Η παρηγορητική θεραπεία ενσωματώνει τις ψυχολογικές, ηθικές και πνευματικές πτυχές του ασθενή στη φροντίδα του. Προετοιμάζει τον ερχομό του θανάτου, διατηρώντας την ποιότητα ζωής του ατόμου σε ικανοποιητικά επίπεδα. Εμποδίζει την καταβολή του ατόμου από τον πόνο και δέχεται τον θάνατο σαν μια φυσιολογική συνέχεια της ζωής. Ακόμη, εμπλέκει ενεργά τον οικογενειακό περίγυρο στην φροντίδα του αρρώστου και προσφέρει στήριξη στη διαδικασία του πένθους. Εφαρμόζεται από επιστήμονες διάφορων πεδίων για να αντιμετωπιστούν οι όποιες ανάγκες αναδυθούν. Θεολόγοι, κοινωνιολόγοι, γιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές αποτελούν την ομάδα προσέγγισης, ούτως ώστε να εδραιωθεί μια ολοκληρωμένη ομάδα εργασίας και στήριξης τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του. Ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο αλλά και από τις επιδράσεις των θεραπειών που προηγουμένως επιβλήθηκε. Ο βαθμός δράσης της αυξομειώνεται αναλόγως με τα συμπτώματα του ασθενή. Περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μεθόδους.

Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται συχνά στην ανακουφιστική φροντίδα είναι από κατηγορίες, οπιοειδών, αντιεμετικών, μη στεροειδή αντιφλεγμονωδών, αντισπασμωδικών, αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών και οινότροπων. Ο ΠΟΥ, το 2013, σύνταξε έναν οδηγό με τις ενδείξεις για την συγκεκριμένη χορήγηση φαρμάκων μέσω της στοχευόμενης παρατήρησης των συμπτωμάτων. Η περιγραφή της δοσολογίας αφορά μόνο την μέθοδο της λήψης φαρμάκων με μορφή κάψουλας. Για την ανορεξία συνιστά κορτιζόνη >4mg, ενώ για το άγχος τις βενδοδιαζεπάμες από 2-5mg. Για την ορθή λειτουργία του εντέρου συστήνει τα καθαρτικά σε μορφή υγρού 50mg/5ml ενώ σε μορφή κάψουλας >100mg. Για το delirium η χορήγηση χαλοπεριδόλης συστήνεται σε >5mg ανά κάψουλα και τα αντικαταθλιπτικά σε δόση μικρότερη των 25mg. Για τον πόνο και τη δύσπνοια προτείνει τα οπιοειδή με μέγιστο βαθμό δοσολογίας τα 60mg ανά κάψουλα. Για τον έλεγχο των διαρροϊκών κενώσεων ο ΠΟΥ, 2013, αναφέρει την

προτεινόμενη δοσολογία αντιδιαρροϊκών σε >2mg. Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού συστήνεται η χορήγηση μετοκλοπραμίδης με δοσολογία μικρότερη των 10mg ανά κάψουλα. Τέλος, για την κόπωση αναφέρει τη χορήγηση κορτιζόνης που δίνει ώθηση στην επανεκκίνηση έκκρισης ορμονών του εγκεφάλου με μέγιστη δόση τα 4mg.

Η ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει 3 στάδια: της επικοινωνίας, της απόφασης για χρήση της ανακουφιστικής φροντίδας και τον συντονισμό της θεραπευτικής ομάδας (Bone et al, 1997).

Στο πρώτο στάδιο ο γιατρός παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενή με την οικογένεια, δίνοντας έμφαση στην ψυχολογική υφιστάμενη κατάσταση της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Pocharde et al, 2005, τα 2/3 των οικογενειών που βλέπουν άρρωστο τους στη ΜΕΘ αναφέρουν άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, ο Azoulay et al 2005, σε έρευνα του έδειξε ότι περισσότερο από το 1/3 των οικογενειών παρουσιάζουν μετατραυματικό σύνδρομο στρες.

Προχωρώντας στο δεύτερο στάδιο, με ευαισθησία και σεβασμό στις αξίες και τις πεποιθήσεις της οικογένειας βάζουμε σε εφαρμογή την ανακουφιστική φροντίδα, αν παρουσιαστούν θετικοί. Ο Spinoza, 2010, αναφέρει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζει τη σημασία της εδραίωσης συμπάθειας με την οικογένεια και την εμπλοκή της στην καθημερινή φροντίδα σαν ένα τρόπο στήριξης. Γνωρίζοντας ότι η ακοή είναι η τελευταία αίσθηση που αφήνει τον άνθρωπο, οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να προωθούν την οικογένεια για χρήση ομιλίας με τον ασθενή τους. Κατανοώντας έγκαιρα την μη αναστρέψιμη φύση της ασθένειας δεν θα παρατηρείται καθυστέρηση έναρξης της ανακουφιστικής θεραπείας, με τελική επήρεια την καταπόνηση του ασθενή.

Το τρίτο στάδιο αποτελείται από τον συντονισμό της θεραπευτικής ομάδας, όπου φροντίζουν να καλύπτουν τις ανάγκες του ατόμου με διακριτικότητα και με στόχο τη διατήρηση της αξιοπρέπειας. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση ο Frank, 2009, υποστήριξε ότι μέσω των ρόλων τους στη διευκόλυνση της επικοινωνίας και επιτρέποντας στους ασθενείς να διατηρήσουν τον έλεγχο, οι νοσηλευτές, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα ενός καλού θανάτου. Η διατήρηση ενός σταθερού κλίματος, θερμοκρασίας, χαμηλού φωτισμού και μουσικής θα ήταν ευεργετικά για την διαχείριση του περιβάλλοντος του ασθενή που πλησιάζει στο τέλος της ζωής του.

Ακολουθεί η συμπτωματική θεραπεία με το διαδεδομένο «μοντέλο της θεωρίας», όπου ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται το κάθε σύμπτωμα του ασθενή, μέσω μορφασμών και παρακολούθησης και κάνει τις απαραίτητες παρεμβάσεις για ανακούφιση τους. Για βελτίωση της χρήσης των νοσοκομείων, όταν κρίνεται σκόπιμο, ορισμένες οδηγίες συνιστούν ότι η ανακουφιστική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται σε πρότυπες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Smithetal, 2012,Lorenz 2008,McAtter, 2003). ΟιMcAtteretal, (2003), συνιστούν ένα επικυρωμένο μοντέλο που έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό σε ασθενείς με ανίατη ασθένεια που περιλαμβάνει τις ακόλουθες δράσεις: δήλωση πρόγνωσης κατά την 1^η επίσκεψη, διορισμός κάποιου υπευθύνου για να εξασφαλίσει ότι οι προηγμένες οδηγίες έχουν συζητηθεί, προγραμματισμός επίσκεψης στο νοσοκομείο και διάθεση πληροφοριών, συζήτηση πρόγνωσης, στρατηγικής αντιμετώπισης και στόχους της φροντίδας.

Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρέως, είναι η μέθοδος της καταστολής. Η καταστολή είναι μια θεραπευτική επιλογή όταν η ανακούφιση των συμπτωμάτων δεν είναι εφικτή και η συνεχής έγχυση της μειώνει τα μηδιαχειρίσιμα συμπτώματα, που έχουν οι ασθενείς σε ανακουφιστική φροντίδα (Mercadanteetal, 2000).Χορηγώντας στον ασθενή τα κατάλληλα φάρμακα διατηρείταισε κατάσταση ύπνωσης, μειώνοντας έτσι την επίδραση του πόνου. Η καταστολή απαιτείται για την ανακούφιση της ταλαιπωρίας και του άγχους που προκαλείται από τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες (Woiienetal 2013).

ΟιRezaetal, (2012), αναφέρουν 4 μοντέλα μείωσης του πόνου, η διαλείπουσα ή συνεχής χορήγηση συστηματικών οπιοειδών, πολυτροπικές τεχνικές, κεντρικού περιφερικού χαρακτήρα οπιοειδή αναλγητικά και περιφερικές αναλγητικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένου του μεσοπλεύριου μπλοκ, του μπλοκ πλέγματος και της τοπικής αναισθησίας. Το εμπόδιο που σημειώθηκε σε αυτήν την μέθοδο είναι η αλόγιστη χρήση της καταστολής με επίπτωση στον ασθενή. Με τη συλλογική χρήση των κλιμάκων καταστολής το εμπόδιο αυτό μπορεί εύκολα να ξεπεραστεί.

Σύμφωνα με τουςPayenetal, (2009),οι πιο πολλοί ασθενείς με μηχανική υποστήριξη λαμβάνουν ηρεμιστικά και αναλγητικά χωρίς περεταίρω αξιολόγηση.Η αυξημένη ή μειωμένη καταστολή και αναλγησία μπορεί να προκαλέσει αυξημένη νοσηρότητα (Vadiveluetal,2010). Συνιστάται η συλλογική χρήση αναλγητικών από τους επαγγελματίες υγείας και ο περιορισμός των συμπτωμάτων, χωρίς περεταίρω επιβαρύνσεις στην κατάσταση του ασθενή. ΟιAwissietal, (2012),

εισηγήθηκαν την εγκαθίδρυση πρωτοκόλλου για τη διαχείριση καταστολής, αναλγησίας και του delirium, καθώς θα ήταν οικονομικά αποδοτική πρακτική και θα επέτρεπε εξοικονόμηση \$1000 περίπου ανά νοσηλεία. Οι Moriset al, (2011), υπολόγισαν τη μέση ημερήσια εξοικονόμηση που συνδέεται με τη παρηγορητική φροντίδα σε 316 δολάρια ημερησίως.

Η δεδομένη οικονομική κρίση και οι ελλείψεις πρώτων υλών προκαλούν αμφιβολίες στο κατά πόσο ωφέλιμο και θεμιτό θα ήταν η κατανάλωση επιπλέον πόρων σε ασθενείς με πολύ μειωμένο προσδόκιμο ζωής.

2.1. Πτυχές Ανακουφιστικής Φροντίδας

Η εφαρμογή των πρακτικών του τέλους της ζωής εγείρουν αρκετές πτυχές, όπως ηθικές, κοινωνικές, πνευματικές, νομικές, ψυχολογικές και κυρίως τον ρόλο του νοσηλευτή. Ευαισθητοποιούν τις εφαρμοσμένες επιστήμες καθώς το αντικείμενο τους είναι ο άνθρωπος και η τήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του, μέχρι το τέλος. Τα καταστατικό του ΠΟΥ, (WHO, 1946), αναγνώρισε από το 1946 ότι «τα υψηλότερα πρότυπα υγείας πρέπει να είναι εφικτά από όλους, χωρίς διάκριση για λόγους φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής και κοινωνικής θέσης».

Η παρηγορητική θεραπεία εφαρμόστηκε πρώτη φορά στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, στη Αγγλία, 1967, με πρωτοβουλία της νοσηλεύτριας Cicely Saunders με τη δημιουργία ξενώνα, του Saint Christopher, για την προσφορά φροντίδας σε άτομα με τελικού σταδίου χρόνια νοσήματα. Στην Αγγλία επίσης, δημιουργήθηκε η πρώτη διεπιστημονική ομάδα στο νοσοκομείο Άγιος Θωμάς, με αφορμή την μάστιγα του καρκίνου.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε η αύξηση των ξενώνων που προσφέρουν ανακουφιστική φροντίδα. Στους χώρους αυτούς εργάζονται επαγγελματίες υγείας με ευαισθησία στο άτομο που πεθαίνει και προσφέρουν παροχή στήριξης στον ίδιο αλλά και στην οικογένειά του. Οι επαγγελματίες είναι άρτια καταρτισμένοι για την αντιμετώπιση όλων των σταδίων που αφορούν την παρηγορητική θεραπεία, καθώς και για την μετέπειτα διαδικασία της απώλειας.

Συμπεριλαμβάνουν διεπιστημονικές ομάδες, με πληθώρα επαγγελματιών από διάφορα πεδία για να εξασφαλίζεται η ασφάλεια και η τήρηση της ικανοποίησης σε όλα τα επίπεδα. Στόχος τους είναι η παροχή της μέγιστης δυνατής άνεσης του αρρώστου και η εξασφάλιση ενός ανώδυνου θανάτου.

2.1.1. Πνευματικοί Παράγοντες



Εικόνα 3 Ηθρησκεία σε όλο τον κόσμο

Παράγοντες που επηρεάζουν την ορθή εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας είναι συνήθως οι πνευματικές πεποιθήσεις του ασθενή και της οικογένειάς του, που μειώνουν το βαθμό

ικανοποίησης. Το Αμερικάνικο κολέγιο

Εντατικής Θεραπείας υποστηρίζει την αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών ως μέρος της εκπαίδευσης των κλινικών ιατρών, οι οποίοι θα πρέπει να διαθέτουν βασικές δεξιότητες στην πνευματική αξιολόγηση. Μέσω αυτού βλέπουμε την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή, όχι μόνο σε ότι αφορά την κλινική του εικόνα, αλλά και σε πνευματικό τομέα αφού η ικανοποίηση των πνευματικών αναγκών του, βελτιώνει ή όχι την πορεία θεραπείας του. Τα θρησκευτικάπιστεύω, η εθνικότητα, το κοινωνικό υπόβαθρο των μελών της οικογένειας και του ασθενή μπορεί να επηρεάσουν τις παρεμβάσεις που θα δοθούν ή όχι και η ανύψωση της αντίληψης των επαγγελματιών υγείας είναι εγγυημένη (Curlinetal 2008). Έρευνα σε 346 ασθενείς το 2002 – 2008 έδειξε ότι οι καρκινοπαθείςπου αποφεύγουν τις νοσηλείες κα τις ΜΕΘ, που προσεύχονται και

διαλογίζονται, που τους επισκέπτεται ο πάστορας και νιώθουν θεραπευτική συμμαχία με τους γιατρούς τους, έχουν ψηλότερη ποιότητα ζωής στο τέλος της ζωής τους (Zhangetal,2012). Φαίνεται λοιπόν, η επίδραση που ασκείται στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή σε πνευματικό επίπεδο.

Οι χριστιανοί ορθόδοξοι εμφανίζονται συνήθως αρνητικοί στην παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ οι καθολικοί είναι πιο δεκτικοί, γεγονός που συμβάλει στην ανάπτυξη της θεωρίας ότι η θρησκεία επηρεάζει την αντίληψη των ατόμων για την υγεία. Η ρωμαιοκαθολική εκκλησία, το 1980,εξέδωσε μια «Δήλωση Ευθανασίας» μετά από επίσημη απόφαση της «Ιεράς Συνόδου» όπου δεν απορρίπτει την παθητική ευθανασία (Ιάσων, 1999). Στην εγκύκλιο «Η παράταση της ζωής», ο Πάπας Πίος XII ουσιαστικά έφερε την Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία σε μια θέση αποδοχής της παθητικής ευθανασίας, κάτι που επιβεβαίωσε με την θέση του και ο Πάπας Ιωάννης Παύλος II το 1980 (Smith,2015). Για την Προτεσταντική Εκκλησία η στάση απέναντι στην ευθανασία ποικίλει. Η Προτεσταντική Εκκλησία της Ολλανδίας το 1972, αποφάνθηκε ότι «αποδέχεται την παθητική ευθανασία, ενώ η ενεργητική παραμένει προς συζήτηση». Από πολλούς όμως Προτεστάντες θεολόγους, γίνεται δεκτή κάθε μορφή ευθανασίας, ακόμα και η ευγονική.Τα θρησκευτικά πιστεύω και η κουλτούρα που αναδύονται μέσα από αυτά επηρεάζουν το βαθμό της άσκησης των ιατρικών παρεμβάσεων, άρα και την έκβαση της ασθένειας. Ο χριστιανισμός απορρίπτει ρητώς κάθε μορφή ευθανασίας, καθώς η προσφορά βοήθειας προς τους αδύναμους καταγράφεται εντολή του Θεού. Στη χριστιανική αντίληψη η αρχή της αλληλοφροντίδας κυριαρχεί. Ο χριστιανισμός υποστηρίζει ότι κανείς δεν μπορεί να παρέμβει στο έργο του Θεού και για αυτό τίθενται ενάντια στην ευθανασία.

Το Ισλάμ απαγορεύει αυστηρώς την ευθανασία. Ο Ιουδαϊσμός θεωρεί ότι η θεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή είναι δώρο από το Θεό. Οι Εβραίοι προσεύχονται στη Συναγωγή για την υποστήριξη ενός ασθενούς. Η θρησκεία αυτή πρεσβεύει τη μεγαλύτερη δυνατή διάρκεια ζωής και ως εκ τούτου η ευθανασία απορρίπτεται ρητώς. Οι Ινδουιστές αναζητούν την αιτία για την κακή υγεία ενός ατόμου στο κάρμα του. Θεωρούν ότι η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του και εκλαμβάνεται ως ένα είδος κάθαρσης. Χρησιμοποιούν παραδοσιακές μεθόδους για την θεραπεία π.χ. γιόγκα, αν και αποδέχονται τα φάρμακα. Η ευθανασία στον Ινδουισμό δεν αποκλείεται, αλλά παρέχει κατευθυντήριες γραμμές για μια πιο φυσική ζωή.

Παρόμοιες αντιλήψεις παρουσιάζει και ο Βουδισμός. Με τον διαλογισμό να παίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο για τη θεραπεία, ο ρόλος του γιατρού περιθωριοποιείται. Πιστεύουν ότι το κάρμα του ατόμου επηρεάζεται από τις προηγούμενες ζωές του. Γενικώς, αποδέχονται την ευθανασία, αλλά δεν την επιλέγουν συχνά.

Συνεπώς, ανεγείρεται το συμπέρασμα ότι η άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας πρέπει να εφαρμόζεται εξατομικευμένα, λαμβάνοντας υπόψη τις πνευματικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή.

2.1.2. Ψυχολογικοί Παράγοντες

Μία άλλη επιστήμη που εμπίπτει στην άσκηση τη ανακουφιστικής φροντίδας είναι η ψυχολογία. Ο ψυχολογικός τομέας επηρεάζει όχι μόνο της σωματική κατάσταση του ασθενή, αλλά και την πορεία έκβασης του, ανάλογα της στάσης που διατηρεί. Σε μελέτη ασθενών που επέζησαν μετά από παρατεταμένο μηχανικό αερισμό, τα 2/3 ενθουμούνταν τα ψυχικά και τα σωματικά ενοχλήματα και κυρίως τον πόνο, το φόβο, την αγωνία, τις διαταραχές ύπνου, την αδυναμία επικοινωνίας, τη δίψα, τη δυσκαταποσία, τους εφιάλτες και τη μοναξιά (Rotandietal, 2002), ενώ σε άλλη μελέτη που κατέγραφε τα βιώματα των καρκινοπαθών νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ σημειώθηκαν η πείνα, η κατάθλιψη, η δύσπνοια, οι περιορισμοί στο επισκεπτήριο, η δυσφορία στο ρινογαστρικό σωλήνα τις ενδοτραχειακές αναρροφήσεις και τις αρτηριοκεντήσεις (Nelsonetal,2001).

Ο πόνος είναι το πρώτο σύμπτωμα που καταβάλλει τον ασθενή, που τελικά αν δεν ελεγχθεί προκαλεί κατάθλιψη και ανάπτυξη συνδρόμων.Τέτοια σύνδρομα είναι το σύνδρομο Guillain-Bare, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS), η οξεία επίκτητη νευρομυϊκή διαταραχή, οι πολυνευροπάθειες και οι μυοπάθειες.Ποσοστό 60-90%των ασθενών ΜΕΘ με καρκίνο προχωρημένου σταδίου υποφέρει από έντονο άλγος (Ιωαννίδης και συν, 2006). Για την αντιμετώπιση του άλγους και την ποσοτικοποίηση της δυσφορίας του ασθενούς, υπάρχουν διάφορες κλίμακες αξιολόγησης. Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής βρίσκεται σε εγρήγορση και ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα χρησιμοποιούνται οι κλίμακες αριθμητικής βαθμολόγησης και η οπτική αναλογική κλίμακα (Lietal, 2008). Άλλα εργαλεία μέτρησης όταν ο ασθενής δεν είναι σε

θέση λεκτικής επικοινωνίας είναι η κλίμακα αξιολόγησης του άλγους μέσω της συμπεριφοράς, η συμπεριφορική κλίμακα του άλγους, το εργαλείο παρατήρησης του άλγους της κρίσιμης περίθαλψης, η μη λεκτική κλίμακα άλγους και ο αλγόριθμος αξιολόγησης του άλγους και καταγραφής των παρεμβάσεων. Όλα τα παραπάνω εργαλεία περιλαμβάνουν μετρήσεις μια ποικιλίας συμπεριφορικών παραμέτρων ώστε να παρέχουν μια εμπειριστατωμένη αξιολόγηση του ασθενούς (Mareketal, 2009).

Η δύσπνοια, αρκετές φορές προϋδεάζει τον ασθενή με το αίσθημα του θανάτου και του πνιγμού καθώς ο ασθενής νιώθει ότι το χορηγούμενο οξυγόνο δεν είναι αρκετό. Η δύσπνοια είναι το αποτέλεσμα της αναπνευστικής ανεπάρκειας, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, το οποίο συχνά προκαλεί στον ασθενή κρίσεις αναπνευστικού πανικού με αφύπνιση και σημειώνει 28% συχνότητα, σε ασθενείς ΜΕΘ (Ιωαννίδης και συν, 2006).

Πολλοί ασθενείς βιώνουν κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Derogatieetal, 1983, και οι δύο παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι το αντιδραστικό άγχος και οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές. Είναι ευρέως γνωστό ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο για την έκβαση του πόνου. Συχνά οι ασθενείς των ΜΕΘ, λόγω της καταβεβλημένης ψυχοσύνθεσης τους αναπτύσσουν το «Σύνδρομο της ΜΕΘ». Το σύνδρομο αυτό αποτελείται από ένα ευρύ φάσμα κλινικών συμπτωμάτων όπως ποικίλης βαρύτητας σύγχυσης, της διαταραχής των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, το φόβο, το άγχος, οι παραλυτικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η ανησυχία, η επιθετικότητα, η παρατεταμένη ένταση, η κατάθλιψη, η παραίτηση, η παθητικότητα, η απάθεια και η παλινδρόμηση (Μαστρογιαννάκου και συν, 2001). Χωρίζεται σε έξι φάσεις, στην πρώτη ο ασθενής παρουσιάζεται ανήσυχος και να τον διακατέχει το αίσθημα του φόβου, στην δεύτερη υπάρχει διαταραχή της σκέψης και οι ψευδαισθήσεις, στην τρίτη φάση παρατηρούνται οι διακοπές ύπνου και η εύκολη διάσπαση της προσοχής, στην τέταρτη φάση ο ασθενής είναι αποπροσανατόλιστος σε τόπο, σε χρόνο και πρόσωπα και παρουσιάζει delirium. Στην πέμπτη φάση σημειώνονται τα πρώτα δείγματα κατάθλιψης (ανορεξία, άρνηση) και τέλος παρατηρούνται ταχυκαρδίες και εκτάσεις άκρων. Το Delirium, ορίζεται από τον Ιωαννίδη και συν, 2006, ως το οργανικό ψυχοσύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μη εστιακή εγκεφαλική δυσλειτουργία η οποία εκδηλώνεται με ποικίλου βαθμού διακυμάνσεις του επιπέδου συνείδησης. Χωρίζεται σε δύο φάσεις το υπερδραστικό και το υποδραστικό, το οποίο είναι πιο συχνό και έχει υψηλή θνησιμότητα. Μπορεί να προκληθεί από τα αναλγητικά ή άλλα φάρμακα (Quitmetetal, 2007).

Η θεραπεία του περιορίζεται στην πρόληψη και στον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων. Συνήθως γίνεται με την «κλίμακα καταστολής», η οποία βοηθά τον επαγγελματία υγείας για τον εντοπισμό των προδιαθεσικών παραγόντων και των πρώιμων συμπτωμάτων. Η λίστα περιλαμβάνει την καθημερινή παρακολούθηση των οχτώ μεταβλητών που αναγράφονται και την καταγραφή τους, ούτως ώστε να γίνει γρήγορα αντιληπτή η όποια διακύμανση. Στην βιβλιογραφία περιγράφονται επτά κλίμακες καταστολής. Προκειμένου να γίνεται συστηματικός έλεγχος του βάθους της καταστολής και η διατήρηση της λειτουργίας του παρασυμπαθητικού και συμπαθητικού συστήματος του εγκεφάλου δημιουργήθηκαν κλίμακες βαθμολόγησης της καταστολής. Η βαθιά καταστολή δε συνίσταται, διότι επισκιάζει τις νευρολογικές δραστηριότητες. Υπάρχει η κλίμακα Ramsey με κλινικό της στόχο ως προς το επίπεδο συνείδησης να είναι μια κατάσταση ημιαναισθησίας ή πλήρους αναισθησίας (Ramseyetal,1974;Mareketal,2009). Για τις περιπτώσεις με μικρότερο βαθμό καταστολής αναπτύχθηκαν εργαλεία που εστίαζαν σε συγκεκριμένες κινητικές συμπεριφορές και αεροδυναμικές παραμέτρους. Τέτοια εργαλεία είναι η κλίμακα καταστολής – διέγερσης του Riker, η κλίμακα αξιολόγησης της κινητικής δραστηριότητας, η κλίμακα διέγερσης – καταστολής του Richmond (Rass,2002), και η κλίμακα με προσαρμογή στο περιβάλλον της ΜΕΘ.Ορισμένοι εντατικολόγοι έχουν υποστηρίξει ότι η αντιπροσώπευση αρκετών τομέων των επιπέδων εγρήγορσης (συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής κατάστασης και των βαθμών ανησυχίας ή της διέγερσης) σε μία απλή αριθμητική τιμή μειώνει τη δυνητική εφαρμοσιμότητα ενός εργαλείου αξιολόγησης. Έκτοτε, έχουν αναπτυχθεί και δύο ειδικές ως προς τον τομέα κλίμακες, οι οποίες έχουν εγκυροποιηθεί: η «κλίμακα αλληλεπίδρασης και ηρεμίας του Βανκούβερ» και το «εργαλείο αξιολόγησης της καταστολής της Μινεσότα»(Mareketal,2009). Σε ΜΕΘ στην Ισπανία το 37% των ασθενών παρουσίασαν delirium (Lawlor,2014). Τα βιώματα και η προσωπικότητα του ασθενή είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη συνδρόμων.

Η θεραπεία του «συνδρόμου της ΜΕΘ» στηρίζεται στην πρόληψη, στην εκτίμηση των κινδύνων, στην γρήγορη ανάληψη δράσης με τον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων, στην παρακολούθηση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενή και στον έλεγχο του περιβάλλοντος του ασθενή. Η τοποθέτηση ρολογιών και παραθύρων, βοηθούν στην συνεχή εκτίμηση χρόνου και προσανατολισμού του ασθενή καθώς και η μείωση του θορύβου, του φωτισμού, της επικοινωνίας και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κατά την διάρκεια της νύχτας θα εξασφάλιζαν στον ασθενή ένα ασφαλές περιβάλλον. Τέλος, η τοποθέτηση κουρτινών θα προήγαγε την τήρηση της

αυτονομίας του ασθενή και της ιδιωτικοποίησης του. Όταν δεν αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα του συνδρόμου ΜΕΘ ο ασθενής υποτροπιάζει και παρουσιάζει επανάληψη της διαδικασίας με μειωμένη πιθανότητα επαναφοράς. Ακόμη, αυξάνεται ο χρόνος παραμονής του στη ΜΕΘ με τις συνεπακόλουθες επιπτώσεις όπως την αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, το εκμηδενισμό του ανοσοποιητικού συστήματος και την εκδήλωση της πολυπαραγοντικής ανεπάρκειας.

Η ανασφάλεια, οι ενοχές για την κατάσταση της υγείας του και ο φόβος αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ως μετατραυματικά σημεία, μετά την νοσηλεία τους σε ΜΕΘ. Η Τσιοπουριάν, 2003, κατηγοριοποίησε τον φόβο των ατόμων ως φόβος για το άγνωστο, για τον πόνο, τον κίνδυνο για τον ανεπιτυχή έλεγχο των βασικών λειτουργιών και των αναμενόμενων διαπροσωπικών και οικονομικών επιπτώσεων. Ως απόλυτες ενδείξεις, όπου αναμένεται σημαντικό όφελος από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις θεωρούνται η καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι αντιδράσεις άγχους και γενικότερα οι εκφράσεις ψυχικής δυσφορίας (Wenzeletal, 1999).

2.1.3. Ηθικοί Παράγοντες



Εικόνα 4 Ethics Questions in Medical

Η ηθική πλευρά του θέματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που υπομονεύει την έκβαση της πορείας του ασθενή. Η οικογένεια και η κοινωνία επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις για τη συνέχιση της θεραπείας και την ψυχολογική κατάσταση

του. Ο ασθενής βιώνει την κοινωνική απομόνωση

λόγω της υγείας του και τονίζεται το αίσθημα «εγκατάλειψης», λόγω της σοβαρότητας της. Το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία, η κουλτούρα και η βιοηθική του καθορίζουν τον βαθμό που θα επιδράσουν. Υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές της βιοηθικής που εφαρμόζονται στην κλινική πράξη. Ο σεβασμός της αυτονομίας, που κατοχυρώνει το δικαίωμα επιλογής της θεραπείας και της πορείας του ατόμου, αφού έχει ενημερωθεί πλήρως. Ο σεβασμός στις ιδιαιτερότητες, η προστασία των πληροφοριών, η απόκτηση ενυπόγραφης συγκατάθεσης και η βοήθεια στην διαδικασία λήψης απόφασης, διέπουν την πρώτη αρχή. Η δεύτερη αρχή είναι το μη βλάπτειν, που σημαίνει μην προκαλέσεις προσβολή της αξιοπρέπειας του ατόμου και στην κλινική πράξη ερμηνεύεται ως η μη απόσυρση θεραπευτικής αγωγής. Η τρίτη αρχή είναι της ευεργεσίας, που αναφέρεται στην παροχή ωφελειών και εξισορρόπησης τους έναντι στους κινδύνους και στις δαπάνες και η τέταρτη είναι η δικαιοσύνη, που σημαίνει ο ίσος χειρισμός ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα, τη μόρφωση, την κοινωνικοοικονομική τάξη και τη θρησκεία.

Ο ΠΟΥ,2000, χρησιμοποίησε την «υπευθυνότητα» ως το βασικό κριτήριο αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς και περιλαμβάνει το σεβασμό της αξιοπρέπειας των ασθενών και των οικογενειών τους και την προστασία της αυτονομίας. Η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή η παρεμπόδιση της επέλευσης του, επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, υπομονεύουν την αξιοπρέπεια του ως προσώπου και επιβαρύνουν ποικιλότροπος την οικογένεια του (Νανάς,2006,Carlet,2003). Με ποσοστό <5% των ασθενών που πεθαίνουν στην ΜΕΘ να είναι ικανοί να συμμετάσχουν στη λήψη αποφάσεων (Prendergast, 1998), εγείρεται η ανάγκη για την ανάπτυξη μοντέλων επικοινωνίας με την οικογένεια.

Το εγκαθιδρυμένο μοντέλο αντιμετώπισης του πένθους της Kubler – Ross, 1969, (άρνηση, οργή, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή) αποτελεί τη βάση των επαγγελματιών υγείας για την εξατομικευμένη προσέγγιση. Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση επικοινωνίας, καθορίζεται ένας συγγενής πρώτου βαθμού ως ο αντιπρόσωπος του και δρα βάση των προσωπικών πεποιθήσεων του ασθενή. Η αντιπροσώπευση του ασθενή από τον πλησιέστερο συγγενή του τυγχάνει μεγάλης αποδοχής στο γενικό πληθυσμό (Azoulaireetal, 2003). Αναπτύχθηκαν και άλλα μοντέλα λήψης αποφάσεων όπως το μοντέλο της αυτονομίας (Κρανιδιώτης και συν, 2010), όπου ο ασθενής αν βρίσκεται σε πλήρησυνείδηση,αποφασίζει για την έκβαση της θεραπείας του ή αν δεν είναι σε τέτοια κατάσταση, αποφασίζει ο αντιπρόσωπος του με βάση τη βιοηθική του ασθενή. Υπάρχει ακόμη και το SharedDecisionModel, όπου οι συγγενείς μαζί με την ομάδα θεραπείας συζητούν

και αποφασίζουν από κοινού τη συνέχιση της πορείας. Η ομάδα θεραπείας περιλαμβάνει τον γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τον ιερέα, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς. O Burnsetal, 2003, σε μελέτη του βρήκε ότι η παρέμβαση του κοινωνιολόγου αυξάνει τις πιθανότητες συναίνεσης των συγγενών για επιλογή σχεδίου παρηγορητικής θεραπείας. Η συζήτηση θα πρέπει να γίνεται σε εκλαϊκευμένο επίπεδο, χωρίς τη χρησιμοποίηση τεχνικών όρων για την καλύτερη κατανόηση της κατάστασης από τους συγγενείς. Η συχνότητα του περιορισμού της αγωγής, καθώς και ο βαθμός συμμετοχής των συγγενών στη λήψη της απόφασης επηρεάζεται από το πολιτισμικό πλαίσιο (Margaritis, 2011).

Ο Oluwakemietal, 2012, σε συστηματική ανασκόπηση του έθιξε τους τέσσερεις τρόπους παρέμβασης των οικογενειακών συναντήσεων, όπου σημειώθηκε 77% βελτίωση της αξιοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης, τη δημιουργία ομάδων παρηγορητικής θεραπείας με 50% βελτίωση, τη συμβουλευτική σε ζητήματα ηθικής όπου σημειώθηκε 100% βελτίωση και της επικοινωνίας γιατρού – ασθενή όπου δεν σημειώθηκε καμία σημαντική βελτίωση. Ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας δεν πρέπει να εξαντλείται στη στιγμιαία τυπική συμπλήρωση ενός έγγραφου, αλλά να αποτελεί μια δυναμική διαδικασία συνεχούς επικοινωνίας του ασθενούς με τους οικείους και τον γιατρό του (Martinetal, 2000). Σε περίπτωση διαφωνίας γιατρού – οικογένειας γίνεται διαμεσολάβηση από την Επιτροπή Δεοντολογίας. Αν υπάρχει αδυναμία επίλυσης της σύγκρουσης προτείνεται η παραίτηση του γιατρού στην παράταση της ζωής του ασθενή και η ανάληψη από κάποιον άλλον γιατρό (NationalBioethicsCommittee, 2000). Έρευνα του Cassaretetal, 2011, για την αξιολόγηση φροντίδας των ασθενών από τις οικογένειες τους μετά το θάνατο, με όριο το εξαιρετικά στην κανονική φροντίδα ήταν 51% και στην ανακουφιστική 63%. Η ανακουφιστική φροντίδα επηρεάζεται από τους γεωγραφικούς, τους θρησκευτικούς παράγοντες και τη στάση της οικογένειας.

2.1.4. Νομικοί Παράγοντες



Εικόνα 5 Law in Medical

Η σύζευξη των νόμων με την ιατρική πρακτική, πολλές φορές αποτελεί κάλυμα ως προς την σωστή εφαρμογή της. Ο θεράπων γιατρός οφείλει να έχει την νομική και ηθική υποχρέωση να προτείνει την επιλογή της ανακουφιστικής αγωγής σε περιπτώσεις ανίατης νόσου

(Garani,2011). Η αξιολογία και ο σεβασμός της αυτονομίας αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της άσκησης της ιατρικής πράξης, ως εκ τούτου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να είναι γνώστες του νομοθετικού πλαισίου, που καλύπτει την άσκηση του επαγγέλματος τους. Ο εκδημοκρατισμός των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης κι η πρόοδος της επαγγελματικής ηθικής μέσω του σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενή, αποτελούν μια συνεχή πρόκληση για τους επαγγελματίες και τους διευθυντές του χώρου υγείας (Williamson,1992,Eddie,1994,Endhaug,2000). Στη Γαλλία ψηφίστηκε, το 2004, ο νόμος του Leonetti, ο οποίος οριοθετεί τις θεραπευτικές πρακτικές που αφορούν τη διακοπή των επιθετικών θεραπειών και την υποστήριξη της ζωής, σε ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο ζωής. Ουσιαστικά, νομιμοποιεί την εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας, δίνει το δικαίωμα στους ασθενείς να είναι ενήμεροι για τον περιορισμό των παρεμβάσεων σε περιπτώσεις μη ανάταξης, αλλά τίθεται ενάντια στην ευθανασία.

Κατά το Αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα ανεξάρτητα από τα κίνητρα του δράστη (Grubb,2006). Τα δικαστήρια στη Μ. Βρετανία αναγνωρίζουν τις «προγενέστερες οδηγίες» των ασθενών και γίνεται σεβαστή η απόφαση του, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατος του (Liatsa,2009,Panagou,2010,Garani,2010). Στη Γερμανία από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ από το 2005 υπάρχει παράρτημα της Ελβετικής κλινικής Dignitas με σκοπό αποκλειστικά την ενημέρωση των ασθενών για τη διαδικασία της (Liatsa,2009,Panagou,2010). Στην Ιταλία, από το 1985 ίσχυε πως όταν η

ευθανασία εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη νόσο ή έχουν σοβαρές σωματικές πνευματικές επιβαρύνσεις, τότε ο δράστης τιμωρείται πάντοτε, όμως με τημειωμένη ποινή που επιβάλλει ο ιταλικός Ποινικός Κώδικας για την ανθρωποκτονία κατά απαίτηση. Το 2008, το Ανώτατο Δικαστήριο Ιταλίας για πρώτη φορά αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» (Νιαβώνη και συν, 2013).

Στην Ολλανδία νομιμοποιήθηκε το 2001 (Henk,2003) και είναι η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση της. Σύμφωνα με τον ολλανδικό νόμο δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του γιατρού, η οποία μπορεί να γίνεται με την παροχή των κατάλληλων φαρμάκων ή με κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν συσσωρευτικά ορισμένες προϋποθέσεις, τις οποίες απαριθμεί ο νόμος, όπως η υποβολή αιτήματος από πλήρως ενημερωμένο ασθενή, η βίωση αφόρητου πόνου, η λήψη απόφασης κατόπιν σοβαρής σκέψης και η κατάσταση του να μην επιδέχεται βελτίωσης (Νιαβώνη και συν,2013).

Στην Ελλάδα η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ) είναι συναφής διάταξη, όχι όμως και ταυτόσημη με την ευθανασία. Επίσης, η διάταξη του άρθρου 301 του ΠΚ, που ορίζει τα σχετικά με τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, θα αξιολογήσει εφαρμογή, όπως και οι διατάξεις για την ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299 του ΠΚ) ή από αμέλεια (άρθρο 302 του ΠΚ). Σύμφωνα με τον Ν.3418/2005, στο άρθρο 29 του κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), ο γιατρός σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμα και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή. Πρόσθεσε στην παράγραφο 1 του άρθρου 29 τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί την παρηγορητική αγωγή όταν εξαντληθούν τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια. Με τη διάταξη αυτή, το κοινό δίκαιο της Ελλάδας αποδέχτηκε τη λεγόμενη «παθητική ευθανασία» (Garani,2010). Σημαντικές είναι και οι διατάξεις του άρθρου 11, όπου αναβαθμίζεται ρητά ο ρόλος της ενημέρωσης και της συναίνεσης (παρ.12) του ασθενούς (Voultsoetal, 2008).

Το 1990 το Κογκρέσο, στις ΗΠΑ, ψήφισε το νόμο «περί ανακαθορισμού του ασθενούς», ο οποίος προβλέπει το δικαίωμα του ασθενή να δηλώνει εγγράφως, πριν απολέσει την νοητική του ικανότητα, ποιες θεραπείες προτιμά να του παρασχεθούν σε μια σειρά από πιθανά κλινικά σενάρια (Fisher,2008).

Με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, το ελληνικό δίκαιο με το Ν. 2619/1998, κατοχυρώνει την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι προβλέπει έμμεσα τη διακοπή της θεραπείας που κρατά στη ζωή έναν ασθενή ευρισκόμενο σε κωματώδη κατάσταση, με την προϋπόθεση της προηγούμενης συγκατάθεσής του (Varkaetal, 2008). Οι κυριότερες διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο σε σχέση με το δικαίωμα του ασθενούς στο θάνατο αφορούν την υποχρεωτική συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική ενέργεια που τον αφορά (άρθρο 5) και το σεβασμό στην προγενέστερα εξεφρασμένη βούλησή του όταν ο ίδιος δε θα είναι σε θέση να την εκφράσει πια (Garani, 2010).

Στην Κύπρο, όσο αφορά το νομικό κομμάτι υπάρχει ο φόβος κατηγορίας, καθώς δεν υπάρχει νόμος που να καλύπτει την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας (Οικονόμου,2008).

Η αρχή της δικαιοσύνης προστάζει τον περιορισμό των ανώφελων θεραπειών όταν η ανάλωση των μεσών στην επιβράδυνση του θανάτου των καταληκτικών ασθενών στερεί τις υπηρεσίες σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμη κατάσταση (Αμερικάνικη Πνευμονολογική Εταιρεία,1997).

2.1.5. Νοσηλευτής

Ο τελευταίος παράγοντας που επηρεάζει την άσκηση της παρηγορητικής θεραπείας είναι ο νοσηλευτής. Οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του δεν είναι καταγραμμένα σε κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, καθώς επίσης υπάρχει έλλειψη πρωτοκόλλου και ελλιπής εκπαίδευση κατά την διάρκεια της φοίτησης. Σε έρευνα στη Νέα Ζηλανδία σε ΜΕΘ, βρέθηκε ότι το 20% των νοσηλευτών είχαν επίσημη εκπαίδευση για την ανακουφιστική φροντίδα και <40% είχαν μια επαρκή διάλεξη (Gitoetal,2004).Ο νοσηλευτής καλείται κατά την άσκηση των καθηκόντων του, αρκετές φορές να αντιμετωπίσει τις δικές του φοβίες και να έρθει αντιμέτωπος με τα ηθικά διλήμματα που δεν κατατάσσονται στις δικές του προσωπικές πεποιθήσεις. Για αυτό τον λόγο αρκετές φορές αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας, που θεωρητικά τον βοηθούν να κρατήσει μια στάση αποστασιοποίησης από το αρνητικό κλίμα της ΜΕΘ.

Η σχεδόν καθημερινή επαφή με τον θάνατο και η αντιμετώπιση των περιστατικών, χωρίς βελτίωση υποθάλπουν για την ανάπτυξη στάσεων από μέρος των νοσηλευτών εις βάρος μιας

μειωμένης ομάδας ατόμων π.χ.τους ηλικιωμένους, τα ψυχιατρικά περιστατικά.Ο θάνατος δεν εκλαμβάνεται πλέον ως αναπόσπαστο τμήμα ή ως φυσική κατάληξη της ζωής και θεμελιώδες για την ανθρώπινη ύπαρξη γεγονός, αλλά γίνεται αντιληπτός ως αποτυχία της Ιατρικής(Callahan,2000).Ακόμη, η ύπαρξη ανασφάλειας, λόγω της ελλιπούς εκπαίδευσης συντελεί στην μη ορθή εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση οι ανάγκες εξοικείωσης με το τελικό στάδιο της νόσου και η εξάσκηση σε ζητήματα παρηγορητικής φροντίδας προβάλλουν επιτακτικά για κάθε επαγγελματία υγείας (Ρηγάτος,2000,Walsh&Kingston1988,Vineyetal,1994, Moryletal,2003).

Η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων στο νοσοκομειακό χώρο σε αναλώσιμα αλλά και σε ανθρώπινους πόρους, οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό να καθιερώνει λανθασμένες κατανομές φροντίδας και προτεραιότητες ως προς την εφαρμογή τους. Η άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας και η αβεβαιότητα για το αποτέλεσμα της θεραπείας , συχνά ερεθίζει το αίσθημα της απογοήτευσης στους επαγγελματίες υγείας, ότι δεν εκτέλεσαν σωστά το καθήκον τους και τους οδηγεί στην ανάπτυξη του burnoutsyndrome. Οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν τη διαδικασία πένθους και οι ίδιοι στις περιπτώσεις κατάληξης του ασθενή. Ποσοστό 86% των Γάλλων γιατρών παραδέχεται ότι θλίβεται μετά από την απώλεια ασθενή και αναπτύσσεται σύνδρομο της επαγγελματικήςκόπωσης, λόγω τηςσυνεχούς τριβής με τον θάνατο, τις υπαρξιακές αναζητήσεις και την αναζήτηση την ίασης και όχι της ανακούφισης μέσα από την εκπαίδευση τους (Schaeferetal, 1993).Η ωρίμανση της αυτογνωσίας, η στήριξη και η εξασφάλιση της ποιότητας και της αξιοπρεπείας του αρρώστου θα προωθούσε την άσκηση την ανακουφιστικής φροντίδας και θα βοηθούσε στην έκφραση των ευεργετικότερων αποτελεσμάτων. Ακόμη η συζήτηση με τον ασθενή και την οικογένεια του και η παύση της αποστασιοποιημένης στάσης θα ανάδευε την επιθυμητή απήχηση.Μέσα από την εκπαίδευση θα μπορούσε να γίνει εκμάθηση των τεχνικών για επίλυση των συγκρούσεων και τους κατάλληλους τρόπους ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων. Μελέτη στην Ιαπωνία (Nakazawaetal, 2009) έδειξε ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα είναι συνεχιζόμενη.

Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στην παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ ελάχιστες αναφέρονται στην ψυχολογική διάσταση του φροντιστή. Ο νοσηλευτικός ρόλος, ειδικά στις περιπτώσεις άσκησης πρακτικών του τέλους της ζωής, χρίζει αναπροσανατολισμού και στήριξης (Yangetal, 2014). Η Halmsetal, 2014, σε έρευνα της διαπίστωσε ότι η άσκηση της

ανακουφιστικής φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται από τη διάθρωση του συστήματος υγείας, την επικοινωνία, το περιβάλλον, τη μόρφωση, την εκπαίδευση και την αγωνία του προσωπικού. Όταν το σύστημα υγείας δεν έχει ενσωματωμένες πρακτικές και κλινικές γραμμές, δημιουργούνται στον νοσηλευτή ενδοιασμοί στο κατά πόσο είναι νομικό, ηθικό και δίκαιο να τις ασκήσει με βάση τη δική του πρωτοβουλία. Επιπλέον, η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και των οικογενειών των ασθενών μεγάλώνει το χάσμα ανάμεσα στην τεκμηριωμένη άσκηση της παρηγορητικής θεραπείας και της συμβατής επιθετικής. Με τη μη ύπαρξη επικοινωνίας, συχνά ο νοσηλευτής στερείται της κατάλληλης ψυχολογικής υποστήριξης, καθώς μέσα στο ψυχοθόρο εργασιακό του περιβάλλον απομονώνεται και προσπαθεί να αντικρούσει τις προσωπικές του πεποιθήσεις.

Η παροχή φροντίδας τελικού σταδίου δημιουργεί σημαντικές προσωπικές και επαγγελματικές πάλες μεταξύ των νοσηλευτών (Espinosaetal, 2010). Η ανεπαρκής γνώση των πρακτικών, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου συνδέεται με την ανυπαρξία εμπειρίας, δημιουργεί στο νοσηλευτικό προσωπικό απορίες για το κατά πόσο είναι θεμιτό να πράξουν βάση οδηγιών και αν όντως ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Η φροντίδα του ίδιου ασθενή κάθε μέρα και η παρατήρηση της απουσίας σημείων βελτίωσης, συχνά οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό στην ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών με τον ασθενή, με επίρεια την προσωπική αγωνία για την έκβαση της θεραπείας. Μέσω αυτού κυριαρχεί στο υποσυνείδητο τους η ιδέα της αποτυχίας της εργασίας τους και της προτροπής για αποστασιοποίηση από τον άρρωστο.

Ο Schwarzkopfetal, 2014, σε έρευνα του αναφέρει τους επτά παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας στις ΜΕΘ. Πρώτη αριθμήσε τη συνεργασία, που απαιτείται για την ορθή εφαρμογή της και ακολούθως την εναπόθεση των ρόλων στις πρακτικές του τέλους ζωής. Η ευθύνη και το βάρος του ρόλου, συχνά δημιουργούν άγχος και αίσθημα αμφιβολίας στους επαγγελματίες υγείας. Ως τρίτο παράγοντα ανέφερε τις σχετιζόμενες με τη δουλειά ελλείψεις της επικοινωνίας. Είναι γεγονός ότι μέσω της επικοινωνίας επιτυγχάνεται η ολοκλήρωση των διαδικασιών ομαλότερα και αποτελεσματικότερα. Όταν αυτή η διαδικασία διακοπεί με αιτία τη δουλειά, οι νοσηλευτές παρουσίαζαν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό και διακοπή του συνειρμού σκέψης. Ως τέταρτο παράγοντα έθιξε την ψυχολογική στήριξη. Θα ήταν ευεργετικό οι νοσηλευτές να τηρούσαν συστηματικό πρόγραμμα επίσκεψης σε ψυχολόγο, λόγω της δύσκολης φύσης της δουλειάς τους και τα σοβαρά περιστατικά που αντιμετωπίζουν

καθημερινά. Ακόμη, η δημιουργία κύκλου ομάδας συζητήσεων θα επέφερε ουσιαστικά αποτελέσματα, αφού μέσα από τη συζήτηση θα λυνόταν αρκετές απορίες και θα επερχόταν η ανακούφιση ως προς τους τυχόν ενδοιασμούς και κωλύματα. Στην έρευνα αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν το άγχος που δημιουργείται όταν συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης απόφασης. Αρκετοί νοσηλευτές νιώθουν τύψεις και καταπάτηση των αρχών της ισότητας όταν λαμβάνουν μέρος σε τέτοιες αποφάσεις (Schwarzkopfetal, 2014).

Αναμφίβολα ο φόρτος της εργασίας επιβαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη δημιουργία στρες και σε συνδυασμό με την ανάληψη πρωτοβουλίας το εντείνει (Schwarzkopfetal, 2014). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας συχνά οδηγεί στην δημιουργία λαθών, με αντίκτυπο στον ασθενή και ο νοσηλευτής αναπτύσσει το αίσθημα ενοχής μετέπειτα. Εκ παραλλήλου, η ανάληψη πρωτοβουλίας χωρίς την απαραίτητη κατοχύρωση προεκτείνει τα αρνητικά συναισθήματα. Σε μια άλλη έρευνα για την ψυχολογική εξουθένωση νοσηλευτών ΜΕΘ κατά τις πρακτικές του τέλους ζωής, ο Gelinasetal, 2012, αναφέρει την οργάνωση ειδικότερα την έλλειψη της επαρκούς προσέγγισης στην ανακουφιστική φροντίδα, τη δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, την έλλειψη συνέχειας υποστήριξης της ζωής και τις αντικρουόμενες απαιτήσεις. Ο νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ του γιατρού και της οικογένειας του ασθενή. Στις περιπτώσεις όπου η γνώμη του γιατρού δεν συμβαδίζει με τη γνώμη τη οικογένειας του ασθενή, αυτός έχει τον καθοριστικό ρόλο για την συνέχιση της θεραπείας.

Οι Zhangetal, (2012), περιγράφουν την ανεπαρκή διάθεση χρόνου για τη σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων, την αντίληψη του ασθενή και την περιπλοκότητα των συμπτωμάτων σαν εμπόδια για την παροχή της ποιοτικής παρηγορητικής θεραπείας. Αρκετές φορές παρατηρούνται εμπόδια που καθυστερούν ή δεν προάγουν την ανακουφιστική φροντίδα. Όσο αφορά στους επαγγελματίες υγείας συνήθως τα εν λόγω εμπόδια είναι συναισθηματικά, νομικά και γνωσιολογικά. Η αδημονία για βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης του ασθενή και η τοποθέτηση αρκετά ψηλού προτύπου, οδηγεί αναπόφευκτα στην απογοήτευση αν δεν επιτευχθούν οι στόχοι και στην περαιτέρω καταπόνηση του ασθενή, μέχρι να γίνει αντιληπτό ότι η θεραπεία είναι μάταιη.

Στα κυπριακά δρώμενα, η έλλειψη εκπαίδευσης και των γνωσιολογικών μοντέλων επιτείνει την επαγγελματική ανασφάλεια, αφού δημιουργεί χάσμα μεταξύ των εφαρμόσιμων πρακτικών και της ελλιπής γνώσης. Επιπλέον, λόγω της απουσίας εξειδίκευσης στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας παρατηρείται έλλειψη του κατάλληλου σχεδιασμού και της στοχευόμενης αξιολόγησης

της κατάστασης του ασθενή. Με τη μη σωστή αξιολόγηση ο ασθενής αρκετές φορές στερείται του δικαιώματος της ανακουφιστικής φροντίδας λόγω της μη έγκυρης διάγνωσης.

Τέλος, η ανεπάρκεια εδραιωμένης και τεκμηριωμένης ενημέρωσης υποθάλπουν για το σκεπτικισμό εφαρμογής της ανακουφιστικής φροντίδας.

2.2.Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.

Αρκετές έρευνες άρχισαν να ξεπροβάλουν για το γνωστικό υπόβαθρο των νοσηλευτών όσο αφορά την ανακουφιστική φροντίδα.

Οι περισσότερες έρευνες θίγουν την ελλιπή εκπαίδευση και το μειωμένο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, όσον αφορά την ανακουφιστική φροντίδα. Ως σωστοί επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να είναι σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη σωματική και ψυχολογική φροντίδα τόσο στον ασθενή, όσο και στους συγγενείς τους με την κατάλληλη εκπαίδευση. Ο κύριος λόγος της έλλειψης αυτής της εκπαίδευσης πιστεύεται ότι είναι η απουσία των συγκεκριμένων μαθημάτων κατά το πρόγραμμα σπουδών, τα οποία να ενημερώνουν και να καθοδηγούν τους μελλοντικούς νοσηλευτές για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων. Επιπλέον, ένας νοσηλευτής οφείλει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα επακόλουθα μιας ανακουφιστικής φροντίδας και να είναι γνώστης και ακολούθως υποστηρικτής της ψυχολογικής κατάστασης των συγγενών του ασθενή

Στην Ταϊλάνδη το 2013 δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 247 νοσηλευτικούς λειτουργούς για να βάλουν σε πρωταρχική σειρά ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους, τι είναι το πιο σημαντικό κομμάτι της ανακουφιστικής φροντίδας (Doorembos, 2013). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο κύριες τάσεις είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ιδιωτικότητας, η εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης, η καταπολέμηση του πόνου, η διατήρηση μιας αρμονικής σχέσης μέσω της επικοινωνίας και τέλος η αντιμετώπιση της δύσπνοιας.

Στην Ουγγαρία, το 2014, ο Braden, (2011), σε μια ανασκόπηση του για τις αντιδράσεις του προσωπικού σε περιπτώσεις ανακουφιστικής φροντίδας σε 90 νοσοκομεία έδειξε ότι ζητήματα νομικά, οικονομικά και εκπαιδευτικά δεν καθιστούν δυνατή την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, για καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενή που πεθαίνει.

Στην Κέννα το 2011, μια άλλη έρευνα, που σκοπό είχε την παροχή καλύτερης ποιότητας ανακουφιστικής φροντίδας έδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίοι συνέρχονται μετά από νοσηλεία τους σε μονάδες ΜΕΘ, αναφέρουν ότι παρατήρησαν ελλείψεις σε ότι αφορά τον σωματικό, τον συναισθηματικό, τον πνευματικό και τον κοινωνικό τομέα (Jaykumar, 2013).

Στο University of Chicago, ο Pateletal, 2012, σε ποιοτική μελέτη, με δείγμα 4 ομάδων, οι οποίες αποτελούνταν από 5 νοσηλευτές με 10ετή εμπειρία σε τμήμα ΜΕΘ, διέκριναν ότι οι νοσηλευτές υστερούσαν στην ικανότητα να προσδιορίσουν την κατάσταση του αρρώστου, στην άσκηση κριτικής, στις διοικητικές ικανότητες, στην έλλειψη της στοιχειώδους πολιτικής και στην εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών και τέλος στημόρφωση.

Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τις αναμνήσεις των ασθενών που είχαν εμπειρία σε κάποια ΜΕΘ, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι συμπεριλαμβάνονταν η δίψα, η πείνα, η κόπωση, ο φόβος, η ανησυχία, η δύσπνοια, η σύγχυση και κυρίως ο πόνος που είναι ίσως το πιο σημαντικό πρόβλημα που φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Kleinetal, 2010). Ο πόνος είναι ένα συχνό φαινόμενο σε ανθρώπους που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα και τα συμπτώματα συνήθως συμβαίνουν ταυτόχρονα, αναφέρει ο Goebeletal, 2009. Γενικά, ο πόνος αναγνωρίζεται ως μια πολυδιάστατη εμπειρία με αισθητικές, συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές διαστάσεις. Ως αισθητηριακή εμπειρία σε ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική θεραπεία ή βρίσκονται στο τέλος της ζωής, ο πόνος για πολλούς είναι μέτριος ως σοβαρής έντασης (Murshadetal2006, Faduletal2008, Goebeletal 2009). Η αντιμετώπιση του πόνου και των συμπτωμάτων είναι ανεπαρκής σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους (Tetoetal, 2007, Shegaetal, 2008).

Ο Moiretal, 2015, σε έρευνα τους, με δείγμα 60 νοσηλευτών που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα, βρήκε ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εμπειρίας ήταν πιο άνετοι στην ανάπτυξη συζήτησης με τις οικογένειες των ασθενών ($p=0,02$). Επίσης, οι Jorsetal, 2015, σε μια ποιοτική έρευνα, με δείγμα 675 επαγγελματίες υγείας (483 νοσηλευτές, 167 γιατροί, 25 διάφοροι επαγγελματίες υγείας), διαπίστωσαν ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ζητούσαν πιο

ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα και την αύξηση εκμάθησης τεχνικών επικοινωνίας και δεξιοτήτων, για την παροχή της.

Σε έρευνα του οι Sharma et al, από το 1992 – 2003 σε πελάτες της ασφαλιστικής εταιρείας Medicare βρήκαν ότι η χρήση της ΜΕΘ σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις αυξήθηκε κατά 5,8%.

Στην Ευρώπη έχουν λάβει χώρα μελέτες που έχουν τεκμηριώσει ότι οι νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να προσφέρουν φροντίδα για τους ασθενείς σε πόνο. Αρκετοί λόγοι έχουν εντοπιστεί ως ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης, της απουσίας του περιεχομένου του στα προγράμματα σπουδών για τη διαχείριση του πόνου, και των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πόνο (Stohley, 2010).

Σε έρευνα τους οι Proctor et al, 2013, στην Αυστραλία χρησιμοποίησαν το ίδιο ερευνητικό εργαλείο με την παρούσα έρευνα (PCQN) σε 247 νοσηλευτές και διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας και εμπειρίας με την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας είχαν πιο πολλές σωστές απαντήσεις από τους νεοεισερχομένους. Διαπίστωσαν ότι υπάρχει έλλειψη της γνώσης για τον έγκαιρο εντοπισμό των πολύπλοκων συμπτωμάτων που κατευθύνουν στην ανακουφιστική φροντίδα και ότι η εκμάθηση της γίνεται μόνο μέσα από την κλινική πρακτική.

Σε έρευνα που έλαβε χώρα στην Κορέα με 368 νοσηλευτές, με τη χρήση του ίδιου ερευνητικού εργαλείου (PCQN), φάνηκε ότι οι νοσηλευτές με προϋπάρχον μόρφωση σε ότι αφορά το τέλος της ζωής είχαν μέσο όρο σωστών απαντήσεων 9,57 σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν με μέσο όρο σωστών απαντήσεων 8,47 (Choi et al, 2012). Οι ερευνητές εισηγήθηκαν τη συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα, ως τρόπο για την ορθότερη εφαρμογή της (Choi et al, 2012).

Οι Abudari et al, 2014, διεξήγαγαν έρευνα στην Σαουδική Αραβία με δείγμα 395 νοσηλευτές με συνδυασμό δύο ερευνητικών εργαλείων που διερευνούσαν τις στάσεις και τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα. Το πρώτο εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο PCQN και το δεύτερο αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο Frommelt Attitude Towards Care of the Dying Scale (FATCOD). Στα ευρήματα της έρευνας φάνηκε ότι οι νοσηλευτές παρουσίασαν θετική στάση για την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας,

αλλά αρκετές ελλείψεις σε ότι αφορούσε τις γνώσεις. Οι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία και εκπαίδευση είχαν πιο πολλές σωστές απαντήσεις.

Οι Kassaetal, 2014, σε έρευνα τους στην Αιθιοπία με δείγμα 341 νοσηλευτών με συνδυασμό τριών ερευνητικών εργαλείων (PCQN, FATCOD, ερωτήσεις που αφορούσαν την πρακτική άσκηση) βρήκαν ότι οι 104 (30,5%) είχαν καλή γνώση της ανακουφιστικής φροντίδας και 259 (76%) παρουσίαζαν θετική στάση για την εκμάθησή της. Ποσοστό της τάξης 76,2% παρουσίασε ελλιπή εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ όλοι οι νοσηλευτές λάμβαναν υπόψη τις πνευματικές και σωματικές ανάγκες των ασθενών.

Η δημιουργός του ερωτηματολογίου Rossetal, 1996, σε έρευνα της στον Καναδά με δείγμα 396 φοιτητών της νοσηλευτικής (n=147), καταχωρημένων υποψήφιων νοσηλευτών (n=53), εγγεγραμμένων νοσηλευτών (n=155) και πρακτικών νοσηλευτών (n=41) εισηγείται την στοχευόμενη μόρφωση των νοσηλευτών για τις πεποιθήσεις και την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας. Το ψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων φάνηκε να είχαν οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές με 75%, σε αντίθεση με τους φοιτητές με 46%, τους καταχωρημένους υποψήφιους νοσηλευτές με 65% και των πρακτικών με 60%.

Οι περισσότερες έρευνες θίγουν την ελλιπή εκπαίδευση και το μειωμένο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, όσον αφορά την ανακουφιστική φροντίδα. Ως σωστοί επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να είναι σε θέση να παρέχουν την κατάλληλη σωματική και ψυχολογική φροντίδα τόσο στον ασθενή, όσο και στους συγγενείς τους με την κατάλληλη εκπαίδευση. Ο κύριος λόγος της έλλειψης αυτής της εκπαίδευσης πιστεύεται πως είναι η απουσία των συγκεκριμένων μαθημάτων κατά το πρόγραμμα σπουδών, τα οποία να ενημερώνουν και να καθοδηγούν τους μελλοντικούς νοσηλευτές για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων. Επιπλέον, ένας νοσηλευτής οφείλει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα επακόλουθα μιας ανακουφιστικής φροντίδας και να είναι γνώστης και ακολούθως υποστηρικτής της ψυχολογικής κατάστασης των συγγενών του ασθενή.

Κεφάλαιο 3

Palliative Care Quiz for Nursing

Σε έρευνα που διεξήγαγε η Dr. Margaret Ross, (1996) με σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για την ανακουφιστική φροντίδα στη ΜΕΘ, δημιούργησε ένα ερωτηματολόγιο το Palliative Care Quiz for Nursing. Μέσω αυτής της έρευνας δίνει το έναυσμα για την αξιολόγηση και την τροποποίηση της εκπαιδευτικής ύλης. Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στον τομέα που ερευνούμε, αξιόπιστο και ταυτόχρονα στοχεύει στην ανέλιξη της εκπαίδευσης και τις παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει. Μέσα από την έρευνα της βρέθηκε ότι, οι νοσηλευτές με περισσότερη πείρα είχαν περισσότερες γνώσεις για την ανακουφιστική φροντίδα (75% σωστές απαντήσεις) από ότι οι νεοεισερχόμενοι (65% σωστές απαντήσεις). Η αξιοπιστία του εργαλείου μετρήθηκε μέσω επιτροπής εμπειρογνομόνων και συμβουλευτικής ομάδας, σε όλες τις φάσεις σύνταξης του ερωτηματολογίου. Ακολούθως, έγινε η ανάπτυξη του εννοιολογικού πλαισίου (μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης), το t-test και η πιλοτική εφαρμογή του. Ο δείκτης συσχέτισης ήταν 0,20 και ο δείκτης συνοχής Kuder-Richarson 0,78.

3.1. Επεξήγηση ερωτήσεων ερωτηματολογίου

Στην πιο κάτω παράγραφο επεξηγείτε το ερωτηματολόγιο δίνοντας μια λεπτομερή επισκόπηση των ορθών απαντήσεων του ερωτηματολογίου. Ο πίνακας 3.1. συμπεριλαμβάνει τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μαζί με τις ορθές απαντήσεις.

Πίνακας 3.1.

Σωστές Ερωτήσεις ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Ορθή απάντηση
1. Η παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις για μια φθίνουσα πορεία της υγείας του ασθενή ή επιδείνωσης.	Λάθος
2. Θεωρείται ότι η μορφίνη είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά σε σύγκριση της αναλγητικής δράσης με άλλα οπιοειδή.	Σωστό
3. Η βαρύτητα της νόσου καθορίζει τη μέθοδο θεραπείας πόνου	Λάθος
4. Οι επικουρικές (συμπληρωματικές) θεραπείες είναι σημαντικές στη διαχείριση του πόνου.	Σωστό
5. Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμείνουν δίπλα στον ασθενή μέχρι να έρθει ο θάνατος	Λάθος
6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής, η υπνηλία που σχετίζεται με διαταραχή των ηλεκτρολυτών μπορεί να μειώσει την ανάγκη για καταστολή.	Σωστό
7. Η εξάρτηση από οπιοειδή είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, όταν η μορφίνη χρησιμοποιείται μακροπρόθεσμα για τη διαχείριση του πόνου.	Λάθος
8. Τα άτομα τα οποία λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει να ακολουθούν θεραπευτική αγωγή για την ορθή λειτουργία του εντέρου.	Σωστό
9. Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση	Λάθος

10. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ζωής, φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας.	Σωστό
11. Οι άνδρες γενικά συμβιβάζονται με τη θλίψη πιο γρήγορα από ότι οι γυναίκες	Λάθος
12. Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας είναι συμβατή με αυτή της επιθετικής θεραπείας.	Σωστό
13. Η χρήση εικονικού αναλγητικού/placebo είναι κατάλληλη για τη θεραπεία ορισμένων εκφάνσεων πόνου.	Λάθος
14. Σε υψηλές δόσεις η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και εμετό από ότι η μορφίνη.	Σωστό
15. Η καταπόνηση και ο σωματικός πόνος είναι συνώνυμα	Λάθος
16. Η πεθιτίνη δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό στον έλεγχο του χρόνιου πόνου	Σωστό
17. Η συσσώρευση των θανάτων οδηγεί αναπόφευκτα στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι ψάχνουν εργασία σε τμήματα που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα	Λάθος
18. Οι εκδηλώσεις χρόνιου πόνου είναι διαφορετικές από εκείνες του οξέως πόνου.	Σωστό
19. Η απώλεια μιας σχέσης εξ αποστάσεως ή αμφιλεγόμενης σχέσης είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας η οποία είναι κοντινή ή οικεία.	Λάθος
	Σωστό

20. Η ανοχή στον πόνο μειώνεται λόγω άγχους ή κόπωσης	
---	--

Με βάση τις ενδεικνυόμενες απαντήσεις της δημιουργού η απάντηση στην ερώτηση 1 είναι **λάθος**. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των υπηρεσιών της ανακουφιστικής φροντίδας, που δημοσιεύτηκαν στο HealthandWelfareCanada (1989), τα άτομα που λαμβάνουν επιθετικές θεραπείες, όπως οι χρόνιοι ασθενείς, με AIDS και με συγκεκριμένου τύπου καρκίνου, όπου δεν υπάρχει η ελπίδα για θεραπεία, μπορούν να λαμβάνουν την υποστηρικτική θεραπεία της ανακουφιστικής φροντίδας, ξεκινώντας από το στάδιο της διάγνωσης. Μια τέτοια φροντίδα μπορεί να μειωθεί, όταν η θεραπεία επιτύχει και εδραιωθεί ένα σταθερό στάδιο μιας αξιοπρεπούς ποιότητας ζωής. ODoyleetal, 1993, επισήμαναν ότι ο στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η παροχή της καλύτερης δυνατής ποιότητας της για τον ασθενή και την οικογένεια του.

Η σωστή απάντηση στην ερώτηση 2 ήταν το **σωστό**. Η χορήγηση οπιούχων ή άλλων κατασταλτικών φαρμάκων ενέχει τον κίνδυνο επίσπευσης του θανάτου, λόγω της καταστολής του αναπνευστικού κέντρου (Κρανιδιώτης και συν, 2010), ενώ άλλες μελέτες δείχνουν ότι η σωστή χρήση των οπιοειδών με την προσεκτική τιτλοποίηση των δόσεων, δεν τον επισπεύδει (Sykes, 2003, Chanetal, 2004). Σύμφωνα όμως με την αρχή του διπλού αποτελέσματος, η χρήση τους είναι επιτρεπτή, αφού αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και όχι στη θανάτωση του ασθενή, ενώ ο λόγος που την επιτάσσει είναι αρκούντως σοβαρός (Champell, 2008). Η απάντηση στη ερώτηση 3 ήταν το **λάθος**, καθώς σύμφωνα με τον Coyleetal, 1990, η σοβαρότητα του πόνου καθορίζει τη δόση του φαρμάκου και ο τρόπος δοσολογίας καθορίζεται από την ικανότητα του ασθενή να καταπιεί, την παρουσία εντερικής απόφραξης, την ανικανότητα διαχείρισης των οπιοειδών από το στόμα ή ακόμη και της ανεπαρκούς αναλγησίας η οποία χορηγείται από το στόμα.

Η ενδεικνυόμενη απάντηση στην ερώτηση 4 ήταν το **σωστό**. Η Κοινότητα των Νοσηλευτών Ογκολογίας (OncologyNursingSociety 1990) δίνει έμφαση στην σημαντικότητα της χρήσης επιπλέον αναλγητικών (αντικαταθλιπτικών, αντιεμετικών) και μέτρων που δεν αφορούν την

φαρμακευτική αγωγή, όπως η εκπαίδευση των ασθενών και η χαλάρωση τους μέσα στα πλαίσια της διαχείρισης και του ελέγχου του πόνου. Επιπλέον οι μη φαρμακευτικές τεχνικές ενδέχεται να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα του ελέγχου του πόνου σε συνδυασμό με τις δυο προαναφερόμενες τεχνικές και με τα αναλγητικά (Degner&Berkwell, 1991). Η Finlayetal, 1996, σε έρευνα της βρήκε ότι η υπνοθεραπεία βελτίωσε την αντιμετώπιση της ασθένειας σε 61% του δείγματος.

Η απάντηση της ερώτησης 5 ήταν το **λάθος**. Δεν είναι εφικτό να γενικευτεί η αναγκαιότητα της παραμονής στο πλευρό του ασθενή. Η συνεχής επαγρύπνηση της οικογένειας είναι εξαντλητική. Ίσως κάποιες φορές να χρειαστεί η παροχή άδειας για την οικογένεια για να μην μένουν εκεί (Kanye, 1990). Θα ήταν χρήσιμη η σύνταξη πρότασης ενός προγράμματος επισκέψεων εκ περιτροπής, οπότε θα εξασφαλιζόταν ο απαραίτητος χρόνος για ξεκούραση για όλα τα μέλη της οικογένειας, καθώς ο χρόνος παραμονής στη ζωή ενός ασθενή με μερική συνείδηση δεν είναι υπολογίσιμος.

Η απάντηση στην ερώτηση 6 ήταν το **σωστό**. Ο Fainsinger&Bruera (1991), υποστήριξαν ότι η μείωση των υγρών και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών δρα ως φυσικό αναισθητικό για το κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την μείωση του επιπέδου συνείδησης, του πόνου και εν τέλει την ανάγκη για καταστολή.

Η σωστή απάντηση στην ερώτηση 7 ήταν το **λάθος**. Ο Kanye, 1990, αναφέρει ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο δεν μπορούν να εθιστούν στη μορφίνη, καθώς όταν ο πόνος εξαλείφει ακόμη και όταν η μορφίνη χρησιμοποιείται για αρκετούς μήνες, μπορεί να διακοπεί χωρίς σημεία στερητικού συνδρόμου. Επιπλέον, οι ασθενείς με ανίατες νόσους μπορούν να διαβεβαιωθούν ότι αν γίνει σωστή η χρήση της μορφίνης, δεν θα επέλθει εθισμός (Twycross&Lack 1983,McCafferyetal,1990,Harvileyetal, 1992). Όσο αφορά στον έλεγχο του βάθους της καταστολής ο Πέτρος και συν, 2014, αναφέρει ότι τα οπιοειδή έχουν συνεργική δράση με τα αναισθητικά στην επίτευξη ενός δεδομένου βάθους αναισθησίας. Σε μικρή δοσολογία έχουν περιορισμένη επίπτωση στη διαμόρφωση του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, καθώς η δράση τους κατευθύνεται κυρίως στον νωτιαίο μυελό. Αντιθέτως, όταν η χορήγηση τους δίνεται σε μεγάλες δόσεις η επίπτωση στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί να είναι καίρια, κυρίως λόγω της αύξησης της ισχύος του σήματος (Bowdleetal, 1989).

Στην ερώτηση 8, η ενδεικτική απάντηση ήταν το **σωστό**. Ο Craneetal, 1990, συνιστούν ότι όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιούχα αναλγησία πρέπει να ξεκινούν αγωγή για την ορθή λειτουργία του εντέρου. Στους λόγους συγκαταλέγονται ότι οι δεσμευτικοί παράγοντες των ναρκωτικών μπαίνουν στους υποδοχείς μέσα στο γαστρεντερικό σύστημα με αποτέλεσμα να προκαλείται μειωμένη περισταλτικότητα των εντέρων καθώς και μείωση των εκκρίσεων (Havileyetal, 1992). Στο Καναδικό πρόγραμμα σπουδών πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα, η McDonald (1991) αναφέρει ότι αυτός ο οποίος θα γράψει την οδηγία για τα ναρκωτικά θα πρέπει, αν δεν υπάρχει αντένδειξη, να γράψει και μια οδηγία για καθαρτικά.

Η απάντηση στην ερώτηση 9, ήταν το **λάθος**. Η παροχή της ψυχολογικής υποστήριξης, της ενεργητικής ακοής και της ενθάρρυνσης αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής κλινικής νοσηλευτικής πράξης. Διατηρώντας τη συναισθηματική αποστασιοποίηση δεν είναι εφικτή η εφαρμογή της. Ο Schaefer&Block, 2009, αναγνώρισαν τους τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση στην παραμονή του ασθενή στη ΜΕΘ, την ουσιαστική επικοινωνία, την επιδέξια συζήτηση για την πρόγνωση και την αποτελεσματική κοινή λήψη των αποφάσεων. Ο Morissonetal, 2004, υποστήριξαν και μία τέταρτη προσέγγιση, την ενεργητική ακοή, αφού αναγνώρισαν ότι είναι μια σημαντική παράμετρος για την ικανοποίηση της οικογένειας.

Στην ερώτηση 10 η σωστή απάντηση ήταν το **σωστό**. Η μορφίνη ελαττώνει τις ακατάλληλες και τις εκτεταμένες αναπνευστικές κινήσεις, που αποτελούν το χαρακτηριστικό της δύσπνοιας (Kanye, 1990). Η δύσπνοια πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη χρήση οπιοειδών, όπως αντιμετωπίζεται ο πόνος με την χρήση οπιούχων (McDonald,1991). Οι Twycross&Lack (1983) σε έρευνα τους, κατέγραψαν ότι η θειική μορφίνη η οποία χορηγείται από το στόμα, αποτελεί ακίνδυνο αναλγητικό για τον χρόνιο πόνο στον καρκίνο, ακόμα και σε εκείνους με ήδη προϋπάρχουσα αναπνευστική νόσο.

Στην ερώτηση 11 η προτεινόμενη απάντηση ήταν το **λάθος**. Η σοβαρότητα του πένθους εξαρτάται από τον βαθμό της σύνθεσης του ατόμου. Παρόλο που οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες, λόγω της σύνθεσης τους να εστιάζουν περισσότερο στις διαπροσωπικές σχέσεις, από ότι οι άντρες, συχνά αυτό το χαρακτηριστικό δρα ως πλεονέκτημα στη διαδικασία του πένθους. Παράγοντες εκτός από το φύλο, όπως η φύση της σχέσης, η ηλικία, η υγεία και ο τρόπος της αντιμετώπισης καθορίζουν την έκβαση του πένθους (McHoney&Mor, 1998).

Η απάντηση στην ερώτηση 12 ήταν **σωστό**. Σκοπός της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή και η απάλειψη πάσης φύσεως πόνου και βασάνων (Garanis, 2010), η διαχείριση των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των πνευματικών προβλημάτων (Doyleetal, 1993). Η παρηγορητική αγωγή προχωρεί πέραν της επιθετικής συμπτωματικής θεραπείας.

Στην ερώτηση 13 η ορθή απάντηση ήταν το **λάθος**. Στις ΜΕΘ δεν χρησιμοποιείται το placebo, λόγω του ότι ο πόνος είναι το πιο συχνό και πραγματικό, όπως περιγράφεται από τους ασθενείς, σύμπτωμα των νοσηλευόμενων. Σύμφωνα με τους McCaffery&Beebe (1990), υπάρχει ουσιαστική υποστήριξη στη βιβλιογραφία σχετικά με την ακαταλληλότητα της χρήσης των εικονικών φαρμάκων για τη θεραπεία του πόνου.

Στην ερώτηση 14 η απάντηση ήταν το **σωστό**. Σε έρευνα τους οι McCaffery&Beebe, 1990, παρατήρησαν ότι η κωδεΐνη είναι πιο τοξική σε ψηλές δόσεις από ότι η μορφίνη, προκαλώντας περισσότερη ναυτία, εμετό και δυσκοιλιότητα.

Στην ερώτηση 15 η απάντηση που προτείνεται από την δημιουργότου ερωτηματολογίου, ήταν το **λάθος**. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο πόνος συνδέεται με την επίδραση όλων των συμπτωμάτων που βιώνει ένας ασθενής, όχι μόνο η παρουσία του πόνου αλλά και των άλλων διαστάσεων της συνύπαρξης με την ασθένεια, είτε είναι ασθένεια τελικού σταδίου ή όχι. (Twycross&Lack 1983).

Η ορθή απάντηση της ερώτηση 16 ήταν το **σωστό**. Ο Craneetal (1990) συνιστούν να μην χρησιμοποιείται η πεθιδίνη για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου, λόγω του ότι έχει μικρή διάρκεια δράσης, δημιουργεί την τοξική μεταβολική νορμεπεριδίνη και ερεθίζει τον υποδόριο ιστό σε συνεχή έγχυση της (Kaye 1990). Η OncologyNursingSociety, το 1990, σημειώνει ότι ο μεταβολίτης της μεπεριδίνης, η νορμεπεριδίνη, συνδέεται με υψηλό κίνδυνο νεφροτοξικότητας, ειδικά αν χρησιμοποιείται για περισσότερες από τρεις μέρες.

Η απάντηση της ερώτησης 17, ήταν το **λάθος**. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προέρχεται από τη διάχυση, την διαφοροποίηση και των εντάσεων στο εσωτερικό της νοσηλευτικής (Grove, 1991). Άλλες μελέτες εστιάζουν στο κυκλικό ωράριο εργασίας (Κορομπέλη και συν, 2006), ως παράγοντας ανάπτυξης του συνδρόμου. Το πρόβλημα της κόπωσης στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας θα ήταν πιο καλά τοποθετημένο σε ένα

μοντέλο που θα σχετίζονταν με το περιβάλλον της δουλειάς, την προαγωγή της ιδεολογίας περί παραγωγικότητας, της αποτελεσματικότητας και του κόστους – αποτελεσματικότητας (Bainesetal, 1991).

Η ορθή απάντηση στην ερώτηση 18 ήταν το **σωστό**. Ο ασθενής με χρόνια πόνο συμβιβάζεται και μαθαίνει να ζει μαζί του με το πέρασμα του χρόνου. Ο χρόνιος πόνος έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επίπτωσης στη ψυχολογική ευεξία του ασθενή (Dicks 1990). Ο οξύς και ο χρόνιος πόνος είναι διαφορετικές οντότητες (Twycross&Lack 1983). Ο οξύς πόνος συνοδεύεται από μια ανταπόκριση της μάχης ή φυγής (Fightorflight).

Στην ερώτηση 19 η απάντηση ήταν το **λάθος**. Είναι ανέφικτο να προβλέψουμε τις επιπτώσεις μιας απώλειας, καθώς emπίπτει στις προσωπικές πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές και τις προσαρμογές της ζωής του κάθε ατόμου. Οι McHorney&Mor (1998) ανέφεραν ότι τα άτομα με συγγένεια αίματος, ηλικίας, ή προηγούμενης κακής φυσικής και ψυχικής υγείας, η οικογενειακή ένταση και η δυσαρέσκεια των επιζώντων που είχαν ικανότητες να τους περιθάλψουν κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης ήταν οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την κακή έκβαση μετά από το πένθος.

Τέλος, στην ερώτηση 20 η σωστή απάντηση ήταν το **σωστό**. Ο καταβεβλημένος ασθενής παρουσιάζεται πιο ανήσυχος και ευαίσθητος, λόγω των φυσικών μηχανισμών άμυνας, που έχουν εξουθενωθεί. Η βιβλιογραφία αναφέρει την παρουσία παραγόντων που ρυθμίζουν την ευαισθησία του πόνου, όπως είναι το άγχος και η κόπωση (Kaye 1990).

3.2. Χρήση του ερευνητικού εργαλείου σε άλλες έρευνες

Έχουν διεξαχθεί ακόμη δύο έρευνες με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο στην Αιθιοπία από τον Kassaetal, (2014), και στον Καναδά από την Rossetal, (1996). Μετά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας θα συγκριθούν τα αποτελέσματα με τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνών. Στο σύνολο και οι τρεις έρευνες βρήκαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών όσο αφορά την ανακουφιστική φροντίδα, αλλά θετική στάση των νοσηλευτών για την εκμάθηση της. Επίσης, και οι τρεις έρευνες βρήκαν ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές ένιωθαν πιο άνετοι στην άσκηση της και γνώριζαν περισσότερα.

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογία

Αυτή η έρευνα διεκπεραιώθηκε στη ΜΕΘ του Γενικού νοσοκομείου Λεμεσού, η οποία χωρίζεται σε δύο σταθμούς όπου στον πρώτο φιλοξενούνται μόνο τα καρδιολογικά περιστατικά και στο δεύτερο όλες οι άλλες παθήσεις. Αποτελείται από τρεις εντατικολόγους, έξι καρδιολόγους, 47 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό στην Καρδιολογική Εντατική και 51 στη Εντατική Β.

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 1, η έρευνα μελετά τις δεξιότητες σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο των νοσηλευτών της ΜΕΘ (γενικής και καρδιολογικής) του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, όσο αφορά την ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών. Σε τέτοια τμήματα αναμένεται να είναι αρκετά ψηλό, λόγω της συχνής εντριβής τους σε αυτές τις καταστάσεις. Η διατήρηση της αξιοπρέπειας και η παροχή της φροντίδας για την βέλτιστη ποιότητα της ζωής του ασθενή, απαιτούν τον πρωταρχικό στόχο για το νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1.Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών της ΜΕΘ και ακολούθως να θίξει τα ζητήματα τα οποία αφορούν την τροποποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Ακόμη η έρευνα θα διαλευκάνει τις όποιες παρερμηνείες υπάρχουν περί του θέματος και θα διαφανούν οι κανόνες ηθικής που διέπουν την ανακουφιστική φροντίδα.

Οι παράγοντες που διερευνηθήκαν σε προσωπικό επίπεδο ήταν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας και τα χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανακουφιστική φροντίδα.

Η έρευνα στοχεύει να αποδείξει το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα, ακολούθως να διαφανούν οι όποιες ελλείψεις στον τομέα της εκπαίδευσης και εν τέλει να συγκρίνει τις γνώσεις των πεπειραμένων νοσηλευτών με τους νεότερους. Έτσι θα γίνει περισσότερο αντιληπτή η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας, θα διορθωθούν οι τυχόν λανθασμένες απόψεις και τακτικές όσον αφορά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, της νοσηλευτικής φροντίδας και της κατανόησης της διαδικασίας.

4.2.Υλικό και μέθοδος

Στη παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελείτο από 83 νοσηλευτές, ηλικίας από 22 έως άνω των 50 ετών. Αρχικά δόθηκαν είκοσι ερωτηματολόγια για να ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονταν στο τελικό δείγμα. Από τους 91 νοσηλευτές που περιλαμβάνονται στη ΜΕΘ, οι 8 δεν απάντησαν.

Η έρευνα αποτελεί μια συγχρονική έρευνα (crosssectionalstudy) η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2015 έως και τον Μάιο του 2015.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις δύο ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός έχει επιλεγεί, λόγω του ότι έρχεται συχνά σε επαφή με την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας και αναμένεται να γίνει η σύγκριση των γνώσεων των πεπειραμένων νοσηλευτών με τους νεότερους. Στα κριτήρια αποκλεισμού ήταν η ύπαρξη εμπειρίας κάτω των 3 χρόνων και το ελάχιστο επίπεδο σπουδών το ανώτατο.

4.2.1. Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο της έρευνας αποτελεί το PalliativeCareQuizforNursing, το οποίο σύνταξε η Dr.MargaretM.Ross, από την οποία δεν κατέστη δυνατό η εκχώρηση άδειας της για τη χρήση του, καθώς απεβίωσε. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε από τις αρχές Φεβρουαρίου μέχρι το τέλος Μαρτίου. Το εργαλείο διερευνά το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών σε ότι αφορά στην ανακουφιστική φροντίδα.

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο χωρισμένο σε 2 μέρη. Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο του PalliativeCareQuizforNursing. Μπροστά από το ερωτηματολόγιο υπήρχε γραπτώς ο σκοπός της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας τους, η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων αυτών σε άλλες έρευνες ή για άλλους σκοπούς. Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε η χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, των συχνοτήτων και των σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των γνώσεων των νοσηλευτών και των ερωτήσεων πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα.

Λόγω του ότι το ερωτηματολόγιο είναι γραμμένο στην αγγλική γλώσσα, έγινε μετάφραση του με την μέθοδο forward - backwardtranslation, από την ερευνήτρια με τη βοήθεια της Κ. Ορφανού και του Ρ. Πενταλιώτη, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ και ακολούθως η πιλοτική εφαρμογή του. Στην πιλοτική εφαρμογή έλαβαν μέρος 20 νοσηλευτές από διάφορα τμήματα του νοσηλευτηρίου. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής εφαρμογής έδειξαν ότι οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και στην συνέχεια δόθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ Λεμεσού (91 άτομα) και έγινε καταγραφή των απόψεων τους, για την παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας. Μετά την περισυλλογή των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η σύγκριση των αποτελεσμάτων σχετικά με τα χρόνια της υπηρεσίας τους στο τμήμα, τις

προσωπικές τους πεποιθήσεις, το κατά πόσο γνωρίζουν τις πρακτικές τους τέλους της ζωής και σε ποιο βαθμό.

Ενδεικτικά για να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες προτάσεις από το συνολικό ερωτηματολόγιο για τη σύνθεση των γνώσεων των νοσηλευτών στην ανακουφιστική θεραπεία. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις, με βάση τη δημιουργό του εργαλείου, λάμβαναν βαθμολογία για τη σωστή απάντηση 1 και για τη λάθος απάντηση ή την απάντηση δεν γνωρίζω 0. Η διερεύνηση των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την ανακουφιστική φροντίδα, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία και πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση παραμετρικού τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA). Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρούνται ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο SPSS Statistics version 19.

4.2.2. Σχεδιασμός

Η έρευνα είχε ανταπόκριση στις δεοντολογικές αρχές καθώς τηρήθηκε η ασφάλεια, η ανωνυμία και η εχεμύθεια ως προς τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για την παρούσα έρευνα.

Ο ερευνητής ήταν υπεύθυνος για την συλλογή, την καταγραφή και την παρακολούθηση της διαδικασίας. Μαζί με τα ερωτηματολόγια δινόταν ένα ενημερωτικό φυλλάδιο στο οποίο εξηγούνταν ο σκοπός της έρευνας και η διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια βρίσκονταν σε φάκελο ο οποίος τοποθετήθηκε στο γραφείο της προϊστάμενης του τμήματος.

Όταν συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, τοποθετήθηκαν σε κάλλη, όπου με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η προστασία των δεδομένων. Επιπλέον, εξασφαλίστηκε η ανωνυμία και η

συλλογή των ερωτηματολογίων καθώς ήταν σε τυχαία σειρά, αφού συμπληρώνονταν από το προσωπικό σε διάφορες ώρες από αυτή του καταλόγου που είναι γραμμένα τα ονόματα τους.

Μετά το τέλος της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, μαζεύτηκαν και καταγράφηκαν οι δοθείσες απαντήσεις, σε ειδικό φάκελο με κωδική ονομασία (HNC-KLS), σε σύστημα του προσωπικού υπολογιστή της ερευνήτριας, όπου κανένας δεν είχε πρόσβαση στη βάση δεδομένων, με αποτέλεσμα να γίνει η στατιστική ανάλυση των δεδομένων για την έρευνα. Μετά την στατιστική ανάλυση, την καταγραφή των δεδομένων και τη συμπλήρωση της έρευνας, ο φάκελος στον οποίο βρίσκονταν καταγραμμένες οι απαντήσεις, καταστράφηκε καθώς επίσης και τα ερωτηματολόγια τα οποία ήταν σε έντυπη μορφή και κλειδωμένα στο συρτάρι του γραφείου εργασίας της ερευνήτριας, από την ίδια την ερευνήτρια.

4.2.3.Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας ο οποίος για διχοτομικές μεταβλητές ονομάζεται KuderRichardsonformula 20 (1=σωστή απάντηση, 0= λάθος απάντηση – δεν γνωρίζω), ισούται με 0,820 ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός.

Έχει γίνει έλεγχος δοκιμασίας επαναδοκιμασίας, για τον αριθμό των σωστών απαντήσεων, σε δείγμα 20 ατόμων σε τυχαίο δείγμα θαλάμων, που σχετίζονται με τη ΜΕΘ. Τον Ιανουάριο του 2015 δόθηκαν τα ερωτηματολόγια για 1^η φορά και με την πάροδο 15 ημερολογιακών ημερών τα ίδια άτομα απάντησαν ξανά το ερωτηματολόγιο. Ο δείκτης συσχέτισης Pearson έχει βρεθεί 0,82 ο οποίος κρίνεται εξαιρετικά ικανοποιητικός.

Στα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη (91 συνολικά), δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και στο δεύτερο μέρος καταγράφηκαν οι γνώσεις τους πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα μέσα από είκοσι ερωτήσεις με σωστές, λάθος και δεν γνωρίζω απαντήσεις.

Η μετάφραση ενός ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένα βήματα έτσι ώστε η μετάφραση του ερωτηματολογίου να είναι έγκυρη και αξιόπιστη, ΠΟΥ,2014. Για να επιτευχθεί η διαφορετικότητα των γλωσσικών εκδοχών του οργάνου πρέπει να είναι εννοιολογικά ισοδύναμο στον κάθε ένα πολιτισμό. Βασίζεται στην εννοιολογική παρά στη γλωσσική ισοδυναμία. Μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδος είναι η χρήση των προς τα μπρος και προς τα πίσω μεταφράσεων. Ο ΠΟΥ,2014, έχει καταγράψει κατευθυντήριες οδηγίες ξεκινώντας με πρώτο στάδιο την μετάφραση προς τα εμπρός, την σύνταξη της επιτροπής των εμπειρογνομόνων για την προς τα πίσω μετάφραση, τον δοκιμαστικό έλεγχο και την γνωστική συνέντευξη και την τελική έκδοση.

Στο πρώτο στάδιο ο μεταφραστής είναι εξοικειωμένος με τη γνωσιολογία του οργάνου, εμποτισμένος με δεξιότητες της συνέντευξης, την άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας, αλλά η μητρική του γλώσσα να είναι η ίδια με τον πληθυσμό – στόχο. Πρέπει να τονιστεί η ανάγκη χρήσης της αποδεκτής γλώσσας, να μην εφαρμόσει την κυριολεκτική μετάφραση αλλά την εννοιολογική, η χρήση απλού, σαφούς και συνοπτικού λόγου, η αποφυγή των σύνθετων ορολογιών που δεν είναι κατανοητές και η αποφυγή των όρων που θεωρούνται προσβλητικοί π.χ. η ηλικία, το φύλο. Στο δεύτερο στάδιο ορίζεται από την υπεύθυνη συντάκτη, η ομάδα των δίγλωσσων εμπειρογνομόνων (Αγγλικά και επιθυμητή γλώσσα για τον πληθυσμό), για αναγνώριση των ανεπαρειών της μετάφρασης, την επίλυση των διαφορών με την αρχική μετάφραση και τη σύγκριση με τις προηγούμενες μεταφράσεις. Οι ερευνητές τους παρέχουν το απαραίτητο βοηθητικό υλικό. Η ομάδα συστήνεται να περιλαμβάνει μεταφραστή, εμπειρογνώμονες στο τομέα της υγείας, στην ανάπτυξη εργαλείων και στη μετάφραση.

Στην προς τα πίσω μετάφραση χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος , όπως και στην προς τα μπρος, αλλά γίνεται από ανεξάρτητο μεταφραστή, με μητρική του γλώσσα τα αγγλικά και δεν είναι γνώστης του εργαλείου. Η προς τα πίσω μετάφραση θα περιορίζεται σε επιλεγμένα αντικείμενα τα οποία θα πρέπει να προσδιορίζονται με δυο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος θα αφορά αυτά που έχουν επιλεγεί από τον ΠΟΥ με βάση εκείνους τους όρους / έννοιες οι οποίοι είναι καθοριστικής σημασίας για το εργαλείο ή εκείνα που υπάρχει η υπόνοια ότι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα, με προβλήματα στη μετάφραση ανάμεσα στους πολιτισμούς. Αυτά τα στοιχεία θα διανεμηθούν όταν η αγγλική έκδοση του εργαλείου διανεμηθεί. Ο δεύτερος θα αποτελείται από άλλα στοιχεία τα οποία προσθέτονται στις συμμετέχουσες χώρες αναγνωρίζοντας τις λέξεις ή φράσεις που είναι

προβληματικές. Αυτά τα επιπρόσθετα στοιχεία θα πρέπει να υποβληθούν στον ΠΟΥ για αναθεώρηση και έγκριση. Τα βήματα του πρώτου σταδίου πρέπει να επαναλαμβάνονται μέχρι να καταλήξει το εργαλείο σε μια ικανοποιητική έκδοση.

Ο δοκιμαστικός έλεγχος και η γνωστική συνέντευξη είναι μια απαραίτητη διαδικασία για τον έλεγχο του εργαλείου μέτρησης και διεξάγεται από έναν έμπειρο ερευνητή. Τα άτομα που συμμετέχουν στον δοκιμαστικό έλεγχο πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος.

Για τη μελέτη επιλέχθηκαν άτομα που εργάζονται στη ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Απαριθμούνται 10 ερωτηθέντες για κάθε ενότητα με διάφορες ηλικιακές ομάδες και εκπαιδευτικό επίπεδο. Απαιτείται να ενημερώνονται τακτικά και να ρωτώνται τι σκέφτηκαν όταν άκουσαν τον συγκεκριμένο όρο, ποιο νόμιζαν ότι ήταν το ζητούμενο στο ερώτημα και αν θα μπορέσουν να επαναλάβουν την ερώτηση με δικά τους λόγια, για κάθε ένα στοιχείο. Επίσης να αναφέρουν τις δυσκολονόητες λέξεις ή τις προσβλητικές εκφράσεις.

Οι απαντήσεις τους θα συγκριθούν με τις πραγματικές απαντήσεις τους για λόγους συνέπειας. Οι εναλλακτικές προτάσεις αναμένεται να τεθούν και ο ερωτώμενος θα επιλέξει ποιες ανταποκρίνονται καλύτερα. Η τελική έκδοση του εργαλείου συνεπάγεται αποτέλεσμα των διεργασιών που περιγράφηκαν και θεωρείται πλέον ένα ορθά διατυπωμένο εργαλείο. Για την τεκμηρίωση του εργαλείου οι διαδικασίες της εννοιολογικής προσαρμογής πρέπει να εντοπίζονται μέσω των κατάλληλων εγγράφων, όπως την αρχική προθεσμιακή έκδοση, την σύνοψη των εισηγήσεων από τους εμπειρογνώμονες, την προς τα πίσω μετάφραση, τα λάθη που εντοπίστηκαν και οι διορθώσεις που έγιναν κατά το στάδιο του δοκιμαστικού ελέγχου, η τελική έκδοση και η περιγραφή της ομάδας εργασίας κατά τη διαδικασία και ο ερωτώμενος πληθυσμός.

Την προς τα μπρος μετάφραση και την υπεύθυνη σύνταξης ανέλαβε η Μελίνα Ευριπίδου, που είναι πολύ καλή γνώστης της Αγγλικής γλώσσας και εργάζεται στον τομέα της υγείας. Η ομάδα εμπειρογνομόνων αποτελούνταν από την Κ.Ορφανού, εγκεκριμένη μεταφράστρια και Ρ.Πενταλιώτη που είναι γνώστης του θέματος, επαγγελματίας υγείας και με άριστη γνώση της Αγγλικής γλώσσας.

Η προς τα πίσω μετάφραση δόθηκε σε ανεξάρτητο μεταφραστή με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Στη συνέχεια συζήτησε η ομάδα των εμπειρογνομόνων, εντόπισε τυχόν ανεπάρκειες και προχώρησε στη σύνταξη του εργαλείου. Ακολούθως, διενεργήθηκε ο δοκιμαστικός έλεγχος με το

νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ με δείγμα 10 ατόμων από όλες τις ηλικιακές τάξεις και των 2 φύλων και στο κάθε ερωτηματολόγιο που συμπλήρωναν ανέγραφαν τα τρία τελευταία ψηφία του αριθμού ταυτότητας τους. Κατά τη διάρκεια της προφορικής συνέντευξης εξηγούσαν τον τρόπο επιλογής των απαντήσεων τους και ελέγχονταν για το κατά πόσο ήταν κατανοητή η ερώτηση. Έπειτα, συγκρίθηκαν οι απαντήσεις τους με τις πραγματικές απαντήσεις του ερωτηματολογίου. Μετά το πέρας της διαδικασίας συνεδρίασε η ομάδα εμπειρογνομόνων και κατέληξε στην τελική έκδοση του ερωτηματολογίου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας.

4.3.Λήψη αδειών

Για την διεξαγωγή της έρευνας πάρθηκαν οι απαραίτητες άδειες από το Υπουργείο Υγείας, από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από την Επιτροπή Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, από την Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού και από το τμήμα ΜΕΘ, όπου διεξάχθηκε η έρευνα. Στο σχετικό έγγραφο αναγράφονταν το ονοματεπώνυμο του ερευνητή, ο σκοπός και η μορφή της έρευνας, ο τόπος διεξαγωγής της και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων με την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας που προνοείται. Εν κατακλείδι, εξασφαλίστηκαν εγγράφως οι απαραίτητες άδειες από τα προαναφερόμενα τμήματα.

Κεφάλαιο 5.

Αποτελέσματα

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα τελικά αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 5.1.

Δημογραφικά στοιχεία

	N	Ποσοστό	95 % ΔΕ	
Φύλο				
Ανδρας	29	34.9%	24.68%;	45.20%
Γυναίκα	54	65.1%	54.80%;	75.32%
Ηλικία				
20-30	28	33.7%	23.56%;	43.91%
30-40	37	44.6%	33.89%;	55.27%
40-50	13	15.7%	7.84%;	23.48%
>50	5	6.0%	0.91%;	11.14%
Χρόνια Υπηρεσίας				
3-6	22	26.5%	17.01%;	36.00%
6-9	23	27.7%	18.08%;	37.34%
>9	38	45.8%	35.06%;	56.50%
Χρόνια Υπηρεσίας στη ΜΕΘ				
3-6	40	50.0%	39.04%;	60.96%
6-9	18	22.5%	13.35%;	31.65%
>9	22	27.5%	17.72%;	37.28%
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	31	37.3%	26.94%;	47.76%
Έγγαμος/η	41	49.4%	38.64%;	60.15%

Διαζευγμένος/ η	9	10.8%	4.15%;	17.53%
Χήρος/α	2	2.4%	0.00%;	5.71%
Επίπεδο Εκπαίδευσης				
Ανώτερη	0	0.0%	0.00%;	0.00%
Ανώτατη	56	69.1%	59.08%;	79.20%
Μεταπτυχιακό	25	30.9%	20.80%;	40.92%
Διδακτορικό	0	0.0%	0.00%;	0.00%

Το σύνολο του δείγματος αποτελείτο από 83 νοσηλευτές, που εργάζονται στα τμήματα ΜΕΘ (γενικής και καρδιολογικής), του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Σύμφωνα με τον πίνακα 5.1. η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες σε ποσοστό 65.1% και η πραγματική τιμή του ποσοστού να βρίσκεται μεταξύ 54,80% με 75,32%, ενώ 34,9% άντρες με διαστήματα εμπιστοσύνης 24,68% με 42,20%. Λίγο πιο κάτω από τους μισούς ήταν ηλικίας 30 – 40 με παρόμοιο ποσοστό να δηλώνει άνω των 9 ετών προϋπηρεσία. Η πραγματική τιμή του ποσοστού για την ηλικία 20-30 κυμαίνεται μεταξύ 23.56% με 43,91%. Το διάστημα εμπιστοσύνης για την ηλικία 30-40 είναι μεταξύ 33,89% με 55,27% και για την ηλικία 40-50 7,84% με 23,48%. Άνω των 50 το διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς κυμαίνεται μεταξύ 0,91% με 11,14%.

Η ηλικία 40-50 ήταν το πιο χαμηλό ποσοστό (15,7%), όπως και τα χρόνια υπηρεσίας 6-9 με ποσοστό 22,5%. Όσο αφορά τα χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ οι μισοί είχαν λιγότερο από 6 χρόνια υπηρεσίας, ενώ μόλις 27.5% με διάστημα εμπιστοσύνης 35,06% με 56,50%, είχαν περισσότερο από 9. Για τα 6-9 χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ το διάστημα εμπιστοσύνης κυμαίνεται από 18,08% με 37,34%, ενώ για 3-6 χρόνια υπηρεσίας σε ΜΕΘ από 17,01% με 36,00%. Τέλος, οι μισοί δηλώνουν έγγαμοι με περίπου 7 στους 10 να έχουν ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης. Η πραγματική τιμή του ποσοστού για τους άγαμους κυμαίνεται μεταξύ 26,94% με 47,76%, για τους έγγαμους 38,64% με 60,15% , για τους διαζευγμένους 4,15% με 17,53% και για τους χήρους 0,00 με 5,71%. Η ανώτερη εκπαίδευση δεν υπήρξε καθώς όλοι οι νοσηλευτές κατέχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ δεν παρουσιάστηκε από το δείγμα νοσηλεύτρια με κατοχή διδακτορικού. Η πραγματική τιμή του ποσοστού για την ανώτατη εκπαίδευση κυμαίνεται μεταξύ 59,08% με 79,20% ενώ για την μεταπτυχιακή μεταξύ 20,80% με 40,92%. (πίνακας 5.1)

Πίνακας 5.2.

Τοποθετήσεις συμμετεχόντων στις δηλώσεις του Ερωτηματολογίου

	Λάθος Απάντηση		Σωστή Απάντηση		Δεν γνωρίζω	
	N	%	N	%	N	%
1. Η παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις για μια φθίνουσα πορεία της υγείας του ασθενή ή επιδείνωσης.	38	(45.8%)	43	(51.8%)	2	(2.4%)
2. Θεωρείτε ότι η μορφίνη είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά σε σύγκριση της αναλγητικής δράσης με άλλα οπιοειδή.	14	(16.9%)	65	(78.3%)	4	(4.8%)
3. Η βαρύτητα της νόσου, καθορίζει τη μέθοδο θεραπείας πόνου.	31	(37.3%)	48	(57.8%)	4	(4.8%)
4. Οι επικουρικές (συμπληρωματικές) θεραπείες είναι σημαντικές στη διαχείριση του πόνου.	11	(13.3%)	60	(72.3%)	12	(14.5%)
5. Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμείνουν δίπλα στον ασθενή μέχρι να έρθει ο θάνατος.	40	(48.2%)	39	(47.0%)	4	(4.8%)
6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής, η υπνηλία που σχετίζεται με διαταραχή των ηλεκτρολυτών μπορεί να μειώσει την ανάγκη για καταστολή.	27	(32.5%)	53	(63.9%)	3	(3.6%)
7. Η εξάρτηση από οπιοειδή είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, όταν η μορφίνη χρησιμοποιείται μακροπρόθεσμα για τη	33	(39.8%)	48	(57.8%)	2	(2.4%)

διαχείριση του πόνου.						
8.Τα άτομα τα οποία λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει να ακολουθούν οδηγίες για ορθή λειτουργία του εντέρου.	10	(12.0%)	63	(75.9%)	10	(12.0%)
9.Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση.	30	(36.6%)	44	(53.7%)	8	(9.8%)
10.Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ζωής ,φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας.	31	(37.3%)	45	(54.2%)	7	(8.4%)
11.Οι άνδρες γενικά συμβιβάζονται με τη θλίψη πιο γρήγορα από ό, τι οι γυναίκες.	17	(20.5%)	52	(62.7%)	14	(16.9%)
12.Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας είναι συμβατή με αυτή της επιθετικής θεραπείας.	19	(22.9%)	54	(65.1%)	10	(12.0%)
13.Η χρήση εικονικού αναλγητικό/placebo είναι κατάλληλη για τη θεραπεία ορισμένων εκφάνσεων πόνου.	33	(39.8%)	44	(53.0%)	6	(7.2%)
14.Σε υψηλές δόσεις, η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και έμετο απ' ότι η μορφίνη.	9	(10.8%)	59	(71.1%)	15	(18.1%)
15.Η καταπόνηση και ο σωματικός πόνος είναι συνώνυμα.	17	(20.7%)	63	(76.8%)	2	(2.4%)
16.Η πεθιδίνη δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό στον έλεγχο του χρόνιου πόνου.	22	(26.5%)	56	(67.5%)	5	(6.0%)
17.Η συσσώρευση των θανάτων οδηγεί αναπόφευκτα στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας οι	28	(33.7%)	53	(63.9%)	2	(2.4%)

οποίοι ψάχνουν εργασία σε τμήματα που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα.

18.Οι εκδηλώσεις χρόνιου πόνου είναι διαφορετικές από εκείνες του οξέως πόνου.	15	(18.1%)	67	(80.7%)	1	(1.2%)
19.Η απώλεια μιας σχέσης εξ αποστάσεως ή αμφιλεγόμενη σχέση είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας η οποία είναι κοντινή ή οικεία.	34	(41.0%)	42	(50.6%)	7	(8.4%)
20.Η ανοχή στον πόνο μειώνεται λόγω άγχους ή κόπωσης.	17	(20.5%)	60	(72.3%)	6	(7.2%)

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.2. στην ερώτηση 1 ελαφρώς περισσότεροι από τους μισούς έδωσαν την σωστή απάντηση, καθώς επίσης και στην ερώτηση 2 περίπου 8 στους 10 απάντησαν σωστά. Περίπου 6 στους 10 έδωσαν την σωστή απάντηση στην ερώτηση 3, ενώ 7 στους 10 έδωσαν τη σωστή απάντηση στην ερώτηση 4. Ποσοστό 47%, δηλαδή ελαφρά λιγότερο από τους μισούς έδωσαν τη σωστή απάντηση στην ερώτηση 5. Στις ερωτήσεις 6 και 7 η πλειοψηφία έδωσε τη σωστή απάντηση.

Επίσης την σωστή απάντηση 3 στους 4 έδωσαν στην ερώτηση 8. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν σωστά στις ερωτήσεις 9 και 10. Ελαφρώς πιο πάνω από 60% απάντησε σωστά τις ερωτήσεις 11 και 12. Μόλις 53% απάντησε σωστά στην ερώτηση 13. Περίπου 7 στους 10 απάντησαν σωστά στις ερωτήσεις 14,15 και 16. Ποσοστό 63,9% απάντησε σωστά στην ερώτηση 17, ενώ η ερώτηση 18 είχε το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων, 80.7%. Στην ερώτηση 19 μόλις 50,6% απάντησε σωστά. Τέλος, στην ερώτηση 20 το 72,3% απάντησε σωστά (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2.

Περιγραφικά Δεδομένα της συνολικής κλίμακας PCQN

	Συχνότητα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ως Ποσοστό	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Cronbach's Alpha
PCQN	83	12.75	4.47	63.75%	11.8 13.7	11.00	4	20	.820

Ο πίνακας 5.3 δείχνει ότι ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων ήταν 12,75 (ΤΑ 4,47) ή ποσοστιαία 63,75%. Οι ελάχιστες σωστές απαντήσεις ήταν 4 ενώ μέγιστη τιμή ήταν 20. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας, ο οποίος για διχοτομικές, μεταβλητές ονομάζεται KuderRichardson formula 20 (1=σωστή απάντηση, 0=λάθος απάντηση ή δεν γνωρίζω) ισούται με 0,820 ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός. Ο δείκτης KuderRichardson αποτελεί μέτρο αξιοπιστίας της εσωτερικής συνοχής των μέτρων με διχοτομικές επιλογές. Είναι ανάλογος του Cronbach's alpha, εκτός του ότι ο Cronbach's χρησιμοποιείται και για μη διχοτομικές μεταβλητές (Kuder et al, 1937). Οι τιμές του κυμαίνονται από 0,00 με 1,00 με τις ψηλές τιμές να υποδεικνύουν ότι η εξέταση πιθανόν να συσχετίζεται με εναλλακτικές μορφές (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.3.

Συσχέτιση ανακουφιστικής φροντίδας με δημογραφικά στοιχεία

	PCQN						
	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	95% ΔΕ	T	ρ value	
Φύλο							
Άνδρας	29	12.24	4.63	10.48 14.00	-.753	.454	
Γυναίκα	54	13.02	4.40	12.12 14.54			
Οικογενειακή κατάσταση							

Άγαμος/η							
Διαζευγμένος/ η	42	12.57	4.54	11.16	13.99	-.360	.720
Χήρος/α							
Έγγαμος/η	41	12.93	4.45	11.92	14.77		
Επίπεδο Εκπαίδευσης							
Ανώτατη	56	12.88	4.47	11.68	14.07	.252	.802
Μεταπτυχιακό	25	12.60	4.71	10.66	14.54		

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.4. δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις και το φύλο ($p=0,454$). Ο μέσος όρος σωστών απαντήσεων για τους άντρες ήταν 12.24 (TA=12,24) και για τις γυναίκες 13,02 (TA=4,40). Η πραγματική τιμή του μέσου όρου του πληθυσμού για το φύλο κυμαίνεται μεταξύ 10,48% με 14,00%. Η οικογενειακή κατάσταση δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,720$). Λόγω του μικρού αριθμού των διαζευγμένων ($n=9$), των χήρων ($n=2$) και των άγαμων ($n=31$) συμπτύχτηκαν σε μια κατηγορία. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% για τους διαζευγμένους κυμαίνεται μεταξύ 11,16% με 13,99% και για τους έγγαμους 11,92% με 14,77%. Στην κατηγορία των έγγαμων ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων 12.93 (TA=4,45) ενώ των διαζευγμένων 12.57 (TA=4,54).

Το επίπεδο εκπαίδευση επίσης δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,802$), ενώ όσοι είχαν ανώτατη εκπαίδευση σημείωσαν περισσότερες σωστές απαντήσεις (μέσος όρος 12.88, TA=4,47) από τους κατόχους μεταπτυχιακού (μέσος όρος 12.60, TA=12,60) . Η πραγματική τιμή του μέσου όρου για το επίπεδο εκπαίδευσης κυμαίνεται μεταξύ 11,68% με 14,07% για την ανώτατη και 10,66% με 14,54% για την μεταπτυχιακή.

Άρα τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν επηρεάζουν τις σωστές απαντήσεις (Πίνακας 5.4)

Πίνακας 4.5

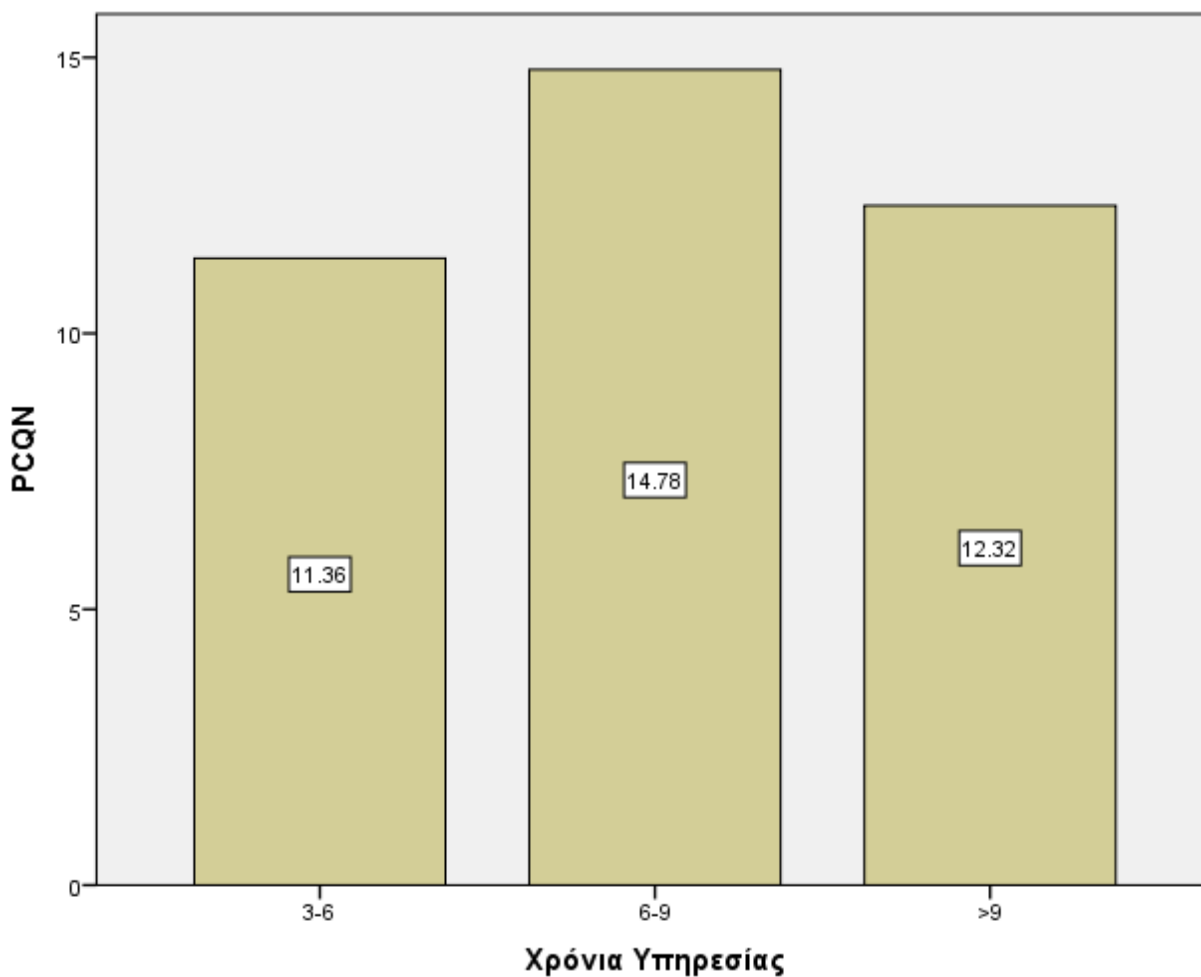
Συσχέτιση ανακουφιστικής φροντίδας με δημογραφικά στοιχεία

PCQN							
	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	95% ΔΕ		F	p value
Ηλικία							
20-30	28	12.46	4.76	10.90	14.72	1.286	.282
30-40	37	13.54	4.69	12.16	15.29		
>40	18	11.56	3.31	9.91	13.20		
Χρόνια Υπηρεσίας							
A. 3-6 ^(B)	22	11.36	4.50	9.57	13.83	3.865	.025
B. 6-9 ^(A)	23	14.78	4.42	12.87	16.69		
Γ. >9	38	12.32	4.16	11.09	13.83		
Χρόνια Υπηρεσίας στη ΜΕΘ							
3-6	40	12.60	4.30	11.22	13.98	.238	.789
6-9	18	13.39	4.74	11.03	15.75		
>9	22	13.18	4.56	11.16	15.21		

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.5. δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία ($p=0,282$). Ο μέσος όρος για τις σωστές απαντήσεις στην ηλικία 20-30 είναι 12,46 ($TA=4,76$) και η πραγματική τιμή κυμαίνεται μεταξύ 10,90 με 14,72. Ο μέσος όρος για την ηλικία 30-40 είναι 13,54 ($TA=4,69$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 12,16 με 15,29. Για την ηλικία άνω των 40 ετών ο μέσος όρος είναι 11,56 ($TA=3,31$) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% από 9,91 με 13,20.

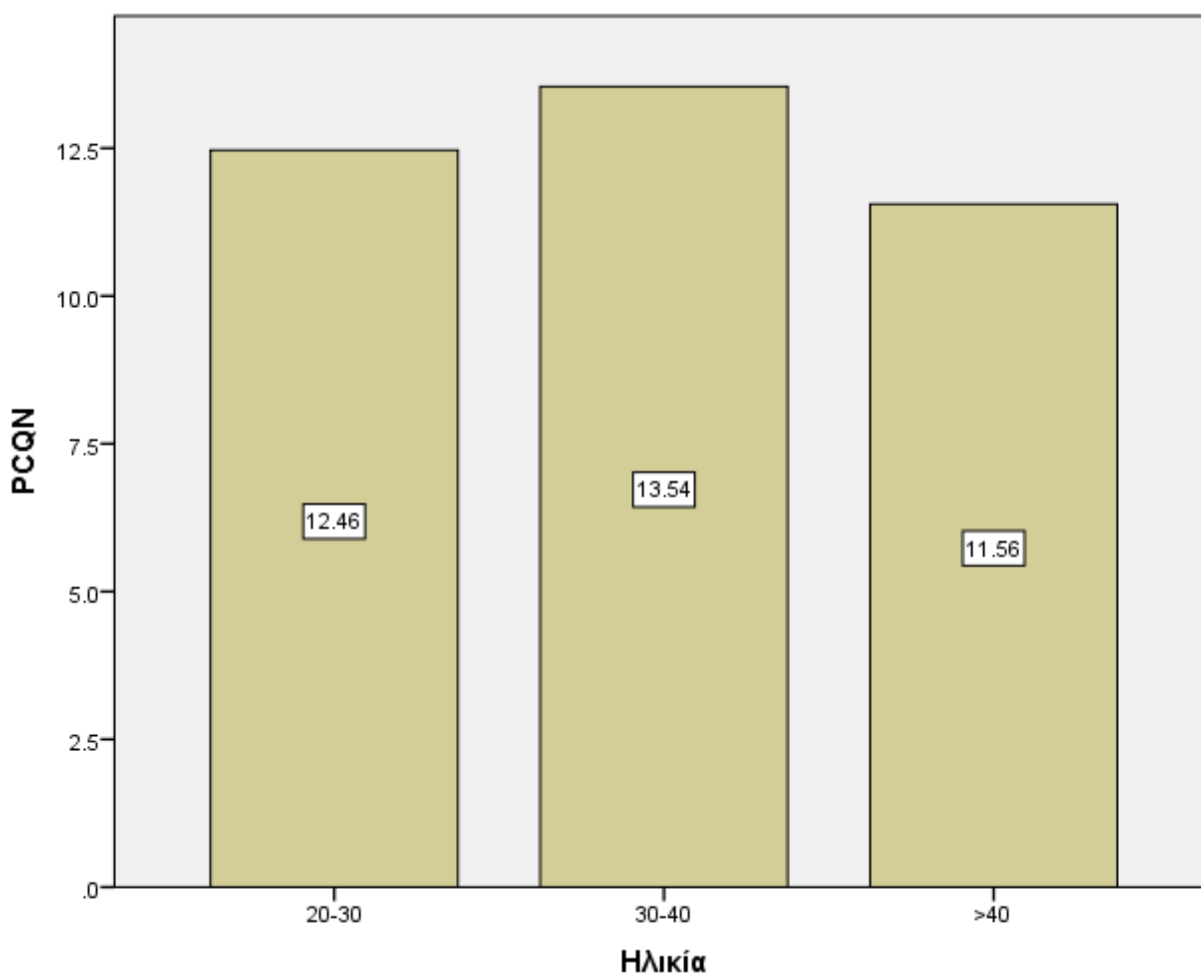
Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις σωστές απαντήσεις και τα χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ ($p=0,789$). Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων με τα 3-6 χρόνια είναι 12,60 ($TA=4,30$) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% από 11,22 με 13,98. Για τα 6-9 χρόνια υπηρεσίας ο μέσος όρος είναι 13,39 ($TA=4,79$) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 11,03 με 15,75. Άνω των 9 ετών υπηρεσίας ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων είναι 13,18 ($TA=4,56$) και η πραγματική τιμή του μέσου όρου να κυμαίνεται από 11,16 με 15,21.

Αντίθετα, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο σύνολο των σωστών απαντήσεων και τα χρόνια υπηρεσίας ($p=0,025$). Τα άτομα με 3 – 6 χρόνια υπηρεσίας είχαν λιγότερες σωστές απαντήσεις (μέσος όρος 11,36, $TA=4,50$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 9,57 με 13,83) από ότι τα άτομα με 6 – 9 χρόνια υπηρεσίας (μέσος όρος 14,78, $TA= 4,42$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 12,87 με 16,69). Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων για άνω των 9 ετών υπηρεσίας σε ΜΕΘ είναι 12,32 ($TA=4,16$) και η πραγματική τιμή κυμαίνεται μεταξύ 11,09 με 13,83 (Πίνακας 5.5).



Διάγραμμα 1 Συσχέτιση σωστών απαντήσεων με χρόνια υπηρεσίας

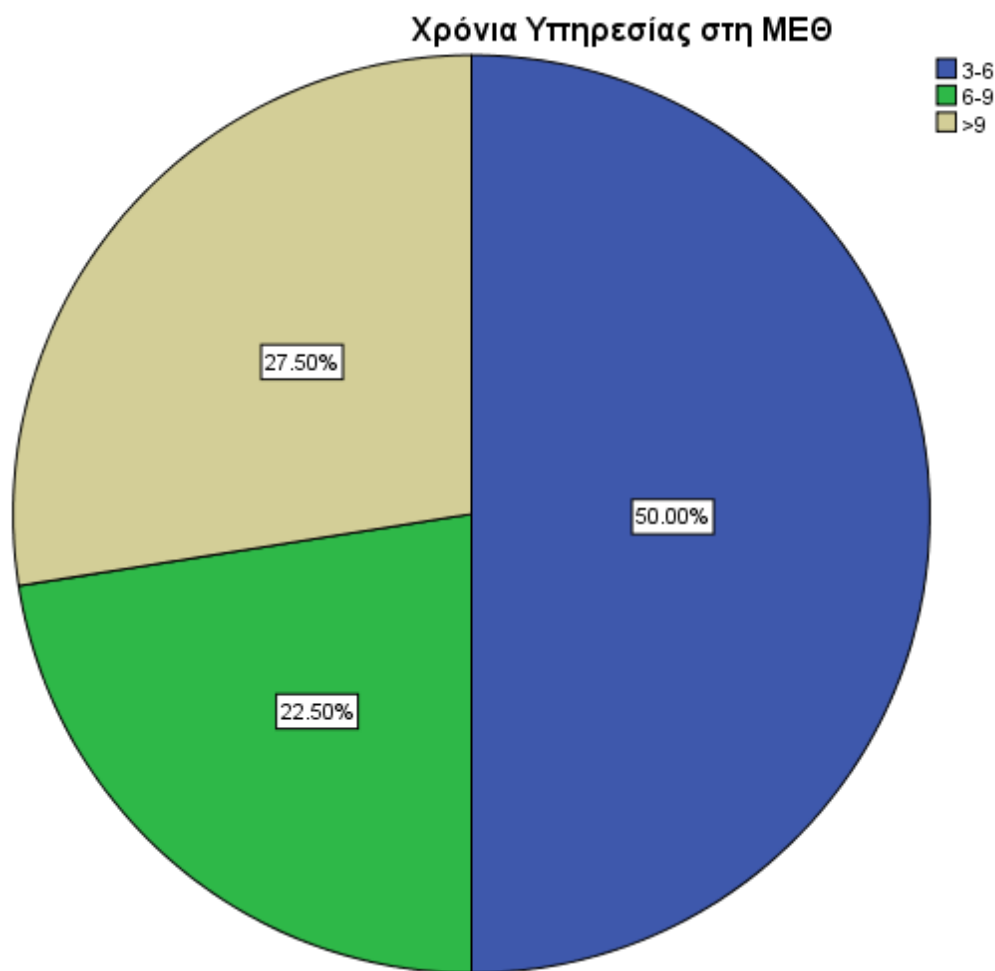
Από το διάγραμμα 1 φαίνεται ότι τα χρόνια υπηρεσίας συσχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ για την ανακουφιστική φροντίδα. Είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, βάση των δημογραφικών στοιχείων. Για τα 3-6 χρόνια υπηρεσίας ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων είναι 11,36 και άνω των 9 ετών 12,32. Απεναντίας, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων για 6-9 χρόνια υπηρεσίας είναι 14,78 και ως εκ τούτου είναι ο ψηλότερος.



Διάγραμμα 2 Συσχέτιση ηλικίας με σωστές απαντήσεις ερωτηματολογίου

Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των σωστών απαντήσεων και της ηλικίας. Η ηλικία δεν σημείωσε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των σωστών απαντήσεων. Από το διάγραμμα 2 φαίνεται

ότι ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων της ηλικίας 20-30 είναι 12,46, για την ηλικία 30-40 13,54 και για την ηλικία άνω των 40 11,56. Αν και η ηλικία 30-40 παρουσίασε ψηλότερο μέσο όρο δεν φάνηκε στα αποτελέσματα συσχέτιση με τις σωστές απαντήσεις.



Γράφημα 1 Χρόνια Υπηρεσίας στη ΜΕΘ (N=83)

Από το γράφημα 1 φαίνεται ότι το περισσότερο ποσοστό (50%) του δείγματος (N=83) είχε 3-6 χρόνια υπηρεσίας σε ΜΕΘ ενώ μόλις 22,50% είχε 6-9 έτη. Άνω των 9 ετών υπηρεσίας σε ΜΕΘ ποσοστό της τάξης 27,50% παρουσιάστηκε.

5.1. Σύγκριση έρευνας με άλλες έρευνες

Πέντε έρευνες έχουν λάβει χώρα με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο από την M. Rossetal, στον Καναδά, το 1996, τον Kassaetal, στην Αιθιοπία, το 2014, τον Proctoretal, στην Αυστραλία το 2013, την Choietal, στην Κορέα το 2012 και τον Abudarietal, στην Σαουδική Αραβία το 2014. Ποσοστιαία η έρευνα της Rossetal, 1996, παρουσίασε ψηλότερα αποτελέσματα με 75% από τον Kassaetal, 2014, με 30,5% και την παρούσα έρευνα με 63,75%. Από τους μέσους όρους των ερευνών η παρούσα έρευνα έχει ψηλότερο μέσο όρο (12,75) από της Choietal, 2012, (8,95) και του Abudarietal, 2014, (11,6) αλλά χαμηλότερο από τον Proctoretal, 2013, με μέσο όρο 13,2.

Στην ερώτηση 1 ποσοστό 51,8% απάντησε σωστά, ενώ στην έρευνα της Rossetal, 1996, το 67,3% και αντίθετα στην έρευνα του Kassaetal, 2014, το 8,8%. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις πεποιθήσεις και την κουλτούρα των χωρών όπου έλαβαν χώρα οι έρευνες (Κύπρος, Καναδάς, Αιθιοπία αντίστοιχα) ή στο ότι δεν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση για την φθίνουσα πορεία του ασθενή στην Αιθιοπία. Στην ερώτηση 2 απάντησαν σωστά το 78,3%, στον Καναδά το 38,1% και στην Αιθιοπία το 82,1%. Στον Καναδά, λόγω της προηγμένης ιατρικής και της γρήγορης ανάπτυξης της φαρμακολογίας χρησιμοποιούν και άλλα οπιοειδή φάρμακα ή συνδυασμό αυτών, τα οποία δεν χρησιμοποιούν ως ρουτίνα οι άλλες 2 χώρες. Στην ερώτηση 3, το 57,8% απάντησε σωστά, ενώ στις άλλες 2 έρευνες το 39,5% (Καναδάς) και το 12,6% (Αιθιοπία). Η ιατροκεντρική πρακτική που ασκείται στα συστήματα υγείας συχνά δенаφνήνει τους νοσηλευτές να αποφασίσουν τη μέθοδο θεραπείας πόνου, ενώ στην Κύπρο η ανάπτυξη της κριτικής σκέψης στο νοσηλευτικό επάγγελμα προάγεται από την εκπαίδευση. Ίσως αυτός να είναι ο λόγος που το ποσοστό βρέθηκε ψηλότερο στην Κύπρο. Στην ερώτηση 4, το 72,3% απάντησαν σωστά και είναι πιο κοντά στα αποτελέσματα του Kassaetal, 2014, με το 69,5%. Αντίθετα η Rossetal, 1996, σημείωσε 48,3%. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πεποίθηση των Καναδών ότι οι επικουρικές θεραπείες δεν είναι αποδοτικές. Ποσοστό 47% απάντησε ορθά την ερώτηση 5 και συνάδει με την έρευνα της Ross, 1996, 49,7%. Ο Kassaetal, 2014, σημείωσε χαμηλό ποσοστό σε αυτήν την ερώτηση 13, με 2%. Η σχέση της οικογένειας στον Καναδά και στην Κύπρο παρουσιάζεται πιο δεμένη, παρά στην Αιθιοπία.

Η ερώτηση 6 παρουσίασε αρκετές διακυμάνσεις. Στην παρούσα έρευνα ποσοστό 63,9% απάντησε σωστά, σχετικά χωρίς πολύ μεγάλη απόκλιση από τον Kassaetal, 2014, που ήταν 41,6%. Εν αντίθεση στην Rossetal, 1996, μόλις 26,5% απάντησε σωστά. Πιστεύεται στον Καναδά ότι η ανάγκη για καταστολή στο τελικό στάδιο της ζωής είναι αναγκαία, καθώς μειώνει την ένταση του πόνου (Rossetal, 1996). Στην ερώτηση 7 τα ποσοστά ήταν περίπου όμοια, 57,8% στην Κύπρο, 40,1% στον Καναδά, και 53,1% στην Αιθιοπία. Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι τα οποιοειδή προκαλούν εξάρτηση, αλλά με τη χρόνια και την προσεκτική δοσολογία, είναι ένα πρόβλημα που μπορεί εύκολά να αποφευχθεί. Στην ερώτηση 8 η Κύπρος σημείωσε το ψηλότερο ποσοστό 75,9%, ενώ οι άλλες 59,9% στον Καναδά και 32,8% στην Αιθιοπία. Έχει αποδειχθεί ότι η χορήγηση οπιοειδών επηρεάζει τη λειτουργία του εντέρου. Συνεπώς, ένας πιθανός λόγος που η Αιθιοπία παρουσίασε χαμηλά αποτελέσματα στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι η μικρή διαθεσιμότητα των πόρων και οι κακές οικονομικές συνθήκες. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στην ερώτηση 9 όπου η Κύπρος και ο Καναδάς έχουν ποσοστά της τάξεως του 53,7% και του 67,3% αντιστοίχως ενώ η Αιθιοπία μόλις 17,9%. Οι επαγγελματίες υγείας στην Αιθιοπία πιστεύουν ότι η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί τη συναισθηματική αποστασιοποίηση, δια του λόγου ότι σε μετέπειτα στάδιο θα είναι ευάλωτοι στη διαδικασία πένθους. Απεναντίας, οι ανεπτυγμένες χώρες θεωρούν ότι μετά από την κατάλληλη εκπαίδευση και την εκμάθηση των τεχνικών επικοινωνίας, ο νοσηλευτής καταφέρνει να δημιουργήσει μηχανισμούς άμυνας και να μην επηρεάζεται από το περιβάλλον της δουλειάς του (Δημητριάδου και συν, 2013). Στην ερώτηση 10, η Κύπρος παρουσίασε για ακόμη μια φορά ψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις άλλες 2 έρευνες 54,2%. Στον Καναδά ήταν 12,9% και στην Αιθιοπία 28,4%. Ο λόγος που πιθανών να επηρεάζει τα αποτελέσματα είναι οι ηθικοί φραγμοί της κάθε χώρας, αφού με την αναπνευστική καταστολή θεραπεύεται η δύσπνοια αλλά επίσης υποθάλπει την πλήρη καταστολή του αναπνευστικού κέντρου.

Στην ερώτηση 11, τα αποτελέσματα μας συνάδουν με της Rossetal, 1996, με 62,7% και 60,5% αντιστοίχως. Αντίθετα, ο Kassaetal, 2014, σημείωσε χαμηλά σκορ με 22,3%. Η ισότητα των δύο φύλων στα αναπτυγμένες περιοχές και η περιθωριοποίηση της γυναίκας στην Αιθιοπία, μπορεί να οφείλονται για τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των ερευνών. Τα αποτελέσματα της έρευνας στην ερώτηση 12, 87,1% παρουσιάστηκαν πλησιέστερα με τον Kassaetal, 2014, 65,1%, ενώ στην έρευνα της Rossetal, 1996, φάνηκε ότι η φιλοσοφία της επιθετικής και της ανακουφιστικής θεραπείας είναι ασύμβατη, αφού είχε ποσοστό σωστών απαντήσεων 24,5%. Στην ερώτηση 13 η

έρευνα της Rossetal, 1996, και του Kassaetal, 2014, ήταν συμβατή με 24,5% και 25% αντιστοίχως. Στην παρούσα έρευνα, αντίθετα, σημειώθηκε ποσοστό 53% των σωστών απαντήσεων. Φαίνεται ότι η χορήγηση του εικονικού φαρμάκου κρίνεται ακατάλληλη στους ασθενείς της ΜΕΘ στη Κύπρο. Στην ερώτηση 14, η έρευνα της Rossetal, 1996, είχε το χαμηλότερο ποσοστό 24,5% ενώ η έρευνα της Κύπρου 71,1% και στην Αιθιοπία 71,6%. Στον Καναδά υπάρχει η αντίληψη ότι η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και εμετό από ότι η μορφίνη. Το ερωτηματολόγιο του Kassaetal, 2014, συμπεριλάμβανε μόνο τις πρώτες δεκατέσσερις ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου της Rossetal, 1996. Συνεπώς, η σύγκριση της έρευνας για τις επόμενες ερωτήσεις θα γίνει με την έρευνα της Rossetal, 1996.

Στην ερώτηση 15 τα ποσοστά των 2 ερευνών παρουσιάζονται ίδια με ελάχιστη απόκλιση 76,9% στην Rossetal και 76,8% στην Κύπρο. Είναι έκδηλο ότι όλοι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τα στάδια του πόνου. Με μεγάλη διαφορά φαίνονται τα αποτελέσματα στην ερώτηση 16, όπου στην παρούσα έρευνα ήταν 67,5% ενώ στον Καναδά 34%. Διαπιστώθηκε ότι η πεθιδίνη ενδείκνυται για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου στους Καναδούς ασθενείς. Η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τη συσσώρευση των θανάτων είχε ανταποκρισιμότητα 63,9% στην ΜΕΘ Λεμεσού, ενώ στον Καναδά 53,1%. Η ψυχολογική κόπωση συνεπώς, στα δεδομένα της Κύπρου συνδέεται με τους θανάτους στο εργασιακό περιβάλλον σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι στον Καναδά. Στην ερώτηση 18 η Rossetal, 1996, σημείωσε ποσοστό σωστών απαντήσεων 65,3% ενώ σε αυτήν την έρευνα σημειώθηκε 80,7%. Οπότεν ο οξύς πόνος στην Κύπρο δεν συγγέεται με τον χρόνιο. Ο βαθμός του πένθους σύμφωνα με τη σχέση σημείωσε σωστές απαντήσεις στην Κύπρο 50,6% και στον Καναδά 39,5%. Οι Κύπριοι τείνουν να πιστεύουν ότι ο τύπος της σχέσης δεν καθιστά ευκολότερη τη διαδικασία του πένθους. Τέλος, στην ερώτηση 20 και οι δύο έρευνες σημείωσαν ψηλά ποσοστά με τον Καναδά 64,4% και η Κύπρος 72,3%. Άρα, οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν την υπερευαισθησία του ασθενή μετά από περιόδους άγχους ή κόπωσης.

Κεφάλαιο 6.

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών της ΜΕΘ σε σχέση με τις πρακτικές του τέλους της ζωής. Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί (Pateletal, 2008, Doorembo, 2013), έδειξαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων και μη κάλυψη των αναγκών του ασθενή που πεθαίνει (Braden, 2011). Ακόμη, οι ερευνητές κατέγραψαν τις μαθησιακές ανεπάρκειες και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την ανακουφιστική φροντίδα (Dobrowolskaetal, 2001), γεγονός που αναδύει την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της έρευνας. Σε παρόμοιες έρευνες που διεξήγαγε ο Lorensenetal, 2003, έδειξε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί την απόκρυψη των πληροφοριών πρόγνωσης από τον ασθενή ως ανήθικη, ενώ ο Kassaetal, 2014, αναφέρει ποσοστό της τάξεως 43,7% των νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην έρευνα, να προτιμούν να ασχολούνται μόνο με τα σωματικά συμπτώματα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό επιδιώκει να καλύψει τις πνευματικές και ψυχολογικές ανάγκες. Η ευαίσθητη θέση του ασθενή σε τελικό στάδιο της νόσου, καλεί τους επαγγελματίες υγείας να ασκήσουν ρόλο όχι μόνο για την σωματική του ανακούφιση, αλλά και σε πνευματική, κοινωνική, ηθική και ψυχολογική σκοπιά του ζητήματος. Διαφαίνεται ο ρόλος τους και οι απαιτούμενες γνώσεις, που ζητείται να έχουν από όλες τις οπτικές γωνίες και των άλλων ειδικοτήτων, οι οποίες όπως φάνηκε σημειώνουν έλλειψη κατά την εκπαίδευσή τους. Η παροχή της ποιοτικής φροντίδας, ζητά από τους επαγγελματίες υγείας εδραιωμένες απόψεις με ύπαρξη ενός γνωσιολογικού υπόβαθρου και τεκμηριωμένες πρακτικές.

Στην παρούσα μελέτη, αναφορικά με την ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού 57,8% πιστεύουν ότι η εξάρτηση από τα οπιοειδή αποτελεί μέριμνα των επαγγελματιών υγείας (Wataaetal, 2010, Knock, 2011). Παρόμοιες έρευνες έχουν διεξαχθεί με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο από την M. Rossetal, στον Καναδά, το 1996 και τον Kassaetal, στην Αιθιοπία, το 2014. Συγκριτικά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με τις πιο πάνω παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, φάνηκε να υπερέχει σε επίπεδο γνώσεων. Αυτό συνεπάγεται ότι η ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται στο

συγκεκριμένο τμήμα, εν σύγκριση με άλλες, ασκείται από επαγγελματίες με την κατάλληλη κατάρτιση. Ο Proctoretal, 2013, σε έρευνα του στην Αυστραλία, με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων ήταν 13,2, ψηλότερο από την παρούσα έρευνα, 12,75. Στο σημείο αυτό ανάγεται η ανάγκη για περεταίρω εκπαίδευση και η ένταξη μαθημάτων κατά το σπουδαστικό πρόγραμμα των νοσηλευτών. Εν αντιθέσει, έρευνα στην Κορέα, που διεξήγαγε η Choietal, 2012, και στην Σαουδική Αραβία από τον Abudarietal, 2014, με το ίδιο ερωτηματολόγιο, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων ήταν 8,95 και 11,6 αντιστοίχως. Μέσω αυτών των ερευνών, εμφανίζονται ενθαρρυντικά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, τα ψηλότερα αποτελέσματα που σημειώθηκαν σε σύγκριση με την έρευνα της Rossetal, 1996 και του Kassa, etal, 2014, δηλώνουν καλύτερο επίπεδο γνώσεων για τις πρακτικές του τέλους της ζωής από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ Λεμεσού. Η μεγάλη διαφορά των ποσοστών στην ερώτηση 1 της παρούσας έρευνας και της Rossetal, 1996, σε σύγκριση με την έρευνα του Kassaetal, 2014, πιθανών να οφείλεται στη θρησκεία και τις κοινωνικές αρχές που διέπουν τον Αιθιοπικό λαό. Σύμφωνα με τον Kassaetal 2014, πιστεύεται στην Αιθιοπία ότι η ανακουφιστική φροντίδα ενδείκνυται, σε περίπτωση που η κατάσταση του ασθενή δεν σημειώνει σημάδια βελτίωσης μετά τις παρεμβάσεις των επιθετικών θεραπειών. Στην πραγματικότητα ανακουφιστική φροντίδα συνίσταται στις περιπτώσεις ανίατων νόσων και μη αναστρέψιμων καταστάσεων. Η φθίνουσα πορεία του ασθενή δεν αποτελεί ένδειξη για άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας, αφού μπορεί να οφείλεται σε ψυχοσωματικά αίτια (χαμηλό ανοσοποιητικό σύστημα, καταβεβλημένος ασθενής). Τα χαμηλά σκορ στην ερώτηση 11 στην έρευνα του Kassaetal, 2014, επηρεάζονται από την ανδροκρατούμενη αντίληψη της χώρας και τη χαμηλή θέση που έχει η γυναίκα, ως άτομο άβουλο με περισσότερες ευαισθησίες. Στις ανεπτυγμένες χώρες όπου η ισότητα των δύο φύλων έχει εδραιωθεί, παρατηρήθηκαν αρκετά ικανοποιητικά ποσοστά σωστών απαντήσεων, που συμφωνούν ότι ο συμβιβασμός με τη θλίψη σε σχέση με το χρόνο είναι υποκειμενικός και ανεξαρτήτου φύλου.

Η ερώτηση 18, που αφορούσε στη διαφορετικότητα των εκδηλώσεων του χρόνιου πόνου από τον οξύ, σημείωσε το ψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων και αυτό δείχνει την ικανότητα των νοσηλευτών να διαχωρίζουν τη συμπτωματολογία του ασθενή, μέσα από το γνωσιολογικό τους υπόβαθρο. Σε αντίκρουση έρχεται η ερώτηση 5, σχετικά με την παραμονή των συγγενών κοντά

στον ασθενή που πεθαίνει, αφού σημείωσε το χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων, 47%. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ Λεμεσού, κρίνουν ζωτικής σημασίας την παρουσία των στενών συγγενικών προσώπων παρά το πλευρό του ασθενή κατά το κρίσιμο στάδιο ενώ κατά τον Kassaetal, 2014, αυτό μπορεί να οφείλεται στην κουλτούρα των Ευρωπαϊκών χωρών. Παρατηρήθηκε ότι οι ερωτήσεις ιατρικού περιεχομένου σημείωσαν περισσότερες σωστές απαντήσεις, παρά οι ερωτήσεις ψυχολογικής πτυχής. Επιπρόσθετα, στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με 6 – 9 χρόνια υπηρεσίας σημείωσαν τις πιο πολλές σωστές απαντήσεις και αυτό ίσως οφείλεται στην κλινική εμπειρία και τις αποκτηθείσες γνώσεις, μέσα από την συνεχή τριβή με τις πρακτικές του τέλους της ζωής. Ακόμη ο νοσηλευτές με 6-9 χρόνια υπηρεσίας ερευνούν και ενδιαφέρονται για τις νέες τάσεις σε ότι αφορά το επάγγελμα τους, αφού κατέχουν το θεωρητικό υπόβαθρο, ενώ οι νεοεισερχόμενοι είναι στο αρχικό στάδιο εκμάθησης των βασικών στοιχείων και έτσι δεν απασχολούνται με τα πιο εξειδικευμένα περιστατικά. Οι νοσηλευτές άνω των 9 χρόνων υπηρεσίας συχνά νιώθουν κορεσμένοι και παρατηρείται τερματισμός της διερεύνησης και διεύρυνσης των οριζόντων τους, γνωστό και ως φαινόμενο της ιδρυματοποίησης. Όμοια αποτελέσματα φάνηκε να βρήκε και ο Kassaetal 2014, όπου το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας παρουσιάστηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,003$), σε ότι αφορά τις πρακτικές του τέλους της ζωής. Τα δημογραφικά στοιχεία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας στη ΜΕΘ συνάδουν με τα αποτελέσματα του Docksetal, 2014, που διεξήγαγε έρευνα με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο στην Αραβία, αφού φάνηκε ότι δεν επηρεάζουν τις γνώσεις των νοσηλευτών.

6.1.Περιορισμοί της έρευνας

Στους περιορισμούς της έρευνας συγκαταλέγονται ο μικρός αριθμός δείγματος και η δειγματοληψία από τη ΜΕΘ μια πόλης, ενός δημόσιου νοσηλευτηρίου το οποίο δεν καθιστά το δείγμα πολύ αντιπροσωπευτικό. Χρειάζονται περαιτέρω έρευνες επί του θέματος σε παγκύπριο επίπεδο των ΜΕΘ, τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων για τη διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών σε ότι αφορά την ανακουφιστική φροντίδα.

Επιπλέον, η πραγματοποίηση της έρευνας σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ίσως να μην προβάλλει ένα αποδεχτό αριθμό για την αντιπροσωπευτικότητα.

Ακόμη, οι αποκλίσεις από την πραγματικότητα, λόγω της συνειδητήστιας των ερωτώμενων να εξωραΐζουν την εικόνα που δίνεται στις απαντήσεις τους, επηρεάζουν το κύρος και την αξιοπιστία της έρευνας.

6.2.Εφαρμογή της μελέτης

Η έρευνα εντάσσει τους επαγγελματίες και από άλλα επιστημονικά πεδία όπως ψυχολόγους, θεολόγους, κοινωνιολόγους, καθώς τα αποτελέσματα της αποτελούν πεδία διερεύνησης για τις επιστήμες τους. Οι ψυχολόγοι μέσα από προγράμματα εξειδίκευσης για την κλινική ψυχολογία θα ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν τα πρώιμα συμπτώματα της κατάθλιψης, στον ασθενή και να προβούν στην πρωτογενή πρόληψη του. Ακόμη, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν κύκλους στήριξης για την οικογένεια κατά το τελικό στάδιο της νόσου και μετά το τέλος. Η συνεισφορά τους θα απόβαινε χρήσιμη, καθώς θα μεταλαμπάδευαν το συναίσθημα της στήριξης και της κατανόησης. Επιπλέον, οι ψυχολόγοι θα συνέβαλαν και στην ψυχολογική διάσταση του νοσηλευτή. Η καθημερινή προσφορά φροντίδας, χωρίς σημεία βελτίωσης δημιουργεί στον επαγγελματία υγείας αισθήματα αμφιβολίας για την κλινική του πράξη και απογοήτευσης. Η συζήτηση με διάλογο, η ανταλλαγή απόψεων και η εξωτερίκευση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων θα ήταν ωφέλιμη και θα ενδυνάμωνε τους νοσηλευτές για συνέχιση της φροντίδας. Μέσα από την συζήτηση θα ήταν σε κατάλαμβαναν ότι δεν είναι μόνοι σε αυτή την προσπάθεια και ότι τα συναισθήματα που τους διακατέχουν δεν εκφράζονται αποκλειστικά σε αυτούς, αλλά και σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η συνεισφορά των θεολόγων θα ενέπνεε αίσθημα ασφάλειας και σεβασμού των προσωπικών πεποιθήσεων, καθώς ανάλογα με τη θρησκεία θα βρισκόταν κοντά ο κατάλληλος αντιπρόσωπος της θρησκείας για να ικανοποιήσει την πνευματική ανάγκη του ασθενή. Τυχόν, ενδοιασμοί θα έφευγαν διότι θα ήταν σε θέση να ασκήσει τις θρησκευτικές του συνήθειες, με τη στήριξη του

ιερέα. Οι κοινωνιολόγοι, θα ωφελούσαν εμπράκτως την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή. Ο ασθενής σε ΜΕΘ βιώνει εμπειρίες όπως κοινωνική απομόνωση, εγκλεισμός και αναπτύσσει το αίσθημα απόρριψης, λόγω τα υγείας του. Τα αισθήματα αυτά βιώνονται και από την οικογένεια του, εξαιτίας της μεγάλης παραμονής τους παρά το πλευρό του ασθενή. Ο κοινωνιολόγος μέσα από θεωρητικά μοντέλα και τις δεξιότητες του θα παρεμπόδιζε την ανάπτυξη αυτών το συμπτωμάτων και θα προωθούσε την οικογένεια για την συνέχιση της πορείας τους στο σύνολο. Επίσης, θα προετοίμαζε τους συγγενείς για την επανένταξη τους στην κοινωνία μετά το τέλος του ασθενή. Αναμενόμενα προβλήματα που πιθανών δημιουργηθούν με την κατάσταση του ασθενή θα μπορούσε να τα προβλέψει και να τα λύσει. Η ανακουφιστική φροντίδα συμπεριλαμβάνει την συμβολή των προαναφερόμενων, διότι η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή που πεθαίνει καλεί την εφαρμογή και άλλων επιστημών να δράσει έμπρακτα.

Μέσα από την παρούσα έρευνα εγείρονται ερευνητικά ερωτήματα όπως η διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την άσκηση των πρακτικών του τέλους της ζωής και η θέσπιση ορίων σχετικά με τα ηθικά ζητήματα της παρηγορητικής αγωγής. Ο φροντιστής βιώνει αρνητικά συναισθήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να φθείρεται ψυχικά και να θεωρεί τις προσπάθειες του μάταιες. Η συνεχής στήριξη και επιβράβευση των επαγγελματιών υγείας, τους ωθεί να συνεχίσουν το έργο τους και ενδυναμώνει το αίσθημα για παροχή φροντίδα. Όσο αφορά τα ηθικά ζητήματα, παρατηρήθηκε απουσία των ορίων τους. Εγείρονται ερωτήματα όπως μέχρι ποιο σημείο φτάνει η θεραπεία για να θεωρηθεί ανώφελη και βάση ποιων δεικτών κρίνεται ότι οι επιπλοκές είναι δυσανάλογες της θεραπείας και όχι επιπτώσεις της νόσου. Τέτοια ερωτήματα αναδύονται συχνά ανάμεσα στους νοσηλευτές τα οποία όμως παραμένουν αναπάντητα. Συνεπώς η θέσπιση τεκμηριωμένων ορίων, θα επωφελοούσε την άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας.

Οι Grant,2005 και Zargham, 2011, σε έρευνες τους έδειξαν την αύξηση της θετικής τάσης των νοσηλευτών μετά την ένταξη εκμάθησης της ανακουφιστικής φροντίδας στην εκπαίδευση. Στην Αμερική, το 2010, λειτούργησε το ELNEC (EndofLifeNursingEducationConsortium), το οποίο είναι πρόγραμμα κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας για τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ζωής (Grant,2010). Παρατηρείται η ανάπτυξη τέτοιων προγραμμάτων ανά το παγκόσμιο και θα ήταν ευεργετικό να εφαρμόζονταν και στα κυπριακά δρώμενα.Μέσα από την εκπαίδευση θα αναβαθμιζόταν η ποιότητα φροντίδας καθώς και θα γινόταν κατανοητές όλες οι

πτυχές που καλύπτει η ανακουφιστική φροντίδα, καθώς και η σημασία άσκησης της. Παράλληλα, με τη αποσαφήνιση των εννοιών των πρακτικών του τέλους της ζωής και η ακολουθία μιας εδραιωμένης κατεύθυνσης θα τόνιζε την σπουδαιότητα της παροχής της και θα προσφερόταν στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

ORiotetal, 2014, αναφέρει τη διερεύνηση των κινητών ομάδων ανακουφιστικής φροντίδας, όπου φάνηκε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι ανάγκες του ασθενή. Οι κινητές ομάδες θα μπορούσαν να παρέχουν την ανακουφιστική φροντίδα στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής χωρίς να χρειάζεται η παραμονή του ασθενή στο ψυχρό κλίμα της ΜΕΘ. Εξοπλισμένες με όλα τα χρειώδη και τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες θα μπορούσαν να περιθάψουν τον ασθενή στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού του. Έτσι αρκετές ανάγκες του ασθενή, που εμφανίζονται κατά την παραμονή του στο νοσοκομειακό χώρο θα εξαλειφόταν.

Η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης ομάδας για τη διαδικασία λήψης απόφασης με την οικογένεια θα σημείωνε σημαντικά οφέλη. Η ομάδα θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ιερέα και το νοσηλευτή με ρόλο καθοδηγητή της συζήτησης, για την παροχή πληροφοριών και την λήψη απόφασης με συνολική αντιμετώπιση της κατάστασης της οικογένειας. Η ένταξη των μοντέλων ενημέρωσης των οικογενειών στα προγράμματα κατάρτισης της νοσηλευτικής θα ήταν ευεργετική, τόσο για τη δημιουργία της ομάδας όσο και για την εγκαθίδρυση μιας σωστά οικοδομημένης επικοινωνίας με την οικογένεια του ασθενή.

Ο Garonietal, 1996, τονίζουν την ανάγκη ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και της αποσαφήνισης ορισμένων σκοτεινών σημείων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το στενά συνδεδεμένο με πολλές προκαταλήψεις θέμα δεν πρέπει να αποτελεί μια «λύση», αλλά θέμα διαλόγου και προβληματισμού καθιστώντας αναγκαία την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών. Η δημιουργία κλινικών κατευθυντηρίων γραμμών καθίσταται αναγκαία, για την επίτευξη της ποιοτικής παροχής της ανακουφιστικής φροντίδας και για τον προσανατολισμό των νοσηλευτών όσο αφορά τις ενέργειες που πρέπει να ασκήσουν στις περιπτώσεις ασθενών με τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας. Ο Adolphetal, 2011, προτείνει τη χρήση ενός προγράμματος, ImprovingPalliativeCareinICU, το οποίο αποτελεί ένα εργαλείο για ένταξη των κατευθυντήριων γραμμών ανακουφιστικής φροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαμε να αξιολογούμε σωστά τα συμπτώματα του ασθενή και να τον ανακουφίζουμε, κυρίως από το αίσθημα του πόνου

και της δύσπνοιας, που περιγράφονται από τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ ως οι χειρότερες εμπειρίες.

Επίσης, η σύναξη ενός πρωτοκόλλου θα ήταν επωφελής για την προαγωγή της ποιοτικής ανακουφιστικής φροντίδας. Αποτελεί γεγονός η ανυπαρξία της νομικής πλευράς στην άσκηση της παρηγορητικής θεραπείας, με απόρροια την δημιουργία αμφισβητήσιμων πρακτικών και την ύπαρξη φόβου από τους γιατρούς για τις περιπτώσεις όπου επιβάλλεται η θεραπεία. Με την δημιουργία πρωτοκόλλου και νομικής κάλυψης της ιατρικής κλινικής πράξης, οι επαγγελματίες υγείας θα κατευθύνονταν σωστά, χωρίς ενδοιασμούς στην άσκηση της παρηγορητικής θεραπείας, στις περιπτώσεις όπου χρειάζονταν, χωρίς περεταίρω ταλαιπωρία για τον ασθενή. Επιπλέον, ο παράγοντας της προσωπικής ηθικής και της αυτογνωσίας θα εκμηδενιζόταν και η άσκηση της κλινικής πράξης θα προχωρούσε πιο ομαλά, αφού οι όποιες απορίες για το αν πράττουν το σωστό θα λυνόταν από το πρωτόκολλο, το οποίο θα κατέγραφε τις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητος ο τερματισμός της επιθετικής θεραπείας. Ο σχεδιασμός της υγείας για τα άτομα με σοβαρή αρρώστια πρέπει να ασχοληθεί με τις ανάγκες του φροντιστή, αφού διάφορα άτομα απαιτούν μια διαφορετική, ίσως ποικίλη διακύμανση κοινωνικής, συναισθηματικής και πνευματικής υποστήριξης που αντανακλούν τις προσωπικές αξίες, πεποιθήσεις και ανάγκες (Reinhardtetal, 2008).

Η ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και η υιοθέτηση πρακτικών που ασκούνται σε πιο αναπτυγμένα συστήματα υγείας θα αποτελέσουμε ακρογωνιαίο λίθο για την προαγωγή της ανακουφιστικής φροντίδας. Σε προηγμένα συστήματα υγείας υπάρχουν κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας με εξειδικευμένο προσωπικό και ολοκληρωμένες ομάδες επικοινωνίας. Η δημιουργία ομάδων υποστήριξης και ιατρικής διαβούλευσης είναι κάτι το οποίο λείπει από το κυπριακό σύστημα υγείας και θα ωφελούσε αρκετούς ασθενείς. Μέσα από την βιβλιογραφία μπορούν να εντοπιστούν προτάσεις και πρακτικές που ασκούνται στο εξωτερικό με υποσχόμενα αποτελέσματα. Με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλίσαμε στον ασθενή που πεθαίνει ένα αξιοπρεπές επίπεδο με τήρηση των αρχών της βιοηθικής που τον διέπουν. Παράλληλα, θα προωθούσε τη σύνταξη κάποιου θεωρητικού μοντέλου, στο οποίο θα μπορούσε να βασιστεί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την εκμάθηση της άσκησης της ανακουφιστικής φροντίδας. Η διεκπεραίωση ποιοτικών συνεντεύξεων με τις οικογένειες των ασθενών στις ΜΕΘ θα βοηθούσε στον εντοπισμό των αναγκών του ασθενή και των όποιων παραλήψεων της παρεχόμενης φροντίδας. Ακόμη, θα

αποτελούσε το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη ουσιαστικής επικοινωνίας και της στήριξης της οικογένεια από τους επαγγελματίες υγείας.

Η δημιουργία ομάδων εστίασης για τις οικογένειες θα ήταν χρήσιμη, καθώς με τη μεταλαμπάδευση της γνώσης οι συγγενείς θα νιώθουν ασφάλεια για το έργο των νοσηλευτών και θα βοηθούσε στο μετέπειτα στάδιο του πένθους. Παρέχοντας στην οικογένεια τις απαραίτητες γνώσεις θα συνειδητοποιούσαν τις ιατρικές παρεμβάσεις και το λόγο άσκησης τους, έτσι θα αποφεύγονταν αρκετές συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας. Επιπρόσθετα θα ήταν σε θέση να κρίνουν αντικειμενικότερα τον τερματισμό ή όχι της επιθετικής θεραπείας, καθώς θα αναγνώριζαν τις συνέπειες της. Η εγκαθίδρυση γνώσης θα προετοίμαζε τους συγγενείς για το στάδιο του πένθους, αφού θα γνώριζαν ότι ο ασθενής τους δεν θα είχε ικανοποιητική ποιότητα ζωής αν παρέμενε.

Για την επίτευξη των πρότυπων πρακτικών του τέλους της ζωής επιτάσσεται η ανάγκη χάραξης κοινής πολιτικής. Η ιατρική επιστήμη, γενικώς χρησιμοποιεί κοινές κατευθυντήριες γραμμές, με κάποιες αποκλίσεις, για να καταλήγει στην ίδια θετική έκβαση αναλόγως της ασθένειας. Στην ανακουφιστική φροντίδα δεν παρατηρείται αυτό καθώς επηρεάζεται από παράγοντες κουλτούρας, πεποιθήσεων και στάσεων αναλόγως της γεωγραφικής περιοχής. Ίσως η χάραξη κοινής πολιτικής, απαλλαγμένη από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες να βοηθούσε την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τέλος, η τροποποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος της νοσηλευτικής επιστήμης τείνει σημασίας. Σε μελέτη του ο Luetal, 2007, διαπίστωσαν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών επηρεάζει τις απόψεις και τις εμπειρίες τη επαγγελματικής τους ζωής. Μέσα στην εκπαίδευση των νοσηλευτών δεν υπάρχει πρόγραμμα κατάρτισης για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Συνέπεια αυτού είναι η ελλιπής γνώση των νοσηλευτών και η αμφισβητούμενη κλινική πρακτική, χωρίς τεκμηριωμένη άποψη. Αρκετοί νοσηλευτές ασκούν την ανακουφιστική φροντίδα, που μαθαίνουν μέσα από την κλινική πράξη, με αυθαιρεσία και απουσία γνωσιολογικού μοντέλου. Συνιστάται η ένταξη προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας στο εκπαιδευτικό σύστημα για την παροχή γνώσεων, ορθολογισμό και σωστή άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας από τους αυριανούς επαγγελματίες υγείας.

Με την εφαρμογή των πιο πάνω μέτρων εξασφαλίζεται η ορθολογική χρήση της ανακουφιστικής φροντίδας, με την τήρηση όλων των προϋποθέσεων που οδηγούν στη χρήση της. Ακόμη

διαφάνηκε η σημασία άσκησης της. Μέσω αυτών των μέτρων θα διαλευκανθούν οι ενδείξεις που φανερώνουν την ανάγκη για τερματισμό της επιθετικής θεραπείας και συνέχιση με την παρηγορητική και δεν θα παρατηρείται καταπόνηση του ασθενή μέχρι να παρθεί η κατάλληλη απόφαση. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται στον ασθενή, σε τελικό στάδιο ζωής, η διατήρηση της ποιότητας ζωής του και η τήρηση της αξιοπρέπειας του.

Συμπεράσματα

Μέσα από την έρευνα φάνηκε το χαμηλό επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ, όσο αφορά στις πρακτικές του τέλους της ζωής. Έχοντας υπόψη τη σπουδαιότητα του έργου που γίνεται στις ΜΕΘ, οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να προασπίζονται τη δια βίου μάθηση και αναβάθμιση των παρεμβάσεων τους, αφού έχουν να σώσουν ανθρώπινες ζωές. Χρειάζονται περισσότερες έρευνες για ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού.

Η επικέντρωση στις ανάγκες του ασθενή και όχι μόνο στην ασθένεια είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ορθή εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας. Καλύπτοντας τις προσδοκίες του ασθενή, εξασφαλίζουμε μια ολιστική αντιμετώπιση και αποδεδειγμένα βέλτιστη έκβαση της νόσου. Η ταυτοποίηση της προτίμησης θεραπείας του ασθενή, αν είναι σε θέση και η συχνή επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια θα επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ακόμη, η πνευματική υποστήριξη και το κοινωνικό έργο που έχουν να επιτελέσουν οι επαγγελματίες υγείας δεν χρήζει περιθωριοποίησης. Η απαραίτητη μόρφωση των νοσηλευτών και ο αναπροσανατολισμός της κλινικής πρακτικής για την παρηγορητική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς θα διατηρούσαν την αξιοπρέπεια τους και θα είχαν ικανοποιητική ποιότητα ζωής στο τέλος της ζωής τους. Καλούνται οι νοσηλευτές να συμμετέχουν εμπράκτως στην δραστηριοποίηση για ενεργό εμπλοκή τους στην ανακουφιστική φροντίδα και προάσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Buken, N. & Balseven, O. (Δεκέμβριος 2013). Physicians' attitudes at the end-of-life: a cross-cultural evaluation.. *Medicine Law*. 32(4):549-565.

WHO, (2013). *Essential Medicines in Palliative Care*.

Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).

World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee Geneva: Technical Report Series. 1990.

Hopkins, J. (2013). *Palliative Care Hospice*. Διαθέσιμο σε:

<http://palliativecarehospice.com/palliative-pain/> (Ανακτήθηκε 27 Ιανουαρίου, 2015).

Hopkins, J. (2013). *Palliative Care Hospice*. Διαθέσιμο σε:

<http://palliativecarehospice.com/palliative-sedation/> (Ανακτήθηκε 27 Ιανουαρίου, 2015).

Hopkins, J. (2013). *Palliative Care Hospice*. Διαθέσιμο σε:

<http://palliativecarehospice.com/palliative-care-hospice-team/> (Ανακτήθηκε 27 Ιανουαρίου, 2015).

Resuscitation Council UK, (2009). Recommended standards for recording "Do not attempt resuscitation" (DNAR) decisions. Διαθέσιμο σε:

<https://www.resus.org.uk/pages/dnarrstd.htm> (Ανακτήθηκε 14 Μαρτίου, 2015).

Hopkins, J. (2013). *Palliative Care Hospice*. Διαθέσιμο σε:

<http://palliativecarehospice.com/palliative-patient/> (Ανακτήθηκε 27 Ιανουαρίου, 2015).

Sarafis, P., Tsounis, A. & Malliarou, M. (2014). Euthanasia An Active Area of Research in Contemporary Bioethicw. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 5(1):21-26.

Uk, G. (2014). *Nhs.uk*. Διαθέσιμο

σε: <http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Alternatives.aspx> (Ανακτήθηκε 3 Νοεμβρίου, 2014).

Judith, E. (26 Αυγούστου 2011). Integrating Palliative Care in the ICU. *Hospice Palliative Nursing* 13, (2). Διαθέσιμο

σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162372/> (Ανακτήθηκε 3 Φεβρουαρίου 2015).

Field M J, Cassel C K. eds. *Approaching death: Improving care at the end of life*. Washington, DC: National Academy Press (Institute of Medicine), 1997.

Grant, M. (1 Σεπτεμβρίου 2010). Current Status of Palliative Care, Education and Research. *CA Cancer Journal for Clinicians* 59, (5). Διαθέσιμο

σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929964/> (Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου 2014).

Nelson, J. (2006). Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *BMJ Quality and Safety in Health Care* 15, (4). Διαθέσιμο σε: <http://qualitysafety.bmj.com/content/15/4/264> (Ανακτήθηκε 8 Ιανουαρίου 2015).

Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med*. 2007;33:66–73.

Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Critical Care*. 2005;20:90–6.

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respiratory Critical Care Med*. 2005;171:987–94.

Curlin F, Nwodin C, Vance J, Chin M, Lantos J. To Die, to Sleep: US Physicians' Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support. *Am J Hospice Palliative Care*. 2008;25:112.

Ho KM, Liang J. Withholding and withdrawal of therapy in New Zealand intensive care units (ICUs): A survey of clinical directors. *Anaesthesiology Intensive Care*. 2004;32:781–6.

Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ*. 2008;337:a1714.

Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU: Evidence-based strategies for improvement. *Current Opinion Critical Care*. 2009;15:569–77.

Adolph, M. (2001). Palliative critical care in the intensive care unit: A 2011 perspective.

International Journal of Critical Illness and Injury Science 1, (2).

Διαθέσιμοσε:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249848/> (Ανακτήθηκε 16 Δεκεμβρίου 2014).

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733–42.

Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D: The optimal delivery of palliative care: A national comparison of the outcomes of consultation teams vs. inpatient units. *Arch Intern Med* 2011;171:649–655.

Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, Meier DE: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:454–463.

Oluwakemi, A., Syndey, M., Renee, F. & Brandyn, D. (Απρίλιος 2013). A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness. *Journal of General Internal Medicine*. 28(4):570-577.

Lawlor, P. & Bush, S. (Σεπτέμβριος 2014). Delirium diagnosis, screening and managemen. *Current Opinion in Supportive and Palliative*. 8(3):286-295.

Burns J, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Troug RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Critical Care Med*. 2003;31:1543–50.

Bone RC. Reflections; a guide to end of life issues for you and your family. Evanston IL: National Kidney Cancer Association; 1997. You and I are dying; pp. 4–7.

Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Critical Care Med*. 2004;32:638–43.

Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2009;37(5):771–779.

Jaykumar, S. (Αύγουστος 2012). Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *IJPC*. Διαθέσιμο σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477365/> (Ανακτήθηκε 28 Νοεμβρίου, 2013).

Lu H, While AE, Barribal KL. Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Intensive Journal Nursing Study* 2007, 44(4): 574-88.

Doorembos, A. (16 Ιουλίου 2013). *Palliative care nursing intervention in Thailand*. pubmed 24, (4). Διαθέσιμο σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24014487> (Ανακτήθηκε 1 Οκτωβρίου 2014).

Patel, B. (3 Απριλίου 2012). *Nurses attitude and experiences surrounding palliative seduction*. pubmed 15, (4). *Journal of Palliative Medicine*. Διαθέσιμο σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362321/> (Ανακτήθηκε 1 Οκτωβρίου 2014).

Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Patients dying with dementia: Experience at the end of life and impact of hospice care. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2008;35(5):499–507.

Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: A national study. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Goebel JR, Doering LV, Shugarman LR, Asch SM, Sherbourne CD, Lanto AB, Lorenz KA. Heart failure: The hidden problem of pain. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2009;38(5):698–707. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.022. *iety*. 2007;55(2):189–194.

Zhong, B., Nilsson, M. & Prigerson, H. (Αύγουστος 2012). Factors Important to Patients' Quality-of-Life at the End-of-Life. *Jama Internal Medicine*. 172(15):1133-1142.

- Robert, R., Salomon, L., Graftieaux, J. & Eon, B. (Φεβρουάριος 2014). End of life in the intensive care unit: should French law be adapted?. *Annals of Intensive Care*. 4(6):10.
- Sharma, G., Freeman, J., Zhang, D. & Goodwink, J. (Ιανουάριος 2009). Continuity of care and ICU utilization during end of life. *Jama Internal Medicine*. 169(1):81-86.
- Hogginson, I., Rumble, C., Koffman, J. & Hopkin, P. (Σεπτέμβριος 2013). Alternative to improve palliative care for all patients and families in critical care units: development and preliminary evaluation following MRC guidance of the King's Psychosocial, Assessment and Care tool. *Critical Care*. 17(2):528.
- Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2010;33(3):273–281.
- Frank RK. Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*. 2009;18(10):612–618.
- Datta, R., Chaturved, R., Ruda, A. & Jaideep, E. (Ιανουάριος 2013). End of Life Issues in the Intensive Care Units. *Medical Journal Armed Forces India*. 69(1):48-53.
- Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcher AE, Fontaine DK, Gift AG. Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Critical Care*. 2001;10(4):252–9.
- Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule C, Auriant I, Leguillou JL, et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*. 2007;106(4):687–95.
- Awissi DK, Begin C, Moisan J, Lachaine J, Skrobik Y. I-SAVE study: impact of sedation, analgesia, and delirium protocols evaluated in the intensive care unit: an economic evaluation. *Ann Pharmacother*. 2012;46(1):21–8.
- Reza, M. & Safaris, S. (Απρίλιος 2012). Pain Management in the Intensive Care Unit: Do We Need Special Protocols?. *Anesthesiology and Pain Medicine*. 1(4):237-238.
- Vincent JL. Withdrawing may be preferable to withholding. *Critical Care Medicine*. 2005;9,3.

McAtter, R. & Wellherry, C. (Δεκέμβριος 2013). Palliative Care: Benefits, Barriers, and Best Practices. *American Family Physician*. 88(12):807-813.

Finlay, G. & Jones, O. (Σεπτέμβριος 1996). Hypnotherapy in palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 89(9):493-6.

World Health, O. (2014). WHO Definition of Palliative Care. Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Ανακτήθηκε 18 Οκτωβρίου, 2014).

Ross, M., McDonald, B. & McGuinness, J. (Μάρτιος 1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 23:126-137
Department of Health. End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life. London, 2008.

Garani, T. Dalla-Borgia, P. Papadatos, I. and Kremastinou, T. (1996) Critical Care Ethical Considerations in the subject of euthanasia. *Archives of Greek Medicine*, 13(1), 38-44.

Garani-Papadatou, T. (2010) Law-Health Bioethics Lecture Notes. Athens: National School of Public Health.

Grubb, A. (2001) Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion? *European Journal of Health Law*, 8(2), 89 – 93.

Liatsa, K. (2009) Philosophical issues of euthanasia (dissertation). Athens: Panteio University.

Margaritis, K. (2011) Searching for the forest and losing the tree: debate about euthanasia in Greece. *Amsterdam Law Forum*, 3(1), 139-145.

National Bioethics Committee. (2006) Report on the Artificial Prolongation of Life. France.

Panagou, A. (2010) Euthanasia and Law (dissertation). Athens: Panteio University.

Voultzos, P. Tsoungas, M. (2008) The issue of legal acceptance of euthanasia wills in Austria, Germany and Greece. *Medical Step*, 3. 83-85.

World Health Organization (2000). Hartzband and Groopman (2009). Report for autonomy and consent to medical.

Walsh, S. & Kingston, R. (1988). The use of hospital beds for terminally ill cancer patient. *Surgical Oncology*. 14:367-70.

Viney, L., Walker, B. & Robertson, T. (1994). Dying in palliative care units and in hospital: a comparison of the quality of life of terminal cancer patients. *Consult Clinic Psychology*. 62:157-64.

Derogatis, L., Marrow, G. & Foley, K. (1983). Palliative care in Holland. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. 249:751-6.

Moryl, N., Corver, A. & Folley, K. (2003). Palliative care in Holland. *Cancer Medicine*. 1:113-23.

Ross, K. (1969). *On Death and Dying*. New York: McMillan Co.

Wenzel, L., Monk, B. & Peterpeit, D. (1999). *Hematology-Oncology Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belful.

Schaerer, R. (1993). Suffering of the doctor linked with the death of patients. *PalliativeMed.* 7:27-37.

Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Bollaert PE, Brun F et al. Opinions about surrogate designation: A population survey in France. *Critical Care Med* 2003, 31:1711–1714

Burns JP, Mello MM, Studdert DM, Puopolo AL, Truog RD, Brennan TA. Results of a clinical trial on care improvement for the critically ill. *Critical Care Med* 2003, 31:2107–2117

American Thoracic Society. Fair allocation of intensive care unit resources. *Am J Respiratory Critical Care Med* 1997, 156:1282–1301

Fisher, K. (2008). *In defiance of Death.*

Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004, 30:770–784

Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respiratory Critical Care Med* 1998, 158:1163–1167

Sprung, C., Cohen, S., Sjøkvist, P. & Baras, M. (2003). End of life practices in European intensive care units. *The ETHICUS STUDY.* 290:790-797.

Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2000, 342:654–656.

Truog, R., Campbell, M., Curtis, J. & Haas, E. (2008). Recommendations for end of life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine.* 36:953-963.

- Engelhardt HT. The foundations of bioethics. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 1996.
- Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Med* 1997, 23:1264–1267
- Rotondi, A., Chelluri, L., Sirio, C. & Mendelsohn, A. (2002). Patient's recollection of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Med.* 30:740-752.
- Nelson, J., Majer, D., Nierman, D. & Senzel, R. (2001). Self-reported symptoms experience of critically ill cancer patient receiving intensive care. *Critical Care Med.* 29:277-282.
- Vincent, J. (1999). For going life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Critical Care Med.* 27:1626-1633.
- Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003, 163:341–344.
- Chan JD, Treece PD, Engelberg RA, Crowley L, Rubenfeld GD, Steinberg KP et al. Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: Association with time to death? *Chest* 2004, 126:286–293.
- Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000, 356:1672–1676
- Campbell, M. (2008). Treating distress at the end of life: The principles of double effect. *Advance Critical Care.* 19:340-344.
- WHO, G. (20 Ιουνίου 2007). WHO Normative Guidelines on Pain Management Report. Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO 3. Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf (Ανακτήθηκε 3 Δεκεμβρίου 2014).

STAHLEY, A. (2010). KNOWLEDGE, BACKGROUND, AND PERCEPTIONS: PAIN AND PALLIATIVE CARE GIVING. Διδακτορική διατριβή. Διαθέσιμο σε <http://europepmc.org/articles /PMC3477365>, ανακτήθηκε στις 2 Δεκεμβρίου 2014

WHO, (2014). Process of translation and adaptation of instruments. Διαθέσιμο σε: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (Ανακτήθηκε 19 Φεβρουαρίου, 2015)

Papadatou, D. (2009) *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. New York: Springer.

De Kock F: *Factors Influencing Nurses' Attitudes towards Caring for Dying Patients in Oncology Settings in the Western Cape Metropole*. Stellenbosch University; 2011.

Zargham-Boroujeni A, Bagheri SHS, Kalantari M, Talakoob S, Samooai F: Effect of end-of-lifecare education on the attitudes of nurses in infants' and children's wards. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011, 16(1):93-99.

Grant L, Downing J, Namukwaya E, Leng M, Murray SA: Palliative care in Africa since 2005: good progress, but much further to go. *BMJ Support Palliat Care* 2011, 1:118-122.

Abudari, G., Zahreddine, H., Hodeim, H. & Assi, S. (Σεπτέμβριος 2014). Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Palliative Care*. 20(1):1.

- Kassa, H., Muroogan, R., Zeidu, F. & Hailu, M. (Μάρτιος 2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliative Care*. 13(6):10.
- Iranmansesh, S., Razhan, F., Tijari, B. & Zohran, G. (Αύγουστος 2013). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care*. 12(3):203-210.
- Choi, M., Lee, J., Kim, D. & Kim, S. (Αύγουστος 2012). Nurses' Knowledge About End-of-Life Care: Where Are We?. *Continuing Education in Nursing*. 43(8):379-384.
- Proctor, M., Grealis, L., Coute, M. & Sears, P. (Σεπτέμβριος 2013). Nurses' knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. *International Journal of Palliative Nursing*. 6(9):126.
- Dobrowolska B, Cuber T, Slusarska B, Zarzycka D, Wrońska I: Analysis of the nurses' and physicians' opinion regarding their end-of-life education. *J Palliative Med* 2011, 14(2):126-127.
- Lorenson M, Davis AJ, Konishi E, Bunch EH: Ethical issues after the disclosure of a terminal illness: Danish and Norwegian hospice nurses' reflections. *Nurse Ethics* 2003, 10(2):175-185.
- Wafaa G, Ali M, Ayoub NS: Nurses' attitude towards caring for dying patient in Mansoura University Hospitals. *J Med Biomed Science* 2010, 1(1):16-23.
- Piot, E., Leheup, B., Losson, S. & Gedar, L. (Δεκέμβριος 2014). Intervention of mobile palliative care team on nursing homes: retrospective study. *Geriatric Psychology*. 12(4):347-353.

Schwarzkopf, D., Westermann, I., Skupin, H. & Riedman, N. (Φεβρουάριος 2015). A novel questionnaire to measure staff perception of end-of-life decision making in the intensive care unit—Development and psychometric testing. *Journal of Critical Care*. 30(1):187-195.

Gelinas, C., Fillion, L., Robitaille, M. & Truchon, M. (Μάρτιος 2012). Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. Gélinas C1, Fillion L, Robitaille MA, Truchon M.. *Canadian Journal of Nursing Research*. 44(1):18-39.

Yang, M. & Mcilpatrick, S. (Σεπτέμβριος 2013). Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International Journal of Palliative Care*. 7(9):17.

Intensive Care Unit. Internet Journal of Health. Ανακτήθηκε στις 2015-03-25.

Halms, N., Milligan, S. & Kydd, A. (Νοέμβριος 2014). A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit. *International Journal of Palliative Care*. 20(11):35.

European Union., *DEALING WITH DISEASE IN DIFFERENT RELIGIONS*. Διαθέσιμο σε: www.takecareproject.eu (Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου, 2015).

Smith, W. (2015). *Euthanasia Preventions*. Διαθέσιμο σε: <http://www.euthanasianewsworld.com/> (Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου, 2015).

Bowdle TA, Ward RJ. Induction of anesthesia with small doses of sufentanil or fentanyl: dose versus EEG response, speed of onset, and thiopental requirement.. *Anesthesiology*. 1989;70(1):26-30.

Marek, A. & Lewin, J. (Φεβρουάριος 2009). ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΟ. *Seminars in Neurology*. 28(5):28-47.

Li D, Puntillo K, Miaskowski C. A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *J Pain* 2008;9:2–10

Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *BMJ* 1974;2:656–659

Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160.

Moir, C., Robbert, R., Martz, K. & Perry, J. (Μάρτιος 2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 21(3):88-103.

Jors, K., Seibel, K., Bardenheuer, H. & Bucheit, D. (Μάρτιος 2015). Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? *Journal of Cancer Education*. 10:1.

Ελληνική

Σουγλερή, Μ. (2002). *Νοσηλευτικό Management στην Ανακουφιστική Φροντίδα*. Διαθέσιμο σε: <http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsouglerin.HTM> (Ανακτήθηκε 2 Μαρτίου, 2015).

Τσιοπουριάν, Μ. (2003). Ο Θάνατος στη Σύγχρονη Κοινωνία. *Ογκολογική Ενημέρωση*. 5(1):50-1.

Πέτρου, Α. (2014). Συστήματα Παρακολούθησης Βάθους Αναισθησίας. *Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής* 18, (39). Διαθέσιμο

σε:http://anesthesia.gr/download/TOMOS_18_19/tefhos_39/78.pdf (Ανακτήθηκε 9 Φεβρουαρίου 2015).

Γκορανή, Τ., Δαλλά, Π., Παπαδάτου, Ι. &Κρεμαστινού, Τ. (1996). Εντατική Θεραπεία Ηθικοί Προβληματισμοί στο θέμα της Ευθανασίας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 12(1):38-44.

Νέτα, Σ. (2008). *Iatronet*. Διαθέσιμο σε: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/4914/to-dilimma-tis-efthanasias.html> (Ανακτήθηκε 12 Νοεμβρίου, 2014).

Δημηρόπουλος,Α. (2006).Ευθανασία και Σύνταγμα. Διαθέσιμο σε:http://www.24grammata.com/wp-content/uploads/2014/08/Dimitropulos-eutanasia-and-cositution-24grammata.com_.pdf (Ανακτήθηκε 11 Ιουνίου, 2015).

Παπαγεωργίου, Δ., Κωνσταντόπουλος, Σ., Γκόνης, Ν. & Βασιλείου, Μ. (Νοέμβριος 2008). Αξιολόγηση των Αναγκών και της Ικανοποίησης των αναπνευστικών ασθενών ΜΕΘ στην Ελλάδα από τους ίδιους και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 1:6-19.

Κορομπέλη, Α., Κτενής, Ε. &Κικεμένη, Α. (2006). Κυκλικό ωράριο: Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*. 45(1):45-51.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ελλάδας. (2015). Τι είναι ο Εγκεφαλικός Θάνατος. *Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων*. Αθήνα.

Τζεναλής, Α., Κόλια, Α. & Νοτίου, Α. (2014). Η διαχείριση του Πόνου στη ΜΕΘ. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 7(3):18-25.

Κωστάκης,Α.(2005). *Transplantation.gr*. Διαθέσιμοσε:http://www.transplantation.gr/results_patients.asp (Ανακτήθηκε 21 Ιανουαρίου, 2015).

Νανάς Σ. Ο ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ούτε ευθανασία αλλά ούτε εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου. Στο: Εγκεφαλικός θάνατος, επιστημονική θεώρηση.

Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2006

Ανευλαβής, Ε. (2001). Η ελεήμων θανάτωση (mercykilling) ή ευθανασία.

Μια αποκλειστική διάζευξη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 18(6):555-559.

Δημητριάδου, Α., Τσαλογλίδου, Α., Λαβδανίτη, Μ. & Ντιο, Ε. (Ιούνιος 2013). Οι αντιλήψεις και η στάση των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών έναντι του νοσηλευτικού επαγγέλματος. *Το Vimatou Asklipiou*. 12(2):186-204.

Νταβώνη, Γ., Λεβάκου, Μ. & Δαντσιού, Μ. (2013). Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 6(2):5-14

Ρηγάτος, Γ. (2000). *Αντιμετωπίζοντας τον καρκινοπαθή που πεθαίνει*. Αθήνα: Ascent.

Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α. & Νανάς, Σ. (2010). Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 27(1):18-36.

Ιωαννίδης, Γ., Αρδαβάνης, Α. & Ρηγάτος, Γ. (2006). Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελιού σταδίου. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*. 5(3):267-272.

Οικονόμου, Α. (Οκτώβριος 2008). Η Παρηγορητική Φροντίδα είναι Ανθρώπινο Δικαίωμα. *Παρηγορητική Φροντίδα*. 4(8):2-8.

Παραπομπές εικόνων

CityNetEvents. Διαθέσιμο σε: www.citynetevents.com (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).

SacramentoState. Διαθέσιμοσε: www.csus.edu.com (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).

FairfieldCountry'sAllPhysiciansΔιαθέσιμοσε: www.dnrrocks.com (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).

M University of Michingan. Διαθέσιμο σε: <http://careercenter.umich.edu/article/how-tackle-ethics-questions-medical-school> (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).

CT Angiography for Brain Death Diagnosis. (30 Απριλίου 2009). *American Journal of Neuroradiology*, σελίδες 1566-1570.

Παραρτήματα

Έντυπο ενημέρωσης / πληροφόρησης των συμμετεχόντων για την λήψη συγκατάθεσης

Τίτλος Μελέτης :Επίπεδο γνώσεων Νοσηλευτών ΜΕΘ για τις πρακτικές του τέλους της ζωής στη ΜΕΘ

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά αυτό το έντυπο και ζητήστε από την ερευνήτρια Μελίνα Ευριπίδου να σας λύσει τις απορίες που έχετε.

1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος που παρακολουθώ στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, MScHealthManagement, πρέπει να ολοκληρώσω την εκπόνηση της διατριβής, η οποία έχει τον πιο πάνω τίτλο. Θα μοιραστεί ένα ερωτηματολόγιο, στην ΜΕΘ του γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, όπου και εργάζεστε, το οποίο θα μελετήσει τις γνώσεις των νοσηλευτών πάνω στις πρακτικές του τέλους της ζωής.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός ο οποίος θα μελετηθεί είναι αυτός των νοσηλευτών που θέλουν να συμμετάσχουν στην συγκεκριμένη έρευνα, και οι απαντήσεις τους θα αφορούν στις γνώσεις τις οποίες έχουν πάνω στις πιο πάνω πρακτικές, καθώς θα υπάρχουν και ερωτήσεις για κάποια δημογραφικά στοιχεία τα οποία δεν συμπεριλαμβάνουν στοιχεία που να καθορίζουν την επωνυμία των συμμετεχόντων. Συνολικά στη μελέτη θα πρέπει να συμμετάσχουν όσα περισσότερα άτομα μπορούν.

3. ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Η διάρκεια που θα χρειάζεται για τα άτομα να απαντήσουν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, θα είναι περίπου δέκα λεπτά.

4. ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Έχετε κάθε δικαίωμα να μη συμμετάσχετε σε αυτή τη μελέτη χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα.

5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα υποβληθούν σε επεξεργασία (στατιστική ανάλυση) μετά το τέλος της μελέτης σύμφωνα με τη νομοθεσία περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Όλοι όσοι έχουν πρόσβαση στα δεδομένα αυτά είναι υποχρεωμένοι να τηρούν εχεμύθεια και να υπογράφουν δήλωση εχεμύθειας.

Τα προσωπικά σας δεδομένα θα συλλέγονται με ευθύνη του υπεύθυνου της μελέτης και θα αντιμετωπιστούν με εμπιστευτικότητα. Ειδικότερα, κανένα από τα ερωτηματολόγια της μελέτης δεν θα περιλαμβάνει αναφορά στο όνομα σας. Εξειδικευμένα άτομα θα πραγματοποιήσουν λεπτομερή ανάλυση των δεδομένων όλων των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η τελική έκθεση αναφοράς των αποτελεσμάτων θα δημοσιευθεί ή/και θα ανακοινωθεί στο πανεπιστήμιο το οποίο φοιτώ ή σε ιατρικό ή νοσηλευτικό περιοδικό. Η δημοσίευση ή/και η ανακοίνωση δεν θα περιλαμβάνει τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων.

Επιπλέον υπάρχει η δέσμευση ότι τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα αφορούν αποκλειστικά την συγκεκριμένη μελέτη και σε καμία περίπτωση δεν θα εξυπηρετήσουν άλλη έρευνα.

Ζητάω τη συγκατάθεση σας να επεξεργαστώ πιο πάνω δεδομένα με τον τρόπο που ήδη περιγράφηκε. Με τη συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή, αποδέχεστε ότι θα συμμετάσχετε στην έρευνα την οποία διεξάγω και αποδέχεστε ότι τα στοιχεία αυτά θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια εκπόνησης της έρευνας μου.

6. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή κάθε νοσηλεύτη στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική και κάθε νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να μη συμμετάσχει στη μελέτη αυτή, χωρίς υποχρέωση να εξηγήσει το λόγο.

Εκτός από τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο πληροφόρησης, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε πρόσθετες από την ερευνήτρια.

Αφού μελετήσετε το έντυπο και λάβετε από την ερευνήτρια επαρκείς εξηγήσεις για τις απορίες σας, σας καλώ να απαντήσετε το ερωτηματολόγιο το οποίο επισυνάπτεται με αυτό το έντυπο για να συμμετάσχετε στην πιο πάνω έρευνα.

Ερωτηματολόγιο στα ελληνικά

Σημειώστε X στα τετραγωνάκια

Ενότητα 1: Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία: 20-30 30-40 40-50 άνω των 50

Χρόνια Υπηρεσίας: 3-6 6-9 πάνω από 9

Χρόνια Υπηρεσίας στην ΜΕΘ: 3-6 άνω από 9

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρ/α

Επίπεδο Εκπαίδευσης: Ανώτερη Ανώτατη Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

Ενότητα 2: Πρακτικές ανακουφιστικής φροντίδας

Οι πιο κάτω ερωτήσεις απαντώνται με Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω. Παρακαλώ βάλτε X στο τετράγωνο της απάντησης σας.

1. Η παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις για μια φθίνουσα πορεία της υγείας του ασθενή ή επιδείνωσης.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

2. Θεωρείται ότι η μορφίνη είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται πιο συχνά σε σύγκριση της αναλγητικής δράσης με άλλα οπιοειδή.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

3. Η βαρύτητα της νόσου καθορίζει τη μέθοδο θεραπείας πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

4. Οι επικουρικές (συμπληρωματικές) θεραπείες είναι σημαντικές στη διαχείριση του πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

5. Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμείνουν δίπλα στον ασθενή μέχρι να έρθει ο θάνατος.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

6. Κατά την διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής, η υπνηλία που σχετίζεται με διαταραχή των ηλεκτρολυτών μπορεί να μειώσει την ανάγκη για καταστολή.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

7. Η εξάρτηση από οπιοειδή είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, όταν η μορφίνη χρησιμοποιείται μακροπρόθεσμα για τη διαχείριση του πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

8. Τα άτομα τα οποία λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει να ακολουθούν θεραπευτική αγωγή για την ορθή λειτουργία του εντέρου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

9. Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

10. Κατά την διάρκεια του τελικού σταδίου της ζωής, φάρμακα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

11. Οι άνδρες γενικά συμβιβάζονται με τη θλίψη πιο γρήγορα από ότι οι γυναίκες.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

12. Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας είναι συμβατή με αυτή της επιθετικής θεραπείας .

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

13. Η χρήση εικονικού αναλγητικού/ placebo είναι κατάλληλη για τη θεραπεία ορισμένων εκφάνσεων πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

14. Σε υψηλές δόσεις η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και εμετό από ότι η μορφίνη.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

15. Η καταπόνηση και ο σωματικός πόνος είναι συνώνυμα.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

16. Η πεθιδίνη δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό στον έλεγχο του χρόνιου πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

17. Η συσσώρευση των θανάτων οδηγεί αναπόφευκτα στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι ψάχνουν εργασία σε τμήματα που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

18. Οι εκδηλώσεις χρόνιου πόνου είναι διαφορετικές από εκείνες του οξέως πόνου.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

19. Η απώλεια μιας σχέσης εξ αποστάσεως ή αμφιλεγόμενης σχέσης είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας η οποία είναι κοντινή ή οικεία.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

20. Η ανοχή στον πόνο μειώνεται λόγω άγχους ή κόπωσης.

Σωστό Λάθος Δεν γνωρίζω

Ερωτηματολόγιο στα αγγλικά

Appendix: Palliative Care Quiz for Nurses

Questions True False Don't know

1 Palliative care is appropriate only in situations where there is evidence of a downhill trajectory or deterioration.

T F DK

2 Morphine is the standard used to compare the analgesic effect of other opioids

T F DK

3 The extent of the disease determines the method of pain treatment.

T F DK

4 Adjuvant (supplemental) therapies are important in managing pain.

T F DK

5 It is crucial for family members to remain at the bedside until death occurs.

T F DK

6 During the last days of life, the drowsiness associated with electrolyte imbalance may decrease the need for sedation.

T F DK

7 Drug addiction is a major problem when morphine is used on a long term basis for the management of pain.

T F DK

8 Individuals who are taking opioids should also follow a bowel regime.

T F DK9 The provision of palliative care requires emotional detachment.

T F DK

10 During the terminal stages of an illness, drugs that can cause respiratory depression are appropriate for the treatment of severe dyspnoea.

T F DK

11 Men generally reconcile their grief more quickly than women.

T F DK

12 The philosophy of palliative care is compatible with that of aggressive treatment.

T F DK

13 The use of placebos is appropriate in the treatment of some types of pain.

T F DK

14 In high doses, codeine causes more nausea and vomiting than morphine.

T F DK

15 Suffering and physical pain are synonymous. T F DK

16 Pethidine is not an effective analgesic in the control of chronic pain.

T F DK

17 The accumulation of losses renders burnout inevitable for those who seek work in palliative care.

T F DK

18 Manifestations of chronic pain are different from those of acute pain.

T F DK

19 The loss of a distant or contentious relationship is easier to resolve than the loss of one that is close or intimate.

T F DK

20 The pain threshold is lowered by anxiety or fatigue.

T F DK

Source: Ross M.M., McDonald B. & McGuiness J. (1996) The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. Journal of Advanced Nursing 23, 126-137.

Βεβαίωση Φοίτησης

Υπηρεσία Σπουδών και Μητρώου Φοιτητών

Τ.Θ.12794, 2252, Λατσιά, Λευκωσία Τηλ.: +357 22411600, Φαξ.: +357 22411601 Ιστοσελίδα: www.ouc.ac.cy - Email: admissions@ouc.ac.cy

Σε όποιον αφορά

19 Νοεμβρίου 2014

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι η κα **Μελίνα Ευριπίδου** με Αριθμό Πολιτικής Ταυτότητας **1037209** είναι εγγεγραμμένη με έτος εισαγωγής 2013 στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «**Διοίκηση Μονάδων Υγείας**».

Η εν λόγω φοιτήτρια για το ακαδημαϊκό έτος 2014-2015 έχει εγγραφεί στην Θεματική Ενότητα:

ΔΜΥ603Α - Χρηματοοικονομική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας

ΔΜΥ606Β - Δημόσια Υγεία και Προαγωγή Υγείας

ΔΜΥΝ701 - Διατριβή Μάστερ Ι

Σημειώνεται ότι για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών απαιτείται η επιτυχής παρακολούθηση και εξέταση σε (8) Θεματικές Ενότητες ή σε (6) Θεματικές Ενότητες και εκπόνηση Διατριβής Μάστερ. Η συμμετοχή στις Ομαδικές Συμβουλευτικές Συναντήσεις δεν είναι

υποχρεωτική. Αποτελεί όμως ουσιαστικό μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας και συνιστάται η παρουσία των φοιτητών σε αυτές.

Τάσος Αναστασίου

Συντονιστής Υπηρεσίας Σπουδών και Μητρώου Φοιτητών



ΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.307
Αρ. Τηλ.: 22818303

30 Οκτωβρίου 2014

Κυρία Μελίνα Ευριπίδου
Θεμιστοκλή 38, Άγιος Σπυρίδωνας
Τ.Τ 3050
Λεμεσός

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας Δεδομένων της κυρίας Μελίνας Ευριπίδου νοσηλευτικής λειτουργού με τη χρήση ερωτηματολογίου για σκοπούς μεταπτυχιακής έρευνας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με τίτλο: «Επίπεδο γνώσεων νοσηλευτών μονάδας εντατικής θεραπείας για τις πρακτικές του τέλους ζωής του ασθενή στη μονάδα εντατικής θεραπείας- ανακουφιστική φροντίδα».

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 3.10.2014, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(ιγ) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΜ/ΜΠαπ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

Αρ. Πρωτ.: 0274/2014

16 Δεκεμβρίου 2014

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού

**Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή
προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα για να σας ενημερώσω πως η
— Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει
παραχωρήσει σχετική άδεια στη κα Μελίνα Ευριπίδου, Νοσηλευτικό Λειτουργό για
διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «**Επίπεδο γνώσεων Νοσηλευτών ΜΕΘ για τις
πρακτικές του τέλους της ζωής στη ΜΕΘ- Ανακουφιστική Φροντίδα**».

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

✓ κοιν. κα Μελίνα Ευριπίδου, Νοσηλευτικό Λειτουργό





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΠΡΙΑΤΙΑ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Αρ. φαξ: 2260529
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0274/2014

15 Δεκεμβρίου 2014

Κυρία Μελίνα Ευριπίδου
Θεμιστοκλή 38
Ομόνοια
3050 Λεμεσός

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας


Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Επίπεδο γνώσεων νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για τις πρακτικές του τέλους ζωής στη ΜΕΘ» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 1/9/2014 και να σας ενημερώνω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επιστημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

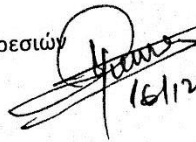
Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυννημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Έρευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.


(Ειρήνη Γεωργίου- Κατιρτζή)
για Αν. Γενική Διευθύντρια
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ
Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών


16/12/14

Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>





ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2014.01.135
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

29 Οκτωβρίου 2014

Κυρία Μελίνα Ευριπίδου
Θεμιστοκλή 38
Ομόνοια
3050 Λεμεσός

**Θέμα: «Επίπεδο γνώσεων νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
για τις πρακτικές του τέλους της ζωής στη ΜΕΘ»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 24 Οκτωβρίου 2014 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, πρωτόκολλο, έντυπο ενημέρωσης / πληροφόρησης και ερωτηματολόγιο), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω αντιληφθεί ότι:

1. Η έρευνα που θα διεξάγετε στηρίζεται στη διανομή και συλλογή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε νοσηλευτές των ΜΕΘ (Γενικής και Καρδιολογικής) του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού,
2. Δεν θα υπάρξει από δικής σας πλευράς οποιαδήποτε επέμβαση σε συμμετέχοντες για τη λήψη οποιασδήποτε βιολογικής ουσίας για οποιεσδήποτε εξετάσεις, και
3. Δεν τίθεται θέμα παροχής οποιασδήποτε ιατρικής φροντίδας προς τους συμμετέχοντες.

Σύμφωνα με όλα τα πιο πάνω, έχω την άποψη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν χρήζει οποιασδήποτε βιοηθικής αξιολόγησης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ).

Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Αποδεικτικό θανάτου της δημιουργού

MargaretROSS

Obituary

ROSS, Margaret Peacefully, Thursday, September 26, 2013. Margaret Mary Ross R.N. Ph.D. at the age of 70. Beloved daughter of the Late Ella and Colin Ross. Cherished sister of Mary Ross (Gerry Hooper) and Penny Ross. Loving aunt of Craig Carson (Isabelle Parent-Carson), Carolyn Carson, Derek Carson, David Hooper (Jocelyn) and Megan Hooper (Evan Moore). Fondly remembered by extended family and friends. Margaret was an award-winning career scientist, professor at the universities of Ottawa, McGill, Dalhousie and Mount St. Vincent, and worked with the College of Nurses of Ontario. Born in Arvida QC and raised in Montreal, Margaret moved to Ottawa to be closer to family and also enjoyed her time spent at Fasgadh, the family home in Cape Breton. Friends may pay respects at the Kelly Funeral Home, Walkley Chapel 1255 Walkley Road, Ottawa, ON K1V 6P9 613-731-1255 Tuesday from 6 to 9 p.m. Funeral Service Wednesday to Holy Cross Church for Mass of Christian Funeral at 10:00 a.m. www.kellyfh.ca
Published in The Ottawa Citizen on Sept. 28, 2013