

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων φοιτητών
Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα**

ΔΗΜΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ

2017

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καθηγήτρια Ελισάβετ Πατηράκη (Επιβλέπουσα)

Καθηγήτρια Χρυσούλα Λεμονίδου

Λέκτορας Στυλιανός Κατσαραγάκης

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην Καθηγήτρια και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κυρία Ελισάβετ Πατηράκη για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές και παρατηρήσεις επί τις οργάνωσης της δομής και του περιεχομένου της παρούσας εργασίας καθώς και για το σημαντικό χρόνο που αφιέρωσε σε αυτή.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον κύριο Κατσαραγάκη Στέλιο για την πολύτιμη βοήθεια του , το ενδιαφέρον του και το χρόνο που διέθεσε για την διεκπεραίωση του ειδικού μέρους της εργασίας.

Ιδιαιτέρως ευχαριστώ τη φίλη και συνεργάτιδα Μαρία Χρήστου που με την έμπρακτη υποστήριξη της και τις επισημάνσεις της συνέβαλε με το δικό της ξεχωριστό τρόπο στην ολοκλήρωση της συγγραφής.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω το σύζυγο μου Χάρη που με υπομονή και κατανόηση πρόσφερε την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής εργασίας.

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική σχολή – Νοσηλευτική Σχολή

Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών

«Οργάνωση και διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας χρονίως πασχόντων»

**Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων φοιτητών Νοσηλευτικής για την
Ανακουφιστική Φροντίδα**

Δημουλά Μαρία

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική διαχείριση των αναγκών των ασθενών με χρόνια νοσήματα και των οικογενειών τους απαιτεί από τους νοσηλευτές κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και πεποιθήσεις οι οποίες θα ξεκινούν από τη βασική τους εκπαίδευση.

Σκοπός: Η διερεύνηση των βασικών γνώσεων και στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) και της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών και προηγούμενων προσωπικών εμπειριών που τις επιδρούν σε αυτές.

Δείγμα: 90 φοιτητές 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} έτους του τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.

Μέθοδος: Το ερωτηματολόγιο PCQN χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της γνώσης και το FATCOD για τη μέτρηση της στάσης.

Αποτελέσματα: Η συνολική μέση βαθμολογία για τις γνώσεις στην ΑΦ ήταν 8,32/20 και για τη στάση για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής 112/150. Οι 4ετείς φοιτητές είχαν περισσότερες γνώσεις και θετικότερη στάση σε σχέση με τους 2ετείς και 3ετείς φοιτητές. Οι φοιτητές του 2^{ου} έτους είχαν κατά 23,5 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία δηλαδή λιγότερες γνώσεις σε σύγκριση με του 4ετείς. Η παρακολούθηση σεμιναρίων ή διαλέξεων με θέμα την ΑΦ και η εμπειρία τους με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης συσχετίστηκαν με αυξημένες γνώσεις. Οι γυναίκες και οι έγγαμοι παρουσίασαν θετικότερη στάση για τη φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής. Όσοι ανέφεραν ότι διδάχθηκαν για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών φάνηκε να έχουν περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ και θετικότερη στάση προς τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Τέλος όσο περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ

είχαν οι φοιτητές τόσο θετικότερη ήταν η στάση τους για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής τους.

Συμπεράσματα: Το γεγονός ότι οι 4ετείς φοιτητές είχαν περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ και θετικότερη στάση προς τους ανθρώπους που πεθαίνουν από τους 3ετείς και 2ετείς φοιτητές πιθανά να σχετίζεται με τη διδασκαλία του μαθήματος ΑΦ. Ωστόσο χρήζει περαιτέρω μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα, και αναζήτηση και άλλων παραγόντων που πιθανά θα αυξήσουν το επίπεδο των γνώσεων που εκτιμήθηκαν ως ανεπαρκές καθώς και θα βελτιώσουν τη στάση.

National and Kapodistrian University of Athens

Medical School - School of Nursing

Postgraduate Program

"Organization and management of Palliative and Supportive Care chronically ill"

Knowledge assessment and nursing students attitudes for Palliative Care

Dimoula Maria

Abstract

Introduction: Effective management needs of patients with chronic illnesses and their families requires of nurses appropriate knowledge, skills and beliefs which will start from the basic education.

Purpose: Investigate the knowledge and attitudes of nursing students for Palliative Care (PC) and the relationship between demographic characteristics and previous personal experience to affect them.

Sample: 90 students of 2nd, 3rd and 4th year of the Athens University Nursing Department.

Method: The PCQN questionnaire was used to measure the knowledge and FATCOD for measuring attitudes.

Results: The total mean score for knowledge in PC was 8,32/20 and for the attitude to take care of patients at the end of life 112/150. The 4th year students had more knowledge and more positive attitude towards 2nd and 3rd year students. The students of the second year was 23.5 points lower rating that is less knowledge than the 4th year. The attending seminars or lectures on the PC and experience with patient died during clinical practice associated with increased knowledge. Women and married showed a positive attitude to take care of patients at the end of life. Those who reported that they were taught to care for dying patients as part of the curriculum seemed to have more knowledge on PC and positive attitude towards caring for dying patients. Finally as more knowledge on the PC had students were more positive their attitude to patient care at the end of their lives.

Conclusions: The fact that 4th year students had more knowledge on PC and positive attitude towards people who die from 3rd and 2nd year students possibly related to teaching the course PC. But needs further study in larger sample, and search other factors that will likely increase the level of knowledge assessed as inadequate and improve posture.

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	13
ΓΝΩΣΗ.....	13
ΣΤΑΣΗ.....	14
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 . Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΑΦ)18	
2.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΦ	18
2.2 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ... 23	
3.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ	
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	23
3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.. 26	
3.3 Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΗΣ ΑΦ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	36
ΣΚΟΠΟΣ	36
ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ	37
ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	38
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	40
i. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	41
ii. ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ	50
iii. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ.....	59
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	71

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει οδηγήσει στην εμφάνιση ασθενειών που χαρακτηρίζονται από μια χρόνια φθίνουσα πορεία. Οι ασθένειες αυτές συνοδεύονται από ένα ευρύ φάσμα οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων ως απόρροια της χρονιότητας. Το βιοϊατρικό μοντέλο που επικρατούσε μέχρι πρόσφατα στα συστήματα υγείας δε μπόρεσε να ανταποκριθεί στο πλήθος των αναγκών που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι πάσχοντες, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ικανοποίησή τους. Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια ολιστικής προσέγγισης των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, η οποία επιτυγχάνεται με την παροχή Ανακουφιστικής Φροντίδας (ΑΦ) (Curry, Middleton, Brown, 2009).

Είναι σημαντικό η ΑΦ να ενσωματωθεί στις υπηρεσίες υγείας καθώς προσφέρει τη δυνατότητα παροχής αποδοτικής και υψηλής ποιότητας φροντίδα, τοποθετώντας τον ασθενή στο κατάλληλο επίπεδο φροντίδας. Επιπλέον, η παροχή ΑΦ σχετίζεται με τη μείωση της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και της κατανάλωσης ωφέλιμων πόρων, με τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, ενώ φαίνεται ότι εξασφαλίζεται ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς (EAPC Prague charter 2014).

Ενώ η ανάγκη για την παροχή και πρόσβαση στην ΑΦ αυξάνεται διαρκώς, η αντίστοιχη προσφορά στην Ελλάδα συνεχίζει να υπολείπεται. Στην χώρα μας δεν υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες ΑΦ, παρά μόνο κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Task Force on the development of Palliative Care in Europe, EAPC 2014). Ανασταλτικός παράγοντας ανάπτυξης της ΑΦ είναι και η απουσία αντίστοιχου μαθήματος από το πρόγραμμα σπουδών των σχολών Επιστημών Υγείας. Ειδικότερα οι νοσηλευτές οι οποίοι θα κληθούν να φροντίσουν ασθενείς που χρήζουν ΑΦ κατά την επαγγελματική τους πορεία, υστερούν βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων απαραίτητων για την ποιοτική φροντίδα αυτών των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να αποτυπώσει τις γνώσεις και στάσεις των φοιτητών Νοσηλευτικής για την ΑΦ, να διερευνήσει τη μεταβολή τους με τη πρόοδο του προγράμματος σπουδών καθώς και την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και προηγούμενων προσωπικών εμπειριών σε αυτές. Στο γενικό μέρος δίδονται οι ορισμοί των εννοιών της γνώσης, της στάσης και της ΑΦ (Κεφάλαιο 1). Στο επόμενο κεφάλαιο παρέχονται πληροφορίες για την αναγκαιότητα οργάνωσης και παροχής της ΑΦ και το ρόλο της Νοσηλευτικής στην ΑΦ (Κεφάλαιο 2). Στο κεφάλαιο 3 γίνεται αναφορά στις στρατηγικές εκπαίδευσης που έχουν εφαρμοστεί και την αποτελεσματικότητά τους καθώς και τα ελληνικά δεδομένα στην εκπαίδευση. Το ειδικό μέρος της διπλωματικής εργασίας περιλαμβάνει το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης με τα εργαλεία που

χρησιμοποιήθηκαν και στη συνέχεια τα αποτελέσματα με τη συζήτηση τους με τα διεθνή δεδομένα. Ακολουθούν οι περιορισμοί της μελέτης και τα συμπεράσματα. Τέλος παρουσιάζονται οι αναφερόμενες προτάσεις για τη βελτίωση της πρακτικής και τα ερευνητικά ερωτήματα που χρήζουν περαιτέρω μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΓΝΩΣΗ

Γνώση είναι η μετεξέλιξη στο νου της καταγεγραμμένης πληροφορίας και εμπειρίας που παρέχει την εξοικείωση, την αντίληψη και την κατανόηση των πραγμάτων και δίνει επιδεξιότητα και δυνατότητα καθοδήγησης στη λήψη αποφάσεων. Αποκτάται μέσω της εμπειρίας ή της εκπαίδευσης με την πρόσληψη πληροφορίας, την ανακάλυψη και τη μάθηση. Η γνώση μπορεί να αναφέρεται στη θεωρητική ή στην πρακτική κατανόηση ενός θέματος, στην επιδεξιότητα και στην εξειδίκευση στο πρακτικό του μέρος.(Wikipedia)

Η γνώση διακρίνεται σε κατηγορίες:

- Επιφανειακή (shallow) γνώση: αποκτάται και ανακαλείται εύκολα
- Βαθιά (deep) γνώση: αποκτάται μετά από χρόνια εμπειρίας ή μελέτης
- Ρητή (explicit) γνώση: μεταδίδεται με τον γραπτό και προφορικό λόγο, ανακαλείται, μεταφέρεται και επαναχρησιμοποιείται εύκολα (know that)
- Άρρητη (tacit) γνώση: αποκτάται με την εμπειρία, περιλαμβάνει τη διαίσθηση, τις αξίες τις πεποιθήσεις χρησιμοποιείται για να παράγει ρητή γνώση, μεταφέρεται με την προσωπική επικοινωνία, διαμοιράζεται δύσκολα και μπορεί εύκολα να χαθεί (know how)
- Διαδικαστική (procedural) γνώση: περιλαμβάνει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο εκτελείται μια εργασία ή διεκπεραιώνεται μια διαδικασία. Αποτελεί γνώση η οποία έχει πλήρως αφομοιωθεί από τον άνθρωπο έτσι ώστε να έχει γίνει ένα με τη φύση του και χρησιμοποιείται συνεχώς
- Δηλωτική (declarative) γνώση: την ανακαλεί και την χρησιμοποιεί εύκολα ο ειδικός στη συζήτηση. Πρόκειται για επιφανειακή εμπειρική γνώση που συνδέεται άμεσα με την τρέχουσα εργασία
- Σημασιολογική (semantic) γνώση: είναι βαθιά γνώση ιεραρχικά δομημένη που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ αντικειμένων και συμβάντων
- Επεισοδιακή (episodic) γνώση: βασίζεται σε προσωπικές εμπειρίες οι οποίες είναι οργανωμένες χρονικά και χωρικά σε επεισόδια και όχι σε έννοιες ή σχέσεις και είναι ισχυρά ενσωματωμένη στο υποσυνείδητο
- Μετά γνώση (meta knowledge): είναι η γνώση για το τι γνωρίζει κάποιος για το πώς και πότε πρέπει να εφαρμόσει το κάθε είδος/τμήμα της γνώσης, είναι συνώνυμο της σοφίας

Shallow knowledge

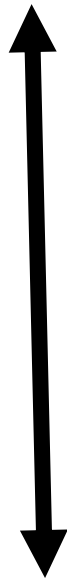
Procedural

Declarative

Semantic

Episodic

Deep knowledge



Σχήμα 1: Από τη διαδικαστική ως την επεισοδιακή γνώση Πηγή: Βασιλειάδης Ν. 2013

ΣΤΑΣΗ

Ο όρος στάση έκανε την εμφάνιση του στην παγκόσμια βιβλιογραφία από την τρίτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα μέσα από μελέτες μεγάλων ερευνητών όπως ο Gordon Allport (αμερικανός ψυχολόγος της προσωπικότητας, καθηγητής του πανεπιστημίου του Harvard) και ο Leo Festinger που ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό της έννοιας και με τη σχέση που έχει με τη συμπεριφορά (Allport 1935, Festinger 1957). Η μελέτη των στάσεων θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική για την προσέγγιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Μελετώντας τις στάσεις ως ψυχολογικό φαινόμενο έχουμε μεγαλύτερες πιθανότητες να ερμηνεύσουμε σωστά τον άνθρωπο στις κοινωνικές του διαστάσεις. Έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί ανάλογα με το χαρακτηριστικό της έννοιας, με το οποίο συνδέεται κάθε φορά. Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικά κάποιοι από τους ορισμούς:

- Μια αξιολογικά θετική, αρνητική ή μεικτή αντίδραση προς ένα πρόσωπο, αντικείμενο ή ιδέα (Brehm et al 2002) ή αλλιώς, μια θετική, αρνητική ή μεικτή αξιολόγηση ενός αντικειμένου, η οποία εκφράζεται σ' ένα συγκεκριμένο βαθμό έντασης.
- Ο όρος «κοινωνική στάση», ο οποίος έχει δοθεί για τη διάκριση μεταξύ καθημερινών συμπεριφορών σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. (Thomas & Znaniecki, 1918)
- Μια νοητική και νευρολογική κατάσταση ετοιμότητας, που οργανώνεται από την εμπειρία και ασκεί μια καθοδηγητική και δυναμική επιρροή στις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι σε όλα τα αντικείμενα και στις καταστάσεις με τις οποίες συνδέεται. (Allport, 1935)

- Μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου αντικειμένου με όρους κάποιας διαβάθμισης ως προς την προτίμηση ή μη-προτίμησή του». (Eagly & Chaiken, 1998)
- Είναι το συναίσθημα που συνδέεται με συγκεκριμένα νοητικά αντικείμενα (Greenwald 1989).
- Είναι ένα γενικό (και με διάρκεια), θετικό ή αρνητικό συναίσθημα για συγκεκριμένα πρόσωπα, αντικείμενα ή, γενικότερα κάθε είδους θέμα (Petty & Cacioppo 1981).
- Οι στάσεις είναι μνημονικές αναπαραστάσεις 'αντικειμένων' οι οποίες εμπεριέχουν αξιολογική διάσταση και μια γνωστική δομή που υποστηρίζει αυτή την αξιολόγηση. (Pratkanis & Greenwald 1989).
- Είναι ένα ιδιαίτερο είδος γνώσης με περιεχόμενο αξιολογικό ή συναισθηματικό (Kruglanski 1989).

Ωστόσο, ο πλέον ολοκληρωμένος και επικρατέστερος ορισμός είναι των Rosenberg & Hovland (1960): Οι στάσεις ορίζονται ως προδιαθέσεις αντίδρασης σε είδη ερεθισμάτων. Η αντίδραση αυτή έχει τρεις διαστάσεις. Στην αγγλική βιβλιογραφία οι διαστάσεις αυτές συμβολίζονται με τα τρία πρώτα γράμματα του αγγλικού αλφάβητου "ABC" από τα αρχικά των λέξεων affective (συναισθηματική) behavioral (συμπεριφορική) και cognitive (γνωστική)

- Συναισθηματική διάσταση: αναφέρεται σε αξιολογικά φορτισμένα συναισθήματα προς το αντικείμενο της στάσης.
- Γνωστική διάσταση: αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικείμενου της στάσης (γνώσεις, απόψεις, πεποιθήσεις).
- Συμπεριφορική διάσταση: αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις ή προθέσεις.

Οι Eagly και Chaiken (1993) αντιμετωπίζουν το συναισθηματικό, το γνωστικό και το συμπεριφορικό στοιχείο, ως παράγοντες που καθορίζουν τις στάσεις, ή ως συνέπειες των στάσεων.

Παρόμοια κατηγοριοποίηση έχουν αναπτύξει και οι Zanna και Rempel (1988) ο οποίοι ορίζουν ότι στάση είναι η κατηγοριοποίηση ενός αντικειμένου – ερεθίσματος κατά μήκος ενός αξιολογικού άξονα. Η κατηγοριοποίηση αυτή είτε βασίζεται σε, είτε παράγεται από τρεις γενικούς τύπους πληροφορίας: (1) γνωστική πληροφορία, (2) θυμική / συναισθηματική πληροφορία, και / ή (3) πληροφορία που σχετίζεται με προηγούμενες συμπεριφορές ή προθέσεις συμπεριφοράς.

Μέτρηση των στάσεων

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα υποστηρίζεται ότι η στάση μπορεί να μετρηθεί (Thurnstone, 1928), ενώ μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετοί μέθοδοι για τη μέτρηση της. Από τις υπάρχουσες μεθόδους έχουν επικρατήσει τρεις προσεγγίσεις στη μέτρηση των στάσεων ανάλογα με το είδος των ενδείξεων που χρησιμοποιούνται για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

1. Μέσω κλίμακας (scaling techniques) όπως των Likert, Thurstone, Guttman & Osgood
2. Μέσω της παρατήρησης της έκδηλης συμπεριφοράς του ατόμου
3. Μέσω των φυσιολογικών αποκρίσεων του ατόμου

Στάση και συμπεριφορά

Οι στάσεις προηγούνται της συμπεριφοράς και είναι γενικά αποδεκτό ότι μπορούν και να την προβλέψουν στην περίπτωση που η στάση 'εφάπτεται' στενά με την υπό εξέταση συμπεριφορά. Παρόλα αυτά οι στάσεις δεν αποτελούν παρά μόνο έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά. Η διδασκαλία και η επικοινωνία αποτελούν μεθόδους τροποποίησης της στάσης, συμβάλλοντας έτσι στην αλλαγή της συμπεριφοράς (Ajzen & Fishbein 2005).

Η επιρροή μιας στάσης πάνω στην συμπεριφορά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σημασία ή την ισχύ της στάσης. Οι παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν πόσο ισχυρή είναι η στάση ενός ατόμου είναι ο βαθμός ενημέρωσης του ατόμου, ο τρόπος απόκτησης των σχετικών πληροφοριών καθώς και ο βαθμός συνειδητοποίησης απόκτησης μίας συγκεκριμένης στάσης.

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ, 2002) η Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) είναι η προσέγγιση που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απειλητικό για τη ζωή τους νόσημα και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης από το «υποφέρειν» που επιτυγχάνεται με την έγκαιρη αναγνώριση και ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών οργανικών ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων.

Η Ανακουφιστική Φροντίδα:

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

Η πρόσβαση στην Ανακουφιστική Φροντίδα θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και αποτελεί απαραίτητο συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Schmidlin & Oliver, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 . Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΑΦ)

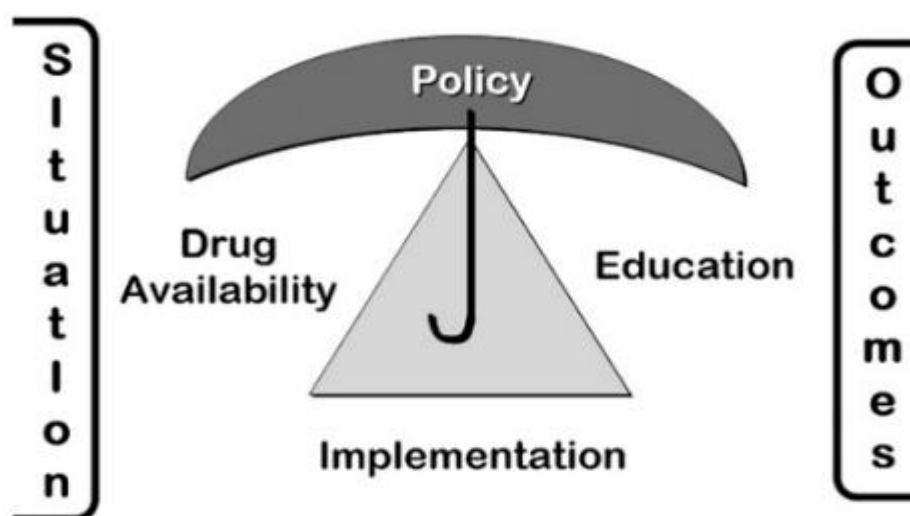
2.1 Η ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΦ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού αναμένεται να οδηγήσει στο διπλασιασμό του αριθμού των ατόμων άνω των 60 ετών από 600 σε 1500 εκατομμύρια. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των ανθρώπων που θα βιώσουν μια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια θα αυξηθεί σημαντικά. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου, που αποτελεί μία από τις συχνότερες χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, εκτιμάται ότι θα διπλασιαστεί και θα φτάσει τα 24 εκατομμύρια κρούσματα το 2050. (Stjernsward Foley, Ferris, 2007).Σημαντικό επίσης, είναι το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς διαγιγνώσκονται με ήδη προχωρημένη νόσο. Έτσι, οι θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται είναι συχνά αναποτελεσματικές, προκαλούν αρκετές παρενέργειες οδηγώντας σε αύξηση του υποφέρειν. Για αυτή την ομάδα ασθενών, η δυνατότητα πρόσβασης σε ΑΦ θα προσφέρει μεγάλα οφέλη εξασφαλίζοντας τους μια καλύτερη ποιότητα ζωής(Fitch, Fliedner, O Connor,2015).

Το 1990 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα παροχής ΑΦ πρότεινε ένα μοντέλο δημόσιας υγείας στο οποίο ενσωματώνεται η ΑΦ στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο αυτό περιελάμβανε συμβουλές και οδηγίες για τις κυβερνήσεις σχετικά με τις προτεραιότητες και τον τρόπο εφαρμογής εθνικών προγραμμάτων ΑΦ και προγραμμάτων ελέγχου του καρκίνου, όπου η ΑΦ θα είναι ένας από τους τέσσερις βασικούς πυλώνες της συνολικής φροντίδας.

Το μοντέλο δημόσιας υγείας περιλαμβάνει:

1. Κατάλληλες πολιτικές
2. Επαρκής διαθεσιμότητα των φαρμάκων
3. Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού
4. Εφαρμογή υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας



Σχήμα 2: Μοντέλο Δημόσιας Υγείας Πηγή: ΠΟΥ 2007

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, την αύξηση των γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή ΑΦ και την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ξεκινάει από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών και να περιλαμβάνεται και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους.

Το σύνολο των κλινικών νοσηλευτών θα φροντίσει ασθενή που χρήζει ΑΦ, ενώ και οι φοιτητές νοσηλευτικής αναμένεται να φροντίσουν ασθενή που πεθαίνει κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης (Chow et al 2014). Νοσηλευτές και φοιτητές φαίνεται να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, να υπολείπονται γνώσεων και δεξιοτήτων ως απόρροια της μη ενσωμάτωσης της διδασκαλίας της ΑΦ στα προγράμματα σπουδών (Adriaansen & van Achterberg, 2008). Παρά το γεγονός ότι υπήρξαν προσπάθειες για την αντιμετώπιση της έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων των φοιτητών, λίγα δεδομένα είναι γνωστά σχετικά με το πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί το επίπεδο ετοιμότητά τους (Ramjan et al 2010)

Μελέτη που διεξήχθη σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής για την εμπειρία παροχής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, έδειξε ότι αισθάνονταν ανασφαλείς και αδύναμοι λόγω της έλλειψης προετοιμασίας και της απειρίας στην παροχή φροντίδας (Sadala & da Silva 2009, Mutto et al 2010). Η εμπειρία που θα βιώσουν θα εξαρτηθεί από τις προσωπικές τους εμπειρίες, τη στήριξη και το ρόλο του μέντορα, τις ιδιαίτερες δεξιότητες που απαιτούνται και τη σχέση με τον ασθενή και την οικογένεια (Parry 2011).

Συγκεκριμένα, σε μελέτες (Ek et al 2014 , Strang et al 2014), η επαφή των φοιτητών με ασθενείς στο τέλος της ζωής, είχε αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο προκαλώντας αισθήματα φόβου, απελπισίας και αβεβαιότητας. Σε άλλη μελέτη (Allchin, 2006), πολλοί φοιτητές θεωρούσαν τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν θλιβερή και δυσάρεστη ενώ υποστήριζαν ότι δεν ένιωθαν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν θέματα σχετικά με το θάνατο (Johnson, Chang & O'Brien 2009). Όσον αφορά στην προετοιμασία για τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο, φοιτητές νοσηλευτικής ισχυρίστηκαν ότι δεν αισθάνθηκαν άνετα, αποδίδοντας αυτό το συναίσθημα στην ανεπαρκή εκπαίδευση τους για επικοινωνία και υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο (Cunningham et al, 2006). Επίσης, σημαντικό εύρημα αποτελεί και η παρανόηση που βρέθηκε ότι είχαν οι φοιτητές για την ΑΦ, καθώς θεωρούσαν τη συναισθηματική αποστασιοποίηση απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή της (Al Qadire, 2014). Επίσης έχει βρεθεί ότι οι φοιτητές δεν γνώριζαν πώς να προχωρήσουν σε αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών (Mitchell et al 2006), ενώ έχει φανεί και ότι δεν υπήρχε κατάλληλη εποπτεία και καθοδήγηση των φοιτητών κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που έχρηζαν ΑΦ.

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα μελετών σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών, τα οποία αποκαλύπτουν ότι η φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου προκαλεί αρνητικά συναισθήματα, όπως αισθήματα ανικανότητας, φόβου, αγωνίας και άγχους, που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και τις οικογένειες τους (Gama & Barbosa Vieira 2012, Gillan van der Riet & Jeong 2014, Lange, Thom, Kleine 2008). Τέλος, άλλες μελέτες ανέδειξαν δυσκολίες στην εκτίμηση των συμπτωμάτων του πόνου και στη διαχείριση του, καθώς και προβλήματα στη συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας (Sadhu, Salins, Kamath, 2010).

Ακόμη και εξειδικευμένοι νοσηλευτές ογκολογίας χαρακτήρισαν την βασική τους εκπαίδευση ως προς την ΑΦ ανεπαρκή (Ferrell et al 2010), ενώ δήλωσαν ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση που είχαν λάβει ως προπτυχιακοί φοιτητές αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Τα στοιχεία αυτά καθιστούν επιτακτική την ενσωμάτωση της ΑΦ στην εκπαίδευση των νοσηλευτών.

2.2 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής υπήρξε μέρος της παράδοσης και συνεχίζει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ΑΦ. Από την εποχή του Μεσαίωνα ως σήμερα η ΑΦ έχει εξελιχθεί και αναδειχθεί ως μια κλινική ειδικότητα που επικεντρώνεται στη φροντίδα για το άτομο ως σύνολο και στην υποστήριξη της οικογένειας

λειτουργώντας ως ο κύριος σύνδεσμος μεταξύ ασθενούς και οικογένειας καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας (Fitch, Fliedner, O Connor 2015).

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και ως εκ τούτου βρίσκονται σε στρατηγική θέση για την παροχή, την προώθηση και τη βελτίωση της παροχής ΑΦ. Η παρουσία τους μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στη μείωση της επιβάρυνσης του ολικού πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων που προκύπτουν από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια.

Ο όρος Ανακουφιστική Νοσηλευτική παρουσιάστηκε στη Μ. Βρετανία το 1989 από μια εξειδικευμένη ομάδα νοσηλευτών του Royal College of Nursing (PNG). Ο όρος χρησιμοποιείται ευρέως στο Ηνωμένο Βασίλειο, αναγνωρίζεται ως ειδικότητα και διδάσκεται σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Σύμφωνα με τους Lugton & Kinddle (1989), η Ανακουφιστική Νοσηλευτική επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των οργανικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών και προβλημάτων ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος. Κατά συνέπεια, εμπεριέχει τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των κατάλληλων παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τον αξιοπρεπή θάνατο.

Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή είναι πολύ σημαντική στην ΑΦ και παρέχει πολλά οφέλη στον ασθενή. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η ανακούφιση από τα σωματικά συμπτώματα, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής και η διατήρηση της ανεξαρτησίας του ασθενούς, η ανακούφιση από την ψυχική οδύνη και την κοινωνική απομόνωση και τέλος η προετοιμασία ενός καλού θανάτου. Ο νοσηλευτής, βρίσκεται στην προνομιούχο θέση να δημιουργήσει ένα περιβάλλον φροντίδας το οποίο καλλιεργεί και ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την κατάσταση της υγείας του και παράλληλα να ενδυναμώνει και την αίσθηση της προσωπικής αξίας. Χρέος και καθήκον του νοσηλευτή είναι να στηρίζει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να εκφράσει τις πνευματικές του ανησυχίες (Lugton & McIntyre 2005).

Η σχέση νοσηλευτή ασθενή εξελίσσεται από μια επαγγελματική σχέση σε μια σχέση αμοιβαίας κατανόησης. Ο νοσηλευτής είναι ο άνθρωπος που ο ασθενής βασίζεται, εμπιστεύεται και εκφράζει τα βαθύτερα συναισθήματα του. Ο ασθενής μαζί με τον νοσηλευτή θα προσπαθήσουν να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που γεννιούνται στην πορεία της νόσου. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή είναι σαν ένα ταξίδι. Δύο άνθρωποι ταξιδεύουν μαζί για λίγο, έρχονται κοντά και δεσμεύονται ο ένας στον άλλο εντός καθορισμένων ορίων. Στο τέλος του ταξιδιού θα χωρίσουν έχοντας δημιουργήσει μια βαθιά προσωπική σχέση (Campbell 1984). Η σχέση αυτή, είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης και διαπραγματεύσεων μέχρι να επιτευχθεί μια αμοιβαία ικανοποιητική σχέση. Οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι η διάρκεια της επαφής, η δέσμευση του

νοσηλευτή, οι ανάγκες του ασθενούς και η προθυμία του να εμπιστευτεί τον νοσηλευτή.

Το 1997 η Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας(EAPC) πρότεινε στα μέλη κάθε χώρας να δημιουργήσουν ένα δίκτυο εκπαίδευσης που θα συνδέεται με το δίκτυο εκπαίδευσης της EAPC. Η εκπαίδευση για ΑΦ είναι αναγκαίο να αποτελείται από διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης τα οποία θα αντικατοπτρίζουν το βαθμό συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στην παροχή ΑΦ στην καθημερινή τους πρακτική.

Στον πίνακα 1 περιγράφονται τα επίπεδα της εκπαίδευσης στην ΑΦ λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι σε ορισμένες χώρες μπορεί να μην υπάρχει εξειδικευμένη ακαδημαϊκή γνώση αλλά πρακτική γνώση η οποία είναι εξίσου πολύτιμη.

Πίνακας 1: Επίπεδα εκπαίδευσης στην Ανακουφιστική Φροντίδα

Επίπεδο Α	Βασικό (προπτυχιακό)	Μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της αρχικής τους κατάρτισης
Επίπεδο Α	Βασικό (μεταπτυχιακό)	Ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλον γενικής φροντίδας υγείας και μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι με καταστάσεις που απαιτούν προσέγγιση ΑΦ
Επίπεδο Β	Προχωρημένο (μεταπτυχιακό)	Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται σε εξειδικευμένες δομές ΑΦ Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με ασθενείς που χρήζουν ΑΦ (πχ ογκολογικοί ασθενείς, ηλικιωμένοι)
Επίπεδο Γ	Ειδικός (μεταπτυχιακό)	Καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για μονάδες ΑΦ ή παρέχουν συμβουλές και/ή συμβάλλουν ενεργά στην εκπαίδευση και στην έρευνα.

Πηγή: EAPC, 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτές έχουν τη μοναδική ευκαιρία να περάσουν αρκετό χρόνο με τους ασθενείς, να γνωρίσουν τους ίδιους και τις οικογένειες τους, να αξιολογούν καλύτερα από οποιοδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας τις ανάγκες τους, να εξηγούν τις διάφορες θεραπευτικές επιλογές και συχνά να συνηγορούν για τον ασθενή. Λόγω της θέσης τους και του μοναδικού τους ρόλου στη φροντίδα των ασθενών οι ερευνητές στα τέλη του 1990 άρχισαν να εξετάζουν τα νοσηλευτικά προγράμματα σπουδών και το βαθμό στον οποίο οι φοιτητές ήταν εκπαιδευμένοι επαρκώς για τη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής.

Η έρευνα ανέδειξε την ανάγκη για ολοκληρωμένα προγράμματα σπουδών που θα προετοιμάζουν τους φοιτητές κατάλληλα για τη φροντίδα των χρονίως πασχόντων (Ferrell, Virani, Grant 2005, Malloy, Paice, Virani 2008). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε την ενσωμάτωση της ΑΦ στη βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση όλων των προπτυχιακών προγραμμάτων στις Ιατρικές και Νοσηλευτικές Σχολές. Χώρες όπως το Βέλγιο, η Νορβηγία, το Ισραήλ, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία και η Γερμανία έχουν υιοθετήσει κοινή πολιτική για την υποχρεωτική διδασκαλία της ΑΦ (Centeno & Rodríguez-Núñez, 2015).

Η διδασκαλία της ΑΦ στο βασικό πρόγραμμα σπουδών προσφέρεται κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες (Cavaye, Watts 2012, Dickinson, Clark, Sque 2008) αλλά εξακολουθεί να υπάρχει σημαντική έλλειψη διδασκαλίας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Prem et al 2012, Kumar 2007) καθώς και σε χώρες οι οποίες δαπανούν περιορισμένους πόρους για την υγεία όπως η Ρωσία. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην ΑΦ παρέχεται με διαφορετικούς τρόπους, είτε ως μεμονωμένες διαλέξεις πάνω σε θέματα ΑΦ (ποιότητα ζωής, ηθικά και νομικά ζητήματα στο τέλος της ζωής, διαχείριση των συμπτωμάτων) που ενσωματώνονται σε αυτόνομα μαθήματα των προγραμμάτων σπουδών είτε ως ξεχωριστό μάθημα επιλογής ή υποχρεωτικό (Arber, 2001). Η διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων κυμαίνεται από 2- 50 ώρες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η ΑΦ περιλαμβάνεται στην πλειοψηφία των προπτυχιακών μαθημάτων Νοσηλευτικής με μέση διάρκεια διδασκαλίας 45 ώρες (Dickinson 2008).

Η εκπαίδευση στην ΑΦ διαφέρει από χώρα σε χώρα καθώς και μεταξύ Νοσηλευτικών Σχολών στην ίδια χώρα. Μελέτες από την Τουρκία (Kav et al 2013), τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τη Νορβηγία, τη Σουηδία (Smith-Stoner 2011) και

το Ιράν (Iranmanesh et al 2010) αναφέρουν ότι η ΑΦ περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα σπουδών τους. Ωστόσο φαίνεται να διαφοροποιείται ως προς το περιεχόμενο διδασκαλίας ενώ η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση δεν περιγράφονται αναλυτικά.

Το 1997 η American Association of Colleges of Nursing (AACN) δημιούργησε κατευθυντήριες γραμμές για να συμπεριληφθεί η φροντίδα στο τέλος της ζωής στην εκπαίδευση των νοσηλευτών. Για τις ανάγκες της εκπαίδευσης των φοιτητών αναπτύχθηκε το πρόγραμμα “End of life nursing education consortium” (ELNEC). Στόχος του προγράμματος ήταν αρχικά η εκπαίδευση των νοσηλευτών και έπειτα των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος οι συμμετέχοντες επιστρέφουν στις κοινότητες τους και εκπαιδεύουν άλλους νοσηλευτές επεκτείνοντας έτσι την εμβέλεια του προγράμματος.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τις ακόλουθες οκτώ ενότητες

1. Εισαγωγή στην Ανακουφιστική νοσηλευτική: Αναφέρεται στην ανάγκη για την προαγωγή της ΑΦ, το ρόλο του νοσηλευτή ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Στη συγκεκριμένη ενότητα παρουσιάζονται βασικοί ορισμοί και αρχές της ΑΦ.
2. Διαχείριση του πόνου: Η ενότητα αυτή περιγράφει βασικές αρχές αξιολόγησης του πόνου και διαχείρισης του και εστιάζει στον πόνο στο τέλος της ζωής
3. Διαχείριση των συμπτωμάτων: Αναφέρεται σε άλλα συμπτώματα που είναι κοινά σε προχωρημένη νόσο και το ρόλο του νοσηλευτή στη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων
4. Ηθικά ζητήματα: Συζητούνται μερικά από τα βασικά ηθικά ζητήματα και ανησυχίες που προκύπτουν στο τέλος της ζωής.
5. Πολιτισμικά ζητήματα και πνευματικές ανησυχίες: Παρουσιάζεται πως η κουλτούρα μπορεί να επηρεάσει τη φροντίδα σε προχωρημένη νόσο.
6. Επικοινωνία: Δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντική είναι η επικοινωνία στη φροντίδα στο τέλος της ζωής και η πολυπλοκότητα της επικοινωνίας με τους ασθενείς και την οικογένεια.
7. Απώλεια, θλίψη και πένθος: γίνεται αναφορά σε θέματα απώλειας, θλίψης και πένθους που βιώνουν τόσο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους όσο και οι νοσηλευτές που παρέχουν τη φροντίδα.

8. Τελευταίες ώρες: Η ενότητα αυτή εστιάζει στη φροντίδα τη στιγμή του θανάτου δίνοντας έμφαση στην προετοιμασία για την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής φροντίδας σε αυτή την κρίσιμη στιγμή.

Αντιθέτως στην Αυστραλία η ΑΦ αποφασίστηκε να μην διδάσκεται ως αυτόνομο μάθημα αλλά το περιεχόμενο της να ενσωματωθεί σε όλο το πρόγραμμα σπουδών. Πιο συγκεκριμένα, η Αυστραλιανή κυβέρνηση σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας (Australian Government Department of Health and Ageing 2005) χρηματοδότησαν ένα πρόγραμμα ΑΦ για την προπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας Palliative Care Curriculum for Undergraduates (PCC4U). Το πρόγραμμα αποτελείται από τέσσερις ενότητες:

- Αρχές της ΑΦ
- Επικοινωνία με τους ανθρώπους με απειλητική για τη ζωή ασθένεια
- Ανακουφιστική αξιολόγηση και παρέμβαση
- Βελτιστοποίηση λειτουργίας της ΑΦ

Το πρόγραμμα (Πίνακας 2) παρέχει πρακτική υποστήριξη στα πανεπιστήμια για να μπορέσουν να ενσωματώσουν καλύτερα το περιεχόμενο της ΑΦ σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό πρόγραμμα σπουδών για την υγεία.

Πίνακας 2. Ενσωμάτωση ΑΦ στο πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών στην Αυστραλία

1 έτος	2 έτος	3 έτος
<u>Βασικές Δεξιότητες:</u> Φροντίδα του νεκρού, ψυχοκοινωνική φροντίδα, πολιτισμικές πτυχές του θανάτου, θλίψη, απώλεια	<u>Παθοφυσιολογία και Φαρμακολογία:</u> Περιεχόμενο ΑΦ 16ώρες σεμινάρια	<u>Χρόνια ασθένεια και Ανακούφιση:</u> Διερεύνηση της φύσης των χρόνιων ασθενειών
<u>Επικοινωνία:</u> Λαμβάνοντας κακές ειδήσεις, ανάγκες επικοινωνίας στο τέλος της ζωής	<u>Νομικά και ηθικά ζητήματα στη Νοσηλευτική :</u> Νομικά και ηθικά ζητήματα στη φροντίδα στο τέλος της ζωής	<u>Θεραπευτική επικοινωνία στη Νοσηλευτική</u>
<u>Εισαγωγή στις αρχές της δημόσιας υγείας:</u> Παρουσίαση χρόνιων ασθενειών και ανακούφισης τους.	<u>Οξεία νοσηλευτική φροντίδα:</u> Περιπτώσεις οξείας φροντίδας απόμων τελικού σταδίου	<u>Προχωρημένη οξεία νοσηλευτική φροντίδα:</u> Αξιολόγηση και διαχείριση της επιδείνωσης της κατάστασης των ασθενών συμπεριλαμβανομένων εκείνων στο τελικό στάδιο.

Πηγή: Ramjan et al 2010

Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διδασκαλία της ΑΦ ποικίλουν. Οι διαλέξεις είναι η συχνότερη μέθοδος επιλογής διδασκαλίας της ΑΦ.(Arber 2001, Frommelt 2003, Mallory 2003, Thompson 2005, Kwekkeboom et al 2006, Barrere, Durkim, LaCoursier 2008).Ενδεικτικά η παρακολούθηση ενός μαθήματος με τίτλο «Ζώντας με την απώλεια» περιελάμβανε θέματα που σχετίζονται με την απώλεια ,τη θλίψη, το θάνατο, και το πένθος για 45 ώρες καταναμημένες σε ένα εξάμηνο σπουδών(Frommelt, 2003). Η ενσωμάτωση του προγράμματος ELNEC στο νοσηλευτικό πρόγραμμα σπουδών έχει φανεί ότι ενίσχυσε τις γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή ΑΦ (Mallory 2003, Dobbins 2007). Επιπρόσθετα η εφαρμογή ενός προγράμματος συντροφικότητας (companion program) έδωσε τη δυνατότητα στους φοιτητές να περάσουν χρόνο με ασθενείς στο τέλος της ζωής τους (Kweekeboom Vahl, Eland 2006).

Η θεωρητική διδασκαλία πολλές φορές παρέχεται σε συνδυασμό και με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους. Έχουν επιλεγεί ο συνδυασμός της θεωρητικής εκπαίδευσης με την πρακτική άσκηση των φοιτητών σε ξενώνες ΑΦ (Arber 2001) καθώς και η θεωρητική διδασκαλία μαζί με βιωματική μάθηση (Mallory, 2003).Για την ενίσχυση της εκμάθησης των φοιτητών για το θάνατο χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμός διαδραστικών μαθημάτων, συζητήσεων ανάγνωση συνιστώμενων κειμένων (Thompson) και η προβολή των ταινιών “Wit”(Dobbins) «Tuesdays with Morrie” και «Whose life is it anyway» (Dibartolo και Seldombrige) Στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ήταν η αύξηση της γνώσης των φοιτητών για την ΑΦ και η δημιουργία θετικής στάσης σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει. Η παρακολούθηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποσκοπεί στη βελτίωση του επιπέδου άνεσης των φοιτητών στη φροντίδα των ασθενών και τους βοηθάει να αναπτύξουν αποτελεσματικές νοσηλευτικές ικανότητες για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής.

3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η αξιολόγηση θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κάθε εκπαιδευτικής δραστηριότητας. Η μέτρηση της γνώσης , της στάσης των δεξιοτήτων επικοινωνίας αποτελούν δεδομένα για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών στρατηγικών. Στις περισσότερες μελέτες εξετάζεται μόνο ένας παράγοντας με τη χρήση διαφορετικών εργαλείων. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προβάλλει την ανάγκη για ενσωμάτωση ενός έγκυρου εργαλείου που μπορεί να συμβάλει στην εξασφάλιση της ποιότητας και την εξέλιξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σπουδών για την ΑΦ. Μπορεί να θεωρείται χρονοβόρα διαδικασία, ωστόσο το οικονομικό κόστος μίας μη αποτελεσματικής εκπαίδευσης είναι σημαντικά μεγάλο.

Για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων σπουδών και των μεθόδων διδασκαλίας της ΑΦ σε προπτυχιακό επίπεδο έχουν χρησιμοποιηθεί

διάφορα εργαλεία. Η μέθοδος αξιολόγησης εξαρτάται από τον παράγοντα που εξετάζεται. Τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ΑΦ είτε έχουν σχεδιαστεί αποκλειστικά για τις ανάγκες των μελετών, είτε είναι διεθνώς χρησιμοποιούμενα αξιόπιστα εργαλεία.

Για τη μέτρηση της γνώσης των φοιτητών Νοσηλευτικής για την ΑΦ φαίνεται ότι το μόνο έγκυρο εργαλείο είναι το Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) (Ross et al 1996), το οποίο επελέγη να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη και η δημιουργία του οποίου περιγράφεται στο ειδικό μέρος της μεταπτυχιακής εργασίας.

Στη συνέχεια (Πίνακας 3) παρατίθενται οι μελέτες που έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο PCQN με τα αποτελέσματά τους.

Πίνακας 3: Μελέτες αξιολόγησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων με το ερωτηματολόγιο PCQN

Συγγραφέας/Έτος/Χώρα	Δείγμα	Σκοπός	Αποτέλεσμα
Arber 2001 Ηνωμένο Βασίλειο	33 φοιτητές τριτοετείς	Μέτρηση της γνώσης πριν και μετά τη διδασκαλία μαθήματος ΑΦ	Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο γνώσεων για τις επικουρικές θεραπείες, τον εθισμό και τη χρήση των φαρμάκων
Carrol et al 2005 Γαλλία	70 φοιτητές τελευταίου έτους σπουδών	Μέτρηση της γνώσης για την ΑΦ των φοιτητών στο τέλος του προγράμματος σπουδών τους	Το επίπεδο γνώσεων τους βρέθηκε χαμηλό (9,2/20)
Kwekkeboom et al 2006 ΗΠΑ	52 φοιτητές (2 πρωτοετείς 31 δευτεροετείς & 19 τριτοετείς)	Επιρροή ενός προγράμματος εθελοντικής παρέας	.Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη γνώση. Υπήρξε βελτίωση στις γνώσεις για τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τη χρήση φαρμάκων placebo και την

			επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ΑΦ
Brajtman et al 2007 Καναδάς	58 φοιτητές τελευταίου έτους σπουδών	Αξιολόγηση του προγράμματος σπουδών στην παροχή γνώσεων για την ΑΦ	Η βαθμολογία των φοιτητών ήταν ικανοποιητική (12,29/20) και οφείλεται στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στο πρόγραμμα σπουδών για την ΑΦ
Al Qadire 2014 Ιορδανία	220 φοιτητές. Με αποκλεισμό των πρωτοετών	Μέτρηση της γνώσης των φοιτητών για την ΑΦ	Ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων (8/20)

Η στάση για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ποιοτική παροχή ΑΦ. Το εργαλείο που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι το Attitudes Towards Care Of the Dying (FATCOD) Scale (Frommelt, 1991) και επελέγη να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη παρατίθεται αναλυτικά στο ειδικό μέρος. Στον παρακάτω πίνακα 4 παρουσιάζονται μελέτες που αξιολογούν τη στάση φοιτητών με τη χρήση του ερωτηματολογίου FATCOD.

Πίνακας 4: Μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης στις στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικής στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου FATCOD.

Συγγραφέας/Έτος/Χώρα	Δείγμα	Σκοπός	Αποτέλεσμα
Mallory 2003 ΗΠΑ	104 φοιτητές από όλα τα έτη σπουδών	Να αξιολογήσουν την επίδραση της εκπαίδευσης στις στάσεις για τη φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει	Σημαντική βελτίωση της στάσης. Πριν την έναρξη του προγράμματος η βαθμολογία ήταν 119,82/150 και μετά την παρακολούθηση 126,07/150

Brajtman et al 2007 Καναδάς	58 φοιτητές στο τελευταίο έτος σπουδών	Αξιολόγηση της στάσης των φοιτητών για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής	Θετική στάση των φοιτητών με μέση βαθμολογία 129,12/150
Barrere et al 2008 ΗΠΑ	103 φοιτητές στο τελευταίο έτος σπουδών	Να εκτιμηθεί η επίδραση της ενσωμάτωσης του προγράμματος ELNEC στη διάρκεια του προγράμματος σπουδών	Στατιστικά σημαντική βελτίωση της στάσης κυρίως στις μικρότερες ηλικίες και σε εκείνους με εμπειρία με ασθενή που πέθανε
Arslan 2014 Τουρκία	222 φοιτητές στο 3 ^ο και 4 ^ο έτος σπουδών	Μέτρηση της στάσης των φοιτητών για παροχή ΑΦ	Μέση βαθμολογία στάσης 95,2/150. Το 52,3% ήταν απρόθυμο να φροντίσει ασθενή στο τέλος της ζωής του.
Hagelin 2016 Σουηδία	371 φοιτητές 1 ^{ου} εξαμήνου	Η περιγραφή της στάσης των πρωτοετών φοιτητών στη Σουηδία και η περιγραφή παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση	Θετική στάση με μέση βαθμολογία 119,5/150. Η μεγάλη ηλικία η προηγούμενη εκπαίδευση και εμπειρία με ασθενή που πέθανε συσχετίστηκαν με θετικότερη στάση
Abu El Noor 2016 Παλαιστίνη	141 φοιτητές στο 4 ^ο έτος σπουδών	Η αξιολόγηση της στάσης των φοιτητών	Μέση βαθμολογία 96,96/150

Ωστόσο για την αξιολόγηση της εκπαίδευσης των φοιτητών Νοσηλευτικής έχουν χρησιμοποιηθεί κι άλλα εργαλεία. Το εργαλείο Concerns about Dying (CD) το οποίο σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την άνεση ενός ατόμου για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πεθαίνουν καθώς και τις γενικές ανησυχίες για το θάνατο. Χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες 1. Γενικές ανησυχίες για το θάνατο 2.

Πνευματικότητα 3. Ανησυχίες σχετικά με τη φροντίδα ασθενή στο τέλος της ζωής (Mazor et al 2004)

Επίσης η ανάπτυξη του εργαλείου Confrontation Integration of Death Scale (CIDS) (Klug, 1976) μετρά τη συμφιλίωση με το θάνατο λαμβάνοντας υπόψη και τυχόν προσωπική εμπειρία θανάτου με χρήση ανοιχτού τύπου ερώτηση. Το άγχος για το θάνατο μπορεί να μετρηθεί με την κλίμακα Thanatophobia scale (TS), που αξιολογεί τα συναισθήματα του ατόμου που σχετίζονται με το θάνατο. Η αρχική κλίμακα περιελάμβανε 7 ερωτήσεις, αργότερα όμως ενσωματώθηκαν από τους δημιουργούς του εργαλείου και άλλες φτάνοντας τις 110 ερωτήσεις

3.3 Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΗΣ ΑΦ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ιστορικό της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην Ελλάδα ξεκινά το 1923 όταν ιδρύεται η Ανωτέρα Σχολή Νοσοκόμων Αδελφών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1924 ξεκινά η εκπαίδευση με τριετές πρόγραμμα σπουδών στο οποίο δυνατότητα εισαγωγής κατείχαν μόνο οι απόφοιτοι του τότε σχολαρχείου (εννέα χρόνια υποχρεωτικής εκπαίδευσης). Ήταν η πρώτη σχολή που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα και μια από τις πρώτες σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ευρώπη. Από τη σχολή αυτή προέκυψαν και τα πρώτα στελέχη που ξεκίνησαν το 1930 τη λειτουργία της σχολής τριετούς φοίτησης στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός και ακολούθησαν της Θεσσαλονίκης, ΠΙΚΠΑ, Παμμακάριστος, Αγία Σοφία κ.α. Αυτό το καθεστώς διατηρήθηκε ως το 1984 οπότε και άλλαξε το σύστημα της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Σήμερα η τριτοβάθμια εκπαίδευση των νοσηλευτών παρέχεται σε επίπεδο ΑΕΙ και ΑΤΕΙ. Σήμερα λειτουργούν δύο τμήματα νοσηλευτικής στην ανώτατη εκπαίδευση και οκτώ τμήματα στην ανωτάτη τεχνολογική εκπαίδευση (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Τμήματα Νοσηλευτικής στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Σπάρτη)
ΤΕΙ Αθήνας
ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
ΤΕΙ Θεσσαλίας (Λάρισα)

ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (Πάτρα)
ΤΕΙ Κρήτης (Ηράκλειο)
ΤΕΙ Ηπείρου (Ιωάννινα)
ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας (Λαμία)
ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης (Διδυμότειχο)

Στα μισά από τα τμήματα των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων το μάθημα της ΑΦ δεν αναφέρεται στο πρόγραμμα σπουδών, ενώ στα υπόλοιπα ανήκει στα μαθήματα επιλογής. Στα δυο πανεπιστημιακά ιδρύματα Νοσηλευτικής το μάθημα είναι υποχρεωτικό και το περιεχόμενο διδασκαλίας είναι κοινό σε αντίθεση με τις υπόλοιπες σχολές που φαίνεται να διαφοροποιείται.

ΤΕΙ Λάρισας: Δίνεται η δυνατότητα παρακολούθησης μαθήματος επιλογής με τίτλο «Νοσηλευτική φροντίδα χρονίως πασχόντων/ παρηγορητική φροντίδα». Το μάθημα διδάσκεται δύο ώρες την εβδομάδα. Το περιεχόμενο περιλαμβάνει:

- Εισαγωγή στο μάθημα Νοσηλευτική φροντίδα χρονίως πασχόντων Παρηγορητική φροντίδα
- Χρόνιοι πάσχοντες και κοινωνική πολιτική
- Προαγωγή υγείας χρονίως πασχόντων
- Ανακουφιστική φροντίδα χρονίως πασχόντων
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Παρηγορητική φροντίδα σε παιδιά
- Διαχείριση του πόνου
- Συμπληρωματικές θεραπείες
- Παρηγορητική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
- Διαχείριση του θανάτου
- Διαχείριση πένθους
- Υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας- Ξενώνες φιλοξενίας
- Θέματα ηθικής στην παρηγορητική φροντίδα
- Η νοσηλευτική έρευνα στην παρηγορητική φροντίδα

ΤΕΙ Λαμίας : Τίτλος μαθήματος «Ανακουφιστική Φροντίδα- Μαστολογία». Το μάθημα είναι επιλογής και διδάσκεται δύο ώρες την εβδομάδα. Το περιεχόμενο του μαθήματος χωρίζεται σε δύο μέρη, το ένα αφορά στην Ανακουφιστική Φροντίδα και το δεύτερο στη Μαστολογία. Στο πλαίσιο των διαλέξεων για την ΑΦ αναφέρονται οι ακόλουθες ενότητες:

- Νέες τάσεις και προσεγγίσεις στην οργάνωση της Ανακουφιστικής Φροντίδας
- Νοσηλευτικές θεωρίες πρότυπα και συστήματα
- Βιοηθικά ψυχοκοινωνικά θέματα και επικοινωνία
- Συμπτωματική αγωγή
- Εκτίμηση και αντιμετώπιση του άλγους- αρχές της νοσηλευτικής αγωγής του καρκινοπαθούς με άλγος
- Διατροφή του ογκολογικού ασθενή
- Αντιμετώπιση πένθους

ΤΕΙ Κρήτης Τίτλος μαθήματος «Ογκολογική νοσηλευτική- Ανακουφιστική φροντίδα»
Μάθημα επιλογής που διδάσκεται 2 ώρες την εβδομάδα στο τέταρτο έτος. Το περιεχόμενο του μαθήματος

- Αρχές ογκολογίας και ογκολογικής νοσηλευτικής
- Αιτιολογία του καρκίνου
- Η νοσηλευτική απέναντι στους ασθενείς με καρκίνο
- Πρόληψη και πρώιμη διάγνωση του καρκίνου
- Χημειοθεραπεία
- Ακτινοθεραπεία
- Χειρουργική ογκολογική νοσηλευτική
- Ο πόνος στον καρκίνο
- Η εφαρμογή των κλινικών μελετών στην ογκολογία και ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτές
- Εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Νοσηλεία στο σπίτι
- Ο ρόλος της νοσηλευτικής στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο
- Καρκίνος μαστού
- Καρκίνος του πνεύμονα

ΤΕΙ Διδυμοτειχίου Τίτλος μαθήματος «Ανακουφιστική νοσηλευτική φροντίδα». Η διδασκαλία του μαθήματος διαρκεί δυο ώρες μια φορά την εβδομάδα. Οι ενότητες του μαθήματος είναι οι εξής:

- Φιλοσοφία της Ανακουφιστικής φροντίδας
- Νοσηλευτικές θεωρίες και μοντέλα στην Ανακουφιστική φροντίδα, η νοσηλευτική ως θεραπευτικό μέσο
- Αλλαγές σωματικού ειδώλου και η αντιμετώπιση τους
- Ανακούφιση από τον πόνο σε αρρώστους τελικού σταδίου
- Ανακούφιση από τα συμπτώματα, φροντίδα τραυμάτων
- Αντιμετώπιση της απώλειας και του θανάτου
- Συμβουλευτική και συμπληρωματικές θεραπείες στη νοσηλευτική

Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών: Τίτλος μαθήματος «Ανακουφιστική Φροντίδα». Το μάθημα είναι υποχρεωτικό και διδάσκεται στο 4 έτος σπουδών. Η θεωρητική εκπαίδευση γίνεται δύο ώρες την εβδομάδα και οι φοιτητές έχουν τη δυνατότητα για τρεις μέρες να επισκεφτούν δομές Ανακουφιστικής Φροντίδας. Το περιεχόμενο του μαθήματος περιλαμβάνει:

- Παρελθόν, παρόν και προοπτική του Διεθνούς Κινήματος της Ανακουφιστικής Φροντίδας (Ιστορική εξέλιξη, Διεπιστημονική Ολιστική Προσέγγιση ασθενούς/οικογένειας, Μονάδες παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας)
- Επικοινωνία με τον ασθενή, οικογένεια, μέλη ομάδας υγείας, εθελοντές, κοινοτικές υπηρεσίες. Προβλήματα και δυνατότητες
- Υποστήριξη ασθενών-οικογενειακού περιβάλλοντος κατά τη χορήγηση ανακουφιστικής αντινεοπλασματικής θεραπευτικής αγωγής
- Αρχές αξιολόγησης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Αξιολόγηση πρόληψη και ανακούφιση του χρόνιου πόνου
- Νοσηλευτική θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με ναυτία, έμετο, διάρροια, δυσκοιλιότητα, καχεξία και κόπωση
- Νοσηλευτική θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με δύσπνοια, κακοήθη ασκίτη και φλεγμονώδη έλκη
- Αρχές αξιολόγησης και αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών αρρώστου-οικογένειας. Αντιμετώπιση ασθενών με σύγχυση
- Αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα
- Λήψη δύσκολων κλινικών αποφάσεων. Ηθικά διλήμματα στην άσκηση, εκπαίδευση και έρευνα της ανακουφιστικής φροντίδας
- Ποιότητα φροντίδας και ποιότητα ζωής στις δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας
- Φροντίδα ασθενών τις τελευταίες μέρες της ζωής. Υποστήριξη αρρώστου-οικογένειας στη διαδικασία του θρήνου
- Αρχές ανακουφιστικής φροντίδας ατόμων με μη κακοήθη νοσήματα
- Υποστήριξη για εκείνους που φροντίζουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου: Τίτλος μαθήματος «Ανακουφιστική Φροντίδα». Το μάθημα διδάσκεται στο 8^ο εξάμηνο και είναι υποχρεωτικό. Το περιεχόμενο του είναι το ίδιο με του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Είναι προφανές ότι η έλλειψη κοινά αποδεκτών οδηγιών για τη διδασκαλία της ΑΦ στην Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα , η έλλειψη πολλών εκπαιδευμένων κλινικών και ακαδημαϊκών νοσηλευτών στην ΑΦ κι η απουσία εθνικής πολιτικής

ενσωμάτωσης της ΑΦ στο σύστημα υγείας, οδηγεί σε μωσαικό εκπαίδευσης με αποτέλεσμα μεγάλες διαφορές στην προσέγγιση του γνωστικού αντικειμένου.

Μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί μελέτη εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με την αξιολόγηση των γνώσεων ή των στάσεων των φοιτητών της Νοσηλευτικής σε κανένα εκπαιδευτικό ίδρυμα στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Γι αυτό κρίθηκε απαραίτητη η προσπάθεια πιλοτικής διερεύνησης των γνώσεων στην ΑΦ και της στάσης προς τους ασθενείς που πεθαίνουν των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη προηγούμενων ερευνών σχετικά με το θέμα η μελέτη αυτή συμβάλει στην καταγραφή των Ελληνικών δεδομένων σχετικά με το επίπεδο γνώσεων των φοιτητών για την ΑΦ και τη στάση για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Η χρήση των αποτελεσμάτων δυνητικά μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση της ύλης και του περιεχομένου του μαθήματος Ανακουφιστικής Φροντίδας.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των βασικών γνώσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα και των στάσεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν, στη διάρκεια του προγράμματος σπουδών.

Επιμέρους στόχοι:

- Η αξιολόγηση των γνώσεων για την Ανακουφιστική Φροντίδα των φοιτητών Νοσηλευτικής στο τέλος του 2^{ου}, 3^{ου}, 4^{ου} έτους φοίτησης.
- Η αξιολόγηση των στάσεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν των φοιτητών Νοσηλευτικής στο τέλος του 2^{ου}, 3^{ου}, 4^{ου} έτους φοίτησης
- Η διερεύνηση της μεταβολής των γνώσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα με την πρόοδο του προγράμματος σπουδών .
- Η διερεύνηση της μεταβολής των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν με την πρόοδο του προγράμματος σπουδών .
- Η διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών και προηγούμενων προσωπικών εμπειριών των φοιτητών Νοσηλευτικής στις γνώσεις τους για την Ανακουφιστική Φροντίδα.
- Η διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών και προηγούμενων προσωπικών εμπειριών των φοιτητών Νοσηλευτικής στις στάσεις τους για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Η μελέτη είναι συγχρονική, συγκριτική και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε 90 προπτυχιακούς φοιτητές στο τέλος του 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} έτους φοίτησης.

Δείγμα: Προπτυχιακοί φοιτητές Νοσηλευτικής

Χώρος διεξαγωγής της μελέτης:

Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μέθοδος Μέτρησης-Εργαλεία

Για την αξιολόγηση της γνώσης των φοιτητών για την ΑΦ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο "Palliative Care Quiz for Nursing" (PCQN) το οποίο αναπτύχθηκε το 1996 από τους Margaret M. Ross, Beth McDonald and Joan Mc Guinness. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις με τις εξής επιλογές απάντησης: «σωστό», «λάθος» και «δε γνωρίζω». Η σωστή απάντηση βαθμολογείται με ένα βαθμό ενώ η λάθος απάντηση και το «δε γνωρίζω» με μηδέν. Οι γνώσεις θεωρούνται επαρκείς όταν η βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη από 15/20.

Οι ερωτήσεις χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας (ερωτήσεις 1, 9, 12, 17)
2. Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων (ερωτήσεις 2-4, 6-8, 10, 13-16, 18, 20)
3. Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα (ερωτήσεις 5, 11, 19)

Για την αξιολόγηση της στάσης των φοιτητών για την ΑΦ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο "Frommelt Attitudes Towards Care Of the Dying (FATCOD) Scale" το οποίο αναπτύχθηκε το 1991 από την Frommelt K.H. Αποτελείται από 30 ισάριθμες θετικές και αρνητικές ερωτήσεις. Οι ερωτηθέντες αναφέρουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε κάθε ερώτηση με τη χρήση 5-βάθμιας κλίμακας Likert («συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «δεν είμαι σίγουρος», «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα»). Στις θετικές ερωτήσεις το διαφωνώ απόλυτα ισούται με 1 βαθμό, ενώ στις αρνητικές ερωτήσεις ισούται με 5 βαθμούς. Οι θετικές ερωτήσεις είναι οι εξής: 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, και 30. Οι υπόλοιπες είναι αρνητικές ερωτήσεις. Το πιθανό σκορ κυμαίνεται από 30 έως 150 βαθμούς, με το υψηλό σκορ να δηλώνει πιο θετική στάση απέναντι στη φροντίδα ανθρώπων που πεθαίνουν.

Για τη χρήση και μετάφραση των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια από τους έχοντες τα πνευματικά δικαιώματα. Στο πλαίσιο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης, τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν από την αγγλική (γλώσσα – πηγή)

στην ελληνική γλώσσα (γλώσσα – στόχος) από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές. Ένας τρίτος μεταφραστής, με την αγγλική ως μητρική γλώσσα, μετέφρασε στα αγγλικά τη μετάφραση των δύο πρώτων μεταφραστών. Ακολούθως, η τελευταία μετάφραση δόθηκε σε δύο επαγγελματίες υγείας, ώστε να σχολιάσουν το ερωτηματολόγιο και να το μεταφράσουν εκ νέου στην ελληνική γλώσσα. Η ελληνική έκδοση των ερωτηματολογίων δόθηκε σε 20 μεταπτυχιακούς φοιτητές στην ΑΦ, οι οποίοι το συμπλήρωσαν και έκαναν παρατηρήσεις σχετικά με το βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων (πιλοτική μελέτη). Οι παρατηρήσεις αυτές ελήφθησαν υπ' όψιν στην τελική διαμόρφωση των ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα.

Στους φοιτητές δόθηκε και ένα έντυπο συλλογής δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών το οποίο έχει δημιουργηθεί για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης. Το έντυπο περιλαμβάνει δημογραφικά δεδομένα και στοιχεία που αφορούν το έτος σπουδών, την προηγούμενη παρακολούθηση σεμιναρίου /διάλεξης με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα, την προσωπική εμπειρία με ασθενή που πεθαίνει κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης ή/ και στο οικογενειακό περιβάλλον.

Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στο τέλος του εαρινού εξαμήνου στους φοιτητές του 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} έτους. Μετά την πληροφορημένη συναίνεση των φοιτητών για συμμετοχή στη μελέτη, ενημερώθηκαν για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και έπειτα οι φοιτητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια

ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Η συλλογή των στοιχείων διενεργηθεί μετά από έγγραφη άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Από όλους τους φοιτητές έχει ληφθεί η έγγραφη συναίνεση τους προκειμένου να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας όπως αυτές διατυπώνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Η κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με το Kolmogorov Smirnov test και δεν βρέθηκαν αποκλίσεις ($p > 0.05$). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις βαθμολογίες γνώσεων και στάσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων γνώσεων και στάσεων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 90 φοιτητές με μέση ηλικία τα 22,3 έτη (SD=5,6 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά και άλλα στοιχεία των φοιτητών.

Πίνακας 6: Ατομικά χαρακτηριστικά των φοιτητών Νοσηλευτικής

		N	%
Φύλο	Άντρες	15	16,7
	Γυναίκες	75	83,3
Εθνικότητα	Ελληνική	88	97,8
	Άλλη	2	2,2
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	88	97,8
	Έγγαμοι	2	2,2
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		22,3 (5,6)	
Έτη επαγγελματικής εμπειρίας	0	83	92,2
	>=1	7	7,8
Έτη επαγγελματικής εμπειρίας, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,3 (1,4)	0 (0 - 0)
Έτος σπουδών	2ο	30	33,3
	3ο	30	33,3
	4ο	30	33,3
Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα;	Όχι	66	73,3
	Ναι	24	26,7
Είχατε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής σας άσκησης;	Όχι	49	54,4
	Ναι	41	45,6
Έχετε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών σας;	Όχι	35	38,9
	Ναι	55	61,1
Είχατε κάποια προσωπική εμπειρία με ασθενή που πέθανε (συγγενικό μέλος ή φίλος);	Όχι	55	61,1
	Ναι	35	38,9

Το 83,3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 97,8% των συμμετεχόντων ήταν Έλληνες και το ίδιο ποσοστό ήταν άγαμοι. Το 92,2% των συμμετεχόντων δεν είχαν εργαστεί καθόλου. Το 33,3% των φοιτητών ήταν στο 2^ο έτος, το 33,3% στο 3^ο και το υπόλοιπο 33,3% στο 4^ο. Ακόμα, το 26,7% των συμμετεχόντων είχε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα, το 45,6% είχε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης το 61,1% είχε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών του και το 38,9% είχε κάποια προσωπική εμπειρία με ασθενή που πέθανε (συγγενικό μέλος ή φίλος).

Ι. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων για την ανακουφιστική φροντίδα. Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,72), οπότε η οριακή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου θεωρείται αποδεκτή.

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων των φοιτητών για το ερωτηματολόγιο των γνώσεων, ταξινόμηση ερωτήσεων ανά κατηγορία

Ταξινόμηση ερωτήσεων ανά κατηγορία	Λάθος απάντηση	Σωστή απάντηση	Δε γνωρίζω
	N(%)	N(%)	N (%)
Αρχές και φιλοσοφία ΑΦ			
9.Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση	15 (16,7)	66 (73,3)	9 (10)
1.Η ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο σε καταστάσεις όπου υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία μιας φθίνουσας πορείας ή επιδείνωση της υγείας	20 (22,2)	64 (71,1)	6 (6,7)
17.Οι πολλαπλές απώλειες καθιστούν αναπόφευκτη την επαγγελματική εξουθένωση (Burnout) αυτών που εργάζονται στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας.	43 (47,8)	36 (40)	11 (12,2)
12.Η φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας δεν αντικρούει εκείνη της επιθετικής θεραπείας	33 (36,7)	18 (20)	39 (43,3)
Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων			
18.Οι εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου διαφέρουν από εκείνες του οξέος.	7 (7,8)	78 (86,7)	5 (5,6)
4.Οι επικουρικές θεραπείες είναι σημαντικές για τη διαχείριση του πόνου	4 (4,4)	71 (78,9)	15 (16,7)
15.Το υποφέρειν είναι συνώνυμο του σωματικού πόνου	15 (16,7)	64 (71,1)	11 (12,2)
20.Το επίπεδο αντοχής στον πόνο μειώνεται από το άγχος και την κόπωση.	26 (28,9)	59 (65,6)	5 (5,6)
2.Η μορφίνη είναι το πρότυπο που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση της αναλγητικής δράσης των άλλων οπιοειδών	6 (6,7)	47 (52,2)	37 (41,1)
8.Οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει επίσης να λαμβάνουν εντερική αγωγή (θεραπεία με υπακτικά)	6 (6,7)	38 (42,2)	46 (51,1)

14. Σε υψηλές δόσεις, η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και έμετο από τη μορφίνη.	5 (5,6)	30 (33,3)	55 (61,1)
7. Ο εθισμός αποτελεί μείζον πρόβλημα σε μακροχρόνια χρήση μορφίνης για την αντιμετώπιση του πόνου	55 (61,1)	25 (27,8)	10 (11,1)
13. Η χρήση φαρμάκων placebo είναι κατάλληλη για τη θεραπεία κάποιων μορφών πόνου.	49 (54,4)	25 (27,8)	16 (17,8)
6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής, η υπνηλία που σχετίζεται με ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να μειώσει την ανάγκη για καταστολή	11 (12,2)	23 (25,6)	56 (62,2)
10. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ασθένειας, τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας.	23 (25,6)	21 (23,3)	46 (51,1)
3. Η έκταση της νόσου καθορίζει τη μέθοδο της αναλγητικής αγωγής.	64 (71,1)	19 (21,1)	7 (7,8)
16. Το Demerol δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου.	8 (8,9)	3 (3,3)	79 (87,8)
Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα	Λάθος απάντηση	Σωστή απάντηση	Δε γνωρίζω
11. Οι άντρες γενικά συμφιλώνονται με το θρήνο τους γρηγορότερα από τις γυναίκες	15 (16,7)	43 (47,8)	32 (35,6)
19. Η απώλεια μιας απόμακρης σχέσης είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας οικείας, στενής σχέσης.	68 (75,6)	17 (18,9)	5 (5,6)
5. Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή μέχρι να επέλθει ο θάνατος	87 (96,7)	1 (1,1)	2 (2,2)

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων κυμαίνονταν από 1,1% μέχρι 86,7%. Μόνο το 1,1% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή μέχρι να επέλθει ο θάνατος» ενώ το 86,7% απάντησε σωστά στην ερώτηση «Οι εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου διαφέρουν από εκείνες του οξέος.». Επίσης, το 3,3% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στην ερώτηση «Το Demerol δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου.» και το 18,9% στην ερώτηση «Η απώλεια μιας απόμακρης σχέσης είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας οικείας, στενής σχέσης.». Το 78,9% των συμμετεχόντων απάντησε

σωστά στην ερώτηση Οι επικουρικές θεραπείες είναι σημαντικές για τη διαχείριση του πόνου».

Στην συνέχεια αθροίστηκαν οι επιμέρους ερωτήσεις, το άθροισμα των οποίων μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα, δημιουργώντας έτσι την βαθμολογία γνώσεων, η οποία μπορεί να πάρει τιμές από 0% έως 100%, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση. Η βαθμολογία γνώσεων κυμαινόταν από 15% μέχρι 80% με τη μέση τιμή να είναι 41,6% (SD=15,9%). Κανείς από τους φοιτητές δεν είχε μηδενική γνώση (δηλαδή μηδενική βαθμολογία) και κανείς δεν είχε τη μέγιστη δυνατή γνώση (δηλαδή βαθμολογία 100%).

Πίνακας 8: Αναλυτική βαθμολογία των απαντήσεων των φοιτητών στο ερωτηματολόγιο των γνώσεων ΑΦ

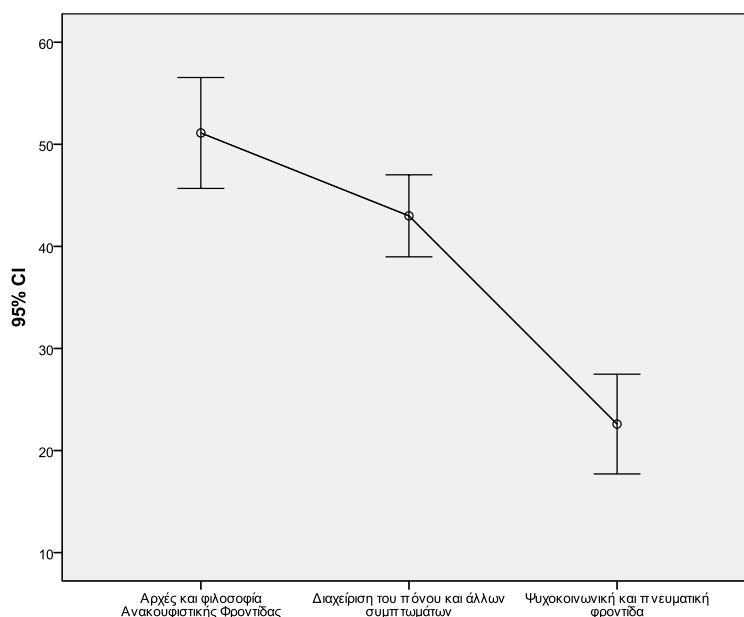
Συνολική Βαθμολογία Ορθών Απαντήσεων/ Σύνολο Ορθών Απαντήσεων (Ποσοστό)	Αριθμός φοιτητών	Ποσοστό %	Αθροιστικό %
3/20(15%)	2	2,2	2,2
4/20(20%)	8	8,9	11,1
5/20(25%)	8	8,9	20,0
6/20(30%)	12	13,3	33,3
7/20(35%)	10	11,1	44,4
8/20(40%)	13	14,4	58,9
9/20(45%)	10	11,1	70,0
10/20(50%)	5	5,6	75,6
11/20(55%)	4	4,4	80,0
12/20(60%)	6	6,7	86,7
13/20(65%)	3	3,3	90,0
14/20(70%)	7	7,8	97,8
15/20(75%)	1	1,1	98,9
16/20(80%)	1	1,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	90	100,0	

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το 97,8% του δείγματος είχε ελλείψεις γνώσεις (λιγότερο από 15 σωστές απαντήσεις) για την Ανακουφιστική Φροντίδα.

Από τον υπολογισμό των διαστάσεων του ερωτηματολογίου, οι οποίες μπορούν να κυμανθούν από 0 έως 100 με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερες γνώσεις, οι βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές δίνονται στον πίνακα 9 και απεικονίζονται στο γράφημα 1

Πίνακας 9: Βαθμολογία των φοιτητών στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου γνώσεων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας	0,0	100,0	51,1 (25,9)	50,0 (25,0 – 75,0)
Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων	7,7	84,6	43,0 (19,2)	38,5 (23,1 – 53,9)
Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα	0,0	66,7	22,6 (23,3)	33,3 (0,0 – 33,3)



Γράφημα 1: Βαθμολογία στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου

Η μέση τιμή στη διάσταση «Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας» ήταν 51,1 μονάδες (SD=25,9 μονάδες), στη διάσταση «Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων» ήταν 43,0 μονάδες (SD=19,2 μονάδες) και στη διάσταση «Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα» ήταν 22,6 μονάδες (SD=23,3 μονάδες).

Οι φοιτητές είχαν στατιστικά σημαντικά λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη «Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα» σε σύγκριση τόσο με τη «Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων» όσο και με τις «Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας» ($p < 0,001$ για τις δύο συγκρίσεις). Ακόμα, οι φοιτητές είχαν σημαντικά λιγότερες γνώσεις σχετικά με τη «Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων» σε σύγκριση με τις «Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας» ($p = 0,013$).

Πίνακας 10: Βαθμολογία φοιτητών στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ανά έτος σπουδών

Διαστάσεις ερωτηματολογίου	Έτος σπουδών						P
	2ο		3ο		4ο		
	Μέση τιμή	Σ.Α.	Μέση τιμή	Σ.Α.	Μέση τιμή	Σ.Α.	
Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας	51,67	25,37	39,17	20,43	62,5	26,87	0,002
Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων	31,79	11,2	33,08	11,81	64,1	13,14	<0,001
Ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα	23,33	21,71	18,89	20,87	25,56	27,24	0,536

Σ.Α. Σταθερή Απόκλιση

Επίσης βρέθηκε σημαντική διαφορά στις διαστάσεις Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας, Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων ανάλογα με το έτος σπουδών. Συγκεκριμένα μετά τη διόρθωση Bonferroni. Υψηλότερες τιμές βρέθηκαν στη διάσταση Αρχές και φιλοσοφία Ανακουφιστικής Φροντίδας στο 4ο συγκριτικά μόνο με το 3ο έτος ($p=0,001$) και υψηλότερες τιμές στη διάσταση Διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων στο 4ο έτος συγκριτικά με το 3ο έτος ($p<0,001$) και το 2ο έτος ($p<0,001$)(Πίνακας 10).

Στον πίνακα 11 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των ορθών γνώσεων των φοιτητών ανάλογα με τα δημογραφικά και λοιπά τους χαρακτηριστικά.

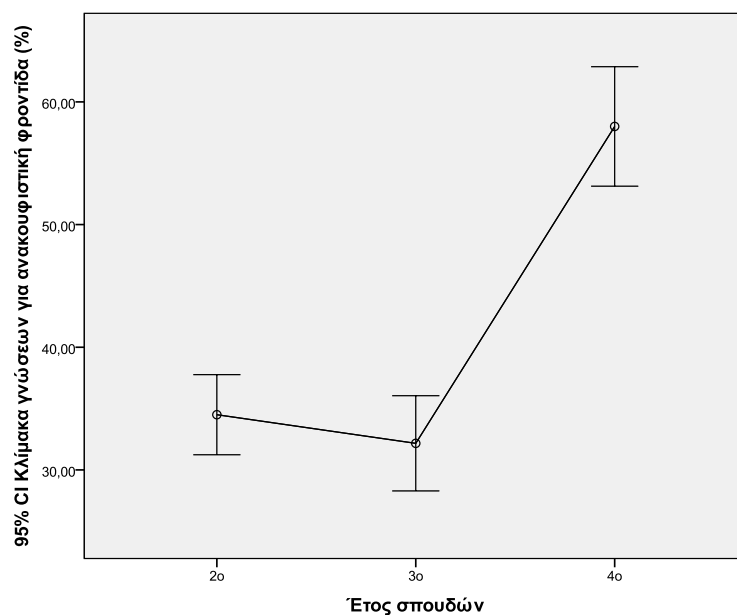
Πίνακας 11: Διερεύνηση της σχέσης δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών με τις απαντήσεις

		Κλίμακα γνώσεων για ανακουφιστική φροντίδα (%)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	35,3	14,8	0,097
	Γυναίκες	42,8	15,9	
Εθνικότητα	Ελληνική	41,4	16,0	0,596
	Άλλη	47,5	10,6	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	41,5	16,0	0,759
	Έγγαμοι	45,0	14,1	
Έτη επαγγελματικής εμπειρίας	0	42,2	16,1	0,168
	>=1	33,6	11,4	

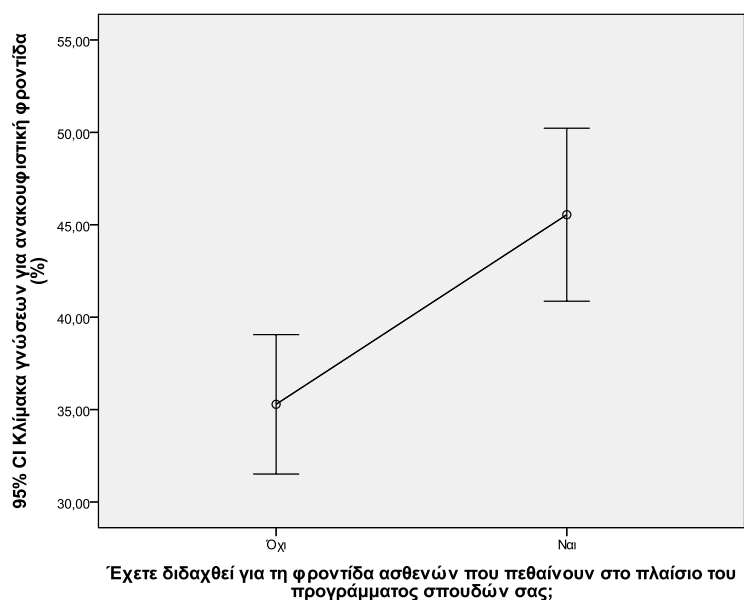
Έτος σπουδών	2ο	34,5	8,7	<0,001*
	3ο	32,2	10,4	
	4ο	58,0	13,0	
Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα;	Όχι	38,1	14,9	<0,001
	Ναι	51,0	15,0	
Είχατε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής σας άσκησης;	Όχι	38,1	13,7	0,022
	Ναι	45,7	17,4	
Έχετε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών σας;	Όχι	35,3	11,0	0,002
	Ναι	45,5	17,3	
Είχατε κάποια προσωπική εμπειρία με ασθενή που πέθανε (συγγενικό μέλος ή φίλος);	Όχι	40,0	16,2	0,247
	Ναι	44,0	15,4	

*ANOVA

Υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία ορθών γνώσεων ανάλογα με το έτος φοίτησης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι φοιτητές του 4ου έτους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ, σε σχέση τόσο με τους φοιτητές του 2ου έτους όσο και με τους φοιτητές του 3ου έτους ($p < 0,001$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα) (γράφημα 2, γράφημα 3). Επίσης, σημαντικά περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ είχαν οι φοιτητές που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την ΑΦ, εκείνοι που είχαν εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης και εκείνοι που είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους.



Γράφημα 2: Βαθμολογία γνώσεων των φοιτητών ανάλογα με το έτος σπουδών τους



Γράφημα 3: Βαθμολογία γνώσεων των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους ή όχι.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία των συμμετεχόντων, οπότε όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερες γνώσεις είχαν ($r=0.23$, $P=0.033$, $N=90$).

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνώσεων, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και με τη χρήση της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) (πίνακας 12)

Πίνακας 12: Μοντέλο Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Συσχέτισης της Βαθμολογίας των φοιτητών για τις γνώσεις στην ΑΦ με τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά

$R^2=0,23$		β^*	SE**	P
Σταθερός όρος		52.49		
Έτος σπουδών	4ο	0,00+	4.07	<0,001
	2ο	-23,50	2,78	<0,001
	3ο	-25,30	2,79	<0,001
Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα;	Όχι	0,00		
	Ναι	11,11	3,40	0,002
Είχατε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής σας άσκησης;	Όχι	0,00		
	Ναι	5,90	3,01	0,050
Έχετε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών σας;	Όχι	0,00		
	Ναι	8,51	3,08	0,007

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή ⁺ υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το έτος σπουδών των φοιτητών, το αν είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την ΑΦ, το αν είχαν εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης και το αν είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία γνώσεων τους για την ΑΦ. Συγκεκριμένα:

- Οι φοιτητές του 2^{ου} έτους είχαν κατά 23,50 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις, σε σύγκριση με τους φοιτητές του 4^{ου} έτους.
- Οι φοιτητές του 3^{ου} έτους είχαν κατά 25,30 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις, σε σύγκριση με τους φοιτητές του 4^{ου} έτους.
- Οι φοιτητές που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την ΑΦ είχαν κατά 11,11 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους

φοιτητές που δεν είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την ΑΦ.

- Οι φοιτητές που είχαν εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης κατά 5,90 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν παρόμοια εμπειρία.
- Οι φοιτητές που είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους είχαν κατά 8,51 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν.

ii. ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,82), οπότε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου θεωρείται αποδεκτή.

Πίνακας 13: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που αφορούν τη στάση για τη φροντίδα ασθενή που πεθαίνει.

Ερωτήματα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1.Η παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή που πεθαίνει αποτελεί μια εμπειρία που αξίζει τον κόπο	1 (1,1)	3 (3,3)	6 (6,7)	47 (52,2)	33 (36,7)	88,9
2.Ο θάνατος δεν είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο	6 (6,7)	21 (23,3)	17 (18,9)	28 (31,1)	18 (20)	51,1
3.Θα αισθανόμουν άβολα να κουβεντιάζω για τον επικείμενο θάνατο με το άτομο που πεθαίνει	3 (3,3)	20 (22,2)	30 (33,3)	27 (30)	10 (11,1)	41,1
4.Η φροντίδα της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του θρήνου και του πένθους	0 (0)	5 (5,6)	13 (14,4)	31 (34,4)	41 (45,6)	80,0
5.Δεν θα ήθελα να φροντίζω έναν ασθενή που πεθαίνει	26 (28,9)	31 (34,4)	20 (22,2)	13 (14,4)	0 (0)	14,4
6.Οι φροντιστές που δεν ανήκουν στην οικογένεια δεν θα έπρεπε να είναι αυτοί που μιλούν για το θάνατο με το άτομο που πεθαίνει	16 (17,8)	37 (41,1)	28 (31,1)	8 (8,9)	1 (1,1)	10,0
7.Θα με ματαιώνε η διάρκεια του απαιτούμενου χρόνου για τη φροντίδα ενός ασθενούς που πεθαίνει	11 (12,2)	34 (37,8)	40 (44,4)	5 (5,6)	0 (0)	5,6
8.Θα με αναστάτωνα όταν το άτομο που πεθαίνει το οποίο φρόντιζα εγκατέλειπε την ελπίδα να βελτιωθεί	1 (1,1)	13 (14,4)	26 (28,9)	42 (46,7)	8 (8,9)	55,6
9.Είναι δύσκολο να δημιουργήσεις μια στενή σχέση με κάποιον που πεθαίνει	18 (20)	41 (45,6)	13 (14,4)	14 (15,6)	4 (4,4)	20,0
10.Υπάρχουν φορές που ο θάνατος είναι ευπρόσδεκτος από τον ασθενή που πεθαίνει	0 (0)	3 (3,3)	8 (8,9)	59 (65,6)	20 (22,2)	87,8
11.Όταν ο ασθενής ρωτάει «Πεθαίνω;» σκέφτομαι ότι το καλύτερο είναι να αλλάξω θέμα σε κάτι ευχάριστο	13 (14,4)	41 (45,6)	23 (25,6)	12 (13,3)	1 (1,1)	14,4
12.Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στη σωματική φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει	1 (1,1)	0 (0)	7 (7,8)	51 (56,7)	31 (34,4)	91,1
13.Θα ελπίζω το άτομο το οποίο φροντίζω να πεθάνει όταν εγώ δεν θα είμαι παρών/παρούσα	6 (6,7)	36 (40)	38 (42,2)	7 (7,8)	3 (3,3)	11,1
14.Φοβάμαι μη γίνουμε φίλοι με έναν ασθενή που πεθαίνει	11 (12,2)	37 (41,1)	28 (31,1)	11 (12,2)	3 (3,3)	15,5

15.Θα αισθανόμουν την ανάγκη να τραπώ σε φυγή όταν το άτομο πράγματι πέθανε	13 (14,4)	34 (37,8)	33 (36,7)	9 (10)	1 (1,1)	11,1
16.Οι οικογένειες χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να αποδεχτούν τις αλλαγές συμπεριφοράς του ατόμου που πεθαίνει	0 (0)	1 (1,1)	2 (2,2)	46 (51,1)	41 (45,6)	96,7
17.Όσο ο ασθενής πλησιάζει στο θάνατο, ο μη οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του με τον ασθενή	20 (22,2)	43 (47,8)	19 (21,1)	7 (7,8)	1 (1,1)	8,9
18.Οι οικογένειες θα πρέπει να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν το μέλος που πεθαίνει να ζήσει με τον καλύτερο τρόπο την ζωή που του απομένει	0 (0)	0 (0)	1 (1,1)	41 (45,6)	48 (53,3)	<u>98,9</u>
19.Το άτομο που πεθαίνει δεν θα πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη σωματική του φροντίδα	48 (53,3)	31 (34,4)	8 (8,9)	3 (3,3)	0 (0)	<u>3,3</u>
20.Οι οικογένειες πρέπει να διατηρήσουν όσο είναι δυνατόν ένα κανονικό περιβάλλον για το μέλος της οικογένειας που πεθαίνει	0 (0)	0 (0)	4 (4,4)	42 (46,7)	44 (48,9)	95,6
21.Είναι ωφέλιμο για τον ασθενή που πεθαίνει να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του	0 (0)	0 (0)	2 (2,2)	50 (55,6)	38 (42,2)	97,8
22.Η φροντίδα πρέπει να επεκτείνεται και στην οικογένεια του ατόμου που πεθαίνει	0 (0)	2 (2,2)	5 (5,6)	43 (47,8)	40 (44,4)	92,2
23.Οι φροντιστές θα πρέπει να επιτρέπουν στα άτομα που πεθαίνουν να έχουν ευέλικτα προγράμματα επισκεπτηρίου	0 (0)	3 (3,3)	13 (14,4)	48 (53,3)	26 (28,9)	82,2
24.Το άτομο που πεθαίνει και η οικογένειά του θα πρέπει να είναι επιφορτισμένοι για την λήψη αποφάσεων	4 (4,4)	18 (20)	29 (32,2)	36 (40)	3 (3,3)	43,3
25.Ο εθισμός στην αναλγητική αγωγή δεν θα πρέπει να αποτελεί θέμα ανησυχίας όταν πρόκειται για έναν ασθενή που πεθαίνει	6 (6,7)	20 (22,2)	26 (28,9)	22 (24,4)	16 (17,8)	42,2
26.Θα ένιωθα άβολα αν εισερχόμουν στο θάλαμο ενός ασθενή με τελικού σταδίου νόσο και τον έβρισκα να κλαίει	2 (2,2)	20 (22,2)	22 (24,4)	35 (38,9)	11 (12,2)	51,1
27.Στους ασθενείς που πεθαίνουν θα πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις σχετικά με την κατάστασή τους	0 (0)	2 (2,2)	18 (20)	44 (48,9)	26 (28,9)	77,8
28.Η εκπαίδευση οικογενειών για το θάνατο δεν είναι ευθύνη των φροντιστών που δεν είναι μέλη της οικογένειας	27 (30)	40 (44,4)	18 (20)	4 (4,4)	1 (1,1)	5,5
29.Τα μέλη της οικογένειας που μένουν κοντά στον ασθενή όταν πεθαίνει συχνά παρεμβαίνουν στο έργο των επαγγελματιών με τον ασθενή	4 (4,4)	8 (8,9)	29 (32,2)	48 (53,3)	1 (1,1)	54,4
30.Είναι πιθανό οι φροντιστές που δεν είναι μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν τους ασθενείς να προετοιμαστούν για το θάνατο	0 (0)	2 (2,2)	9 (10)	64 (71,1)	15 (16,7)	87,8

Τα ποσοστά υψηλής συμφωνίας κυμαίνονταν από 3,3% μέχρι 98,9%.(Πίνακας 13)
Μόνο το 3,3% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Το άτομο που πεθαίνει δεν θα πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις που

αφορούν τη σωματική του φροντίδα» ενώ σχεδόν όλοι (98,9%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση «Οι οικογένειες θα πρέπει να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν το μέλος που πεθαίνει να ζήσει με τον καλύτερο τρόπο την ζωή που του απομένει». Επίσης, το 5,5% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Η εκπαίδευση οικογενειών για το θάνατο δεν είναι ευθύνη των φροντιστών που δεν είναι μέλη της οικογένειας», το 5,6% με την πρόταση «Θα με ματαίωνα η διάρκεια του απαιτούμενου χρόνου για τη φροντίδα ενός ασθενούς που πεθαίνει» και το 8,9% με την πρόταση «Όσο ο ασθενής πλησιάζει στο θάνατο, ο μη οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του με τον ασθενή». Το 97,8% των συμμετεχόντων συμφωνούσε/συμφωνούσε απόλυτα με την πρόταση «Είναι ωφέλιμο για τον ασθενή που πεθαίνει να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του», το 96,7% με την πρόταση «Οι οικογένειες χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να αποδεχτούν τις αλλαγές συμπεριφοράς του ατόμου που πεθαίνει» και το 95,6% με την πρόταση «Οι οικογένειες πρέπει να διατηρήσουν όσο είναι δυνατόν ένα κανονικό περιβάλλον για το μέλος της οικογένειας που πεθαίνει».

Στην συνέχεια αθροίστηκαν οι επιμέρους ερωτήσεις δημιουργώντας έτσι την βαθμολογία στάσεων, η οποία μπορεί να πάρει τιμές από 30 έως 150, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει.

Η βαθμολογία στάσεων κυμαινόταν από 91 μέχρι 139 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 112,1 (SD=10,3). Κανείς από τους φοιτητές δεν είχε τη χειρίστη στάση (δηλαδή βαθμολογία 30 μονάδες) και κανείς δεν είχε τη βέλτιστη στάση (δηλαδή βαθμολογία 150 μονάδες), αλλά η μέση τιμή είναι σχετικά υψηλή.

Στη συνέχεια φαίνονται (Πίνακας 14) με αύξουσα σειρά οι μέσες τιμές της κατανομής των απαντήσεων των φοιτητών του ερωτηματολογίου για τη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής.

Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων των φοιτητών σε κάθε ερώτηση για τη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής

	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
18.Οι οικογένειες θα πρέπει να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν το μέλος που πεθαίνει να ζήσει με τον καλύτερο τρόπο την ζωή που του απομένει	4,5	0,6	1,0	5,0
16.Οι οικογένειες χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να αποδεχτούν τις αλλαγές συμπεριφοράς του ατόμου που πεθαίνει	4,4	0,7	1,0	5,0
20.Οι οικογένειες πρέπει να διατηρήσουν όσο είναι δυνατόν ένα κανονικό περιβάλλον για το μέλος της οικογένειας που πεθαίνει	4,4	0,7	1,0	5,0
21.Είναι ωφέλιμο για τον ασθενή που πεθαίνει να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του	4,4	0,7	1,0	5,0
22.Η φροντίδα πρέπει να επεκτείνεται και στην οικογένεια του ατόμου που πεθαίνει	4,4	0,6	1,0	5,0
19.Το άτομο που πεθαίνει δεν θα πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη σωματική του φροντίδα	4,3	0,9	1,0	5,0
4.Η φροντίδα της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του θρήνου και του πένθους	4,2	0,9	1,0	5,0
1. Η παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή που πεθαίνει αποτελεί μια εμπειρία που αξίζει το κόπο	4,1	0,9	1,0	5,0
12.Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στη σωματική φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει	4,1	0,7	1,0	5,0
10.Υπάρχουν φορές που ο θάνατος είναι ευπρόσδεκτος από τον ασθενή που πεθαίνει	4	0,8	1,0	5,0
23.Οι φροντιστές θα πρέπει να επιτρέπουν στα άτομα που πεθαίνουν να έχουν ευέλικτα προγράμματα επισκεπτηρίου	4	0,8	1,0	5,0
27.Στους ασθενείς που πεθαίνουν θα πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις σχετικά με την κατάστασή τους	4	0,8	1,0	5,0
28.Η εκπαίδευση οικογενειών για το θάνατο δεν είναι ευθύνη των φροντιστών που δεν είναι μέλη της οικογένειας	4	0,9	1,0	5,0
30. Είναι πιθανό οι φροντιστές που δεν είναι μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν τους ασθενείς να προετοιμαστούν για το θάνατο	4	0,6	1,0	5,0
5.Δεν θα ήθελα να φροντίζω έναν ασθενή που πεθαίνει	3,8	1,0	1,0	5,0
17.Όσο ο ασθενής πλησιάζει στο θάνατο, ο μη οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του με τον ασθενή	3,8	0,9	1,0	5,0
7.Θα με ματαίωνα η διάρκεια του απαιτούμενου χρόνου για τη	3,6	0,8	1,0	5,0

φροντίδα ενός ασθενούς που πεθαίνει				
9.Είναι δύσκολο να δημιουργήσεις μια στενή σχέση με κάποιον που πεθαίνει	3,7	1,0	1,0	5,0
6.Οι φροντιστές που δεν ανήκουν στην οικογένεια δεν θα έπρεπε να είναι αυτοί που μιλούν για το θάνατο με το άτομο που πεθαίνει	3,6	0,9	1,0	5,0
11.Όταν ο ασθενής ρωτάει «Πεθαίνω;» σκέφτομαι ότι το καλύτερο είναι να αλλάξω θέμα σε κάτι ευχάριστο	3,6	1,0	1,0	5,0
15.Θα αισθανόμουν την ανάγκη να τραπώ σε φυγή όταν το άτομο πράγματι πέθανε	3,6	0,9	1,0	5,0
14.Φοβάμαι μη γίνουμε φίλοι με έναν ασθενή που πεθαίνει	3,5	1,0	1,0	5,0
2. Ο θάνατος δεν είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο	3,4	1,1	1,0	5,0
13.Θα ελπίζω το άτομο το οποίο φροντίζω να πεθάνει όταν εγώ δεν θα είμαι παρών/παρούσα	3,4	0,9	1,0	5,0
24.Το άτομο που πεθαίνει και η οικογένειά του θα πρέπει να είναι επιφορτισμένοι για την λήψη αποφάσεων	3,2	0,9	1,0	5,0
25.Ο εθισμός στην αναλγητική αγωγή δεν θα πρέπει να αποτελεί θέμα ανησυχίας όταν πρόκειται για έναν ασθενή που πεθαίνει	3,1	1,1	1,0	5,0
3.Θα αισθανόμουν άβολα να κουβεντιάζω για τον επικείμενο θάνατο με το άτομο που πεθαίνει	2,8	1,1	1,0	5,0
26.Θα ένιωθα άβολα αν εισερχόμουν στο θάλαμο ενός ασθενή με τελικού σταδίου νόσο και τον έβρισκα να κλαίει	2,7	1,0	1,0	5,0
29.Τα μέλη της οικογένειας που μένουν κοντά στον ασθενή όταν πεθαίνει συχνά παρεμβαίνουν στο έργο των επαγγελματιών με τον ασθενή	2,6	0,9	1,0	5,0
8.Θα με αναστάτωνα όταν το άτομο που πεθαίνει το οποίο φρόντιζα εγκατέλειπε την ελπίδα να βελτιωθεί	2,4	0,9	1,0	5,0

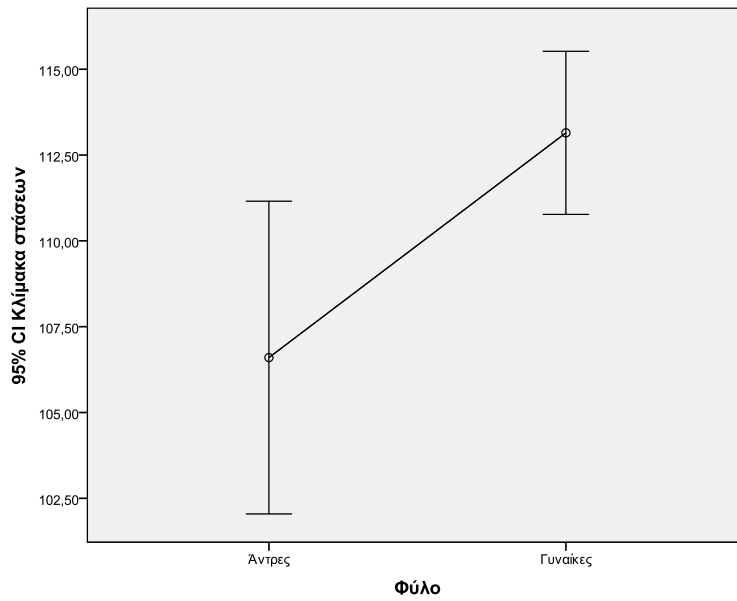
Πίνακας 15 : Διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και λοιπών χαρακτηριστικών των φοιτητών στις απαντήσεις τους για τη στάση των φοιτητών για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής

		Κλίμακα στάσεων		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Αντρες	106,6	8,2	0,023
	Γυναίκες	113,1	10,3	
Εθνικότητα	Ελληνική	112,1	10,4	0,776

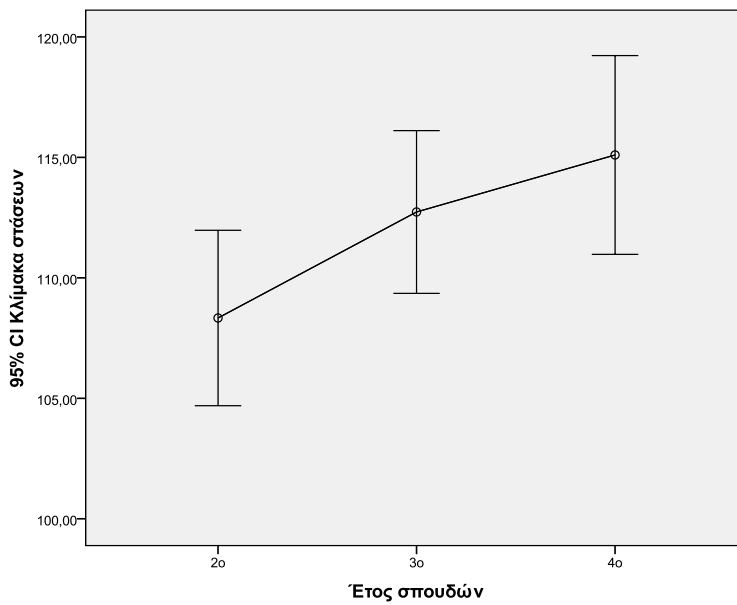
	Άλλη	110,0	5,7	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	111,7	10,0	0,025
	Έγγαμοι	128,0	9,9	
Έτη επαγγελματικής εμπειρίας	0	112,0	10,1	0,921
	>=1	112,4	12,4	
Έτος σπουδών	2ο	108,3	9,7	0,033*
	3ο	112,7	9,0	
	4ο	115,1	11,0	
Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα;	Όχι	111,4	9,8	0,336
	Ναι	113,8	11,6	
Είχατε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής σας άσκησης;	Όχι	111,0	9,5	0,308
	Ναι	113,3	11,1	
Έχετε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών σας;	Όχι	107,4	9,6	<0,001
	Ναι	115,0	9,6	
Είχατε κάποια προσωπική εμπειρία με ασθενή που πέθανε (συγγενικό μέλος ή φίλος);	Όχι	110,4	9,9	0,060
	Ναι	114,6	10,5	

*ANOVA

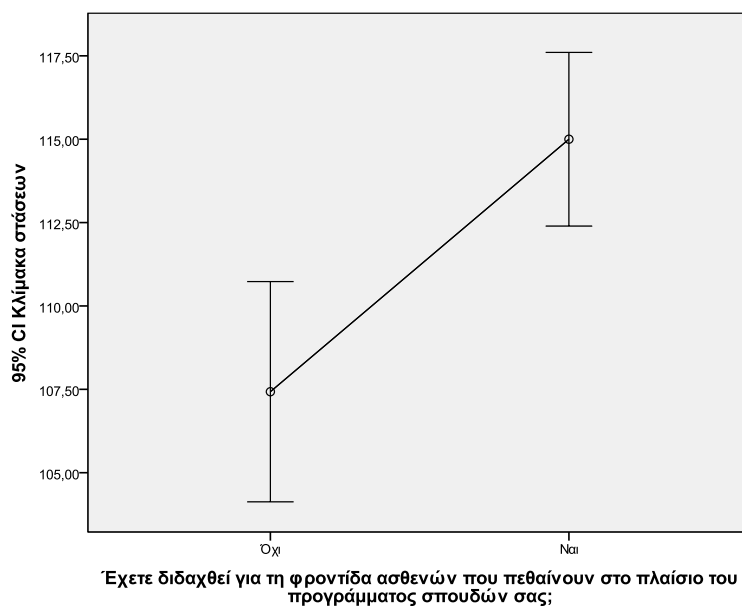
Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στάσεων, που υποδηλώνει θετικότερη στάση για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει, σε σύγκριση με τους άντρες (Γράφημα 4). Όμοια, οι έγγαμοι είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στάσεων σε σύγκριση με τους άγαμους. Υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στάσεων ανάλογα με το έτος φοίτησης των συμμετεχόντων (Γράφημα 5). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι φοιτητές του 4ου έτους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θετικότερη στάση για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει, σε σχέση με τους φοιτητές μόνο του 2ου έτους ($p=0,031$). Επίσης, οι φοιτητές που είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους είχαν σημαντικά θετικότερη στάση για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει σε σχέση με τους φοιτητές που δεν είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν (Γράφημα 6).



Γράφημα 4 : Βαθμολογία στάσεων των φοιτητών ανάλογα με το φύλο



Γράφημα 5 : Βαθμολογία στάσεων των φοιτητών ανάλογα με το έτος σπουδών τους



Γράφημα 6 : Βαθμολογία στάσεων των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους ή όχι.

Υπήρξε στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση της βαθμολογίας στάσεων με την ηλικία των συμμετεχόντων, οπότε όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο θετικότερη στάση για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει είχαν ($r=0.24$, $P=0.020$, $N=90$).

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στάσεων προς τον ασθενή που πεθαίνει, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και με τη χρήση της διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise)(Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Μοντέλο πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης συσχέτισης της στάσης προς τον ασθενή που πεθαίνει με τα δημογραφικά και λοιπά χαρακτηριστικά

$R^2=0,15$		β^*	SE**	P
Σταθερός όρος		91,63	7.01	<0,001
Έτος σπουδών	2ο	0,00 ⁺		
	3ο	5,48	2,46	0,029

	4ο	1,52	3,31	0,647
Φύλο	Άντρες	0,00		
	Γυναίκες	5,64	2,74	0,043
Κλίμακα γνώσεων για ΑΦ(%)		0,22	0,09	0,021

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή ⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το έτος σπουδών των φοιτητών, το φύλο τους και η βαθμολογία γνώσεων τους για την ΑΦ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στάσεων τους για την ανακουφιστική φροντίδα. Συγκεκριμένα:

- Οι φοιτητές του 3^{ου} έτους είχαν κατά 5,48 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή θετικότερη στάση για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει, σε σύγκριση με τους φοιτητές του 2^{ου} έτους.
- Οι γυναίκες είχαν κατά 6,82 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες.
- Όσο περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ είχαν οι φοιτητές τόσο θετικότερη ήταν η στάση τους για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει

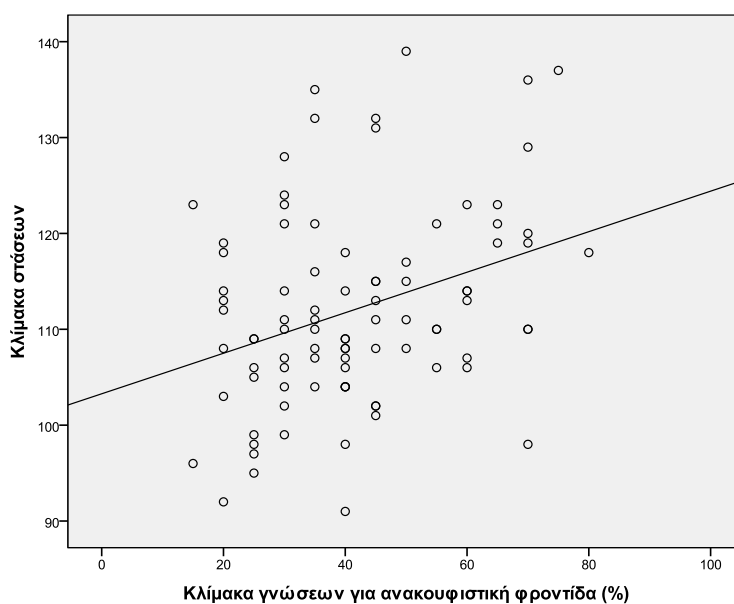
iii. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών γνώσεων και στάσεων.

Πίνακας : Συσχέτιση των γνώσεων και στάσεων

		Κλίμακα στάσεων
Κλίμακα γνώσεων για ανακουφιστική φροντίδα (%)	r	0,33
	P	0,002

Υπήρξε στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών γνώσεων και στάσεων. Οπότε όσο περισσότερες γνώσεις για την ανακουφιστική φροντίδα είχαν οι συμμετέχοντες τόσο θετικότερη ήταν η στάση τους για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει.



Γράφημα 7 : Συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών γνώσεων ΑΦ και στάσεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γνώσεις των φοιτητών για την ΑΦ είναι ελλιπείς. Το 97,8% των φοιτητών απάντησε σωστά σε λιγότερες από 15 ερωτήσεις που αποτελούσαν την ελάχιστη βαθμολογία σωστών απαντήσεων για να θεωρούνται επαρκείς οι γνώσεις για την ΑΦ. Η μέση βαθμολογία κυμαίνονταν στο 8,32/20. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αντίστοιχη μελέτη που έγινε σε φοιτητές νοσηλευτικής στην Ιορδανία όπου η συνολική μέση βαθμολογία τους ήταν 8/20 (AlQadire 2014) και κατά μια μονάδα χαμηλότερο από το ποσοστό των Γάλλων φοιτητών που ήταν 9,2/20 (Carrol et al 2005). Ωστόσο το ποσοστό των Ελλήνων φοιτητών είναι αρκετά χαμηλό σε σχέση με των Καναδών φοιτητών νοσηλευτικής στο τέταρτο έτος πριν την αποφοίτηση τους και η βαθμολογία τους ήταν 12,29/20 (Brajtman et al 2007).

Οι μελετηθέντες φοιτητές σε Ελλάδα και Ιορδανία (AlQadire 2014) φαίνεται ότι απάντησαν λανθασμένα την ερώτηση 3 «η έκταση της νόσου καθορίζει τη μέθοδο της αναλγητικής αγωγής» σε ποσοστό 21,1% και 27% αντίστοιχα και στην ερώτηση 19 « η απώλεια μιας απόμακρης σχέσης είναι εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας οικείας στενής σχέσης» σε ποσοστό 18,9% και 28%. Στην ερώτηση 12 «η φιλοσοφία της ΑΦ δεν αντικρούει εκείνη της επιθετικής θεραπείας» απάντησαν λανθασμένα σε ποσοστό 20% οι φοιτητές στην Ελλάδα, 32% στην Ιορδανία (AlQadire 2014) και 24% στη Γαλλία (Carrol et al). Αξίζει να σημειωθεί ότι στη μελέτη της Arber (2001) επέλεξαν να αλλάξουν τη φράση «επιθετική θεραπεία» (aggressive treatment) με την «ενεργό θεραπεία» (active treatment) γιατί θεώρησαν ότι δημιουργεί σύγχυση ο συγκεκριμένος όρος στους φοιτητές.

Υψηλές βαθμολογίες συγκέντρωσε η ερώτηση 4 που αφορούσε τις επικουρικές θεραπείες για το πόνο τόσο στους Έλληνες όσο και στους φοιτητές σε Ιορδανία (AlQadire 2014) και Καναδά (Brajtman 2007) και η ερώτηση 18 «οι εκδηλώσεις χρόνιου και οξέος πόνου διαφέρουν» (AlQadire 2014, Carroletal 2014). Στην ερώτηση 9 « η παροχή ΑΦ απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση» μόλις το 30% των Ιορδανών φοιτητών (AlQadire 2014) απάντησαν σωστά έναντι του 73,3% των Ελλήνων φοιτητών. Το δείγμα των Ελλήνων φοιτητών φαίνεται ότι κατανοούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη φιλοσοφία και τις αρχές της ΑΦ συγκριτικά με τους μελετηθέντες φοιτητές της Ιορδανίας (AlQadire 2014) που συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κατηγορία των ερωτήσεων για τη διαχείριση του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων. Οι γνώσεις των Ελλήνων φοιτητών στο τελευταίο έτος σπουδών ήταν σημαντικά αυξημένες στις κατηγορίες αρχές της ΑΦ και διαχείριση του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων. Οι γνώσεις των φοιτητών των ερωτήσεων της κατηγορίας ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα δε παρουσίαζαν σημαντική διαφορά μεταξύ των κ τριών ετών σπουδών.

Όσο αφορά το Demerol (συνθετικό οπιούχο φάρμακο) μόλις 3,3% των Ελλήνων φοιτητών απάντησαν σωστά στην ερώτηση, ενώ το 87,8% ανέφερε ότι δε γνώριζε την απάντηση. Τα προηγηθέντα ποσοστά πιθανό να προκύπτουν από το γεγονός ότι το Demerol είναι ένα φάρμακο το οποίο δε κυκλοφορεί στην Ελλάδα με αυτό το όνομα. Στις αντίστοιχες μελέτες (AlQadire2014, Arber 2001) προτιμήθηκε να αντικατασταθεί εξ αρχής με την λέξη πεθιδίνη γεγονός που δικαιολογεί τις υψηλότερες βαθμολογίες στη συγκεκριμένη ερώτηση. ποσοστό 96,7% των Ελλήνων φοιτητών θεώρησε σωστή την ερώτηση 5 «είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή μέχρι να επέλθει ο θάνατος» ενώ για τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου (Ross et al 1996) η απάντηση θεωρείται λανθασμένη. Ωστόσο στις υπόλοιπες μελέτες που αξιολόγησαν τις γνώσεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την ΑΦ δεν προέκυψε υψηλό ποσοστό λανθασμένης απάντησης. Παρόλα αυτά σε μελέτη στην Κορέα (Boon Han et al 2012) που αξιολογήθηκαν οι γνώσεις κλινικών νοσηλευτών σημείωσαν παρόμοια ποσοστά(97,7%) Η διαφορετική κουλτούρα και το πολιτισμικό υπόβαθρο αναφορικά με το ρόλο της οικογένειας στον ασθενή που πεθαίνει φαίνεται να οδηγεί σε αυτή τη μεγάλη απόκλιση στη συγκεκριμένη ερώτηση σε σχέση με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα.

Η στάση των Ελλήνων φοιτητών για τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής τους χαρακτηρίστηκε θετική με μέση βαθμολογία 112,1/150. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με μελέτη που αξιολόγησε τη στάση πρωτοετών φοιτητών νοσηλευτικής στη Σουηδία με μέση βαθμολογία 119,5/150 (Hagelin 2016). Την υψηλότερη βαθμολογία σημείωσαν οι Καναδοί φοιτητές 129,12/150 (Brajtman 2007). Αντίθετα στην Παλαιστίνη οι φοιτητές φάνηκε να έχουν αρκετά χαμηλά ποσοστά 96,96/150 (Abu-El-Noor 2016) τα οποία ήταν παρόμοια με τα αποτελέσματα της Τουρκίας που συγκέντρωσαν κατά μέσο όρο 95,2/150 (Arslan 2014). Οι κοινές θρησκευτικές και πολιτισμικές αξίες πιθανόν να σχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά στις δυο χώρες. Είναι σημαντικό ότι στις περισσότερες μελέτες φαίνεται πως οι φοιτητές αναγνωρίζουν την αξία της εμπειρίας παροχής ΑΦ σε ασθενή που πεθαίνει.(Hagelin 2016, Abu-El-Noor 2016 ,Brajtman 2007). Παρόλα αυτά οι Έλληνες και οι Καναδοί (Brajtman 2007) φοιτητές θα αισθάνονταν άβολα να κουβεντιάζουν για το θάνατο με το άτομο που πεθαίνει.

Οι Έλληνες φοιτητές συμφωνούν ότι η οικογένεια του ασθενή γίνεται ιδιαίτερα παρεμβατική στη φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας γεγονός που συνάδει με τους ισχυρούς δεσμούς που διατηρούν τα μέλη της ελληνικής οικογένειας. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με εκείνο της μελέτης των Σουηδών και Καναδών που εμφανίζουν διαφορετική κουλτούρα ιδιαίτερα ως προς τους οικογενειακούς δεσμούς

Στη παρούσα μελέτη φαίνεται ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στάσεων σε σύγκριση με τους άντρες με μέση τιμή 113,1 και 106,6 αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τη μελέτη της Frommelt (2003) η οποία βρήκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και στάσης. Αντίθετα, το φύλο δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τη στάση στις μελέτες των Abu El Noor (2016) και Hagelin (2016). Άλλοι παράγοντες που συσχετίστηκαν με θετικότερη στάση ήταν η μεγαλύτερη ηλικία (Ελλάδα και Σουηδία Hagelin 2016), η προηγούμενη εμπειρία με ασθενή που πέθανε (Ελλάδα, Σουηδία Hagelin 2016, Τουρκία Arslan 2014). Αυτοί που δήλωναν άθεοι είχαν στατιστικά σημαντικά λιγότερο θετική στάση (Arslan 2014).

Όσον αφορά τις προσωπικές εμπειρίες υπάρχουν αντιφατικά ερευνητικά αποτελέσματα. Υπήρξαν μελέτες στις οποίες η φροντίδα οικείου προσώπου που πεθαίνει συσχετίζεται με θετικότερη στάση στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής.(Dunn et al 2005 irvin, romansorribes 2007). Σε άλλες όμως μελέτες (Abu El Noor 2016 και Henoch et al 2013) δεν υπήρξε συσχέτιση της στάσης με το προσωπικό βίωμα των φοιτητών.

Αρκετοί φοιτητές κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης είχαν εμπειρία με ασθενή που πέθανε σε ποσοστό 36% στη Τουρκία (Arslan 2014), 45,6% στην Ελλάδα, 56,1% στη Σουηδία(Hagelin 2016) και 75% στην Παλαιστίνη(Abu El Noor 2016). Επιπρόσθετα, το 73,3% των φοιτητών δεν είχε παρακολουθήσει σεμινάριο ή διάλεξη με θέμα την ΑΦ. Αντίστοιχα ποσοστά βρέθηκαν σε μελέτη φοιτητών στην Ιορδανία(63%) και στη Σουηδία(78%).Με βάση τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι η διδασκαλία της ΑΦ στο πρόγραμμα σπουδών θα πρέπει να ξεκινά πριν την έναρξη της κλινικής άσκησης ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι οι φοιτητές να βιώσουν την εμπειρία της φροντίδας ασθενών που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας.

Η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετιζόμενων με την ΑΦ έδειξε να ενισχύει τις γνώσεις των φοιτητών και να συσχετίζεται με τη θετικότερη στάση τους στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής (Frommelt 2003, Iranmanesh 2008, Mallory 2003).Στη παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι φοιτητές του 4ου έτους οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει το μάθημα της ΑΦ είχαν περισσότερες γνώσεις σε σχέση τόσο με τους φοιτητές του 2ου έτους όσο και με τους φοιτητές του 3ου έτους.

Επίσης, σημαντικά περισσότερες γνώσεις για την ΑΦ είχαν οι φοιτητές που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την ΑΦ, και εκείνοι που είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών τους. Φάνηκε ότι οι φοιτητές του 2ου και 3ου έτους που δηλώσαν ότι είχαν διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και είχαν αυξημένες γνώσεις είχαν παρακολουθήσει μαθήματα επιλογής τα οποία περιέχουν θέματα ΑΦ

με αποτέλεσμα την ενίσχυση των γνώσεων τους σε σχέση με τους φοιτητές που δεν τα είχαν επιλέξει τα αντίστοιχα μαθήματα

Παρά το γεγονός ότι το επίπεδο των γνώσεων είναι υψηλότερο στους τεταρτοετείς, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται με την παρακολούθηση του μαθήματος ΑΦ οι γνώσεις των φοιτητών εξακολουθούν να εκτιμώνται ανεπαρκείς. Ειδικότερα το έλλειμμα γνώσεων που αφορούν την ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα φαίνεται ότι δεν βαθμολογείται υψηλότερα στους τεταρτοετείς φοιτητές μετά την παρακολούθηση του μαθήματος ΑΦ. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να λειτουργήσει ως έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση και πιθανά αναθεώρηση του περιεχομένου και των μεθόδων διδασκαλίας της ΑΦ. Επιπρόσθετα, δεν υφίστανται αποδεκτές οδηγίες σχετικά με το βέλτιστο χρόνο διδασκαλίας του μαθήματος, οπότε δεν είναι σαφές σε ποιο έτος σπουδών πρέπει να διδάσκεται η ΑΦ. Στο τελευταίο έτος οι φοιτητές έχουν γνώσεις και υπόβαθρο που διευκολύνει την εκμάθηση των θεμάτων που συνθέτουν το γνωστικό αντικείμενο της ΑΦ. Αντίθετα όμως η προγενέστερη εφαρμογή θα μπορούσε πιθανά να ενισχύσει την κατανόηση των φοιτητών στις αρχές της ΑΦ και να τους αποτρέψει από την ανάπτυξη παρανοήσεων κατά τη διάρκεια της αρχικής κλινικής τους άσκησης. Μελέτη (Huang et al 2010) κατέληξε ότι η διδασκαλία και η εκπαίδευση για την ΑΦ θα πρέπει να παρέχεται στους φοιτητές πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη φροντίδα ασθενή στο τέλος της ζωής. Επιπλέον προκλήσεις που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική ενσωμάτωση της διδασκαλίας ΑΦ σε προπτυχιακό επίπεδο περιλαμβάνουν το υπερπλήρες πρόγραμμα σπουδών, την έλλειψη καθηγητών εξειδικευμένων στην ΑΦ και την έλλειψη δομών ΑΦ για διεξαγωγή κλινικής άσκησης (Gibbins et al 2009, Loyd-Williams 2002)

Περιορισμοί

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν μόνο σε φοιτητές ενός Πανεπιστημιακού ιδρύματος με αποτέλεσμα να μην αντικατοπτρίζουν τις γνώσεις και στάσεις του συνόλου των Ελλήνων φοιτητών Νοσηλευτικής. Επιπρόσθετα επειδή το υπο εξέταση δείγμα ήταν μικρό μπορεί να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που πιθανά αυξάνουν το επίπεδο των γνώσεων και βελτιώνουν τη στάση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γνώσεις των φοιτητών παραμένουν ανεπαρκείς, αναδεικνύοντας την ανάγκη για εμπλουτισμό του μαθήματος της ΑΦ και τροποποίηση του προγράμματος σπουδών. Βοηθητική θα μπορούσε ενδεχομένως να αποτελέσει η ενσωμάτωση διαλέξεων σχετικών με την ΑΦ σε μαθήματα στα πρώτα έτη σπουδών.

Η απουσία δομών ΑΦ για την άσκηση των φοιτητών, περιορίζει τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε πρακτικό επίπεδο και δεν επιτρέπει τη δυνατότητα ιδιαίτερων τροποποιήσεων στο πρακτικό μέρος της εκπαίδευσης των φοιτητών.

Η συμβολή των επαγγελματιών εξειδικευμένων στην ΑΦ είναι καθοριστική για τη δημιουργία κοινής γραμμής στη διδασκαλία της ΑΦ στις Νοσηλευτικές Σχολές της χώρας έτσι ώστε να επιτευχθούν ουσιαστικές αλλαγές λαμβάνοντας υπόψη τα ελλείμματα ΑΦ στη χώρα .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abu-El- Noor N.I, Abu-El- Noor M.K (2016) Attitude of Palestinian nursing students toward caring for dying patients, *Journal of holistic nursing*, 34,2,193-9

Adriaansen M, van Achterberg T (2008) The content and effects of palliative care courses for nurses: A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 45, 3, 471-85

Ajzen I, Fishbein M (2005) The influence of attitudes on behavior The handbook of attitudes 173-221

Allchin I (2006). Caring for the Dying nursing student perspectives . *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8 , 2, 112 – 117

Allport G.W (1935) Attitudes A handbook of social psychology, In Murchiso Clark University press 798-844

Al Qadire M (2014) Knowledge of palliative care an online survey, *Nurse Education Today*,34,5,714-8

Arber A. (2001) Student nurses knowledge of palliative care: evaluating an education module, *International Journal of Palliative Nursing* 7,12, 597-603

Arslan D. (2014) Students nurses attitudes toward dying patients in Central Anatolia, *International Journal of nursing knowledge*, 25,3,183-8

Australian Government Department of Health and Ageing.(2005). Palliative care curriculum for undergraduates: Learning resource fact sheet.
<http://www.caresearch.com.au/Caresearch/Portals/4/Documents/PCC4UFactSheet.pdf>

Barrere CC, Durkin A, LaCoursiere S (2008) The influence of end of life education on attitudes of nursing students, *International journal of nursing*, 5,11

Boon Han K, Hyun Sook K, Su Jeong Y, Sungem C, Yun J, So Hi K (2012) Evaluation of end of life nursing education consortium- Geriatric train- the trainer program in Korea, *Korean Journal Adult Nursing*, 24,4,390-7

Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, Alain D, Fiset V (2007) Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs, *International Journal of palliative nursing*,13,5,213-221

Campbell AV (1984) Moderated love: A theology of professional care, London, SPCK

Carrol G, Brisson DP, Ross MM, Labbe R (2005) The French version of the palliative care quiz for nursing(PCQN-F) Development and evaluation, *Journal of palliative care*, 21,1,27-34

Cavaye J, Watts JH.(2012) End-of-life education in the pre-registration nursing curriculum: Patient, carer, nurse and student perspectives. *Journal of research in Nursing*, 17, 317–326

Centeno C ,Rodríguez-Núñez A (2015).The contribution of undergraduate palliative care education. Does it influence the clinical patients [Current Opinion in Supportive and Palliative Care](#), 9, 4, 375-391

Chow SK, Wong L, Chan Y, Chung T (2014) The impact and importance of clinical learning experience in supporting nursing students in end of life care, *Nurse education in practice* 14,5,532-7

Cunningham SM, Copp G ,Collins B, Bater M (2006). Pre- registration nursing student s experience of caring for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 10,1, 59-67

Curry C., Middleton H., & Brown B.(2009) Palliative Care Training, *Nursing Older People*, 21, 18 – 23

DiBartolo MC , Seldomridge LA (2009) Cinemeducation: teaching end of life issues using feature films, *Journal of Gerontology Nursing*, 35,8,30-6

Dickinson GE, Clark D, Sque M.(2008) Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes, *Nurse Education Today*, 28, 163–170.

Dobbins EH (2011) The impact of end of life care content on the attitude of associate degree nursing students towards death and care of the dying, *Teaching and Learning in Nursing*, 6,159,166

EAPC Prague charter. Palliative care a human right (2014), available online <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket= Ooh4U8JG7A=>

EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe available online <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket= Q9-BcolKVw%3D&tabid=634>

Ek K, Westin L, Prah C, Osterlind J, Strang S, Bergh I, Hammarlund K (2014) Death and caring for dying patients exploring first year nursing students descriptive experiences, *International journal of palliative nursing*, 20,10,509-15

Ferrell BR, Virani R, Grant M et al.(2005) Evaluation of the end of life nursing education consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine*,8,107-14

Ferrell B, Virani R, Paice JA, Coyle N, Conye P (2010) Evaluation of palliative care nursing education seminars *European Journal of Oncology nursing* 14,74-79

Festinger L (1957) A theory of cognitive dissonance Stanford University Press

Fitch M.I, Fliedner MC, O Connor M (2015) Nursing perspectives on palliative care, *Annals of Palliative Medicine* 4,3, 150-5

Frey RA, Gott M, Neil H (2013) Instruments used to measure the effectiveness of palliative care education initiatives at the undergraduate level: a critical literature review *BMJ Supportive and palliative care*,3, 114-9

Frommelt KH (1991) The effects of death education on nurses attitudes toward caring for terminally ill persons and their families, *American Journal of holistic nursing*,34,2,193-9

Frommelt KH (2003) Attitudes toward care of the terminally ill:an educational intervention, *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20,1,13-22

Gama G, Barbosa F, Vieira M (2012). Factors influenced nurses attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nurse*, 18, 6, 267-273

Gillan PC, van der Riet DJ, Jeong S (2014). End of life care education past and present a review of the literature. *Journal of Nurse Education Today*, 34, 3, 331-42

Greenwald AG, Klinger MR, Lin TJ (1989) Unconscious processing of dichoptically masked words Memory and cognition 17,35-47

Hagelin CL, Melin-Johansson C, Hensch I, Bergh I Ek K Hammarlund K, Pahl C, Strang S, Westin L, Österlind J, Browall M (2016) Factors influencing attitude toward care of dying patients in first year nursing students, *International Journal of Palliative Nursing*, 22,2,28-36

Johnson A., Chang E, O' Brien L (2009). Nursing the dying .A descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 417 – 425

Iranmanesh S, Axelsson K, Haggstrom T, Savenstedt S (2010) Caring for dying people: Attitudes among Iranian and Swedish nursing students, *Indian Journal of palliative care*,16,3,147-53

Kae-Hwa J, Gyeong-Ju A (2015) Effect of end of life care education using humanistic approach in Korea, *Collegian*,22,1,91-7

Kav S, Citak EA, Akman A, Erdemir F (2013) Nursing students perceptions towards cancer and caring for cancer patient, *Nurse education today*,13,1,4-10

Kumar S. Wee B, Hughes N, Education in Palliative Care Building a Culture of Learning. Oxford University Press 2007.

Kwekkeboom KL, Vahl C, Eland J (2006) Impact of a volunteer companion program on nursing students Knowledge and concerns related to palliative care, *Journal of palliative medicine*, 9,1,90-9

Lange M, Thom B, Kline NE (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology nursing forum* 35, 6, 955-959

Lugton j, Kindlen M (eds)(1999) Palliative Care : The nursing role, EAdinburgh, Churchill Livingstone

Lugton J, Mc Intyre R (2005) Palliative care the nursing role, Elsener Churchill livingstone

Mallory JL (2003) The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students, *Journal of professional nursing*, 19,5,305-12

Malloy P, Paice J, Virani R, (2008) End of life nursing education consortium: 5 years of educating graduate nursing faculty in excellent palliative care. *Journal of Professional Nursing*,24,352-7

Mazor KM, Schwartz CE, Rogers HJ,(2004) Development and testing of a new instrument for measuring concerns about dying in health care provides, *Assessment*, 11,3,230-7

Muto EM, Errazquin A, Rabhansi MM, Villar MJ, (2010) Nursing education: The experience attitudes and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students, *Journal of palliative medicine*, 13,12,1445-50

Parry M (2011) Student nurses experience of their first death in clinical practice, *International journal of palliative nursing*, 17,9,446-51

Petty RE, Ostrom TM, Brack TC (eds) 1989 Attitude structure and function NJ Lawrence Erlbaum

Prem V, Karvannan H, Kumar S, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S (2012) Study of nurses' knowledge about palliative care: a quantitative cross sectional survey. *Indian Journal of Palliative Care*. 18, 122–127

Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M,Phillips JL(2010) Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum. The university of Notre Dame, Australia-Sydney experience, *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*,17, 85-91

Rosenberg MJ, Hovland CI 1960 Cognitive affective and behavioral components of attitudes, *Yale University Press*,1-14

Ross M, Mc Donald B, Mc Guinness 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

Sadala M, da Silva F.M(2009).Taking care of terminal patients nursing student s perspective. *Rev Esc Euferm USP*, 43, 2, 287-29

Sadhu S,Salins NS, Kamath A (2010). Palliative care awareness among Indian undergraduate health care students. A needs- assessment study to determine incorporation of Palliative Care Education in Undergraduate Medical, Nursing and Allied Health Education. *Indian Journal of Palliative Care*, 16, 3, 154–159

Schmidlin E, Oliver D (2015). Palliative care as a human right: what has the Prague charter achieved. *European Journal of Palliative care*, 22, 141-3

Smith-Stoner M (2011) Teaching patient-centered care during the silver hour *Online Journal of issues in Nursing* ,16, 2

Stjernsward J, Foley K, Ferris F (2007) The public health strategy for palliative care, *Journal of pain & symptom management*,33,5,486-93

Strang S, Bergh I, Ek K, Hammarlund K, Prahll C, Westin L, Osterlind J, Henoeh I (2014) Swedish nursing students reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients, *International Journal of palliative care*, 20,4,194-200

Wikipedia Ορισμός γνώσης διαθέσιμο ηλεκτρονικά
<https://el.wikipedia.org/wiki/Γνώση>

World Health Organization (WHO) 1990, Cancer pain relief and palliative care , technical report series 804 Geneva available online
<http://www.who.int/cancer/publications/en>

World Health Organization (WHO) 2002 Definition of Palliative Care available online
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Βασιλειάδης Ν (2013) Πανεπιστημιακές σημειώσεις μαθήματος «Διαχείριση Γνώσης» ΠΜΣ Πληροφορικής και Διοίκησης Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Τίτλος μελέτης

« Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα»

Η παρούσα έρευνα εκπονείται στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας με σκοπό τη διερεύνηση των βασικών γνώσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα και των στάσεων για την φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν στη διάρκεια του προγράμματος σπουδών.

Η μελέτη θα λάβει χώρα στα τμήματα Νοσηλευτικής των Πανεπιστημίων Αθηνών και Πελοποννήσου και έχει την έγκριση από τις αντίστοιχες επιστημονικές επιτροπές. Η συμμετοχή στη μελέτη αφορά τη συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων.

Έχετε τη δυνατότητα να μας απευθύνετε οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με την έρευνα. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και η ανωνυμία σας θα διατηρηθεί καθ όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε θερμά εκ τω προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Δημουλά Μαρία ,Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΕΚΠΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Πατηράκη Ελισάβετ, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Έχω διαβάσει το παραπάνω κείμενο της πληροφορημένης συγκατάθεσης και εκούσια συμφωνώ να συμμετέχω στη μελέτη αυτή.

Υπογραφή συγκατατιθέμενου/νης

Ημερομηνία

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Εθνικότητα:

Ελληνική

Άλλη (ονομάστε).....

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος

Έγγαμος

Άλλη

Ηλικία:.....

Έτη επαγγελματικής εμπειρίας.....

Έτος σπουδών:

2^ο έτος

3^ο έτος

4^ο έτος

Πανεπιστημιακό ίδρυμα:

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Έχετε παρακολουθήσει σεμινάριο/διάλεξη με θέμα την Ανακουφιστική Φροντίδα;

Ναι

Όχι

(Αν ναι, αναφέρατε τίτλο-έτος παρακολούθησης και διάρκεια).....

.....
.....

Είχατε εμπειρία με ασθενή που πέθανε κατά τη διάρκεια της κλινικής σας άσκησης;

Ναι

Όχι

(Περιγράψτε την εμπειρία)

.....

.....

.....

Έχετε διδαχθεί για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών σας;

Ναι

Όχι

Είχατε κάποια προσωπική εμπειρία με ασθενή που πέθανε (συγγενικό μέλος ή φίλος);

Ναι

Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

		Σωστό	Λάθος	Δε γνωρίζω
1	Η Ανακουφιστική φροντίδα είναι κατάλληλη μόνο σε καταστάσεις όπου υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία μιας φθίνουσας πορείας ή επιδείνωσης της υγείας			
2	Η μορφίνη είναι το πρότυπο που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση της αναλγητικής δράσης των άλλων οπιοειδών			
3	Η έκταση της νόσου καθορίζει τη μέθοδο της αναλγητικής αγωγής			
4	Οι επικουρικές θεραπείες είναι σημαντικές για την διαχείριση του πόνου			
5	Είναι σημαντικό για τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή μέχρι να επέλθει ο θάνατος			
6	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών της ζωής, η υπνηλία που σχετίζεται με ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να μειώσει την ανάγκη για καταστολή			
7	Ο εθισμός αποτελεί μείζον πρόβλημα σε μακροχρόνια χρήση μορφίνης για την αντιμετώπιση του πόνου			
8	Οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή πρέπει επίσης να λαμβάνουν εντερική αγωγή (θεραπεία με υπακτικά)			
9	Η παροχή Ανακουφιστικής φροντίδας απαιτεί συναισθηματική αποστασιοποίηση			
10	Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ασθένειας, τα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική καταστολή είναι κατάλληλα για τη θεραπεία της σοβαρής δύσπνοιας			

		Σωστό	Λάθος	Δε γνωρίζω
11	Οι άντρες γενικά συμφιλώνονται με τον θρήνο τους γρηγορότερα από τις γυναίκες			
12	Η φιλοσοφία της Ανακουφιστικής Φροντίδας δεν αντικρούει εκείνη της επιθετικής θεραπείας			
13	Η χρήση φαρμάκων placebo είναι κατάλληλη για τη θεραπεία κάποιων μορφών πόνου			
14	Σε υψηλές δόσεις, η κωδεΐνη προκαλεί περισσότερη ναυτία και έμετο από η μορφίνη			
15	Το υποφέρειν είναι συνώνυμο του σωματικού πόνου			
16	Το Demerol δεν είναι αποτελεσματικό αναλγητικό για τον έλεγχο του χρόνιου πόνου			
17	Οι πολλαπλές απώλειες καθιστούν αναπόφευκτη την επαγγελματική εξουθένωση (Burnout) αυτών που εργάζονται στον τομέα της Ανακουφιστικής Φροντίδας			
18	Οι εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου διαφέρουν από εκείνες του οξέος			
19	Η απώλεια μιας απόμακρης σχέσης είναι πιο εύκολο να ξεπεραστεί από την απώλεια μιας οικείας, στενής σχέσης			
20	Το επίπεδο αντοχής στον πόνο μειώνεται από το άγχος και την κόπωση			

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Η παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή που πεθαίνει αποτελεί μια εμπειρία που αξίζει τον κόπο					
2	Ο θάνατος δεν είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο					
3	Θα αισθανόμουν άβολα να κουβεντιάζω για τον επικείμενο θάνατο με το άτομο που πεθαίνει					
4	Η φροντίδα της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του θρήνου και του πένθους					
5	Δεν θα ήθελα να φροντίζω έναν ασθενή που πεθαίνει					
6	Οι φροντιστές που δεν ανήκουν στην οικογένεια δεν θα έπρεπε να είναι αυτοί που μιλούν για τον θάνατο με το άτομο που πεθαίνει					
7	Θα με ματαίωνε η διάρκεια του απαιτούμενου χρόνου για την φροντίδα ενός ασθενή που πεθαίνει					
8	Θα με αναστάτωνα όταν το άτομο που πεθαίνει το οποίο φρόντιζα εγκατέλειπε την ελπίδα να βελτιωθεί					
9	Είναι δύσκολο να δημιουργήσεις μια στενή σχέση με κάποιον που πεθαίνει					
10	Υπάρχουν φορές που ο θάνατος είναι ευπρόσδεκτος από τον ασθενή που πεθαίνει					

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1 1	Όταν ο ασθενής ρωτάει «Πεθαίνω;», σκέφτομαι ότι το καλύτερο είναι να αλλάξω θέμα σε κάτι ευχάριστο					
1 2	Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στη σωματική φροντίδα του ατόμου που πεθαίνει					
1 3	Θα ελπίζω το άτομο το οποίο φροντίζω να πεθάνει όταν εγώ δεν θα είμαι παρών/παρούσα					
1 4	Φοβάμαι να γίνουμε φίλοι με έναν ασθενή που πεθαίνει					
1 5	Θα αισθανόμουν την ανάγκη να τραπώ σε φυγή όταν το άτομο πράγματι πέθανε					
1 6	Οι οικογένειες χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να αποδεχτούν τις αλλαγές συμπεριφοράς του ατόμου που πεθαίνει					
1 7	Όσο ο ασθενής πλησιάζει στον θάνατο, ο μη οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του με τον ασθενή					
1 8	Οι οικογένειες θα πρέπει να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν το μέλος που πεθαίνει να ζήσει με τον καλύτερο τρόπο την ζωή που του απομένει					
1 9	Το άτομο που πεθαίνει δεν θα πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη σωματική του φροντίδα					
2 0	Οι οικογένειες πρέπει να διατηρήσουν όσο είναι δυνατόν ένα κανονικό περιβάλλον για το μέλος της οικογένειας που πεθαίνει					

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
2 1	Είναι ωφέλιμο για τον ασθενή που πεθαίνει να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του					
2 2	Η φροντίδα πρέπει να επεκτείνεται και στην οικογένεια του ατόμου που πεθαίνει					
2 3	Οι φροντιστές θα πρέπει να επιτρέπουν στα άτομα που πεθαίνουν να έχουν ευέλικτα προγράμματα επισκεπτηρίου					
2 4	Το άτομο που πεθαίνει και η οικογένειά του θα πρέπει να είναι επιφορτισμένοι για την λήψη αποφάσεων					
2 5	Ο εθισμός στην αναλγητική αγωγή δεν θα πρέπει να αποτελεί θέμα ανησυχίας όταν πρόκειται για έναν ασθενή που πεθαίνει					
2 6	Θα ένιωθα άβολα αν εισερχόμουν στο θάλαμο ενός ασθενή με τελικού σταδίου νόσο και τον έβρισκα να κλαίει					
2 7	Στους ασθενείς που πεθαίνουν θα πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις σχετικά με την κατάστασή τους					
2 8	Η εκπαίδευση οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι ευθύνη των φροντιστών που δεν είναι μέλη της οικογένειας					
2 9	Τα μέλη της οικογένειας που μένουν κοντά στον ασθενή που πεθαίνει συχνά παρεμβαίνουν στο έργο των επαγγελματιών με τον ασθενή					
3 0	Είναι πιθανό οι φροντιστές που δεν είναι μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν τους ασθενείς να προετοιμαστούν για τον θάνατο					