

# Διερεύνηση του Επιπέδου Γνώσεων των Νοσηλευτών ΜΕΘ για την Ανακουφιστική Φροντίδα και τις Πρακτικές τέλους ζωής

Exploration of the level of ICU nurses' knowledge for the palliative care and practices at the end of life

Authors: Ευριπίδου Μελίνα<sup>1</sup>, Παπασταύρου Ευριδίκη<sup>2</sup>, Γιαννακού Αντρη<sup>3</sup>.

1. Νοσηλευτικός Λειτουργός, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
3. Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί ένα μεγάλο τμήμα της νοσηλευτικής πρακτικής, για το οποίο παρατηρήθηκε ότι δεν καλύπτεται επαρκώς από την εκπαίδευση των νοσηλευτών και δεν υπάρχει θεωρητικό υπόβαθρο, αλλά εφαρμόζεται με βάση μόνο την κλινική εμπειρία.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ενός δημόσιου νοσηλευτηρίου σε ότι αφορά την άσκηση πρακτικών για το τέλος της ζωής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα αποτελείται από 91 νοσηλευτικούς λειτουργούς, που εργάζονται σε τμήμα ΜΕΘ. Δόθηκαν 98 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 91 (ποσοστό ανταπόκρισης 92.8%). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN), το οποίο αποτελείται από δύο μέρη, όπου το πρώτο αφορούσε στα δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο περιελάμβανε είκοσι ερωτήσεις σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα, με επιλογή απάντησης Σωστό, Λάθος ή Δεν γνωρίζω. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για διχοτομικές μεταβλητές Kuder-Richardson ισούται με 0,820, ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πακέτο SPSS 19.0.

**Αποτελέσματα:** Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών φάνηκε από το ποσοστό των ορθών απαντήσεων το οποίο ανήλθε στο 63,75%. Από τη σύγκριση που έγινε με παρόμοιες έρευνες, στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο μέτρησης, φάνηκε ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσίασαν ψηλότερα ποσοστά ορθών απαντήσεων από τις άλλες, όμως οι γνώσεις του Κύπριων νοσηλευτών για το συγκεκριμένο θέμα παραμένουν σε μέτριο επίπεδο.

**Συμπεράσματα:** Η δημιουργία ενός καταρτισμένου προγράμματος εξειδίκευσης για την ανακουφιστική φροντίδα θα προετοιμάζε τους νοσηλευτές για την ορθολογική εφαρμογή της.

**Λέξεις κλειδιά:** ανακουφιστική φροντίδα, πρακτικές του τέλους ζωής, γνώσεις για ανακουφιστική φροντίδα, ΜΕΘ.

## Abstract

**Introduction:** Palliative care is a practice that nurses perform, during the delivery of care. It has been noticed that although it is used often, there is a lack of knowledge and the issue is not included in the nursing education. Nurses use the practices of the end of life, without theoretical background, but only with the clinical practice.

**Aim:** The aim of the study was to explore the level of knowledge among nurses in an Intensive Care Unit of a public hospital as far as it concerns palliative care.

**Material and Method:** The sample included ninety- one nurses who currently work in an ICU department. Ninety-eight questionnaires were given and ninety-one were returned (response rate 92.8%). The questionnaire Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) includes some demographic questions and twenty questions about palliative care with True, False or Don't Know answers. The internal consistency index for dichotomous variables Kuder-Richardson equals 0,820 which is satisfactory. The statistical analysis was made by using the SPSS 19.0

**Results:** The percentage of the correct answers was 63,75%. Compared to other studies with the use of the same tool, the results showed higher percentages of correct answers, although the level of nurses knowledge is still not high. Conclusion: Creating a well-trained program about the practices of the end of life and being included in nursing education will be beneficial and the palliative care will be properly implemented.

**Keywords:** palliative care, practices in the end of life, knowledge about palliative care, ICU.

## 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. Συμφώνα με τον Angus et al, 2004, το 50% των νοσοκομειακών ασθενών που καταλήγουν, αποβιώνουν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, συνεπώς εμπίπτει η ανάγκη

για την εφαρμογή και τη σωστή κατάρτιση για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, στους χώρους αυτούς.

## Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών, σε ότι αφορά την άσκηση των πρακτικών του τέλους της ζωής, κυρίως της ανακουφιστικής φροντίδας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναμένεται να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το υπάρχον επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών σε σχέση με την ανακουφιστική φροντίδα;
2. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις των νοσηλευτών και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά; Η σημαντικότητα της μελέτης έγκειται στο ότι θα

αναδειχθούν πιθανά κενά στη φροντίδα ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται στα τελικά στάδια της ζωής τους, λόγω περιορισμένης γνώσης και εφαρμογής, συγκεκριμένων πρακτικών στο θέμα της ανακουφιστικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα θα δώσουν την ευκαιρία για το σχεδιασμό και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία θα βελτιώσουν την παροχή φροντίδας, σύμφωνα με τις συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών αυτών.

### Εννοιολογικό και Ερευνητικό υπόβαθρο

Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία αγγίζει διάφορες πτυχές όπως θρησκευτικές, ψυχολογικές, ηθικές και νομικές. Τα θρησκευτικά πιστεύω, η εθνικότητα, το κοινωνικό υπόβαθρο των μελών της οικογένειας και του ασθενή μπορεί να επηρεάσουν τις παρεμβάσεις που θα δοθούν ή όχι και η βελτίωση της αντίληψης των επαγγελματιών υγείας είναι εγγυημένη (Curlin et al, 2008).

Οι πρακτικές του τέλους της ζωής είναι οι πρακτικές που εφαρμόζονται όταν η θεραπεία του ασθενή θεωρείται μάταιη, χωρίς ανταπόκριση και επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενή. Αυτές οι πρακτικές είναι η μη επιχείρηση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Do Not Attempt Resuscitation-DNAR), η απόσυρση ή μη κλιμάκωση της αγωγής, η ευθανασία και η ανακουφιστική φροντίδα. Στο DNAR οι επαγγελματίες υγείας παραμένουν αμέτοχοι για έναρξη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής. Αποτελεί υποκειμενική απόφαση του ασθενή ή τίθεται σε εφαρμογή όταν η ασθένεια θεωρείται μη αναστρέψιμη και ο θάνατος αναμενόμενος. Ως απόσυρση (withdrawal) ορίζεται η απόφαση διακοπής του συνόλου ή τμήματος της χορηγούμενης αγωγής, χωρίς υποκατάσταση της από ισοδύναμη εναλλακτική (Sprung, 2003; Predergast, 1998). Η παραίτηση από την επιθετική αγωγή δεν σημαίνει εγκατάλειψη του ασθενή, αλλά αντίθετα σηματοδοτεί το πέρασμα στην παρηγορητική θεραπεία (Truog, 2008). Ως μη κλιμάκωση (withholding) ορίζεται η απόφαση της μη εφαρμογής επιπρόσθετων θεραπειών ή της μη αύξησης των ήδη παρεχομένων (Κρανιδιώτης και συν, 2010). Η μη κλιμάκωση είναι ψυχολογικά ευκολότερη από τους γιατρούς από τη διακοπή της (Vincent, 2005; Forand, 2001).

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, 2001). Είναι γεγονός ότι η ευθανασία εξελίσσεται μέσα από την συνεχή τριβή με τις ανίατες νόσους. Στις ΗΠΑ, η εθελοντική ευθανασία άρχισε από το 1994 (Oregon Department of Human Services, 2006; Ebloot, 2010), στην Ολλανδία ίσχυε από το 2002 (Jasen, 2002), ακολούθως το Βέλγιο με πιο αυστηρά κριτήρια και μετά η Σουηδία (Hurst & Mauren, 2003). Η πιο πρόσφατη ένταξη υπέρ της ευθανασίας έγινε στο Λουξεμβούργο, το 2012, ενώ στις υπόλοιπες χώρες αποτελεί έγκλημα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο

απαγορεύεται αφού κατά το Αγγλικό Δίκαιο η ενεργητική ευθανασία θεωρείται έγκλημα. Στην Κύπρο απαγορεύεται δια νόμου και αν γιατρός οποιασδήποτε ειδίκευσης εφαρμόσει αυτή την πρακτική, έρχεται αντιμέτωπος με κατηγορίες ανθρωποκτονίας σύμφωνα με το άρθρο 154 του ΠΔ. Ο Ανευλαβής, 2001, αναφέρει πως η αυτονομία και η ατομική ελευθερία του πάσχοντος αποτελούν τον σκληρό πυρήνα της επιχειρηματο-λογικής υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν, έχει παρατηρηθεί έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας (Kassa et al, 2014; Ross et al, 1996). Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας δεν υπάρχει αρκετή κάλυψη γνώσεων για την αντιμετώπιση καταστάσεων, όπου η θεραπεία κρίνεται δυσανάλογη του οφέλους, με απόρροια να τις διαχειρίζονται χωρίς ένα σωστό θεωρητικό και επιστημονικό υπόβαθρο (Kassa et al, 2014). Επίσης, δεν εξειδικεύονται ούτε για τη ψυχολογική διαχείριση τόσο του ασθενή όσο και των συγγενών του, καθώς ούτε για τις πρακτικές του τέλους ζωής, με αποτέλεσμα να μην έχουν εδραιωμένες γνώσεις και στάσεις για την ανακουφιστική φροντίδα.

Όμως η διερεύνηση στην επιστημονική βιβλιογραφία για την ανεύρεση μελετών που να σχετίζονται με το θέμα έδειξε ότι υπάρχει σχετική έλλειψη μελετών που να αφορούν στο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών όσο αφορά την ανακουφιστική φροντίδα. Βρέθηκαν μόνο 5 μελέτες οι οποίες έδειξαν ανεπαρκείς γνώσεις για την άσκηση της και κυρίως ελλείψεις στη ψυχολογική πτυχή του θέματος (Kassa et al, 2014; Abudary et al, 2014; Proctor et al, 2013; Choi et al, 2012; Ross et al, 1996).

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί (Patel et al, 2012; Doorembos, 2013), έδειξαν χαμηλό επίπεδο γνώσεων και μη επαρκή ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή που πεθαίνει (Braden, 2011). Ακόμη, οι ερευνητές κατέγραψαν τις μαθησιακές ανεπάρκειες και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την ανακουφιστική φροντίδα (Do-browolska et al, 2001), γεγονός που αναδύει την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της έρευνας. Σε παρόμοιες έρευνες που διεξήγαγε ο Lorensen et al, 2003, έδειξε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί την απόκρυψη των πληροφοριών πρόγνωσης από τον ασθενή ως ανήθικη.

Ο Braden, 2011, σε ανασκόπηση του για τις αντιδράσεις του προσωπικού σε περιπτώσεις άσκησης της ανακουφιστικής φροντίδας έδειξε ότι ζητήματα νομικά, οικονομικά και εκπαιδευτικά δεν καθιστούν δυνατή την ποιοτική παροχή της. Οι Jors et al, 2015, σε έρευνα τους διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας ζητούν πιο ολοκληρωμένη πληροφόρηση, σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα και αύξηση εκμάθησης των τεχνικών επικοινωνίας και δεξιοτήτων, για την παροχή της. Υπάρχει έλλειψη γνώσης για τον έγκαιρο εντοπισμό των πολύπλοκων συμπτωμάτων που κατευθύνουν στην άσκηση της ανακουφιστικής φροντίδας και η εκμάθησή της

γίνεται μόνο μέσα από την κλινική πρακτική (Proctor et al, 2013). Οι Abudary et al, 2014, σε έρευνα τους διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία και εκπαίδευση παρείχαν ποιοτική ανακουφιστική φροντίδα στους ασθενείς. Φάνηκε επίσης, ότι οι νοσηλευτές παρουσίασαν θετική στάση για την άσκηση της, αλλά αρκετές ελλείψεις σε ότι αφορούσε τις γνώσεις. Αρκετοί λόγοι έχουν εντοπιστεί ως ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης, της απουσίας του περιεχομένου στα προγράμματα σπουδών για τη διαχείριση του πόνου και των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πόνο (Stahley, 2010).

Στη σύγχρονη κοινωνία το θέμα της ανακουφιστικής φροντίδας άρχισε να αναδύεται με την εξέλιξη των ιατρικών μεθόδων για την αντιμετώπιση ασθενειών, που δεν υπάρχει ίαση. 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, αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και των άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων (WHO, Normative Guidelines on Pain Management Report, 2013). Λόγω της σημαντικότητας του θέματος και των ελλείψεων στη νοσηλευτική βιβλιογραφία όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, η μελέτη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των νοσηλευτών όσον αφορά στην ανακουφιστική φροντίδα, θεωρείται ότι θα συμβάλει στην ανάπτυξη της γνώσης επί του σοβαρού αυτού ζητήματος.

## Υλικό και μέθοδος

### Ερευνητικός σχεδιασμός

Η έρευνα αποτελεί μια περιγραφική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2015 έως και τον Μάιο του 2015. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δομημένο και εγκυροποιημένο ερευνητικό εργαλείο το οποίο πάρθηκε από τη διεθνή βιβλιογραφία.

### Πληθυσμός και δείγμα

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε και στους ενενήντα οχτώ νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στις δύο ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου στην Κύπρο. Ενενήντα ένα άτομα ( $n=91$ ) απάντησαν δίνοντας ποσοστό ανταπόκρισης 92.8%. Η επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου έγινε για λόγους εύκολης πρόσβασης των ερευνητών, ενώ ο συγκεκριμένος πληθυσμός έχει επιλεγεί, λόγω του ότι έρχεται συχνά σε επαφή με άτομα τα οποία χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας.

### Ερευνητικό Εργαλείο

Το εργαλείο μέτρησης αποτελείται από το ερωτηματολόγιο Palliative Care Quiz Nursing, το οποίο δημι

ούργησε η Ross και δημοσίευσε το 1996, στο Journal of Advance Nursing.

Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN). Η δημιουργός του ερωτηματολογίου βασίστηκε στους Dieckmann et al, 1988 και Pratt et al, 1992, οι οποίοι ανέπτυξαν ένα εργαλείο μέτρησης γνώσεων όσο αφορούσε τη νόσο Alzheimer, το οποίο ήταν ερωτηματολόγιο πολλαπλών επιλογών, με 20 ερωτήσεις με απαντήσεις Ναι, Όχι, Δεν γνωρίζω. Επιπλέον, βασίστηκε στη αξιολόγηση της Επιτροπής Joint (Ross et al, 1996) σχετικά με τα πρότυπα για την εκπαιδευτική αξιολόγηση (1981) και στην επικέντρωση και αξιοποίηση των διαδικασιών (Patton, 1981). Αφού εφαρμόστηκε πιλοτικά και αναδιαρθρώθηκε από την επιτροπή εμπειρογνομώνων, κατέληξε στην τελική μορφή του και ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Kuder-Richardsson βρέθηκε στο 0,78, φανερώνοντας ψηλή συνοχή. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης το εργαλείο μεταφράστηκε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες MAPI (2009).

Για την παρούσα έρευνα έχει γίνει έλεγχος δοκιμασίας επαναδοκιμασίας, σε δείγμα 20 ατόμων σε τυχαίο δείγμα τμημάτων στα οποία οι νοσηλευτές έχουν τριβή με την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. 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( $r=0,820$ ) ο οποίος κρίνεται εξαιρετικά ικανοποιητικός ως προς τη σταθερότητα των μετρήσεων του εργαλείου.

### Συλλογή Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Μάιο, 2015, ήταν ανώνυμα και μετά την συμπλήρωση τους, τοποθετούνταν μέσα σε φάκελο, σε κάλπη, στο γραφείο της Προϊστάμενης του τμήματος, όπου με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η προστασία των δεδομένων. 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.

### Στατιστική Ανάλυση

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.

Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τις διχοτομικές μεταβλητές ονομάζεται Kuder Richardson formula 20 ( $1 =$  σωστή απάντηση,  $0 =$  λάθος απάντηση - δεν γνωρίζω), ισούται με 0,820 ο οποίος κρίνεται πολύ ικανοποιητικός.

Ενδεικτικά για να μελετηθεί το ερευνητικό ερώτημα 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, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση παραμετρικού τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων κατηγοριών (t-test) και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δύο κατηγοριών η 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.

### Ηθικά Ζητήματα

Για την διεξαγωγή της έρευνας πάρθηκαν οι απαραίτητες άδειες από το Υπουργείο Υγείας, από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ ΕΠ 2014.01.135), από τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, από την Διοίκηση του Νοσοκομείου και από το τμήμα της ΜΕΟ, όπου διεξήχθη η έρευνα. Επίσης, υπήρξε πληροφορημένη συναίνεση από τους συμμετέχοντες, ενώ διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

### Αποτελέσματα

Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 91 νοσηλευτές, που εργάζονται στα τμήματα ΜΕΟ (γενικής και καρδιολογικής), του Γενικού Νοσοκομείου. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες σε ποσοστό 65.1%, ενώ 34,9% άντρες. Λίγο πιο κάτω από τους μισούς ήταν ηλικίας 30-40 με παρόμοιο ποσοστό να δηλώνει άνω των 9 ετών προϋπηρεσία. 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 ΜΕΟ οι μισοί είχαν λιγότερο από 6 χρόνια υπηρεσίας, ενώ μόλις 27.5% είχαν περισσότερο από 9 χρόνια. Τέλος, οι μισοί δηλώνουν έγγαμοι με περίπου 7 στους 10 να έχουν ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης, δηλαδή όλοι οι νοσηλευτές κατέχουν πτυχίο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Η μόνη παράμετρος που φάνηκε να είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις γνώσεις για την ανακουφιστική φροντίδα ήταν τα χρόνια υπηρεσίας 6-9 ( $p=0,025$ ) με διαστήματα εμπιστοσύνης 12,87-16,69.

Το ψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων σημειώθηκε στην ερώτηση, η οποία αφορούσε τη διαφορετικότητα έκφρασης του χρόνιου πόνου από τον οξύ, με ποσοστό 80,7%. Στην ερώτηση που διερευνούσε αν η μορφίνη είναι το πιο συχνό φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση του πόνου σε σύγκριση με άλλα οπιοειδή, σημειώθηκε αρκετό ποσοστό σωστών απαντήσεων

(78.3%). Οι νοσηλευτές της ΜΕΟ γνώριζαν ότι η μορφίνη είναι το φάρμακο επιλογής για την αναλγησία σε ασθενείς που βρίσκονται σε ανακουφιστική φροντίδα. Αποτελεί προτεραιότητα τους η ανακούφιση από τον πόνο κατά το τελικό στάδιο νόσου και αυτό φάνηκε από τα ψηλά ποσοστά ορθών απαντήσεων.

Στην ερώτηση που διερευνούσε την σημαντικότητα της εξάρτησης από τα οπιοειδή όταν χρησιμοποιείται μακροπρόθεσμα για τη διαχείριση του πόνου ποσοστό 57.8% απάντησε ορθά. Στην ερώτηση που ερευνούσε αν τα άτομα που λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει να ακολουθούν οδηγίες για ορθή λειτουργία του εντέρου οι νοσηλευτές φάνηκε πως είναι γνώστες για τις εντερικές διαταραχές, που προκαλούν τα οπιοειδή (ποσοστό ορθών απαντήσεων 75.9%).

Συχνά η καταπόνηση και ο σωματικός πόνος είναι όροι που συγχέονται, αλλά με ποσοστό της τάξεως 76.8% ορθών απαντήσεων σε αυτή την ερώτηση, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τους όρους με συνέπεια και κατέχουν το μορφωτικό επίπεδο για τον απαραίτητο διαχωρισμό. Στην ερώτηση που ανέφερε ότι η ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις για μια φθίνουσα πορεία της υγείας του ασθενή ποσοστό 45.8% έδωσε λανθασμένη απάντηση. Οι νοσηλευτές ΜΕΟ στην παρούσα έρευνα δεν γνώριζαν για την υποστηρικτική ανακουφιστική φροντίδα και την εφαρμόζουν μόνο κατά το τέλος της ζωής του ασθενή.

Το χαμηλότερο ποσοστό σημειώθηκε στην ερώτηση η οποία αφορούσε τις στάσεις των νοσηλευτών για την παραμονή της οικογένειας στο πλευρό του ασθενή μέχρι να επέλθει ο θάνατος, με 47%. Φάνηκε ότι οι νοσηλευτές απαντούσαν ορθότερα τις ερωτήσεις με ιατρικό περιεχόμενο από ότι τις ερωτήσεις που αφορούσαν την ψυχολογική πτυχή του θέματος. Αρκετοί νοσηλευτές θεωρούν ότι η παραμονή της οικογένειας παρά το πλευρό του ασθενή είναι υποστηρικτική, αλλά δεν κατανοούν την ψυχολογική και σωματική εξουθένωση της οικογένειας. Όσο αφορά την ερώτηση που διερευνούσε αν η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας συνιστά συναισθηματική αποστασιοποίηση, διαπιστώθηκε ότι πολλοί νοσηλευτές θεωρούν ότι η συναισθηματική αποστασιοποίηση ενισχύει την παροχή ποιοτικής ανακουφιστικής φροντίδας, με ποσοστό της τάξης 36.6% να δίνουν τη λάθος απάντηση σε αυτή την ερώτηση.

Στην ερώτηση που ερευνούσε κατά πόσο τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας στο τελικό στάδιο της ζωής, 37.3% των νοσηλευτών φάνηκε να πιστεύει ότι δεν είναι κατάλληλα. Στην ερώτηση που αφορούσε τη χρήση placebo για την θεραπεία ορισμένων εκφάνσεων του πόνου, 39.8% των νοσηλευτών πιστεύουν ότι το αναλγητικό placebo ενδείκνυται για την θεραπεία ορισμένων εκφάνσεων του πόνου. Στις ΜΕΟ δεν χρησιμοποιείται το placebo, λόγω του ότι ο πόνος είναι το πιο συχνό και πραγματικό, όπως περιγράφεται από τους ασθενείς, σύμπτωμα των νοσηλευόμενων.

Στην ερώτηση που ερευνούσε κατά πόσο η απώλεια μιας σχέσης εξ αποστάσεως είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από μια κοντινή σχέση, ποσοστό 41% πιστεύει ότι η στενή σχέση προϋποθέτει για μια πιο ομαλή διαδικασία πένθους.

Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

## Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη αφορούσε στη διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ για την ανακουφιστική φροντίδα και τις πρακτικές του τέλους ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα με ποσοστό σωστών απαντήσεων 63.75%.

Μια πιθανή ερμηνεία σε σχέση με αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ή ακόμη και η κυπριακή κουλτούρα σε συνδυασμό με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις που επικρατούν, καθώς ο χριστιανισμός προωθεί την συμπόνια στα άτομα που υποφέρουν. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις είναι ο ηθικός προσανατολισμός και το υπόβαθρο των συμμετεχόντων, το οποίο αποτελεί ένα κίνητρο αν θα προβούν ή όχι στις επιπλέον παρεμβάσεις και αν θα προσπαθήσουν να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις επί του θέματος.

Πέντε έρευνες έχουν λάβει χώρα με το ίδιο ερευνητικό

εργαλείο από την Ross et al, στον Καναδά, το 1996, τον Kassa et al, στην Αιθιοπία, το 2014, τον Proctor et al, στην Αυστραλία το 2013, την Choi et al, στην Κορέα το 2012 και τον Abudari et al, στην Σαουδική Αραβία το 2014. Ποσοστιαία η έρευνα της Ross et al, 1996, παρουσίασε ψηλότερα αποτελέσματα με ποσοστό σωστών απαντήσεων 75% από τον Kassa et al, 2014, με 30,5% και την παρούσα έρευνα με 63,75%. Από τους μέσους όρους των ερευνών η παρούσα έρευνα έχει ψηλότερο μέσο όρο σωστών απαντήσεων (12,75) από της Choi et al, 2012, (8,95) και του Abudari et al, 2014, (11,6) αλλά χαμηλότερο από τον Proctor et al, 2013, με μέσο όρο 13,2.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με την έρευνα του Abudary et al, 2014, αφού φάνηκε ότι η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια υπηρεσίας σε ΜΕΘ και η οικογενειακή κατάσταση δεν συσχετιζόνταν με το επίπεδο γνώσεων, ενώ η συσχέτιση των χρόνων υπηρεσίας με το ποσοστό σωστών απαντήσεων στην παρούσα έρευνα συνάδει με τα αποτελέσματα του Kassa et al, 2014 και με την Ross et al, 1996.

Πιθανοί λόγοι που επηρέασαν τα αποτελέσματα είναι η κουλτούρα, η θρησκεία, οι κοινωνικές αρχές, το μορφωτικό επίπεδο και το σύστημα υγείας της κάθε χώρας, όπου διεξήχθησαν οι έρευνες. Έρευνα σε 80 χώρες έδειξε ότι μόνο 34 χώρες παρέχουν ποιοτική ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής και αυτό υπο

Πίνακας 1: Επίπεδο γνώσεων νοσηλευτών για την ανακουφιστική φροντίδα

Δηλώσεις	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 διαχείριση του πόνου.	33	(39.8%)	48	(57.8%)	2	(2.4%)
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 αναλγητικού/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' ό,τι 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 οποίοι ψάχνουν εργασία σε τμήματα που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα.	28	(33.7%)	53	(63.9%)	2	(2.4%)
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%)

λογίζεται ότι 15% του πληθυσμού επωφελείται των υπηρεσιών αυτών (Triggle, 2015). Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών της ΜΕΘ φάνηκε να είναι ψηλότερο από τις έρευνες στην Αιθιοπία και την Σαουδική Αραβία αλλά χαμηλότερο από τον Καναδά και την Αυστραλία. Πιθανή αιτία που φάνηκε να υπερβαίνουν οι προηγμένες χώρες την Κύπρο μπορεί να αποτελεί η ύπαρξη προγραμμάτων εξειδίκευσης στην νοσηλευτική εκπαίδευση και με αυτόν τον τρόπο υπάρχουν εξειδικευμένοι νοσηλευτές για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Ο Triggle, 2015, αναφέρει ότι οι πιο πλούσιες χώρες, που έχουν ισχυρότερα συστήματα υγείας, προσφέρουν την καλύτερη ανακουφιστική φροντίδα. Στην αναφορά που παρουσιάζει φάνηκε ότι η Αγγλία, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία είναι οι πρώτες στην ποιοτική παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ το Ιράν, η Μποτσουάνα και η Κίνα οι τελευταίες.

Ο ασθενής με χρόνιο πόνο συμβιβάζεται και μαθαίνει να ζει μαζί του με το πέρασμα του χρόνου, χαρακτηρίζεται από φυσιολογικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές απαντήσεις οι οποίες είναι αρκετά διαφορετικές από εκείνες του οξέος πόνου. Οι αντιδράσεις των ασθενών σε οξύ και χρόνιο πόνο μπορούν να ερμηνευθούν μέσω ψυχολογικής διεργασίας (Eccleston et al, 2013) και βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είναι σε θέση να διαχωρίσουν τον οξύ πόνο από τον χρόνιο.

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 τον προσεκτικό υπολογισμό των δόσεων, δεν τον επισπεύδει (Sykes, 2003; Chan et al, 2004). Μέσα από την έρευνα φάνηκε ότι η μορφίνη ήταν το φάρμακο εκλογής για τους νοσηλευτές στις περιπτώσεις ανακουφιστικής φροντίδας. 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 (Chambell, 2008).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση του πόνου και την αντίληψη του εθισμού (Jaimes, 2014; Subramanian, 2012), καθώς ο φόβος για την εξάρτησή τους αποτρέπει, με τελική απόρροια οι ασθενείς τελικού σταδίου να μην δέχονται αποτελεσματική αναλγησία, παρόλο που η εξάρτηση από τα οπιοειδή αποτελεί μέριμνα των επαγγελματιών υγείας (Wafaa et al, 2010; Knock, 2011). Η Camilleri, 2011, αναφέρει ποσοστό της τάξεως 40% των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία με οπιοειδή να βιώνουν εντερικά προβλήματα, όπως δυσκοιλιότητα και άλλα γαστρεντερικά συμπτώματα με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν την απαραίτητη δόσολογία και να μην επιτυγχάνουν αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο. Φάνηκε ότι οι νοσηλευτές αναγνώριζαν τις εντερικές διαταραχές που προκαλούν τα οπιοειδή και προέβαιναν στις κατάλληλες παρεμβάσεις. Παρόλο

που υπάρχουν κάποιες θεραπείες με τη χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών (Brock et al, 2012) οι Camilleri et al, 2014, συνιστούν τη δημιουργία κατευθυντήριων γραμμών για θεραπείες και μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν οπιοειδή.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση Παρηγορητικής Αγωγής (EAPC) θεωρεί την καταστολή σημαντική και απαραίτητη θεραπεία για την φροντίδα ασθενών παρηγορητικής φροντίδας που αντιμετωπίζουν επίμονα προβλήματα (Cherny et al, 2014). Μέσα από την έρευνα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές θεωρούσαν απαραίτητη την ανακουφιστική φροντίδα μόνο στο τελικό στάδιο της ζωής και δεν γνώριζαν για την υποστηρικτική δράση της, καθώς ούτε ότι μπορεί να εφαρμοστεί από τα αρχικά στάδια μιας ανίατης νόσου. Οι Young et al, 2012, σε έρευνα τους έδειξαν ότι η έγκαιρη παροχή ανακουφιστικής φροντίδας βελτιστοποιεί την τελική χορήγηση χημειοθεραπείας και μετάβασης σε ξενώνες και αποτελούν τα κλειδιά για την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε αντίθεση οι Boston et al, 2011, επισημάνουν το γεγονός αναδιάρθρωσης των κατευθυντήριων γραμμών, καθώς σε έρευνα τους φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν αναγνώριζαν τις ανάγκες του ασθενή που βρίσκονταν σε ανακουφιστική θεραπεία.

Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων υποστήριξε την παραμονή της οικογένειας στο πλευρό του ασθενή ως λανθασμένη. Σε έρευνα τους οι Athanasiou et al, 2014, έδειξαν ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η μη τήρηση του αυστηρού ωραρίου για το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ, επιβαρύνει ψυχολογικά τους επαγγελματίες υγείας και παρεμποδίζει τη νοσηλευτική διεργασία. Στους πιθανούς λόγους υπήρχαν τα χρόνια υπηρεσίας, ο αριθμός του προσωπικού και ο αριθμός των νυχτερινών βάρδιών ανά δεκαπενθήμερο, οι οποίοι αν βελτιωνόταν ίσως να επηρεαζόταν και οι πεποιθήσεις των νοσηλευτών της ΜΕΘ σχετικά με την παραμονή της οικογένειας.

Οι νοσηλευτές φάνηκε να πιστεύουν ότι για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας χρειάζεται συναισθηματική αποστασιοποίηση. Η παροχή της ψυχολογικής υποστήριξης, της ενεργητικής ακρόασης και της ενθάρρυνσης αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής κλινικής νοσηλευτικής πράξης. Οι 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. Οι Morisson et al, 2011, υποστήριξαν και μία τέταρτη προσέγγιση, την ενεργητική ακρόαση, αφού αναγνώρισαν ότι είναι μια σημαντική παράμετρος για την ικανοποίηση της οικογένειας.

Μέσα από την παρούσα έρευνα 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. Τέτοια ερωτήματα αναδύονται συχνά ανάμεσα στους νοσηλευτές, τα οποία όμως παραμένουν αναπάντητα. Οι

Garani et al, 1996, τονίζουν την ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και 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. Με αυτό τον τρόπο, ο παράγοντας της προσωπικής ηθικής και της αυτογνωσίας θα εκμηδενιζόταν και η άσκηση της κλινικής πράξης θα προχωρούσε πιο ομαλά. Συνεπώς η θέσπιση τεκμηριωμένων ορίων, θα ωφελοούσε στην 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 (End of Life Nursing Education Consortium), 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 δεδομένα.

Ο Piot et al, 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 περιθάλψουν τον ασθενή στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού του. Έτσι αρκετές ανάγκες του ασθενή, που εμφανίζονται κατά την παραμονή του στο νοσοκομειακό χώρο θα εξαλειφόταν.

Εν κατακλείδι, η τροποποίηση των προγραμμάτων εξειδίκευσης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης θα ωφελοούσε. Σε μελέτη του οι Lu et al, 2007, διαπίστωσαν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών επηρεάζει τις απόψεις και τις εμπειρίες της επαγγελματικής τους ζωής. Αρκετοί νοσηλευτές ασκούν την ανακουφιστική φροντίδα, που μαθαίνουν μέσα από την κλινική πράξη, με αυθαιρεσία και απουσία γνωσιολογικού μοντέλου. Με τη δημιουργία προγραμμάτων εξειδίκευσης θα παρέχονταν οι απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, που θα προήγαγαν την ανακουφιστική φροντίδα.

Με την εφαρμογή των πιο πάνω μέτρων εξασφαλίζεται η ορθολογική εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας, με την τήρηση όλων των προϋποθέσεων που οδηγούν στη χρήση της. Μέσω αυτών των μέτρων θα διαλευκανθούν οι ενδείξεις που φανερώνουν την ανάγκη για τερματισμό της επιθετικής θεραπείας και συνέχιση με την παρηγορητική φροντίδα και δεν θα παρατηρείται καταπόνηση του ασθενή μέχρι να παρθεί η κατάλληλη απόφαση.

## Περιορισμοί της έρευνας

Στους περιορισμούς της έρευνας συγκαταλέγονται ο μικρός αριθμός δείγματος και η δειγματοληψία από τη ΜΕΘ μίας πόλης, ενός δημόσιου νοσηλευτηρίου, γεγονός που καθιστά τις προοπτικές γενίκευσης των ευρημάτων περιορισμένες. 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.

## Συμπέρασμα

Μέσα από την έρευνα φάνηκε το μέτριο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ, όσον αφορά στις πρακτικές του τέλους της ζωής. Αν και παρέχεται η ανακουφιστική φροντίδα στις ΜΕΘ, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης για την προαγωγή της ποιότητας της. Η επικέντρωση στις ανάγκες του ασθενή και όχι μόνο στην ασθένεια είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ορθή εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας. Η ταυτοποίηση της προτίμησης θεραπείας του ασθενή, η απαραίτητη μόρφωση των νοσηλευτών και ο αναπροσανατολισμός της κλινικής πρακτικής για την παρηγορητική θεραπεία κρίνονται απαραίτητα. Καλούνται οι νοσηλευτές να συμμετέχουν εμπράκτως στην δραστηριοποίηση για ενεργό εμπλοκή τους στην ανακουφιστική φροντίδα και προάσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή.

## Βιβλιογραφία

- Abudari, G., Zahreddine, H., Hodeim, H. &Assi, S. (2014) Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Palliative Care*.20(1), 91-99.
- Angus DC., Barnato AE., Linde-Zwirble WT., Weissfeld LA., Watson RS., Rickert T., et al. (2004) Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Critical Care Med*. 32.638-643.
- Athanasίου Α., Παπαθανασογλου ED., Πατιράκι EM., Καρθί S., Γιαννακοπούλου M. (2014) Family visitation in Greek intensive care units: nurse's perspective. *American Journal of Critical Care*. 23 (4), 326-333.
- Braden A., Overholser J., Silverman E. (2011) Depression and reasin for living among AIDS patients: protecting quality of life when the end is in sight. *Journal of Psychiatry in Medicine*. 4 (2), 173-185.
- Brock C., Olesen S., Olesen A., Frekjaer J., Andersen T., Drowes A. (2012) Opioid-Induced Bowel Dysfunction. *Drugs*. 72 (14), 1847-1865.
- Camillery M., Drossman D., Becker G., Websta T. (2014) Emerging Treatments in Neurogastroenterology: a multidisciplinary working group consensus statement on opioid-induced constipation. *Neurogastroenterology&Motil- ity* 26. 1386-1395.
- Camillery M. (2011) Opioid-induced Constipation: Challenges and Therapeutic Opportunities. *The American Journal of Gastroenterology*. 106. 835-842.

- Chambell, C., Weinsner, C., Ledeshe, L., Ray, T. (2008) Age and Gender Trends in Long-term opioid Analgesic Use for Non Cancer Pain. *American Journal of Public Health*. 100 (12), 2541-2547.
- Chan, JD., Treece, PD., Engelberg, RA., Crowley, L., Rubenfeld, GD., Steinberg, KP. et al. (2004) Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: Association with time to death? *Chest Journal* .26. 286-293.
- Cherny N., Radbruch L. (2014) European Association for Palliative Care (EAPC) recommended Framework for the use of Sedation in Palliative Care. *Palliative Medicine*. 23 (7), 581-593.
- Choi, M., Lee, J., Kim, D. & Kim, S. (2012) Nurses' Knowledge About End-of-Life Care: Where Are We?. *Continuing Education in Nursing*. 43(8), 379-384.
- Curlin, F., Nwodin, C., Vance, J., Chin, M., Lantos, J. (2008) To Die, to Sleep: US Physicians' Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support. *American Journal of Hospice and Palliative Care*.25.112.
- Dobrowolska, B., Cuber, T., Slusarska, B., Zarzycka, D., Wronska, I. (2001) Analysis of the nurses' and physicians' opinion regarding their end-of-life education. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 126-127.
- Doorembos, A., Juntasopeepun, P., Eaton, LH., Rue, T., Hong, E., Coenen, A. (2013) Palliative care nursing intervention in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing*, 24 (4), 332-339.
- Eccleston C., Morley S., Williams C. (2013) Psychological approaches to chronic pain management: evidences and challenges. *British Journal of Anesthesia*, 111 (1), 59-63.
- Garani T., Papadatos I., Kremastinou T. (1996) Critical Care Ethical Considerations in the subject of euthanasia. *Archives of Greek Medicine*. 13(1), 38-44.
- Grant, L., Downing, J., Namukwaya, E., Leng, M., Murray, SA. (2010) Palliative care in Africa since 2005: good progress, but much further to go. *BMJ Supportive and Palliative Care*. 1 (2), 118-122.
- Grant, M., Ronit, E., Betty, F., RSean, M., Charles, F. (2005) Current Status of Palliative Care, Education and Research. *CA Cancer Journal for Clinicians*. 59 (5), 327- 335.
- Jaimes M., Thompson H., Lardis C., Warms C. (2014) Nurse's Knowledge's of Pain Managements for patients with Combat-Related Traumatic Brain Injuries on Rehabilitation units. *Rehabilitation Nursing*. 40 (2), 74-83.
- Jors, K., Seibel, K., Bardenheuer, H. & Bucheit, D. (2015) Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? *Journal of Cancer Education*. 10, (1).
- Kassa, H., Muroogan, R., Zeidu, F. & Hailu, M. (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), 2-11.
- Lorensen, M., Davis, AJ., Konishi, E., Bunch, EH. (2003) Ethical issues after the disclosure of a terminal illness: Danish and Norwegian hospice nurses' reflections. *Nurse Ethics*, 10(2), 175-185.
- Lu, H., While, AE., Barribal, KL. (2007) Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Intensive Journal Nursing Study*, 44(4), 574-88.
- MAPI Research Institute (2009), Linguistic validation: methodology. Available at: <http://www.mapi-institute.com/> (last accessed 12 September 2014).
- Morrison, RS., Dietrich, J., Ladwig, S., Quill, T., Sacco, J., Tangeman, J. (2011) Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Affairs (Millwood)* 30.454-463.
- Patel, B., Bhad, R., Levine, S., Shega, J. (2012) Nurses attitude and experiences surrounding palliative seduction. *Journal of Palliative Medicine*. 15 (4), 432-437.
- Piot, E., Leheup, B., Losson, S. & Gedar, L. (2014) Intervention of mobile palliative care team on nursing homes: retrospective study. *Geriatric Psychology*. 12(4), 347- 353.
- Proctor, M., Grealis, L., Coute, M. & Sears, P. (2013) Nurses' knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. *International Journal of Palliative Nursing*. 6(9), 126.
- Ross, M., McDonald, B. & McGuinness, 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.
- Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU (2009) Evidence-based strategies for improvement. *Current Opinion Critical Care*. 15.569-77.
- Sprung, C., Cohen, S., Sjkovist, P. & Baras, M. (2003). End of life practices in European intensive care units. *The ETHICUS STUDY*. 290.790-797.
- Stahley, A. (2010). Knowledge, Background and Perceptions: Pain and Palliative Care Giving. Διδακτορική διατριβή. Ball State University.
- Subramanian P., Allcock N., James V., Lathlean J. (2012) Challenges faces by Nurses in Managing pain in Critical Care Settings. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (9), 1254-1262.
- Sykes, N., Thorns, A. (2003) Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Jama Internal Medicine*. 163.341-344.
- Triaggle (2015), <http://www.bbc.com/news/health-34415362> (last accessed 7 October 2015).
- Truog, R., Camphell, M., Curtis, J. & Haas, E. (2008). Recommendations for end of life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 36.953-963.
- Vincent JL. (2005) Withdrawing may be preferable to withholding. *Critical Care Medicine*. 9 (3).
- Wafaa, G., Ali, M., Ayoub, NS. (2010) Nurses' attitude towards caring for dying patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Biomedical Science*. 1(1), 16-23.
- WHO (2013). Essential Medicines in Palliative Care-Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare\\_8\\_A\\_R.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf) (Ανακτήθηκε 5 Απριλίου, 2015).
- WHO (2014). WHO Definition of Palliative Care-Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Ανακτήθηκε 18 Οκτωβρίου, 2014).
- WHO (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](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf) (Ανακτήθηκε 3 Δεκεμβρίου 2014).



- Young j., Danahue M., Farquhar M., Simpson C, Rocker G. (2012) Using opioids to treat dyspnea in advanced COPD. Canadian Family Physicians. 58 (7), 401-407.
- Zargham-Boroujeni, A., Bagheri.SHS., Kalantari, M., Talakoob, S., Samooai, F. (2011) Effect of end-of-lifecare education on the attitudes of nurses in infants' and children's wards. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 16(1), 93-99.
- Ανευλαβής, Ε. (2001) Η ελεήμων θανάτωση (mercykilling) ή ευθανασία. Μια αποκλειστική διάζευξη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(6), 555-559.
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (2010) Εγχειρίδιο Εξειδικευμένης Υποστήριξης της ζωής. Λευκωσία: Αυτοέκδοση.
- Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α. & Νανάς, Σ. (2010) Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(1), 18-36.