

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**Διπλωματική Εργασία  
«Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη  
Ογκολογικών νοσηλευτών»**

**ΛΟΥΚΑ ΝΙΚΗ**

**Αθήνα 2021**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

**Αδαμακίδου Θεοδούλα**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια).

**Υπογραφή:** .....

**Γκοβίνα Ουρανία**, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής).

**Υπογραφή:** .....

**Μαντούδη Αλεξάνδρα**, Λέκτορας Εφαρμογών, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής).

**Υπογραφή:** .....

## **Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λουκά Νίκη του Σταύρου με αριθμό μητρώου 18023 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

**ΛΟΥΚΑ ΝΙΚΗ**

**Αδαμακίδου Θεοδούλα**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπων Καθηγητής).

**Ηλ. Υπογραφή**

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος All rights reserved.

Η διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης των σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η έγκρισή της δεν δηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Δηλώνω ότι η υποβαλλόμενη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής.

Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την επιτυχή περάτωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν.

Πρωτίστως θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στην Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, κυρία Αδαμακίδου Θεοδούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, η οποία με καθοδήγησε καίρια και αποτελεσματικά καθ' όλη την διάρκεια της επεξεργασίας της παρούσας εργασίας. Η βοήθεια της, το ενδιαφέρον της αλλά και ο χρόνος που μου αφιέρωσε στάθηκαν για μένα πολύτιμα εφόδια, να ασχοληθώ με αυτό το ιδιαίτερο θέμα μέχρι την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους καθηγητές του ΠΜΣ, για την καθοριστική συμβολή τους καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος καθώς και στην ολοκλήρωσή του. Ο ζήλος, η διάθεση και η μεταδοτικότητα με τα οποία μας έκαναν κοινωνούς της γνώσης τους ήταν εξαιρετικά αξιοθαύμαστος.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω στην κυρία Γκοβίνα Ουρανία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και στην κυρία Μαντούδη Αλεξάνδρα Λέκτορα Εφαρμογών Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για τη συμβολή τους στη διόρθωση της εργασίας μου έτσι ώστε να είναι αρτιότερη. Θα ήταν παράλειψη εκ μέρους μου αν δεν τόνιζα την ηθική στήριξη και το πραγματικό ενδιαφέρον τους ως μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της διπλωματικής εργασίας.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τα Επιστημονικά συμβούλια του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» και Γενικού Αντικαρκινικού- Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ» και το Διοικητικό Συμβούλιο του Ειδικού αντικαρκινικού νοσοκομείου Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ», για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης καθώς και τον Dr. Paul Wong, που μου έδωσε την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile– Revised (DAP- R) και την κυρία Μαλλιαρού Μαρία για την αποστολή της ελληνικής μετάφρασης.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα, τον κύριο Ψαρρά Ηλία για την βοήθειά του στην ηλεκτρονική υποστήριξη που μου προσέφερε.

Κυρίως όμως, θέλω να ευχαριστήσω τον ιατρό Αλεβιζόπουλο Νεκτάριο, επιμελητή Α' Ογκολόγο- Παθολόγο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», που με τον δικό του μοναδικό τρόπο με εμπύχωνε σε κάθε δυσκολία και απογοήτευσή μου.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου πρόσφεραν, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ι.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
-----------------	---

#### ΚΕΦ.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

1.1.Ορισμός θανάτου.....	3
1.2.Είδη θανάτου.....	3
1.3.Συναφή έννοιες .....	4
1.4.Κοινωνία και θάνατος.....	5
1.5.Θάνατος και επιστήμη .....	7
1.6.Θρησκεία και θάνατος .....	7
1.6.1.Τύποι θρησκευμάτων .....	8
1.6.2.Χριστιανισμός.....	8
1.6.3.Ισλαμισμός.....	9
1.6.4.Ιουδαϊσμός.....	9
1.6.5.Ινδουϊσμός .....	9
1.6.6. Βουδισμός.....	10
1.6.7.Κουμφοκιανισμός.....	10
1.6.8.Ταοϊσμός.....	10

#### ΚΕΦ.2. ΣΤΑΔΙΑ ΠΕΝΘΟΥΣ & ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

2.1. Στάδια πένθους ( Kubler- Ross και Bowlby& Parkes ).....	12
2.2. Ψυχοσωματική εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας στο θάνατο.....	14
2.3. Ανακουφιστική φροντίδα & Προσέγγιση του θανάτου.....	17
2.3.1. Ανακουφιστική φροντίδα.....	17
2.3.2.Νοσηλευτές ανακουφιστικής φροντίδας και στάσεις απέναντι στο θάνατο.....	21

#### ΚΕΦ.3. ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

3.1.Διεθνή δεδομένα για τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.....	24
3.2.Στάσεις των Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.....	29

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦ.4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1.Σκοπός .....	35
4.2.Ερευνητικά ερωτήματα.....	35
4.3.Ερευνητικός σχεδιασμός.....	35
4.4.Δειγματοληψία.....	35

4.5.Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού ατόμων στη μελέτη .....	35
4.6.Παρουσίαση των Ερευνητικών εργαλείων.....	36
4.7.Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....	38
4.8.Ηθικά θέματα.....	38
4.9. Στατιστική ανάλυση.....	39
<b>ΚΕΦ.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
5.1.Περιγραφή δείγματος.....	40
5.1.1.Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	40
5.1.2.Εργασιακά χαρακτηριστικά.....	44
5.2.Κλίμακα διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο- Death Attitude Profile– Revised DAP-R.....	47
<b>ΚΕΦ.6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>68</b>
<b>ΚΕΦ. 7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>72</b>
<b>ΚΕΦ.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>73</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>76</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>82</b>
<b>ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>84</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>86</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>94</b>
<b>ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ.....</b>	<b>101</b>



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1:</b> «Αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων».....	40
<b>Πίνακας 2:</b> «Περιγραφικά στατιστικά των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων».....	41
<b>Πίνακας 3:</b> «Αναλυτικά οι Μέσες τιμές και η Σταθερή Απόκλιση των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων».....	43
<b>Πίνακας 4:</b> «Εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων».....	44
<b>Πίνακας 5:</b> «Κλίμακα διερεύνησης στάσης απέναντι Death Attitude Profile–Revised (DAP-R)» .....	48
<b>Πίνακας 6:</b> «Συντελεστής συσχέτισης του PEARSON μεταξύ των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας DAP-R».....	50
<b>Πίνακας 7:</b> «Μέσες τιμές των διαστάσεων της κλίμακας DAP-R, ανάλογα με το νοσοκομείο.. που δουλεύουν ( Ογκολογικό- Γενικό)».....	50
<b>Πίνακας 8:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ» ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους».....	53
<b>Πίνακας 9:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ» ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους».....	55
<b>Πίνακας 10:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ» ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους».....	58
<b>Πίνακας 11:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ» ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους».....	60
<b>Πίνακας 12:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ» ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους».....	62
<b>Πίνακας 13:</b> «Συντελεστής συσχέτισης του pearson μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας διερεύνησης της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο και διαφόρων χαρακτηριστικών τους».....	64
<b>Πίνακας 14:</b> «Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη βαθμολογία στη διάσταση «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ».....	65
<b>Πίνακας 15:</b> «Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη βαθμολογία στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ».....	66

<b>Πίνακας 16:</b> «Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη βαθμολογία στη διάσταση «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ».....	66
<b>Πίνακας 17:</b> «Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη βαθμολογία στη διάσταση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ».....	67

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>Γράφημα 1:</b> «Συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ» και «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ».....	51
<b>Γράφημα 2:</b> «Συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», και «ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ».....	52
<b>Γράφημα 3:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν έχουν χάσει κάποιο άλλο πρόσωπο».....	54
<b>Γράφημα 4:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν βιώσει την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου».....	56
<b>Γράφημα 5:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν έχουν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου».....	57
<b>Γράφημα 6:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ», ανάλογα με την εθνικότητα τους.....	59
<b>Γράφημα 7:</b> «Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το αν είχαν βιώσει απώλεια οικείου προσώπου ή όχι.....	62

## Συνομογραφίες και Ακρωνύμια

APA	American Psychological Association
DAP- R	Death Attitude Profile–Revised
FATCOD	Frommelt Attitudes Towards Care Of the Dying
ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΔΕ	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
MBI	Εξουθένωση Maslach Burnout Inventory
PEAS	Physician End-of-Life Attitude Scale
PCQN	Palliative Care Quiz for Nursing

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος είναι ένα τρομακτικό για τον άνθρωπο γεγονός, είναι αναπόφευκτος, απρόβλεπτος και οριστικός, σταματά τη ζωή και επιδεικνύει την ευαλωτότητα του ανθρώπου. Ο Θάνατος έχει μελετηθεί από διάφορες επιστήμες, όπως Υγείας, Θεολογίας, Κοινωνιολογίας, Αρχαιολογίας, με σκοπό την ανάδειξη μιας διαφορετικής κάθε φορά διάστασής του. Οι επιστήμες αυτές αποκαλύπτουν η κάθε μια από την δική της πλευρά, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την έννοια του θανάτου, ποιά η στάση απέναντί του, με ποιο τρόπο τον διαχειρίζονται, πως αντιλαμβάνονται τη ζωή μετά από αυτόν με σκοπό να τονίσουν τις θρησκευτικές, κοινωνικές, φιλοσοφικές, πολιτιστικές και θεωρητικές πτυχές του (Αδραχτάς, 2008).

Ο Thomas Attig (1996), στο βιβλίο του «Πως θρηνούμε: ξαναμαθαίνοντας τον κόσμο», κατανοούμε ότι ο καθένας μας έχει την δική του προσωπική και μοναδική εμπειρία και τον τρόπο με τον οποίο θα θρηνήσει την απώλεια που βιώνει, ενώ ο Bucay, δηλώνει ότι δεν υφίσταται ζωή χωρίς απώλειες/ θάνατο (Παπαστεργίου, 2019).

Οι νοσηλευτές/ τριες πιο συχνά από ότι άλλοι άνθρωποι βιώνουν στην εργασία τους το θάνατο. Η φύση του νοσηλευτικού έργου ιδίως σε συγκεκριμένα τμήματα (ΜΕΘ, ογκολογικά/ αιματολογικά), φέρει σε επαφή το νοσηλευτή με το θάνατο σε καθημερινή ενίοτε βάση. Η εμπειρία αυτή δεν τους καθιστά ικανούς να κατανοήσουν την πορεία που οδηγεί στον θάνατο ή να διαχειριστούν διλήμματα που προκύπτουν στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας ή ανακλύποντα προβλήματα σχετικά με το θάνατο. Έχει διαπιστωθεί ότι οι συμπεριφορές και στάσεις τους διαφέρουν και σχετίζονται ανάλογα με την ατομική προηγούμενη εμπειρία τους. Μπορεί να μεταβληθούν με την εκπαίδευση, τις προσωπικές εμπειρίες και να τροποποιούνται μέσα από την προσωπική αναζήτηση συναισθημάτων και αντιλήψεων που εγείρει το ίδιο το θέμα του θανάτου, στην επαναλαμβανόμενη συχνότητα επαφής του καθενός με την εμπειρία θανάτου στην κλινική τους πράξη (Gama et al., 2012).

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρονται οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί και προσεγγίσεις του θανάτου. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στάδια του πένθους και η εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας με τον θάνατο. Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα διεθνή και ελληνικά δεδομένα για τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση όπου διαπιστώνονται τα σημεία εκείνα των αποτελεσμάτων που είναι σύμφωνα ή μη με αποτελέσματα

άλλων προγενέστερων μελετών. Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας και τέλος παρατίθενται και τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

## 1.1. Ορισμός θανάτου

Ο θάνατος υπάρχει όπου υπάρχει ζωή. Είναι η διακοπή λειτουργίας ενός ζωντανού οργανισμού.

Θάνατος (death) αφορά στη μη αναστρέψιμη διακοπή της ζωής ενός έμβιου όντος ( Καλαϊτζάκη Α. 2019).

«Η οριστική διακοπή όλων των βιολογικών λειτουργιών ενός φυτικού ή ζωικού οργανισμού, το τέλος της ζωής» (Μπαμπινιώτης, 2002, σελ.741).

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία να τον αποδεχθούμε παρόλο που γνωρίζουμε την ύπαρξή του και αυτό οφείλεται στον τρόπο εμφάνισής του.

## 1.2 Είδη θανάτου

Ο θάνατος ανάλογα με τον χρόνο που εμφανίζεται διακρίνεται σε:

**1.Κοινωνικό θάνατο:** Ο άνθρωπος δεν έχει καμιά επαφή με το περιβάλλον. Υπάρχει απουσία αντίδρασης στα ερεθίσματα από αυτό.

**2. Κλινικό θάνατο:** Χαρακτηρίζεται από απουσία λειτουργίας αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

**3. Βιολογικό θάνατο:** Υπάρχει σταδιακή έως οριστική παύση όλων των λειτουργιών των κυττάρων (Μαζαράκου, 2013).

Ο σωματικός θάνατος διακρίνεται σε:

### 1.Φυσικό Θάνατο:

Είναι εκείνος που εμφανίζεται με το πέρασμα των χρόνων και έχει συνδεθεί με τα γερατεία ή και με την διαταραχή της υγείας. Τα συμπτώματα και σημεία που αποδεικνύουν ότι κάποιος δεν είναι στην ζωή είναι: η χαμηλή θερμοκρασία σώματος, που κυμαίνεται γύρω στους 20° C, η απουσία αναπνοής, η απουσία καρδιακής λειτουργίας, η νεκρική ωχρότητα και ακαμψία καθώς και αποσύνθεση της οργανικής ύλης με την χαρακτηριστική οσμή της. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός πρέπει να συμπληρώσει το έντυπο θανάτου, το λεγόμενο πιστοποιητικό θανάτου σύμφωνα με το άρθρο 32 του Ν.344/1976 και να ενημερώσει τους οικείους ότι πρέπει εντός 24/ώρου να τον δηλώσουν στο Ληξιαρχείο (Αλεξιάς, 2010 και Επιβατινός, 1988).

### 2.Αιφνίδιο Θάνατο:

Είναι ο ξαφνικός και απρόβλεπτος θάνατος. Συνήθως δεν έχει ξεκάθαρα και εμφανή αίτια. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν αδιάγνωστος θάνατος στην αρχή από τους γιατρούς έως ότου πραγματοποιηθούν κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Μπορεί να οφείλεται σε παθολογικές αιφνίδιες καταστάσεις όπως: καρδιακές επιπλοκές, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, πνιγμό λόγω εισρόφησης ξένου αντικειμένου ή σε αιφνίδια αίτια όπως: τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, δολοφονίες δηλαδή ατυχήματα που έχουν βίαιο χαρακτήρα. Ο θάνατος ονομάζεται βίαιος όταν επέρχεται μετά από βίαια ενέργεια οφειλόμενη σε κάποιο εξωτερικό αίτιο. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να διενεργηθεί νεκροψία/ νεκροτομή για τον καθορισμό της ακριβούς αιτίας, τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιήθηκε και πολλές φορές για την ταυτοποίηση του ίδιου του εκλιπόντα (Επιβατινός, 1988 και Ντολτό, 2000).

### **3. Αναμενόμενο Θάνατο:**

Είναι ο θάνατος που επέρχεται όταν δεν μπορεί να ιαθεί ή βελτιωθεί μια ασθένεια στον άνθρωπο με τα μέσα και τις τεχνικές της ιατρικής επιστήμης (Pemptousia.gr/2014/12/85502).

Η αντιμετώπιση των σπουδαίων γεγονότων που προκύπτουν κατά την διάρκεια της ζωής μας, όπως γάμος, βάπτισμα, αρρώστια, θάνατος, εξαρτάται από την πίστη και θρησκεία μας, τα ήθη και έθιμα με τα οποία ανατραφήκαμε. Η πολιτιστική κουλτούρα μας καθορίζει.

#### **1.3. Συναφείς έννοιες**

Κρίνεται σκόπιμο να αναφέρουμε έννοιες επιστημών υγείας που άπτονται του θανάτου για την καλύτερη κατανόηση της εκδήλωσης των συναισθημάτων των εμπλεκόμενων ατόμων έτσι ώστε να είμαστε σε θέση να παράσχουμε την καλύτερη υποστήριξή τους.

Αυτές είναι:

**Θλίψη (grief)** αφορά το συναίσθημα της μελαγχολίας και της στεναχώριας εξαιτίας μιας απώλειας (Καλαϊτζάκη Α. 2019).

**Πένθος (bereavement)** αφορά στο σύνολο των ενεργειών, εθίμων, τελετουργιών και κανόνων συμπεριφοράς της εκάστοτε κοινωνίας, πολιτισμού ή θρησκείας που συνοδεύουν το θάνατο και περιλαμβάνει αντιδράσεις θλίψης και θρήνου (Καλαϊτζάκη Α. 2019).

Σύμφωνα με τον Vernant (2012), το πένθος είναι μια έντονη συναισθηματική διαδικασία που πρέπει να βιώσει κάποιος για να μπορέσει να συνεχίσει να ζει σε έναν κόσμο χωρίς το αντικείμενο/ άτομο, που αποτέλεσε για τον ίδιο σημαντική απώλεια.

**Παθολογικό ή Επιπλεγμένο Πένθος:** είναι το πένθος «που κυριαρχούν έντονα συμπτώματα θρήνου (π.χ. ακραία θλίψη και απελπισία, μεγάλου βαθμού ενοχές, υπερβολική λαχτάρα για τον

θανόντα, πιθανές ιδέες αυτοκτονίας) για μεγάλα διαστήματα μετά την απώλεια και προκαλούν σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου». Υπάρχουν τέσσερες κατηγορίες επιλεγμένου πένθους: Καθυστερημένο (παρουσιάζεται με τη συνήθη μορφή του, αλλά με καθυστέρηση), Απόν (άρνηση έκφρασης πένθους), Χρόνιο (παρατεταμένο πένθος, διάρκεια μεγαλύτερης του ενός έτους, χωρίς ενδείξεις βελτίωσης). Ανεσταλμένο (το άτομο είναι εντελώς ανήμπορος να μιλήσει για την απώλεια) (Καλαϊτζάκη Α. 2019).

**Θρήνος** (mourning) αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του ατόμου, σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, εξαιτίας μιας απώλειας και μια διαδικασία προοδευτικής αποδοχής και προσαρμογής στην απώλεια (Καλαϊτζάκη Α. 2019).

#### **1.4. Κοινωνία και θάνατος**

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από μια έντονη πολυπολιτισμικότητα. Αυτό μας δίνει την ευκαιρία να μάθουμε πως αντιμετωπίζουν σοβαρά θέματα ζωής και θανάτου οι άλλοι πολιτισμοί. Η εθνικότητα επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο αντίδρασης του απέναντι στην ασθένεια, τον τρόπο παροχής βοήθειας στον ασθενή, την απώλεια, τον θάνατο, το πένθος αλλά και τον τρόπο κηδείας και ταφής των νεκρών τους (Παπαδοπούλου και συν., 2018).

Οι λαοί που πιστεύουν στον Χριστιανισμό (Ορθόδοξο ή Καθολικό), στον Ισλαμισμό, δέχονται τον θάνατο σαν φυσιολογική συνέχεια της ζωής και τον αντιμετωπίζουν σαν μια ευκαιρία να συγκεντρωθούν και να τιμήσουν τον νεκρό και να αναφερθούν σε όσα του έδωσε η ζωή μέχρι την στιγμή που απεβίωσε και άλλοι λαοί, που πιστεύουν στον Βουδισμό, Ταϊσμό κ.λ.π. αντιμετωπίζουν τον θάνατο σαν ένα δυσάρεστο συμβάν για τον εκλιπόντα και τους οικείους του.

Ο άνθρωπος πιστεύει σε προκαταλήψεις σχετικά με τον θάνατο, σύμφωνα με την κουλτούρα που ανατράφηκε και διαμέσου αυτών δείχνει την αποστροφή και την λανθασμένη αντίληψη που διατηρεί για αυτόν. Οι αντιλήψεις των ανθρώπων επηρεάζονται από τις εμπειρίες, τον χρόνο, τον τόπο που εμφανίζεται (Αλεξιάς, 2010).

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν στην καλοσύνη των θεών και αυτό φαινόταν από τα αγαθά που τους έδιναν με γενναιοδωρία. Τα αγαθά αυτά, δίνονταν στους ευσεβείς και ενάρετους ανθρώπους ενώ στους ανήθικους και διεφθαρμένους δίνονταν τιμωρίες. Λίγοι πίστευαν στην αθανασία της ψυχής και αυτό αποτελούσε και τον φόβο τους ότι ο θάνατος είναι οριστικός.

Ο Όμηρος πίστευε ότι ο άνθρωπος είναι σώμα που χάνεται με τον θάνατο ενώ η ψυχή πλανάται στον Άδη μέχρι να εξατμισθεί.



Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο άνθρωπος είναι σώμα και ύλη, ψυχή και είδος. Θεωρούσε την ψυχή σαν ενδιάμεσο, μεταξύ θεού και ανθρώπων. Οι Ορφικοί, Πυθαγόρειοι και οι Πλατωνικοί, πίστευαν στην αθανασία της ψυχής. Η θεωρία τους αυτή πλησιάζει πολύ στη μετέπειτα Χριστιανική θεωρία περί της ψυχής, όπου η ψυχή είναι, «ουσίας άυλη, άφθαρτη και αθάνατη» ενώ το σώμα ήταν «ορατό και σύνθετον και γαιώδες και ανθρώπινον», γι' αυτό και είναι θνητό.

Σε αντίθεση, η Επικούρεια άποψη δέχεται τον διαχωρισμό της ψυχής σε άλογο (ψυχή) και λογικό (νους) αλλά με την διαφορά να πιστεύεται ότι και τα δύο μέρη της ψυχής είναι υλικά και φθείρονται. Πιστεύεται ότι τόσο η ψυχή όσο και ο νους είναι απλά συμπτώματα της ύλης.

Η αρχαία ελληνική θρησκεία ήταν πολύ ελεύθερη αν και είχε πνευματικές δοξασίες και υψηλές ηθικές αξίες.

Πίστευαν ότι οι ενάρετοι θνητοί μεσουρανούσαν στα Ηλύσια Πεδία μετά τον θάνατό τους, ενώ στον Άδη πήγαιναν εκείνοι που δεν αξιοποίησαν τα χαρίσματα που τους είχαν δώσει οι θεοί στη διάρκεια της επίγειας ζωής τους. Στα Τάρταρα του Άδη ανήκαν όσοι είχαν διαπράξει σοβαρά εγκλήματα (Σκουμπουρδή, 2006).

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα θέματα που την απασχολούν αποτυπώνεται με τα αποφθέγματα. Μικρές δηλαδή προτάσεις που εκφράζουν «μια σύντομη παρατήρηση για μια γενική αλήθεια, τρόπο συμπεριφορά ή βασική αρχή», που διατυπώνονται από άτομα με μεγάλο κύρος και δεν επιδέχονται αμφισβήτηση. Εμφανίζονται με δύο μορφές: «Ρήσεις και Γνώμες» και «Φράσεις και Στίχοι» ([https://www.pronews.gr/istoria/114644\\_apofthegmata-arhaion-ellinon-gia-ton-thanato](https://www.pronews.gr/istoria/114644_apofthegmata-arhaion-ellinon-gia-ton-thanato)).

Μέσα από τα αποφθέγματα διαπιστώνεται ότι οι αρχαίοι Έλληνες και οι αρχαίοι φιλόσοφοι είχαν αποδεχθεί τη φθαρτότητα του ανθρώπου και προσπαθούσαν μέσω της ενάρετης ζωής αλλά και του ανδρείου θανάτου τους, να φροντίσουν για την υστεροφημία τους.

Στο παράρτημα 1 παραθέτονται κάποια αποφθέγματα που αφορούν τον θάνατο.

Ο θάνατος αποτελεί σημαντικό θέμα προβληματισμού στον σύγχρονο Δυτικό πολιτισμό. Ο φιλόσοφος Max Scheler από τις αρχές του 20ού αιώνα διαπίστωσε ότι εκμηδενίζεται η έννοια του θανάτου από τον Δυτικό πολιτισμό. Σύγχρονοι φιλόσοφοι όπως οι Sartre και Heidegger ασχολήθηκαν με το γεγονός του θανάτου και την έννοια του για τον άνθρωπο. Ο ιστορικός Philippe Ariès, στο βιβλίο του Δοκίμια για το θάνατο στη Δύση (1975), αναφέρει ότι η έννοια του θανάτου με το πέρασμα των χρόνων δεν έχει αλλάξει αλλά έχει τροποποιηθεί σημαντικά ο τρόπος αντιμετώπισής του από τους ανθρώπους. Από τον Μεσαίωνα έως τον 12<sup>ο</sup> αιώνα επικρατεί

ο «εξημερωμένος θάνατος» δηλαδή ο θάνατος εκείνος που όλοι ήταν παρόντες. Αποτελούσε ένα δημόσιο γεγονός. Από τον 12<sup>ο</sup> έως τον 17<sup>ο</sup> αιώνα τον «εξημερωμένο θάνατο» διαδέχεται ο «δικός μου θάνατος» λόγω της ατομικότητας που ήταν πλέον αισθητή στον Δυτικό κόσμο και σημαντικά γεγονότα όπως ο θάνατος αντιλαμβάνονται σαν προσωπικό γεγονός. Στις αρχές το 20ού αιώνα εμφανίζεται ο λεγόμενος «ανεστραμμένος θάνατος» κυρίως στις βιομηχανικές κοινωνίες της Αμερικής εξαιτίας της ανάπτυξης των επιστημών που αύξησαν στο προσδόκιμο ζωής και βελτίωσαν τις συνθήκες διαβίωσης του ανθρώπου με αποτέλεσμα την εξάλειψη παλαιότερων τάσεων και συμπεριφορών όσον αφορά τον θάνατο. Η άποψη αυτή για τον θάνατο επικρατεί έως και σήμερα (Μαργαρίτης, 1987).

Ο θάνατος χαρακτηρίζεται σαν θέμα «ταμπού» στην κοινωνία (Clark, 1993). Αυτό αποδεικνύεται με το ότι ο ενήλικας άνθρωπος δυσκολεύεται να μιλήσει ακόμα και γενικά για αυτόν και ειδικά σε παιδιά. Περισσότερο φοβίζει και προβληματίζει τον άνθρωπο η λανθασμένη αντίληψη που έχει για τον θάνατο παρά για αυτόν καθ' αυτόν τον θάνατο (Αλεξιάς, 2010).

### **1.5. Θάνατος και επιστήμη**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί ο θάνατος είναι μέρος της ύπαρξης του ανθρώπου. Η ζωή και ο θάνατος αποτελούν τις δύο όψεις της φύσης του ανθρώπου. Στην εποχή μας διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στη ύπαρξη μιας χρόνιας, απειλητικής ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Η αντίθεση που εμφανίζεται στην εποχή μας, σε σχέση με τις επιστήμες υγείας, κάνουν τους γιατρούς να εκλαμβάνουν τον θάνατο σαν αποτυχία τους. Ενώ έχουν εκπαιδευτεί να σώσουν τον ασθενή, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό ακόμα και με την ανάπτυξη των διαφόρων ειδικοτήτων και τη χρήση εργαλείων και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας. Νιώθουν σαν να μην είναι παντοδύναμοι και γεμίζουν με αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα την αποστασιοποίησή τους από τον ασθενή (Παπαδάτου & Αναγνωστοπούλος, 2009).

Ο αντίκτυπος του θανάτου δεν είναι πάντα ο ίδιος στους ανθρώπους και ειδικότερα για τους νοσηλευτές αλλά επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως: την ηλικία του θανούντα, τα χρόνια της νόσου, την ταύτισή τους με τον ασθενή, το αν είναι αναμενόμενος ή όχι και τέλος από τον τρόπο προσέγγισής τους σε θέματα υγείας (Παπαγιάννη, 2003).

### **1.6. Θρησκεία και θάνατος**

Η θρησκεία αποτελεί στοιχείο της εθνικότητας των ανθρώπων, από την οποία διαμορφώνονται οι αντιλήψεις και οι στάσεις τους σε σχέση με σοβαρά θέματα όπως ζωής και θανάτου. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο DAP-R, που χρησιμοποιήθηκε, υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με θέματα πίστης.

### 1.6.1. Τύποι θρησκευμάτων

Έχουμε δύο τύπους θρησκευμάτων. Αυτές που υποστηρίζουν την:

A) Ιστορική αποκάλυψη του Θεού. Εδώ ανήκουν ο Χριστιανισμός- Ιουδαϊσμός- Ισλαμισμός.

B) Κεντρική άποψη για την παγκόσμια αρμονία του κόσμου. Εδώ ανήκουν ο Ινδουισμός- Βουδισμός- Κομφουκιανισμός- Ταοϊσμός. (Smith, 1994).

Για την κατανόηση των παρακάτω θρησκειών περιγράφονται κάποιες σχετικές έννοιες στο Παράρτημα 2.

### 1.6.2. Χριστιανισμός

Ο χριστιανισμός ορίζεται σαν μονοθεϊστική θρησκεία και στηρίζεται στην ζωή του Χριστού. Με τον όρο μονοθεϊστική εννοούμε την πίστη μας για την ύπαρξη ενός μόνο Θεού ζώντα, Τριαδικό (Γιαννουλάτου, 2006). Σύμφωνα με την Ορθόδοξη Εκκλησία ο θάνατος αποτελεί τον διαχωρισμό της ψυχής και σώματος. Υπάρχουν δηλαδή δύο είδη θανάτου.

A) Πνευματικός Θάνατος: Είναι η αποσύνθεση της πνευματικής ζωής από τον Θεό. Είναι η διακοπή κοινωνίας με τον Χριστό.

B) Σωματικός Θάνατος: Αποτελεί συνέχεια του πνευματικού. Εμφανίζεται σαν Φυσικός, Αιφνίδιος, Αναμενόμενος (Pemptousia.gr/2014/12/85502).

Ο θάνατος για τον Χριστιανισμό φαίνεται αντίθετος με ότι πιστεύει ο άνθρωπος για αυτόν. Οι άνθρωποι θεωρούν τον θάνατο σαν κάτι αρνητικό, σαν τιμωρία. Μελετώντας τον Χριστιανισμό διαπιστώνεται ότι ο Θεός, δημιούργησε τους ανθρώπους κατά «ομοίον του», άρα χωρίς θνητότητα. Σύμφωνα με την χριστιανική αντίληψη ο άνθρωπος αποτελεί την κορωνίδα των δημιουργημάτων του Θεού (Γιαννουλάτου, 2006). Επίσης, χαρακτηρίζεται από αγάπη και ευσπλαχνία και δεν επιδιώκει την τιμωρία του ανθρώπου για τα λάθη του και για το λόγο αυτό έστειλε τον γιό του στην γη, με ανθρώπινη μορφή και νίκησε τον θάνατο. Έτσι, οι άνθρωποι άρχισαν να πιστεύουν ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος αλλά η αρχή της μεταθανάτιας ζωής που εμφανίζεται με την μορφή του παραδείσου και της κολάσεως ανάλογα με τον τρόπο ζωής και πραγματικής μετάνοιάς τους (Αδραχτάς και Τερζάκης, 2003).

Αξίζει να αναφερθούν οι 4 υποδείξεις του Χριστιανισμού, για την αντιμετώπιση του θανάτου. Αυτές είναι:

1. Να ζουν έχοντας εμπιστοσύνη στο Χριστό και να είναι έτοιμοι για τον θάνατο.

2. Να υπακούουν στις δέκα εντολές με την βοήθεια του Αγίου Πνεύματος και να είναι έτοιμοι για την μεταθανάτια ζωή.

3. Να δέχονται ότι ο θάνατος είναι ένας μικρός ύπνος και θα αφυπνιστούν από τη φωνή του Χριστού.

4. Να πιστεύουν στην αιώνια ζωή μαζί με τον Χριστό (Γιαννουλάτου, 2006).

### **1.6.3. Ισλαμισμός**

Το Ισλάμ δεν είναι μόνο θρησκεία αλλά και πολιτικό, πολιτιστικό σύστημα αξιών. Στον Ισλαμισμό το Κοράνι είναι το αντίστοιχο του Ευαγγελίου στον Χριστιανισμό και αποτελεί απόλυτη αυθεντία (Αδραχτάς και Τερζάκης, 2003). Η πίστη τους στηρίζεται στην έμφαση του μονοθεϊσμού, στην ύπαρξη αγγέλων, στους απεσταλμένους από τον Θεό προφήτες, στα βιβλία των προφητών σαν αυθεντία και πίστη στην ανάσταση των νεκρών (Γιαννουλάτου, 2006). Η σχέση του ανθρώπου με τον Θεό, αποκαταστάθηκε με την αποκάλυψη του Κορανίου και από λόγια του Μωάμεθ, που αυτοχαρακτηρίστηκε σαν ερμηνευτής του μονοθεϊσμού του Αβραάμ (Bowker, 2006). Θεωρεί την ζωή του ανθρώπου σαν μέσο για την αιώνια ζωή ή την αιώνια τιμωρία, μετά τον θάνατό του (Αδραχτάς και Τερζάκης, 2003). Το Ισλάμ, πιστεύει στην ανάσταση του ανθρώπου, ψυχής και σώματος και ότι ο θάνατος αποτελεί δρόμο για μια ζωή υψηλότερης μορφής. Πιστεύεται ότι όλοι οι Μουσουλμάνοι θα πάνε στον παράδεισο γιατί είναι άξιοι για αυτό ακόμη και εκείνοι που πήγαν στην κόλαση αφού εκτίσουν τις απαραίτητες ποινές τους και απαλλαγθούν από τις συνέπειες των πράξεων τους. Η κόλαση αξίζει στους άθεους και μη Μουσουλμάνους (Αδραχτάς, 2008).

### **1.6.4. Ιουδαϊσμός**

Στην Παλαιά Διαθήκη αλλά και σε κείμενα του Ιουδαϊσμού, δεν διαπιστώνεται καμιά αναφορά σχετικά με τον θάνατο και την μεταθανάτια ζωή. Σύμφωνα με το βιβλίο της Γενέσεως, ο άνθρωπος πλάστηκε από τον Θεό, με χώμα και νερό και ότι η ζωή του δόθηκε με εμφύσημά Του. Πιστεύεται ότι αν ο άνθρωπος ζήσει σύμφωνα με τον Μωσαϊκό Νόμο, τότε η ψυχή του θα γυρίσει στον Δημιουργό του ενώ σε αντίθετη περίπτωση περιπλανιέται και μπορεί να επιστρέψει στη ζωή με σκοπό να διορθώσει τα λάθη του με απώτερο σκοπό να βρεθεί κάτω από την προστασία Του (Αδραχτάς & Τερζάκης, 2003).

### **1.6.5. Ινδουϊσμός**

Η πίστη σε έναν ύψιστο Θεό, τον Μπράχμα αποτελεί το κέντρο της Ινδουιστικής θρησκείας αν και αναγνωρίζει πολλούς ακόμα θεούς. Συνδυάζει τον μονοθεϊσμό με τον πολυθεϊσμό. Είναι μίξη

φιλοσοφικών, πνευματικών αλλά και πολιτικών ιδεών. Ο Θεός δεν είναι κακός για αυτό και ο θάνατος αποτελεί για τους Ινδούς την αρχή μιας νέας διαδρομής. Ο θάνατος αποτελεί ορόσημο ενός άλλου επιπέδου ύπαρξης όπου φθάνει κανείς μόνο με τις συνεχείς μετενσαρκώσεις (Αδραχτάς & Τερζάκης, 2003)

Η μετενσάρκωση εξαρτάται από το κάρμα του καθενός. Το κάρμα επηρεάζει το τώρα αλλά και το μέλλον. Όλοι θα επιστρέψουν στην ζωή σε ανώτερα ή κατώτερα επίπεδά της, ανάλογα με τον βαθμό κάθαρσης της ψυχής τους (Αδραχτάς, 2008).

#### **1.6.6. Βουδισμός**

Ο Βουδισμός είναι μια αθεϊστική θρησκεία. Δεν πιστεύει σε κάποιον Θεό αλλά στην πνευματική ανάταση του ανθρώπου με σκοπό την ελευθερία από τις ανησυχίες. Αυτό επιτυγχάνεται με την μη προσκόλληση σε υλικά αγαθά. Είναι σοβαρός ανταγωνιστής του Χριστιανισμού (Γιαννουλάτος, 2006). Αποτελεί ένα μίγμα θρησκευτικών δοξασιών, εθιμάτων, φιλοσοφιών και κανόνων ηθικής που αποδίδονται στον Βούδα. Στον Βουδισμό διαφαίνεται μια σημαντική διαφορά με τις άλλες θρησκείες. Πιστεύει στη μη ύπαρξη ψυχής στον άνθρωπο αλλά μόνο συνείδησης και ότι ο θάνατος γεννά ζωή και η ζωή θάνατο (Αδραχτάς & Τερζάκης, 2003). Ο θάνατος ανήκει στον κύκλο της ζωής και αφορά μόνο το σώμα μας. Θεωρεί τον θάνατο σαν ένα βήμα προς την πνευματική διαφώτιση και για αυτό δεν θα πρέπει να τρομάζει τους ανθρώπους. Αποδέχεται τον θάνατο με απώτερο σκοπό την απόκτηση της Νιρβάνας. Η Νιρβάνα αποκτάται μέσω των μετενσαρκώσεων του σε κάποιο επίπεδο, ανάλογα το κάρμα του. Οι καλές πράξεις σε σχέση με τις κακές τον βοηθούν για μια καλύτερη αναγέννηση. Χαρακτηρίζεται από την τριπλή υπόσταση και τέσσερες ευγενείς Αλήθειες της, καθώς και από την Οκταπλής Ατράπο.

Τριπλή Υπόσταση: Α) Υιοθέτηση ηθικού τρόπου ζωής. Β) Άσκηση στον διαλογισμό. Γ) Κατανόηση της πραγματικότητας και κατάκτηση της σοφίας.

#### **1.6.7. Κουμφοκιανισμός**

Είναι περισσότερο ένα ηθικοκοινωνικό σύστημα παρά μια θρησκεία. Στηρίζει την αισιοδοξία του ανθρωπισμού και του ηθικού τρόπου ζωής σε όλες τις δραστηριότητες του ανθρώπου. Στηρίζει την ηθική στο τώρα και όχι στο αιώνιο. Δεν πιστεύει στον ένα και Μοναδικό Θεό και την αιώνια ζωή. Αναφέρεται στη λατρεία και στον σεβασμό των προγόνων. Από τις βασικές αρχές του διαπιστώνεται η έλλειψη ύπαρξης του Θεού, αφού με τον χρυσό κανόνα, τον ενάρετο άνθρωπο, τον σωστό τρόπο ερμηνείας των ρόλων στη κοινωνία, τη δύναμη της αρετής, τα ιδανικά πρότυπα και τις τέχνες φθάνει στην αρμονία και επίγεια ευτυχία (Σοφού, 2018 και Smith, 1994).

#### **1.6.8. Ταοϊσμός**

Ο Ταοϊσμός έγινε θρησκεία στηριζόμενος στα πρότυπα του Βουδισμού. Είναι μια πολυθεϊστική θρησκεία. Χαρακτηρίζεται από βαθύ μυστικισμό και πίστη γεγονότων εξωπραγματικών και υπερφυσικών που εκφράζεται με μαγικούς τρόπους λατρείας. Πιστεύει στην πηγή του παντός, που γεννά δύο αρχές σύμφωνα με τις οποίες υπάρχουν και ζουν τα όντα. Αυτές είναι το Γιν και το Γιανγκ που αντίστοιχα εκφράζουν την παθητικότητα, υποχωρητικότητα και το σκοτάδι αλλά και την ενεργητικότητα, στερεότητα και το φως. Πιστεύει τον θάνατο σαν κάτι ψεύτικο και ότι το σώμα του ανθρώπου είναι αθάνατο και στον τάφο του απλά υπάρχει ένα ομοίωμα ( Smith, 1994).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΑΔΙΑ ΠΕΝΘΟΥΣ & ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

### 2.1. Στάδια πένθους

Η Elizabeth Kubler- Ross (1969), στο βιβλίο της με τίτλο «On Death and Dying», ήταν η πρώτη που ασχολήθηκε με τα στάδια του πένθους. Τα στάδια αυτά αφορούν άτομα που πρέπει να αντιμετωπίσουν την δική τους περίπτωση μετά την ανακοίνωση διάγνωσης μια χρόνιας νόσου ή ακόμη του επερχόμενου θανάτου τους αλλά και εκείνων που πρέπει να αντιμετωπίσουν την απώλεια ενός δικούς τους ατόμου (Kubler- Ross, 1969 & Προβιάς, 2019).

Τα στάδια είναι:

**1. Το στάδιο της Άρνησης:** Αποτελεί το στάδιο εκείνο όπου ο άνθρωπος δεν μπορεί να αποδεχθεί αυτό που του συμβαίνει. Δεν μπορεί να αποδεχθεί την πραγματικότητα σαν τρόπο άμυνας στο αρνητικό γεγονός που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Είναι το στάδιο όπου παγώνουν τα συναισθήματα. Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας, ότι κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά σε ένα γεγονός, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του, τον τρόπο ανατροφής του, την πολιτιστική κληρονομιά και τα πιστεύω του.

**2. Το στάδιο του Θυμού:** Συνήθως εμφανίζεται με την αποδοχή και συνειδητοποίηση του γεγονότος. Το άτομο που βιώνει την απώλεια πονάει πολύ και κατακλύζεται από ερωτήσεις του τύπου «Γιατί σε μένα?», «Τι έκανα να το αξίζω αυτό?». Οι ερωτήσεις αυτές όπως είναι λογικό μένουν αναπάντητες με αποτέλεσμα να γεμίζουν με έντονα συναισθήματα ενοχής και να ψάχνουν να βρουν εξιλαστήρια θύματα, να επιρρίψουν τις ευθύνες για αυτό που συνέβη. Τα συναισθήματα συνήθως προβάλλονται με την μορφή της οργής προς τον εαυτό τους αλλά και σε εκείνους που βρίσκονται κοντά τους.

**3. Το στάδιο της Διαπραγμάτευσης:** Η διαπραγμάτευση εμφανίζεται με την μορφή συζήτησης με τον εαυτό τους ή τον εκλιπόντα. Αναρωτιέται αν έκανε λάθος, αν έπρεπε να πράξει με διαφορετικό τρόπο για να αποτρέψει το δυσάρεστο συμβάν. Στο στάδιο αυτό ο θυμός εμφανίζεται με την μορφή των τύψεων και ενοχών για ότι έχει ή όχι κάνει και αρχίζει να διαπραγματεύεται. Η διαπραγμάτευση δείχνει την συνειδητοποίηση του γεγονότος άρα και την ανεύρεση λύσης με σκοπό να απαλυνθεί ο πόνος του, δίνοντας υποσχέσεις ότι θα αλλάξει προς το καλύτερο, θα κάνει ότι πρέπει. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει αρκετά και να στερήσει σε κάποιον ποιοτικό χρόνο με τους σημαντικούς ανθρώπους για αυτόν.

**4. Το στάδιο της Κατάθλιψης:** Είναι το στάδιο όπου έχει συνειδητοποιήσει το άτομο την απώλειά του καθώς και τα συναισθήματα που τον κατέχουν. Το κλάμα κυριαρχεί. Η ανάγκη να μιλάει για το αγαπημένο του πρόσωπο είναι ισχυρή. Αρχίζει να σωματοποιεί τον πόνο του. Οι διαταραχές σε όλα τα επίπεδα σωματικό, διανοητικό, συναισθηματικό είναι εμφανή. Απώλεια ή διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, απώλεια όρεξης ή βουλιμία, υπερκινητικότητα, αίσθημα κόπωσης, πονοκέφαλος, δυσκολία συγκέντρωσης, δύσπνοια, ταχυπαλμίες, απώλεια μαλλιών, κλάμα, απομόνωση, ξεσπάσματα είναι μερικά από αυτά. Πιστεύει ότι δεν πρέπει να συνεχίσει τη ζωή του.

**5. Το στάδιο της Αποδοχής:** Η απομόνωση και η εσωστρέφεια του σταδίου αυτού, βοηθάει το άτομο να φθάσει στην αποδοχή της απώλειας του. Καταλαβαίνει τι συνέβη και ότι δεν μπορεί να το αναστρέψει. Η αποδοχή της απώλειας αποτελεί την αφετηρία μιας νέας πραγματικότητας και αρχίζει να διαφαίνεται η επιθυμία για ζωή.

Οι Bowlby και Parkes (1968), σύμφωνα με την θεωρία του Δεσμού, υποστήριξαν ότι πένθος ακολουθεί τέσσερες φάσεις. Το μοντέλο των φάσεων έχει πλεονέκτημα την απλότητά του αλλά παρουσιάζει και μειονεκτήματα. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα είναι ότι αποτελείται από γενικεύσεις που διαπιστώθηκαν σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων όπως βρέφη και μικρά παιδιά σε σχέση με τον αποχωρισμό τους από την μητέρα τους, χωρίς αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια και για αυτό μπορεί να μην ενδείκνυται και σε άλλους πληθυσμούς. Επίσης, μειονέκτημα είναι ότι αναφέρεται σε άτομα που έχουν παθητική στάση στην αντιμετώπιση στο πένθος.

Οι φάσεις αυτές είναι:

**1. Κλονισμός και μούδιασμα:** Σε αυτό το στάδιο κυριαρχεί το σοκ και η δυσπιστία. Αποτελεί μια φυσιολογική άμυνα του ανθρώπου σε δυσάρεστες καταστάσεις και στον ανεπιθύμητο πόνο, όπου νιώθει ανίκανος να αισθανθεί οτιδήποτε. Καθορίζεται σαν μια μεταβατική φάση.

**2. Νοσταλγία και αναζήτηση:** Σε αυτό το στάδιο επικρατούν η αναπόληση, η αναζήτηση και η ανάμνηση. Αποτελούν μια προσπάθεια του ανθρώπου να μείνει προσκολλημένος στην προηγούμενη κατάσταση και διαφαίνεται ότι δεν θέλει να αποδεχθεί την απώλεια του. Επίσης, υπάρχουν έντονα τα συναισθήματα ενοχής, οργής και θυμού.

**3. Αποδιοργάνωση και η απελπισία:** Σε αυτό το στάδιο υπερισχύει η ανησυχία, η μοναξιά, ο φόβος, η απουσία ελπίδας και η αβοηθησία. Η αποδιοργάνωση του ανθρώπου δικαιολογείται λόγω των αποτυχημένων προσπαθειών να ξαναζωντανέψει το παρελθόν.

**4. Αναδιοργάνωση:** Σε αυτό το στάδιο δεσπάζει η αποδοχή της νέας πραγματικότητας και η ανακούφιση από τον πόνο της απώλειας (Holmes, 2014).



## 2.2. Ψυχοσωματική εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας με τον θάνατο.

Η διαχείριση του θανάτου από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί για πολλές ειδικότητες όπως και για τους νοσηλευτές μέρος της επαγγελματικής καθημερινότητάς τους ενώ παράλληλα ο τρόπος που τον βιώνουν και τον διαχειρίζονται έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η εθνικότητα, τα εργασιακά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Όπως έχει προαναφέρει ο άνθρωπος που βιώνει τον θάνατο είτε άμεσα (προσωπικά) είτε έμμεσα (επαγγελματικά) επηρεάζεται από αυτόν και ιδίως οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ασθενείς που είναι στο τελευταίο στάδιο ή με ασθενείς που πέθαναν (Keramidas, 2004 & Piceto και συν., 2013). Η διαφορά μεταξύ του θρήνου που βιώνουν οι συγγενείς και φίλοι με τους επαγγελματίες υγείας βρίσκεται στο ότι όχι μόνο δεν αναγνωρίζεται από την κοινωνία στον βαθμό που θα έπρεπε αλλά ούτε και από τους ίδιους. Υπάρχει η λανθασμένη άποψη ότι έχουν εφοδιαστεί κατάλληλα κατά την διάρκεια των σπουδών τους να μην επηρεάζονται κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και να μην ταυτίζονται με τον ασθενή που φροντίζουν. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην εκφράζουν τα συναισθήματά και τις ανάγκες τους και να εμφανίζουν ένα συναισθηματικό «κενό» πιστεύοντας ότι με αυτό τον τρόπο προφυλάσσουν τον εαυτό τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999). Εξαιτίας αυτής της αντίδρασής τους η εξακρίβωση του πόσο έχουν επηρεαστεί πολλές φορές διαπιστώνεται μόνο από συμπτώματα που φαίνονται άσχετα με αυτό. Με τον όρο «ψυχοσωματικά», εννοούμε την εμφάνιση συμπτωμάτων που οφείλονται στην μη σωστή διαχείριση μιας δύσκολης κατάστασης που πρέπει να αντιμετωπιστεί καθώς και στη δυσκολία εξωτερίκευσης των συναισθημάτων που μας «βαραίνουν» (<https://patient.info/mental-health/psychosomatic-disorders>).

Επίσης, με τον όρο « ψυχοσωματικά συμπτώματα ή διαταραχές» εννοούμε μια σωματική πάθηση που πιστεύεται ότι εμφανίζεται ή επιδεινώνεται από ψυχικά αίτια ή την εμφάνιση μιας ψυχοσωματικής διαταραχής όπου προκαλούνται σωματικά συμπτώματα χωρίς την συνύπαρξη σωματικής νόσου. Είναι άγνωστος ακόμα σήμερα ο ακριβής τρόπος με τον οποίο το μυαλό μπορεί να επιφέρει συμπτώματα ή να επιδράσει σε συγκεκριμένες σωματικές παθήσεις. Έχει αποδειχθεί ότι τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται όταν υπάρχει μεγάλη δραστηριότητα των νευρικών ερεθισμάτων που στέλνονται σε διάφορα σημεία του οργανισμού από τον εγκέφαλο και κατά την εμφάνιση αδρεναλίνης (επινεφρίνης) στο αίμα ατόμων που εμφανίζουν μεγάλο άγχος. Γνωστό είναι ακόμα ότι κάποια στοιχεία του εγκεφάλου μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση σε κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, που έχουν εμπλοκή στην εμφάνιση κάποιων σωματικών παθήσεων (<https://www.psychology.gr/aghos-stress/429-anxiety-somatic-mental-consequences.html>).

Τα συνήθη ψυχοσωματικά συμπτώματα απορρέουν από το έντονο στρες και άγχος και εμφανίζονται σε διάφορα συστήματα/ όργανα του ανθρώπινου οργανισμού. Ο Ιπποκράτης αναφέρθηκε για πρώτη φορά στις βασικές ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στον άνθρωπο και διατύπωσε την άποψη ότι κάθε ασθένεια είναι συνάρτηση της δυσλειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού μετά από την επίδραση αρνητικών επιδράσεων από το περιβάλλον που ζει και εργάζεται. Επίσης, έχουμε πολλές αναφορές για ψυχικές ασθένειες από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη, ενώ τον 16ο αιώνα πολλοί θεωρούσαν τις ασθένειες αυτές, αποτέλεσμα δαιμόνων και ότι η θεραπεία τους ήταν μόνο ένα θαύμα. Η Σωματοποίηση, σαν μια ψυχολογική διαταραχή περιεγράφηκε για πρώτη φορά το 1959, από τον Briquet και αναφέρεται στα συμπτώματα εκείνα που παρουσιάζουν απουσία κλινικών ευρημάτων. Επίσης, ο Johann Christian August Heinroth (1773-1843), αναφέρθηκε στον ουσιαστικό ρόλο που έχει το άγχος στην καθημερινή μας ζωή. Σαν σημείο κινδύνου, χαρακτήρισε ο Freud το άγχος που μας κυριεύει και έχει σαν αποτέλεσμα την αντίδραση του οργανισμού μας.

Σύμφωνα με τους Barnet και Brenmam (1995) οι επιπτώσεις ανήκουν σε τρεις κατηγορίες. Αυτές είναι:

1. Προβλήματα σωματικής υγείας. Εμφανίζονται ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος (ταχυκαρδία, έκτακτες συστολές, αρρυθμίες υπέρταση, στηθάγχη, έμφραγμα), του πεπτικού συστήματος (πόννοι στο στομάχι, έμετοι, γαστρίτιδα, έλκος, σπαστική κολίτιδα, ευερέθιστο έντερο, ανορεξία ή βουλιμία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα), του αναπνευστικού συστήματος (δύσπνοια, επιπόλαια αναπνοή, ταχύπνοια), του μυοσκελετικού συστήματος (πόννοι στον αυχένα, ισχιαλγία, οσφυαλγία), του ουροποιητικού συστήματος (συχνουρία, δυσουρία), του ενδοκρινολογικού συστήματος (εφίδρωση, αίσθημα παλμών, αίσθημα ζέστης/ κρύου, λιποθυμική τάση, τρόμος, αύξηση σακχαρώδη διαβήτη), του γεννητικού συστήματος (διαταραχές της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής λειτουργίας), (δυσκολία στύσης, ανοργασμικότητας, δυσπαρευνίας), του συστήματος των αισθητηρίων οργάνων (ίλιγγοι, αστάθεια, δερματολογικές παθήσεις: λεύκη, έκζεμα, τριχοφάγος, επίμονος κνησμός, ερυθρότητα δέρματος).

2. Προβλήματα ψυχολογικής φύσης. Διαταραχές ύπνου (αϋπνία, πολύ πρωινή αφύπνιση), πονοκέφαλος, ημικρανία, νευρική κατάσταση, συναισθηματικές διακυμάνσεις, κατάθλιψη, μελαγχολία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εύκολες συγκρούσεις σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

3. Προβλήματα που εντοπίζονται στη συμπεριφορά: συχνές απουσίες από την εργασία, αρνητικές συμπεριφορές (αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ, καπνίσματος, λήψη φαρμάκων και ψυχοδραστικών ουσιών, επιθετική συμπεριφορά σε συναδέλφους και ασθενείς ή απάθεια απέναντί τους).

Οι νοσηλευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας, αν δεν αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους, οδηγούνται στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) με σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική και επαγγελματική ζωή τους. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Christine Maslach, (1981), εξουθένωση είναι: «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς» και περιγράφει τέσσερες στάδια. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εμφανίζεται μόνο στους επαγγελματίες υγείας αλλά και σε άλλα επαγγέλματα όπως: εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, αστυνομικοί, λειτουργοί ψυχιατρικών νοσοκομείων, άνθρωποι που εργάζονται με μικρά παιδιά, κ.α. Επίσης, συνδέεται με πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου με αποτέλεσμα τις δύσκολες επαγγελματικές αλλά και προσωπικές σχέσεις του. Χρειάζεται προσοχή γιατί εμφανίζεται προοδευτικά και όχι ξαφνικά, μετά από συνεχή αρνητικά συμβάντα στην προσωπική/επαγγελματική ζωή του ατόμου. Είναι αναστρέψιμη κατάσταση εφόσον γίνει γρήγορα αντιληπτή από τον ίδιο ή από οικεία άτομα και αποδεχθεί την κατάλληλη βοήθεια.

Οι κυριότεροι μελετητές που ασχολήθηκαν με το burnout συμφωνούν, στην αναγκαιότητα να το ορίσουν πιο πολύ σαν μια «διαδικασία» παρά σαν μεμονωμένο «συμβάν» και περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

1. Στάδιο της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion): διακρίνεται η ψυχική κόπωση που νιώθει ο επαγγελματίας υγείας που τον καθιστά ανίκανο να πραγματοποιήσει τα καθήκοντά του.

2. Στάδιο αποπροσωποποίησης (depersonalization): το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση του επαγγελματία υγείας από τον ασθενή.

3. Αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment): ο επαγγελματίας υγείας αποτραβιέται από την εργασία του γιατί δεν νιώθει καμία ικανοποίηση από αυτή, με αποτέλεσμα να έχει μειωμένη απόδοση. Οι επαγγελματίες υγείας μεταφέρουν πολλές φορές τα επαγγελματικά τους προβλήματα και στην προσωπική ζωή τους με αποτέλεσμα να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό και να οδηγούνται ακόμα και στη κατάθλιψη (Θεοφίλου, 2009).

Σε επίπεδο υπαρξιακό ο άνθρωπος νιώθει την ολοκληρωτική απουσία κάποιου νοήματος για την ζωή, και ψάχνεται αν υπάρχει κάποιος σκοπός για την ύπαρξή του, με αποτέλεσμα να μην ελπίζει και να μην υπολογίζει την κατάστασή του.

Στις διαπροσωπικές του σχέσεις κυριαρχούν η μοναξιά και ο θυμός που προέρχονται από την ηθελημένη απομόνωσή τους με αποτέλεσμα την δυσκολία της διατήρησής τους.

Στην εργασία τους κυριαρχεί το χαμηλό ηθικό, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η απουσία κινήτρων για την εξάσκηση των καθηκόντων τους καθώς και η ανάλωσή τους σε πράγματα χωρίς ουσία. Το αποτέλεσμα αυτών είναι η απομάκρυνσή τους από το αντικείμενο της δουλειάς τους, η χαμηλή ποιοτικά απόδοσή τους και η φιλονικία με συναδέλφους τους.

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό την διερεύνηση του επιπολασμού της εξουθένωσης σε επαγγελματίες του τομέα της υγείας που παρέχουν παρηγορητική φροντίδα και των παρεμβάσεων που μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα της εξάντλησης σε αυτόν τον πληθυσμό, των Anne- Floor Dijkhoorn et al (2021) κατέδειξε ότι η εξουθένωσή τους ήταν μεταξύ 3% έως 66%. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Διαπιστώθηκε όμως, ότι τα συμπτώματα εξουθένωσης ήταν χαμηλότερα στους επαγγελματίες που παρείχαν ανακουφιστική φροντίδα σε εξειδικευμένες συνθήκες σε σχέση με εκείνους που την παρείχαν στο χώρο εργασίας τους. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι με την κατάλληλη παρέμβαση και εκμάθηση νέων τακτικών δύναται να μειωθεί τουλάχιστον και ένα σύμπτωμα από αυτά που προκαλούν την εξάντλησή τους.

Η αναφορά του συγγραφέα στο σύνδρομο του burnout έγκειται στο ότι εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό στους επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν φροντίδα τελικού σταδίου και βιώνουν συχνά τον θάνατο στην εργασία τους, γεγονός που αποδείχθηκε στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Τσουβαλτζίδου και συν., (2011). Επιβάλλεται λοιπόν η ανάγκη να ερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν οι αιτίες άγχους που προκαλούν το burnout στους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την μείωση ή εξαφάνισή τους.

### **2.3. Ανακουφιστική φροντίδα & προσέγγιση του θανάτου**

#### **2.3.1. Ανακουφιστική φροντίδα**

Ο καλός και ειρηνικός θάνατος των ασθενών που η απώλεια ζωής τους είναι αναπόφευκτη αποτελεί αυτοσκοπό της Ανακουφιστικής Φροντίδας και αυτό διαφαίνεται από τον ορισμό και τα χαρακτηριστικά της.

Ορίζεται ως: «η ενεργός συνολική φροντίδα του ασθενούς με ενεργή προοδευτική νόσο που απειλεί την ζωή του. Οι ασθενείς αυτοί έχουν φτάσει στο σημείο όπου δεν επιδέχονται καμία θεραπεία παρά μόνο παρηγορητική φροντίδα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους, περιμένοντας τον επικείμενο θάνατό τους» (Pennell and Corner 2001).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) «η Ανακουφιστική Φροντίδα, είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών συνοδών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους» (Π.Ο.Υ., 2012).

«Ανακουφιστική Φροντίδα είναι μια προσέγγιση που επιδιώκει τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής ασθενών (και των οικογενειών τους) που αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου και συγκεκριμένα, με τον έγκαιρο εντοπισμό και την προσεγμένη αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων» (Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

Δύο όροι «Ανακουφιστική Φροντίδα» και «Παρηγορική Φροντίδα» χρησιμοποιήθηκαν στην ελληνική γλώσσα για να αποδώσουν τον αγγλικό όρο «Palliative Care». Από την πλειοψηφία όμως των μελών της επιτροπής που συγκλείστηκε με σκοπό την ανεύρεση της πιο ολοκληρωμένης απόδοσης του όρου αποφάνθηκε ότι τον κατείχε ο όρος «Ανακουφιστική Φροντίδα» (Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

Η «Ανακουφιστική Φροντίδα» παρέχεται με τρεις μορφές σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα σε ποιους απευθύνεται αλλά και του επιπέδου των επαγγελματιών υγείας που θα την παρέχει . Αυτές είναι:

1. «Βασική Ανακουφιστική Φροντίδα» παρέχεται σε όλους τους ασθενείς από επιστήμονες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί στις αρχές της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Περιλαμβάνει την αναγνώριση εκείνων των ασθενών που χρειάζονται την παροχή της και την παραπομπή τους σε υπηρεσίες «Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας», την ενημέρωση για την νόσο την εξέλιξη και φροντίδα της, την παροχή υποστηρικτικής βοήθειας στους ασθενείς και την οικογένειά τους.
2. Η «Γενική Ανακουφιστική Φροντίδα» παρέχεται σε ασθενείς που χρειάζονται συγχρόνως με την θεραπεία τους και Ανακουφιστική Φροντίδα. Δίνεται από επιστήμονες υγείας που αναλαμβάνουν την θεραπεία και φροντίδα ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Δίνεται επικουρικά. Οι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν και διαχειρίζονται τα συμπτώματα και παρέχουν τη φροντίδα στους ασθενείς τελικού σταδίου. Επίσης

επικοινωνούν με τον ασθενή και με τους οικείους του σχετικά με την διάγνωση και πρόγνωση της νόσου και τους ενημερώνουν σχετικά για την «Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα».

3. Η «Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα» παρέχεται στο πλαίσιο των Μονάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας. Δίνεται από επιστήμονες υγείας που ασχολούνται αποκλειστικά με την παροχή Ανακουφιστική Ολοκληρωμένης Φροντίδας και αφορά ασθενείς που παρουσιάζουν πολλαπλά και σύνθετα προβλήματα και που είναι απειλητικά για την ζωή του (Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

Στη διεθνή βιβλιογραφία βρίσκουμε την Ανακουφιστική φροντίδα με συναφείς όρους όπως:

- Ανακουφιστική φροντίδα (palliative care)
- Συνεχιζόμενη φροντίδα (Continuing care)
- Τελική φροντίδα (Terminal care)
- Φροντίδα στο τέλος της ζωής (end-of-life care)
- Φροντίδα ατόμων που πεθαίνουν (care of the dying)
- Φροντίδα ξενώνα (Hospice care)
- Υποστηρικτική φροντίδα (supportive care) (Payne, C. et al,2004).

Η διαφορά μεταξύ της Ανακουφιστικής και Τελικής φροντίδας έγκειται στο ότι η Ανακουφιστική αναφέρεται στη φροντίδα που δίνεται στον ασθενή από την στιγμή που του τίθεται η διάγνωση μιας ανίατης ασθένειας μέχρι τον θάνατό του, ενώ η τελική στις τελευταίες εβδομάδες της ύπαρξής του (Egan, K.A et al., 2001).

Στη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας για την Ανακουφιστική Φροντίδα τονίζεται η διαφορά μεταξύ της Ανακουφιστικής Φροντίδας και της «ευθανασίας» και «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας» (Radbruch et. al., 2016).

Η ανακουφιστική φροντίδα αποσκοπεί σύμφωνα με τον ορισμό της:

1. Στην παροχή ανακούφισης από τα συμπτώματα αλλά και της αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς, με ομαδική προσέγγιση πολλών ειδικοτήτων με σκοπό την ποιότητα ζωής τους.
2. Η φροντίδα που παρέχεται καλύπτει εκτός τις σωματικές και τις πνευματικές και ψυχολογικές πτυχές του ασθενούς.
3. Στην επιβεβαίωση της ύπαρξης της ζωής και της αναγνώρισης του θανάτου σαν μια φυσιολογική διαδικασία.

4. Στην παροχή ολιστικής φροντίδας στον ασθενή.
5. Στην παροχή υποστήριξης του ασθενή προκειμένου να τον βοηθήσει να ζήσει όσο πιο ουσιαστικά μπορεί μέχρι το τέλος της ζωής του.
6. Στην παροχή βοήθειας και υποστήριξης της οικογένειας προκειμένου να ανταπεξέλθει τόσο κατά την εμφάνιση και διάρκεια της ασθένειας του οικείου τους όσο του πένθους που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν από την απώλειά του.
7. Δεν αποβλέπει στην επίσπευση ή στην αναβολή του θανάτου.
8. Δίνεται από την εμφάνιση της νόσου σε συνδυασμό με θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν σκοπό την παράταση της ζωής του ασθενή και περιλαμβάνει τις έρευνες που αποβλέπουν στην καλύτερη κατανόηση και διαχείριση των κλινικών επιπλοκών.
9. Χρησιμοποιεί ομαδική προσέγγιση με σκοπό να αντιμετωπίσει όλες τις ανάγκες των ασθενών αλλά και οικογενειών τους. Συγχρόνως παρέχει συμβουλές για την αντιμετώπιση του πένθους στην οικογένεια του θανόντα (World Health Organization, 2014 και Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2014).

Στην χώρα μας η παροχή Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο. Η έλλειψη ολοκληρωτικής χρηματοδότησης από το κράτος και η στήριξη της από τις χορηγίες διάφορων ΜΚΟ, η έλλειψη νομοθεσίας σε ποιους απευθύνεται και ενός νομοθετικού πλαισίου για την παροχή εθελοντικών υπηρεσιών, η μη σωστή ενημέρωση του σκοπού/ ρόλου της, η μη αναγνώρισή της σαν εξειδίκευση ιατρικής και της νοσηλευτικής, οι μειωμένες υπηρεσίες Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας, η περιορισμένη διαθεσιμότητα επιλογής αλλά και χρήσης οπιούχων φαρμάκων, ο μικρός αριθμός ξενώνων και η περιορισμένη δυνατότητα των επαγγελματιών υγείας στην εκπαίδευση και συμμετοχή σε προγράμματα Ανακουφιστικής φροντίδας αποτελούν κάποιες από τις αιτίες της μη ανάπτυξής της στον βαθμό που βρίσκονται άλλα κράτη.

Αντίθετα η Διαχείριση της Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα από το 1999 επιχορηγείται και παρακολουθείται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας. (Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει αναφορά στις επιδιώξεις των νοσηλευτών που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα. Θέλουν και προσπαθούν για έναν «καλό», έναν «ειρηνικό» θάνατο για τον ασθενή τους. Όμως πολλές φορές υπάρχει σύγκρουση μεταξύ του τι είναι καλός θάνατος για

τους ίδιους και τι για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές με τον όρο «καλό θάνατο», αναφέρονται κυρίως στην εξάλειψη του πόνου, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και στην παροχή μιας φροντίδας με αξιοπρέπεια και σεβασμό (Mulurki et al., 2006), ενώ οι ασθενείς έναν θάνατο που είναι σύμφωνα με τα πιστεύω, τις αρχές, αξίες, πεποιθήσεις και στάσεις ζωής, με τα οποία έζησαν μέχρι τώρα (Penell & Corner, 2009). Η διαφορά αυτή εμφανίζεται γιατί οι νοσηλευτές ορίζουν τον θάνατο σύμφωνα με τις δικές τους αντιλήψεις, εμπειρίες, ανησυχίες φόβους και όχι με των ασθενών (Beckstrand et al., 2006). Στην περίπτωση αυτή η κατανόηση και η έλλειψη κριτικής από μέρος των νοσηλευτών βοηθούν τους ασθενείς να μην χάνουν την πίστη στις πεποιθήσεις τους (Δήμου & Χασιώτη, 2008).

Η Ανακουφιστική φροντίδα παρέχει ολοκληρωμένη ποιοτική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Για το λόγο αυτό θα αναφερθούμε σε μελέτες που έγιναν σε νοσηλευτές Ανακουφιστικής φροντίδας και φοιτητές σε σχέση με τις στάσεις τους απέναντι στο θάνατο.

### **2.3.2. Νοσηλευτές στην ανακουφιστική φροντίδα και στάσεις απέναντι στο θάνατο**

Στην διπλωματική εργασία της Δημουλά Μαρίας (2017) με σκοπό την αξιολόγηση των γνώσεων και στάσεων φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 90 φοιτητών 2ου, 3ου, και 4ου έτους του τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, διαπιστώθηκε ότι οι 4ετείς φοιτητές είχαν πολλές θεωρητικές γνώσεις για την Ανακουφιστική φροντίδα και θετική στάση έναντι των ανθρώπων που πεθαίνουν σε σχέση με 3ετείς και 2ετείς φοιτητές. Εικάζεται ότι οφείλεται στη διδασκαλία του αντίστοιχου μαθήματος καθώς και στην παρακολούθηση σεμιναρίων και διαλέξεων που άπτονται με θέματα ανακουφιστικής φροντίδας αλλά και της εμπειρίας τους κατά την πρακτική τους με ασθενείς τελικού σταδίου. Στην μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) και Frommelt Attitudes Towards Care Of the Dying (FATCOD), της μέτρησης γνώσης και στάσης αντίστοιχα.

Η μελέτη των Gamma et al., (2014), είχε σκοπό να βρεθούν οι κοινωνικό/ δημογραφικοί παράγοντες, η επαγγελματική έκθεση στον θάνατο, ο βαθμός εκπαίδευσης και οι προσωπικοί παράγοντες που έχουν σχέση με τις διαστάσεις της εξουθένωσης των νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν τον θάνατο και έγινε σε δείγμα 360 νοσηλευτών από ογκολογικά, αιματολογικά και τμήματα ανακουφιστικής φροντίδας πέντε ιδρυμάτων υγείας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Maslach Burnout Inventory, Death Attitude Profile Scale, και Purpose in Life Test. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του προσωπικού των διαφόρων ιατρικών τμημάτων αλλά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν από την σύγκρισή τους με τα



τμήματα παρηγορητικής φροντίδας. Αυτά παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης ( $t = 2,71, p <.008$ ) και αποπροσωποποίησης ( $t = 3.07, p <.003$ ) και υψηλότερα επίπεδα προσωπικής επίτευξης ( $t = -2,24; p <.027$ ).

Στη μελέτη της Becker et al., (2017), με θέμα τον εντοπισμό των αντιλήψεων που είχαν οι νοσηλευτές, τεσσάρων ενδονοσοκομειακών μονάδων που πρόσφεραν φροντίδα σε άτομα τελικού σταδίου, σχετικά με τις ενέργειές τους, για παροχή ποιοτικής φροντίδας στο τέλος της ζωής αυτών, όσο και για τις απόψεις τους σχετικά με τον «καλό» και «κακό» θάνατο και τα συμπτώματα της αγωνίας τους καθώς και για τη βοήθεια που έλαβαν για ανακούφιση από αυτά, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας ήθελαν για τον ασθενή τους έναν «καλό και ειρηνικό» θάνατο. Στη μελέτη αυτή πήραν μέρος 49 νοσηλευτές και διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν τρεις βασικές έννοιες που περιέγραφαν τον ορισμό του καλού θανάτου για τις ίδιες. Αυτές ήταν: η συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη, η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του και η προώθηση δημιουργίας ενός ειρηνικού περιβάλλοντος. Επίσης, καθορίστηκαν οκτώ κατηγορίες νοσηλευτικών δράσεων για την προαγωγή του θανάτου, στις οποίες ανήκουν: η καλή επικοινωνία με την ομάδα αναφοράς (ασθενή/ οικογένεια) / καλή επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό / παροχή της καλύτερης σωματικής φροντίδας, / την εξήγηση του σκοπού και τρόπου εφαρμογής της παρεχόμενης φροντίδας / τη συμπόνια/ την υποστήριξη της αξιοπρέπειας στο θάνατο για τον ασθενή και την οικογένεια/ την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για υποστήριξη ενός καλού θανάτου / συναισθηματική υποστήριξη για τον ασθενή και την οικογένεια για την συνηγορία για καλό θάνατο /και ανάπτυξη ενός ήσυχου περιβάλλοντος. Επίσης, διατυπώθηκαν τα αρνητικά συμπτώματα που κατέκλυζαν τους νοσηλευτές καθώς και οι παρεμβάσεις ανακούφισής τους από αυτά.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των Peters et al., (2013) με θέμα πώς το άγχος θανάτου επηρεάζει τη φροντίδα των νοσηλευτών στους ασθενείς τελικού σταδίου, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές με έντονο άγχος για το θάνατο μπορεί να είναι λιγότερο άνετοι στη παροχή φροντίδας τελικού σταδίου. Στις δεκαπέντε ποσοτικές μελέτες δημοσιεύτηκαν την περίοδο εκείνη διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο άγχους θανάτου ήταν χαμηλό στους νοσηλευτές κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία, στις κοινοτικές υπηρεσίες αλλά και στις ογκολογικές και νεφρολογικές κλινικές. Επίσης, αποδείχθηκε μια αντίθετη άποψη μεταξύ των νοσηλευτών, όπου οι νοσηλευτές με μικρότερη εμπειρία είχαν πιο ισχυρό φόβο θανάτου και πιο αρνητικές στάσεις απέναντι την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου σχετικά με εκείνους με μεγάλη εμπειρία. Η αναγνώριση των δικών τους πεποιθήσεων για τον θάνατο είναι καθοριστικές για τον τρόπο παροχής υποστηρικτικής φροντίδας.

Στη μελέτη περιγραφική/ ποσοτική μελέτη των Zyga et al., (2011) με στόχο την αξιολόγηση 49 Νεφρολογικών νοσηλευτών σε σχέση με τον θάνατο που είχαν νοσηλευτική εμπειρία περίπου 10,9 έτη και ηλικία 25- 26 ετών όπου οι 44 ήταν γυναίκες, βρέθηκε ότι όσοι είχαν εκπαιδευτεί στην ανακουφιστική φροντίδα μιλούσαν πιο άνετα για το θάνατο και τους ασθενείς τελικού σταδίου και δεν είχαν το «φόβο θανάτου» σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν την αντίστοιχη εκπαίδευση, υποδεικνύοντας την αναγκαιότητα ένταξης του μαθήματος για το θάνατο στην Νοσηλευτική εκπαίδευση όλων των βαθμίδων, για την πιο άνετη και ολοκληρωμένη φροντίδα απέναντι σε θέματα που άπτονται του θανάτου.

Στη μελέτη των Heino et al., (2021), με στόχο την διερεύνηση των πρακτικών και στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με την (Palliative sedation) καταστολή των ασθενών ως μέθοδος στην ανακουφιστική φροντίδα, διαπιστώθηκε ότι ενώ οι νοσηλευτές θεωρούσαν την καταστολή σαν θετική πρακτική για συγκεκριμένους ασθενείς τελικού σταδίου δεν ήταν λίγοι εκείνοι που πιστεύαν ότι είναι ηθικά αμφιλεγόμενη. Διαφαίνεται από την μελέτη αυτή η αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα και συζήτηση σχετικά με τις πρακτικές και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την καταστολή ασθενών σαν έσχατη θεραπεία, για ανακούφιση από τις επιπλοκές της νόσου.

Συνοψίζοντας, από την ανασκόπηση των μελετών αυτών διαπιστώνεται ότι:

1. Η εκπαίδευση σε θέματα που άπτονται της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου αλλά και του ίδιου του θανάτου, εφοδιάζει τους νοσηλευτές με γνώσεις και τεχνικές, ώστε να μπορούν να προσφέρουν άμεση εξατομικευμένη νοσηλεία στις ανάγκες που παρουσιάζονται κατά την παροχή της φροντίδας τους.
2. Οι νοσηλευτές οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα που άπτονται του θανάτου παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και υψηλά επίπεδα προσωπικής επίτευξης σε σχέση με τους νοσηλευτές που δεν έχουν επιπρόσθετα εκπαιδευτεί.
3. Η αναγνώριση των προσωπικών τους πεποιθήσεων αλλά και η εξοικείωσή τους με εναλλακτικούς τρόπους και τεχνικές ανακούφισης του πόνου, παίζουν καθοριστικό ρόλο για τον τρόπο παροχής της υποστηρικτικής φροντίδας.
3. Η αναθεώρηση και η αλλαγή των στάσεων των ανθρώπων, και ειδικότερα των νοσηλευτών απέναντι σε θέματα που σχετίζονται με τον θάνατο, επηρεάζεται από πολλούς προσωπικούς και όχι μόνο παράγοντες και μπορεί να αλλάξει μόνο με την εκπαίδευση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

### 3.1. Διεθνή δεδομένα για τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο

Στην έρευνα των Marcysiak et al., 2013 αναφέρεται η απόλυτη συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της εμπειρίας των εργαζόμενων στο χώρο της υγείας και ανάπτυξης θετικής συμπεριφοράς απέναντι στους αρρώστους τελικού σταδίου αλλά και των στάσεων τους απέναντι στον θάνατο. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για τους νοσηλευτές/τριες σε τμήματα επειγόντων περιστατικών που έχουν ελάχιστη ενασχόληση και επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου και με τις οικογένειές τους και κύριος σκοπός τους είναι η θεραπεία της ασθένειας, ο θάνατος εκλαμβάνεται σαν αποτυχία και εκδηλώνουν διαφορετικές συμπεριφορές από ότι το προσωπικό στα υπόλοιπα τμήματα που είχε καθημερινή ενασχόληση και παροχή φροντίδας σε ασθενείς στο τελικό στάδιο. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι το προσωπικό που εργαζόταν σε διάφορα τμήματα εκτός των επειγόντων περιστατικών παρείχε μια ολοκληρωμένη ποιοτική φροντίδα, με στόχο την σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Η μη προηγούμενη ή και η σπάνια εμπειρία του θανάτου στους νοσηλευτές, τους καθιστά πιο ευάλωτους στην επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων του επικείμενου θανάτου (Cassol, 2019). Οι Wilson et al., (2011) στην ανασκόπησή τους αναφέρουν ότι η εκπαίδευση γύρω από θέματα σχετικά με θλίψη και η ψυχολογική υποστήριξή τους σε επίπεδα ομάδων θεραπείας θα τους βοηθήσουν να αναπτύξουν στρατηγικές και δεξιότητες για την καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση των θανάτων των ασθενών τους.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των Khader et al., (2010), διαπιστώθηκε η ανάγκη αναθεώρησης και εμπλουτισμού της παρεχόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε σχέση με την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και ασθενών που πέθαναν, με διαφορετικές μεθόδους, όπως με το παιχνίδι ρόλων, μελέτες περιπτώσεων, ανοικτή συζήτηση, με σκοπό να προβληματιστούν οι μελλοντικοί νοσηλευτές με τα συναισθήματα, σκέψεις και απόψεις τους, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας νοσηλευτικής περίθαλψης των ασθενών αυτών.

Η μελέτη των Hasheesh et al., (2013) είχε σκοπό να διερευνήσει τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών (ηλικία, φύλο, νοσηλευτική εμπειρία και άλλα) και τον τρόπο που δύνανται να επηρεάσουν τη στάση τους απέναντι στο θάνατο και να διαμορφώσει το είδος της φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου. Μελετήθηκε δείγμα 155 νοσηλευτών οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια Death Attitude Profile– Revised (DAP-R) το οποίο εκτιμά την στάση τους απέναντι στο θάνατο και την κλίμακα Frommelt Attotia Toward Care of the Dying (FATCOD), η οποία μετράει τον τρόπο της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου,

αντίστοιχα. Η έρευνα κατέληξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας ( $p=.048$ ,  $p=.049$ ) και της νοσηλευτικής εμπειρίας ( $p=.000$ ,  $p=.000$ ) με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο και τον τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας απέναντι στο άτομο που πεθαίνει αντίστοιχα. Έδειξε επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο και της φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου ( $p=.002$ ) όπως και ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία είχαν την τάση να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στον θάνατο και τη φροντίδα αρρώστων τελικού σταδίου έναντι αυτών με τη μικρή εμπειρία.

Στη μελέτη των Dunn et al., (2005) που εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στις δημογραφικές μεταβλητές και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, χρησιμοποιήθηκε δείγμα 58 νοσηλευτών που παρείχαν εργασία σε δύο νοσοκομεία στο Ντιτρόιτ, σε ογκολογικά και χειρουργικά τμήματα. Οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια DAP-R και την κλίμακα FATCOD και βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες επέδειξαν μια θετική στάση σχετικά με τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Οι νοσηλευτές, που αφιέρωναν περισσότερο χρονικό διάστημα στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, ανέφεραν πιο θετικές συμπεριφορές. Δεν βρέθηκε καμία σημαντική σχέση μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο και της νοοτροπίας των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου.

Έτερη μελέτη των Ali et al., (2010) που αποσκοπούσε στην εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και τη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τελικού σταδίου σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία τους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με ανώτερη εκπαίδευση είχαν θετική στάση απέναντι στον θάνατο όσο και στη παροχή φροντίδας σε αρρώστους τελικού σταδίου. Η μελέτη αυτή αφορούσε δείγμα 197 νοσηλευτών από το Κέντρο Ογκολογίας και από χειρουργικά τμήματα του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Mansoura της Αιγύπτου και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο FATCOD. Σε ποσοστό μεγαλύτερου του μισού δείγματος διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας των νοσηλευτών, χρόνων εμπειρίας και χώρο εργασίας, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης νοσηλευτών και της παρεχόμενης φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας FATCOD.

Στη μελέτη των Braun et al., (2010) που αποσκοπούσε να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ της νοοτροπίας των νοσηλευτών που εργάστηκαν σε ογκολογικά τμήματα απέναντι στο θάνατο και στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας 147 Ισραηλινών νοσηλευτών, που είχαν παραβρεθεί στην ετήσια διάσκεψη της κοινότητας τον Ιούνιο του 2006 και συμπλήρωσαν 3 ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, το

FATCOD και το DAP-R. Οι 141 νοσηλευτές ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 46,2 έτη και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν Εβραίες έγγαμες με ακαδημαϊκούς τίτλους και με μέσο όρο εμπειρίας τα 20,8 έτη. Οι μισοί και πάνω νοσηλευτές παρουσιάστηκαν ως τεχνοκράτες, έβλεπαν δηλαδή τον ασθενή σαν πελάτη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην επηρεάζεται η παροχή φροντίδας τους από στοιχεία που απαρτίζουν την εθνικότητά τους όπως θρησκεία, ήθη, έθιμα κ.α., με τα οποία ανατράφηκαν. Οι περισσότεροι εκ των νοσηλευτών δούλευαν σε ογκολογικά τμήματα και είχαν συμμετάσχει σε εξειδικευμένο μάθημα ογκολογίας ενώ οι μισοί είχαν κάνει ειδικές σπουδές σχετικά με τον θάνατο. Όλοι είχαν έρθει αντιμέτωποι κατά την εργασία τους με τον θάνατο. Συγκεκριμένα, το 19% ανέφεραν 6-10 νεκρούς μηνιαίως, το 24% περισσότερους από 10. Οι αναλύσεις δεν φανέρωσαν καμιά σημαντική σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος όπως και της παρεχόμενης φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου. Διαπιστώθηκε όμως, σημαντική διαφορά στον τρόπο προσέγγισης της αποδοχής του θανάτου μεταξύ των νοσηλευτών με υψηλό βαθμό θρησκευτικότητας ( $F_{2,136} = 8,19$   $p < 0,001$ ). Οι πιο θρησκευόμενοι και παραδοσιακοί νοσηλευτές έδειξαν μεγαλύτερη αποδοχή του θανάτου σαν μια δίαυλο σε μια καλύτερη μεταθανάτια ζωή ( $X = 3,95$ ,  $SD = 1,09$  και  $X = 4,02$ ,  $SD = 1,02$ , αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους πιο κοσμικούς νοσηλευτές ( $X = 3,18$ ,  $SD = 1,21$ ). Επίσης, επισημάνθηκαν διαφορές στην αποφυγή του θανάτου, ανάλογα της ποσότητας έκθεσης τους με θανόντα ασθενή ( $p < 0,01$ ). Οι νοσηλευτές που αναφέρθηκαν σε μηνιαία συχνότητα επαφής τους με θανόντα ασθενή από 0-5 κατείχαν πιο υψηλά ποσοστά αποφυγής θανάτου ( $X = 3,22$ ,  $SD = 1,36$ ) σε σχέση με εκείνους που αναφέρθηκαν σε 6-10 και πάνω από 10 νεκρούς το μήνα ( $X = 2,83$ ,  $SD = 1,35$  και  $X = 2,34$ ,  $SD = 1,03$  αντίστοιχα) αλλά και η ηλικία των νοσηλευτών είχε χαμηλή συσχέτιση, με την αποφυγή του θανάτου.

Η ποιοτική μελέτη των Ek et al., (2014) που είχε σαν σκοπό την ανάλυση και περιγραφή εμπειριών των φοιτητών πρώτου έτους νοσηλευτικής σχετικά με την παροχή φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου αλλά και αυτού καθαυτού του θανάτου, πραγματοποιήθηκε με 17 συνεντεύξεις. Απέδειξε ότι χρήζουν σε όλη την διάρκεια των σπουδών τους συνεχή υποστήριξη για μπορέσουν να συζητήσουν και να προβληματιστούν σχετικά με τις εμπειρίες που βίωσαν αλλά και να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, αδυναμία, φόβος κ.α. που τους κατέκλυζαν. Επίσης, διαπιστώθηκε η ανάγκη της ανακλαστικής πρακτικής από τους κλινικούς επόπτες με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης στις δυνατότητές τους να φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου. Μια διαπίστωση ακόμα της μελέτης, ήταν ότι η ηλικία, η θρησκευτικότητα, ο φόβος απέναντι στον πρώτο θάνατο που βίωσαν και η σωστή αντίληψη του θανάτου ήταν παράγοντες που επηρέασαν τις αντιδράσεις των φοιτητών.

Η μελέτη των Lange et al., (2008), που αποσκοπούσε στην εκτίμηση του πως νιώθουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ένα πλήρες ογκολογικό κέντρο σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και να διερευνήσει τυχόν σχέσεις μεταξύ της στάσης και των δημογραφικών παραγόντων τους, πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας 355 νοσηλευτών. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια. Το Frommelt Attotia Toward Care of the Dying (FATCOD) για τη στάση προς τη φροντίδα του θανάτου, (FATCOD), το προφίλ στάσης θανάτου- Αναθεωρημένο (DAP-R) και το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές με ηλικία άνω 50 ετών είχαν υψηλότερη βαθμολογία σχετικά με την αποφυγή DAP από νοσηλευτές 20-29 ετών ( $p=0,007$ ), δείχνοντας ότι οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας, πιθανώς απέφευγαν να σκεφτούν τον θάνατο σε σχέση με τους νεότερους. Επίσης, έδειξαν υψηλότερη βαθμολογία με ουδέτερο DAP από εκείνους ηλικίας 20-29 ετών ( $p=0,035$ ) και από τους 30-39 ετών ( $p=0,004$ ), υποδηλώνοντας ότι οι πιο μεγάλης ηλικίας νοσηλευτές είχαν την τάση να βλέπουν τον θάνατο με ουδέτερη στάση, δηλαδή ούτε σαν φιλικό ούτε σαν εχθρικό. Σημείωσαν δε πιο υψηλή βαθμολογία στην απόδραση DAP σε σχέση με τους νεότερους ηλικιών: 20-29 ετών ( $p=0,001$ ), 30-39 ( $p=0,009$ ) και 40-49 ( $p=0,037$ ), αποδεικνύοντας ότι αντιμετώπιζαν τον θάνατο σαν απόδραση από μια οδυνηρή κατάσταση. Στο FATCOD, οι νοσηλευτές 50 ετών και άνω και οι μεταξύ 40-49 ετών, σημείωσαν μεγαλύτερο ποσοστό έναντι εκείνων 20-29 ετών με ( $p=0,012$ ), ( $p=0,007$ ) αντίστοιχα, αποδεικνύοντας ότι οι νοσηλευτές με μεγάλη εμπειρία είχαν θετική στάση έναντι των ασθενών τελικού σταδίου. Επίσης, βρέθηκε σημαντικά διαφορετική βαθμολογία αποφυγής DAP ( $p = 0,015$ ) και διαφυγής DAP ( $p = 0,001$ ) και του FATCOD ( $p < 0,0001$ ) μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν εργαστεί χρόνια σε διάφορα ιδρύματα και αντιμετώπιζαν τον θάνατο, σε σχέση με εκείνους που εργάστηκαν μόνο στο ογκολογικό κέντρο. Αν και η βαθμολογίες δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων που είχαν οριστεί στην υποκλίμακα αποφυγή DAP, οι νοσηλευτές με εμπειρία 11 ή περισσότερων χρόνων σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα διαφυγής DAP από εκείνων που εργάζονται 5-10 χρόνια ( $p = 0,001$ ), γεγονός που υποδηλώνει ότι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας είδαν το θάνατο σαν τρόπο διαφυγής από μια οδυνηρή κατάσταση. Επιπλέον, εκείνοι με 11 έτη και άνω σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στο FATCOD έναντι εκείνων με μικρότερη προϋπηρεσία (0-1 έτη ( $p = 0,012$ ) και 2- 4 έτη ( $p = 0,00$ ) υποστηρίζοντας το συμπέρασμα ότι οι εμπειρότεροι έχουν σε πιο μεγάλο βαθμό θετικής στάσης απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Η εμπειρία των ερωτηθέντων που εργάστηκαν αποκλειστικά στο ογκολογικό κέντρο αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην υποκλίμακα Ουδέτερη Αποδοχή DAP ( $p = 0,020$ ) και στην υποκλίμακα διαφυγής του DAP ( $p = 0,002$ ) και του FATCOD ( $p = 0,012$ ). Οι νοσηλευτές που απασχολούνταν στο κέντρο καρκίνου 0-

1 χρόνια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα διαφυγής του DAP από ό,τι εκείνοι που απασχολούνταν 2-4 χρόνια ( $p = 0,008$ ) και 5-10 έτη ( $p = 0,01$ ), κάτι που υποδηλώνει ότι νεότεροι υπάλληλοι στο κέντρο καρκίνου τείνουν να βλέπουν το θάνατο ως απόδραση περισσότερο από ό,τι οι λίγο πιο έμπειροι ομόλογοί τους. Αυτοί που εργάστηκαν πολλά έτη είχαν υψηλότερη βαθμολογία σχετικά με το FATCOD από εκείνους που εργάστηκαν λιγότερα έτη ( $p = 0,028$ ), ενισχύοντας τα προηγούμενα ευρήματα ότι πρόσθετη εργασιακή εμπειρία οδηγεί σε πιο θετικά συναισθήματα έναντι του θανάτου.

Στη μελέτη των Jing Cui et al., (2011), που αποσκοπούσε στη διαπίστωση των αναγκών που θέλουν να καλύψουν με την εκπαίδευση οι νοσηλευτές, σχετικά με τον θάνατο, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς σε νοσηλευτές (RN) στη Σαγκάη της Κίνας. Στην έρευνα πήραν μέρος επτά νοσοκομεία με δείγμα 617 νοσηλευτών. Από τους 617 νοσηλευτές, το 68%, εργάζονταν σε νοσοκομείο με αριθμό κλινών λιγότερο από των 100, ενώ το 32% σε νοσοκομεία με αριθμό κλινών περισσότερων των 100. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι τρεις μεταβλητές έπαιξαν σημαντικό ρόλο. Αυτές ήταν: το εκπαιδευτικό υπόβαθρο (πτυχίο και μεταπτυχιακός τίτλος) ( $t = 2,32$ ,  $p = 0,021$ ), υποδεικνύοντας ότι μόνο το 12% των νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατείχε πτυχίο και το 3% μεταπτυχιακό τίτλο συναφή με την εργασία τους, τονίζοντας την ανάγκη της εκπαίδευσης, η προηγούμενη κατάρτιση στην εκπαίδευση σχετικά με τον θάνατο ( $t = 4,02$ ,  $p < 0,001$ ) δηλώνοντας ότι μόνο το 29% του δείγματος είχε λάβει εκπαίδευση σχετικά με θέματα θανάτου και παροχής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου και μέγεθος νοσοκομείου ( $t = -5,49$ ,  $p < 0,001$ ) δηλαδή η ανάγκη για εκπαίδευση ήταν πιο αισθητή στα νοσοκομεία με μικρότερο αριθμό κλινών σε σχέση με εκείνα με μεγάλο αριθμό κλινών, γιατί στα μεγάλα νοσοκομεία λόγω της μεγάλης συχνότητας επαφής τους με ασθενείς τελικού σταδίου διαμόρφωναν έναν δικό τους τρόπο κατανόησης του θανάτου και τον εφαρμόζαν στην άσκηση των καθηκόντων τους. Ο αρνητικός συντελεστής του μεγέθους του νοσοκομείου έδειξε ότι η ανάγκη μειώθηκε καθώς το μέγεθος του νοσοκομείου αυξήθηκε. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι από το δείγμα των νοσηλευτών, μόνο το 29% είχε εκπαιδευτεί σε σχέση με το θάνατο, ενώ το 82% είχε φροντίσει ασθενείς τελικού σταδίου. Διαπιστώθηκε ακόμα, η ανάγκη παροχή υψηλής ποιότητας κατάρτισης και εκπαίδευσης των νοσηλευτών για να ανταποκριθούν στις πολλές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Τόσο οι εκπαιδευτές, όσο και εκείνοι που ασχολούνται με την εκπαίδευση όλων των βαθμίδων της νοσηλευτικής ενός κράτους πρέπει να λάβουν υπόψιν ότι ο πολιτισμός και η θρησκεία παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του εκπαιδευτικού περιεχομένου και κατάρτισης και εκπαίδευσης.

Η μελέτη των Wang et al., (2018), που είχε σκοπό την εξέταση των στάσεων των κινέζων νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και στην παροχή φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Form B (FATCOD-BC) και Death Attitude Profile-Revised (DAP-RC), στην κινεζική εκδοχή τους. Η μελέτη έγινε σε δείγμα 770 νοσοκομειακών νοσηλευτών από 15 νοσοκομεία της χώρας. Η έρευνα απέδειξε ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών είχε την πιθανότητα να φροντίσει την οικογένεια του θανόντα αλλά είχε αρνητική στάση στην επικοινωνία με θέματα που άπτονταν του θανάτου. Επίσης, διαπιστώθηκε χαμηλή βαθμολογία στις υποκλίμακες «αποφυγή θανάτου» και «αποδοχή θανάτου», με μέσο όρο 1,96 και 1,61 αντίστοιχα, ενώ οι περισσότεροι θεωρούσαν τον θάνατο σαν τρόπο διαφυγής σε μια πιο ευτυχισμένη μετά θάνατον ζωή. Οι στάσεις σε σχέση με την παροχή φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου συσχετίστηκαν στατιστικά αρνητικά με τη υποκλίμακα «Φόβου θανάτου» ( $r = -0.120$ ) ενώ συσχετίστηκαν θετικά με την υποκλίμακα «Αποδοχή προσέγγιση» ( $r = 0,127$ ) και «Φυσική αποδοχή» ( $r = 0,1717$ ). Επίσης, αποδείχθηκε η σημαντικότητα του ρόλου της εκπαίδευσης, του φόβου αλλά και της αποδοχής του θανάτου από μέρους των νοσηλευτών με σκοπό την παροχή σωστής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου.

Η μελέτη των Xu et al., (2019), που είχε σκοπό να ερευνήσει τις γνώσεις, τις στάσεις αλλά και τις τεχνικές των νοσηλευτών που κάνουν την πρακτική τους, σε 8 εκπαιδευτικά νοσοκομεία στην επαρχία Jiangsu της Κίνας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιο 2017 έως Σεπτέμβριο 2018 και χρησιμοποιήθηκε η κινεζική εκδοχή του ερωτηματολογίου DAP-R. Το δείγμα αποτέλεσαν 357 φοιτητές νοσηλευτικής με εμπειρία τουλάχιστον πάνω από 5 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές που έκαναν πρακτική είχαν στατιστικά σημαντικά πιο ψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες «Αποφυγή θανάτου», «Αποδοχή θανάτου» και «Φόβου θανάτου» σε σχέση με τους εργαζόμενους νοσηλευτές. Αντίθετα πιο χαμηλές βαθμολογίες βρέθηκαν στις υποκλίμακες «Φυσικής αποδοχής» και «Αποδοχής διαφυγής». Η εκπαίδευση, η θρησκεία, η πίστη, η απώλεια οικείου προσώπου και η εκπαίδευση θεμάτων σχετικά με τον θάνατο βοήθησαν για την θετικότερη στάση σε κάποιες υποκλίμακες του θανάτου, ενώ οι εκπαιδευση για αντίστοιχα θέματα των φοιτητών πριν από την πρακτική τους, αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα για τη σωστή και ολοκληρωμένη φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου.

### **3.2. Στάσεις των Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο**

Στη χώρα μας έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες με σκοπό τη διερεύνηση του τρόπου παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς τελευταίου σταδίου καθώς και των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.



Η στάση απέναντι στο θάνατο είναι πολύ προσωπική και διαμορφώνεται από πλειάδα παραμέτρων πνευματικής φύσεως όπως η πίστη, εκπαίδευση, φιλοσοφία και νοοτροπία του κάθε ανθρώπου. Λέγεται επίσης ότι τα άτομα με θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν λιγότερη ανησυχία για θέματα θανάτου (Κουτελέκος και συν 2011). Επισημαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές που πιστεύουν στον Θεό αλλά και στη ζωή μετά τον θάνατο παρουσιάζουν μια πιο θετική στάση απέναντι του (Παπαδόπουλος, 2014).

Η μετάφραση και η εγκυροποίηση του ερωτηματολογίου «Death Attitude Profile-Revised» (DAP-R), για την εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο στην ελληνική γλώσσα έγινε από τους Μαλλιαρού και συν (2011) σε δείγμα 150 νοσηλευτών. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η ελληνική εκδοχή του DAP-R που είναι αδιαμφισβήτητα ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την εκτίμηση της στάσης των νοσηλευτών της Ελλάδας έναντι του θανάτου.

Η εργασία της Μαλλιαρού (2012) μελέτησε τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς τελικού σταδίου και έναντι του ίδιου του φαινομένου του θανάτου, σε δείγμα 107 νοσηλευτών απασχολουμένων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και το κρατικό Νοσοκομείο Λάρισας. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια για την Επαγγελματική Εξουθένωση Maslach Burnout Inventory- MBI, το DAP-R (Death Attitude Profile- Revised) και της Ικανότητας Επαγγελματιών Υγείας (Novice to Expert Scale). Διαπιστώθηκε ότι περισσότερο θετική στάση απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει όσο και στον ίδιο τον θάνατο είχαν η ηλικία του νοσηλευτή και ο χρόνος εμπειρίας του. Ενώ, ο φόβος για τον θάνατο συντέλεσε καθοριστικά για την παροχή πιο ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς που βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς τους. Επίσης, όσοι είχαν ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και κατείχαν ανώτερη θέση στο χώρο εργασίας (προϊστάμενοι) αποδέχονταν περισσότερο το θάνατο. Βρέθηκε επίσης ότι οι ογκολογικοί νοσηλευτές διακατέχονταν έντονα από το «φόβο θανάτου» σε σχέση με νοσηλευτές του ΤΕΠ, ενώ αυτοί που παρείχαν συστηματικά φροντίδα, σε μεγάλο αριθμό ασθενών που καταλήγουν αποδέχονταν πιο εύκολα το θάνατο σε σχέση με εκείνους που δεν τους φρόντιζαν συχνά.

Σε άλλη διπλωματική εργασία (Μαζαράκου 2013), με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων γιατρών και νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου, έλαβαν μέρος συνολικά 202 άτομα (ιατροί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών). Κατέληξε ότι οι πτυχιούχοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διατηρούσαν έντονα το «φόβο θανάτου» σε σχέση με τους πτυχιούχους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η έλλειψη ή η μικρή επαγγελματική εμπειρία, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του «Φόβου θανάτου» σε σχέση με εκείνους που είχαν τουλάχιστον 7ετή εμπειρία, αν και δεχόταν το βιολογικό φαινόμενο του

θανάτου περισσότερο από τους ιατρούς. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η επίδραση του θανάτου στους επαγγελματίες υγείας είναι εμφανής και κρίνεται αναγκαία η καλή επικοινωνία μεταξύ των πτυχιούχων δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και η δημιουργία ψυχολογικής υποστήριξής τους.

Εργασία με θέμα πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν της Σκλάβου (2015) και δείγμα 86 νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και της ογκολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας χρησιμοποίησε τα ερωτηματολόγια DAP-R των Wong, Reker & Gesser, 1994 και FATCOD (Frommelt, 1991) και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Θετική στάση προς το θάνατο και τη φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν επέδειξαν νοσηλευτές γένους θηλυκού και μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερη εμπειρία ενώ ο φόβος του θανάτου συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολογία FATCOD, που απέδειξε ότι είχαν πιο θετική στάση όσοι φοβούνταν λιγότερο το θάνατο. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι έγγαμοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην «αποδοχή», σε σχέση με τους άγαμους ( $p=0,017$ ).

Σε άλλη διπλωματική εργασία (Μουλαρογιάννη 2018) με σκοπό την διερεύνηση των στάσεων και συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Αντικαρκινικό- Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» προς τους ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου έλαβαν μέρος 149 νοσηλευτές και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια με δημογραφικά στοιχεία και κλίμακες Physician End-of-Life Attitude Scale (PEAS) και DAP-R. Διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βίωνε πολλά συναισθηματικά, προσωπικά και επαγγελματικά προβλήματα σε σχέση με τους ασθενείς (συνολική κλίμακα PEAS=223.36). Η ουδέτερη αποδοχή του θανάτου (MT=74.57, TA=16.17) ήταν η επικρατέστερη στάση τους αλλά παρουσιάστηκαν και κάποιες υψηλές μέσες βαθμολογίες φόβου (MT=65.62, TA=18.43) καθώς και αποφυγής του θανάτου (MT=65.37, TA=21.53). Σε εκείνους που εμφάνιζαν υψηλότερη τάση αποφυγής του θανάτου, διαπιστώθηκε ότι εξέφραζαν περισσότερες ανησυχίες για την προσωπική και επαγγελματική τους αλληλεπίδραση με ασθενείς τελικού σταδίου και των οικογενειών τους ( $B=0.455$ ,  $T=2.227$ ,  $P=0.028$ ). Αρνητική ήταν η διαπίστωση ως προς την διαφοροποίηση των στάσεων τους, έναντι του θανάτου ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάστασή εμφανίζοντας αντίστοιχα και στις τρεις παραμέτρους  $p>0,05$ , ενώ τα πολλά έτη προϋπηρεσίας παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη τάση αποδοχής του θανάτου ( $r=0.179$ ,  $p=0.043<0.05$ ), της διαφυγής ( $r=0.230$ ,  $p=0.007<0.05$ ) και των ανησυχιών σε σχέση με τον επαγγελματικό τους ρόλο ( $r=0.213$ ,  $p=0.025<0.05$ ). Ως προς την επαγγελματική τους θέση εκείνοι με πολλά έτη εμπειρίας σε σύγκριση με τους βοηθούς νοσηλευτών, τους υπεύθυνους

τμήματος και τους τομάρχες / προϊσταμένους, εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη στάση διαφυγής σε σχέση με τον θάνατο. Οι απόφοιτοι Ανώτατης εκπαίδευσης συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με υψηλότερη αποφυγή θανάτου ( $p=0.002<0.05$ ), ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης δεν παρουσίασε καμιά σημαντική διαφορά σχετικά με τις στάσεις και τα συναισθήματα προς τους ασθενείς.

Σε άλλη διπλωματική εργασία (Μπακαλίδου, 2019), με σκοπό την διερεύνηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» και του Κέντρου Ημερήσιας Νοσηλείας «Νίκος Κούρκουλος», για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, το δείγμα αποτελούσαν 143 άτομα. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: για τα κοινωνικό/δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, η κλίμακα Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) (Bakalis et al., 2013), ενώ για την εργασιακή ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων έγινε χρήση του εργαλείου μέτρησης Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL), ενώ η μέτρηση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων μετρήθηκε με την ελληνική έκδοση της κλίμακας Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές μεταπτυχιακού επιπέδου παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στο FATCOD από τους απόφοιτους Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (TEI) ( $p=0.022$ ) και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) ( $p=0.009$ ), ενώ δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικές διαφορές με τους απόφοιτους Ανώτερων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) ( $p=1.000$ ). Επίσης, επιβεβαιώθηκε μια θετική συσχέτιση των τιμών του FATCOD με τη πνευματικότητα ( $r=0.391$ ,  $p=0.000$ ) όπως και με την επαγγελματική ικανοποίηση ( $r=0.303$ ,  $p=0.000$ ) και αρνητική μεταξύ της εξουθένωσης ( $r=0.333$ ,  $p=0.000$ ) και του τραύματος ( $r=-0.227$ ,  $p=0.009$ ).

Στην πτυχιακή εργασία των Άμαλλου και συν (2020) με θέμα την διερεύνηση της στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, δύο μεγάλων νοσοκομείων στην Κρήτη απέναντι στο θάνατο, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για τα κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το DAP-R. Το δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτέλεσαν 119 νοσηλευτές, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμες γυναίκες ηλικίας 36-50 ετών. Το 45,4% του δείγματος έρχονται σε επαφή με τον θάνατο 1-2 φορές το μήνα ενώ το 49,6% πιστεύουν ότι η εμπειρία αυτή είναι δύσκολη. Η έρευνα αυτή απέδειξε ότι οι μεγαλύτερες μέσες τιμές αναφέρονται «Φόβο θανάτου» και στην «Αποδοχή θανάτου» με μέση τιμή 4,0. Ποσοστό 31,1% και 30,3% απάντησαν αντίστοιχα ότι δεν σκέφτονται τον θάνατο και αποφεύγουν να κάνουν σκέψεις ακόμα και σχετικά με την ευρεία έννοιά του. Αναλύοντας την υποκλίμακα της αποδοχής θανάτου, αποδείχθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τμημάτων όπως της καρδιολογικής και αιματολογικής, δεν αποδέχεται εύκολα το

γεγονός του θανάτου, αν και υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα. Η προϋπηρεσία ήταν το μόνο κοινωνικό- δημογραφικό χαρακτηριστικό, που παρουσίασε σημαντική σχέση στο φόβο θανάτου. Όσα περισσότερα χρόνια εργάζεται ο νοσηλευτής τόσο λιγότερο φοβάται το θάνατο ( $r_{ho} = -0,188$ ,  $p < 0,05$ ).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε κατανοητό ότι είναι αναγκαία η ενσωμάτωση των εννοιών του θανάτου και της περί αυτού φροντίδας στο τέλος της ζωής, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό επίπεδο της νοσηλευτικής. Η διαπίστωση ότι στην Ελλάδα, υπάρχουν αρκετές τέτοιου είδους εργασίες και έρευνες αλλά περιορίζονται μόνο στη αναγνώριση των στάσεων απέναντι στο θάνατο και όχι στη σύγκριση μεταξύ εκείνων που τον βιώνουν καθημερινά σε σχέση με εκείνους που τον βιώνουν ελάχιστα, αποτέλεσε το έναυσμα για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι αδιαμφισβήτητο, σημαντικός στη διαχείριση προβλημάτων που σχετίζονται με το θάνατο, καθώς είναι συχνά οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή μαζί του, με τους ασθενείς στην καταληκτική τους πορεία και τους φροντιστές- συγγενείς αυτών, σε γενικά αλλά και ειδικά τμήματα των νοσοκομείων.

Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν τη σημαντικότητα της ανάγκης καλής παιδείας θανάτου, για να είναι σε θέση να διαχειριστούν ότι έχει σχέση με αυτόν. Τα ερευνητικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης προσδοκούν να ευαισθητοποιήσουν τους επαγγελματίες υγείας/ νοσηλευτές σχετικά με την σημαντικότητα της ανάγκης ανάπτυξης δεξιοτήτων- διαχείρισης του θανάτου, να ευαισθητοποιήσουν το ακαδημαϊκό προσωπικό στην κατάλληλη προετοιμασία των φοιτητών για την αντιμετώπιση αυτού το γεγονότος στον κλινικό χώρο, αλλά και να ευαισθητοποιήσουν τη νοσηλευτική ηγεσία των νοσοκομείων ώστε να οργανώσει ομάδες υποστήριξης και αποφόρτισης των νοσηλευτών που υποβάλλονται συχνά σε αυτή την εμπειρία.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ογκολογικές κλινικές/ νοσοκομεία (Ογκολογικοί νοσηλευτές) σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό γενικών νοσοκομείων και μη-ογκολογικών κλινικών (Μη-ογκολογικοί νοσηλευτές).

### **4.2. Ερευνητικά ερωτήματα**

• Διαφέρουν οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ογκολογικές κλινικές/ νοσοκομεία απέναντι στο θάνατο από αυτές του νοσηλευτικού προσωπικού γενικών νοσοκομείων και μη-ογκολογικών κλινικών, των μη ογκολογικών νοσηλευτών; • Ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο;

### **4.3. Ερευνητικός σχεδιασμός**

Πρόκειται για μία περιγραφική συγκριτική μελέτη.

### **4.4. Δειγματοληψία**

Η διανομή και η συμπλήρωση των ανώνυμων ερωτηματολογίων διεξήχθη από τον Ιούνιο του 2020 έως Οκτώβριο 2020, σε δείγμα 210 ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού. Από το δείγμα αυτό ήταν 81 άτομα Νοσηλευτικού Ογκολογικού προσωπικού δηλαδή νοσηλευτές που εργάζονται στο Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και στο Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ» και 129 άτομα νοσηλευτικού Μη-Ογκολογικού προσωπικού, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ».

Συγκεκριμένα μοιράστηκαν 130 ερωτηματολόγια στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 129, 100 ερωτηματολόγια στο Γενικό Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και επιστράφηκαν 60 ενώ μοιράστηκαν 90 ερωτηματολόγια στο Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ» και επιστράφηκαν 21.

### **4.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ**

**Κριτήρια εισαγωγής ατόμων στην μελέτη ήταν:**

- Ως Ογκολογικοί νοσηλευτές θεωρήθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό (πτυχιούχοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών) που εργάζονταν σε μόνιμη θέση και με σύμβαση σε τμήματα Ογκολογικά/Αιματολογικά και σε ανοικτά τμήματα Αντικαρκινικών Νοσοκομείων.
- Ως Μη-ογκολογικοί νοσηλευτές θεωρήθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό (πτυχιούχοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών) που εργάζονταν σε μόνιμη θέση και με σύμβαση σε ανοικτά τμήματα όπως Ω.Ρ.Λ., Δερματολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, Ορθοπεδικό, Ουρολογικό, Ρευματολογικό, Νευρολογικό, Ενδοκρινολογικό και Νεφρολογικό.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στα αντίστοιχα τμήματα για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό που μιλούσε και κατανοούσε την ελληνική γλώσσα.
- Όσοι συναίνεσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

#### **Κριτήριο αποκλεισμού ατόμων από την μελέτη αποτέλεσε:**

Ο χώρος εργασίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στα επείγοντα, στα εξωτερικά ιατρεία, σε μονάδες βραχείας νοσηλείας, σε ΜΕΘ και στο Χειρουργείο των νοσοκομείων στα οποία διεξήχθη η μελέτη.

Στη ΜΕΘ και στο Χειρουργείο οι ασθενείς είναι σε καταστολή και η ζωή τους εξαρτάται πλήρως από τον αναπνευστήρα και τον επαγγελματία υγείας ο οποίος είναι υπεύθυνος για το συγκεκριμένο ασθενή. Στα Επείγοντα οι ασθενείς είτε έρχονται για αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων και μετά λαμβάνουν εξιτήριο ή στέλνονται στις Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας για ολιγόωρη παρακολούθηση και μετά από αυτή λαμβάνουν οδηγίες και εξιτήριο ή παραπέμπονται για εισαγωγή στο κατάλληλο τμήμα αν η κατάστασή τους κρίνεται σοβαρή είτε επέρχεται αιφνίδιος θάνατος. Συνεπώς στα τμήματα αυτά, ενδεχομένως οι στάσεις των νοσηλευτών να διαφοροποιούνται από τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων που έχουν αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις με τον ασθενή τελικού σταδίου και βιώνουν μαζί του την πορεία της νόσου και ενδεχομένως την πορεία προς τον θάνατο.

#### **4.6. Παρουσίαση των Ερευνητικών Εργαλείων**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελούνταν από δύο μέρη:

A. Το ερωτηματολόγιο για την συλλογή των κοινωνικών/ δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων. Περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις όπως: Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Εκπαίδευση, Επαγγελματική θέση Προϋπηρεσία, Εθνικότητα. Τα χαρακτηριστικά αυτά επιλέχθηκαν γιατί έχει αποδειχθεί από προγενέστερες μελέτες ότι επηρέαζαν θετικά ή αρνητικά

τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο και στην παρεχόμενη φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου.

B. Το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile– Revised (DAP- R) για τη διερεύνηση στάσης απέναντι στο θάνατο. Περιέχει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες. Το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised DAP-R είναι μια αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου Profile-Revised (DAP- R) των Wong, Reker & Gesser (1994). Περιέχει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert scale, η οποία κυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα (1) έως το συμφωνώ απόλυτα (7).

Οι υποκλίμακες αυτές προσπαθούν να καλύψουν σφαιρικά τις στάσεις απέναντι στο θάνατο και διακρίνονται ως εξής:

1.Φόβος Θανάτου: σχετίζεται πάντα με αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις ενώ οι σκέψεις είναι πάντα απαισιόδοξες. Περιλαμβάνει τις ακόλουθες 7 ερωτήσεις: 1,2,7,18,20,21,32.

2.Αποφυγή Θανάτου: αναφέρεται στην τάση του ανθρώπου να μην σκέφτεται θέματα που άπτονται του θανάτου. Περιλαμβάνει τις ακόλουθες 5 ερωτήσεις: 3,10,12,19,26.

3.Ουδέτερη Αποδοχή: αναφέρεται στη στάση εκείνη του ανθρώπου που ούτε δέχεται απλά τον θάνατο αλλά ούτε και τον φοβάται. Περιλαμβάνει τις ακόλουθες 5 ερωτήσεις: 6,14,17,24,30.

4.Αποδοχή Θανάτου: δείχνει ότι ο ερωτηθέντας βλέπει τον θάνατο σαν μια ζωή μεταθανάτια καλύτερη από την τωρινή. Περιλαμβάνει τις ακόλουθες 5 ερωτήσεις:15,22,25,27,28.

5.Θάνατος σαν μέσο διαφυγής: δείχνει ότι για τον ερωτηθέντα ο θάνατος αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνει. Περιλαμβάνει τις ακόλουθες 10 ερωτήσεις: 4,5,8,9,11,13,16,23,29,31.

Η βαθμολόγηση κάθε υποκλίμακας υπολογίζεται με άθροιση της βαθμολογίας κάθε ερώτησης που περιέχεται στην συγκεκριμένη υποκλίμακα και διαιρείται το άθροισμα με το σύνολο των ερωτήσεων που περιέχονται στην υποκλίμακα αυτή. Επομένως η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 1 έως 7.

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας κάθε υποκλίμακας υπολογίζεται διαιρώντας το άθροισμα όλων των βαθμολογιών της κάθε υποκλίμακας με το σύνολο των εξεταζόμενων. Η ύπαρξη υψηλότερης βαθμολογίας μιας υποκλίμακας σε σχέση με τις άλλες θα δείξει μια συχνότερη συμπεριφορά που θα περιγράφεται στην συγκεκριμένη υποκατηγορία.



Η Εγκυροποίηση της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου από έγινε από τους Μαλλιαρού και συν. (2011). Η εγκυροποίηση έδειξε ότι πρόκειται για ένα αξιόπιστο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Διασφαλίστηκε έγκριση για την χρήση του ερωτηματολογίου στη συγκεκριμένη μελέτη από τον συνεργάτη του Dr. Paul Wong τον Δρ Tim Y και ζητήθηκε η μετάφραση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου από την κυρία Μαλλιαρού (Παράρτημα 4).

#### **4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων**

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ζητήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο των νοσοκομείων: Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», το Γενικό Αντικαρκινικό- Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και το Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ».

Το νοσηλευτικό προσωπικό προσεγγίσθηκε στο χώρο εργασίας τους και η συλλογή των δεδομένων έγινε στο χώρο τους, μετά από την έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου όπου εργάζεται. Προηγήθηκε προφορική ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το σκοπό της έρευνας για την εξασφάλιση καλύτερης συνεργασίας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, τα ερωτηματολόγια ανώνυμα, ενώ ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν 15-20 λεπτά. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια, η οποία ήταν παρούσα για να επιλύσει τυχόν απορίες.

#### **4.8. Ηθικά Θέματα**

Η παρούσα μελέτη, δεν περιείχε σωματικούς και ψυχολογικούς κινδύνους για την υγεία των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν απλά να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, εφόσον το επιθυμούσαν και αφού είχαν προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και είχε εξασφαλιστεί η έγγραφη και ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεσή τους. Διευκρινίζεται ότι δεν υπήρξαν χρηματικά ή άλλα οφέλη από τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη καθώς και η συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων, συντάχθηκε πρωτόκολλο το οποίο κατατέθηκε στα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων για τη διασφάλιση της έγγραφης άδειας για τη συλλογή των δεδομένων. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν μόνο για την ολοκλήρωση της μελέτης εξασφαλίζοντας την μη δημοσίευση προσωπικών δεδομένων.

#### 4.9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (TA), μετά από κατάλληλο έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής μέσω του στατιστικού ελέγχου Kolmogorov- Smirnov και για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Για τη σύγκριση της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε το t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν κυμαίνονται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν είναι μεγαλύτεροι από 0,5. Τέλος, η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης μεταβλητών (stepwise linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις υπό μελέτη κλίμακες, από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors= SE). Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο  $\alpha=0,05$ . Για την στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1. Περιγραφή δείγματος

#### 5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 210 άτομα με μέση ηλικία τα 43 έτη (τυπική απόκλιση= 9,9 έτη) και το 86,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Αναφορικά με την εθνικότητά τους, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Έλληνες (97,1%), ενώ ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, το 52,9% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 34,8% ήταν μη έγγαμοι. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ/ Πανεπιστημίου, ενώ το 30,8% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ ή κάποιας σχολής διετούς φοίτησης.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Άντρας	28	13,3
	Γυναίκα	182	86,7
<b>Ηλικία [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]</b>		42,9 (9,9)	
<b>Εθνικότητα</b>	Ελληνική	203	97,1
	Άλλη	6	2,9
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/η	73	34,8
	Έγγαμος/η	111	52,9
	Διαζευγμένος/η	16	7,6
	Χήρος/α	5	2,4
	Σύντροφος	5	2,4
<b>Τα παιδιά είναι ανήλικα</b>	Όχι	56	44,8
	Ναι	69	55,2
<b>Πλήθος παιδιών [Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)]</b>		2 (2-2)	
<b>Εκπαίδευση</b>	Απόφοιτος ΤΕΙ/Πανεπιστημίου	102	49,0
	Απόφοιτος ΙΕΚ/ διετούς εκπαίδευσης	64	30,8
	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό	30	14,4
	Άλλο	12	5,8
<b>Εκπαίδευση- Άλλο</b>	Δευτεροβάθμια	4	33,3
	ΕΠΑΛ	2	16,7

	ΕΠΑΣ	1	8,3
	Μ.Τ.Ν.Ε	1	8,3
	ΤΕΕ	2	16,7
	ΤΕΛ	2	16,7

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων του νοσηλευτικού προσωπικού και των δύο ομάδων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Περιγραφικά στατιστικά των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων.**

		Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας			
		Ογκολογικό		Γενικό Νοσοκομείο	
		N	%	N	%
Φύλο	Άντρας	12	14,8	16	12,4
	Γυναίκα	69	85,2	113	87,6
Εθνικότητα	Ελληνική	80	98,8	123	96,1
	Άλλη	1	1,2	5	3,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	41	50,6	58	45,0
	Έγγαμος	40	49,4	71	55,0
Τα παιδιά είναι ανήλικα	Όχι	21	47,7	35	43,2
	Ναι	23	52,3	46	56,8
Εκπαίδευση	Άλλο	46	57,5	60	46,9
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	34	42,5	68	53,1
Σημειώστε σε ποιο τμήμα εργάζεστε τώρα	ΩΡΛ	1	1,3	2	1,6
	Δερματολογικό	0	,0	3	2,3
	Καρδιολογικό	3	3,8	14	10,9
	Χειρουργικό	32	40,5	21	16,3
	Ορθοπεδικό	0	,0	11	8,5
	Παθολογικό	24	30,4	23	17,8
	Ουρολογικό	7	8,9	4	3,1
	Ρευματολογικό	0	,0	4	3,1
	Νευρολογικό	1	1,3	8	6,2
	Ενδοκρινολογικό	0	,0	1	,8
	Νεφρολογικό	0	,0	0	,0
	Άλλο	11	13,9	38	29,5
Άλλο	11	13,8	26	20,6	

Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή	Κλινικός/ή Νοσηλεύτης/-τρια	69	86,3	100	79,4
Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα	Όχι	60	75,0	87	70,7
	Ναι	20	25,0	36	29,3
Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου	Όχι	12	15,2	20	15,5
	Ναι	67	84,8	109	84,5
Απώλεια συζύγου	Όχι	62	92,5	104	95,4
	Ναι	5	7,5	5	4,6
Απώλεια παιδιού	Όχι	66	98,5	109	100,0
	Ναι	1	1,5	0	,0
Απώλεια γονέα	Όχι	40	59,7	45	41,3
	Ναι	27	40,3	64	58,7
Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	26	38,8	59	54,1
	Ναι	41	61,2	50	45,9
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Χωρίς καθοδήγηση	37	49,3	72	57,1
	Μεταπτυχιακό	1	1,3	4	3,2
	Σεμινάρια/ Προγράμματα επιμόρφωσης	7	9,3	11	8,7
	Σεμινάρια Ανακουφιστικής Φροντίδας	7	9,3	3	2,4
	Καθοδήγηση από συναδέλφους	23	30,7	36	28,6
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	37	49,3	72	57,1
	Ναι	38	50,7	54	42,9
Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Ναι, συμμετέχω	8	10,0	7	5,4
		26	32,5	48	37,2
	Όχι, δεν συμμετέχω				
	Δεν γίνονται ομάδες	46	57,5	74	57,4

Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Όχι/ Δεν γίνονται	72	90,0	122	94,6
	Ναι	8	10,0	7	5,4

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια στις δυο ομάδες ( $p>0,05$ ), εκτός από την απώλεια γονέα που ήταν πιο συχνή στους εργαζομένους σε γενικό νοσοκομείο ( $p=0,018$ ) και την απώλεια άλλου προσώπου ( $p=0,048$ ) που ήταν πιο συχνή στους εργαζομένους σε ογκολογικό νοσοκομείο.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι Μέσες Τιμές και η Σταθερή Απόκλιση των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων του νοσηλευτικού προσωπικού και των δύο ομάδων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μέσες Τιμές και η Σταθερή Απόκλιση των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων.**

	Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας			
	Ογκολογικό		Γενικό Νοσοκομείο	
	Mean	SD	Mean	SD
Ηλικία	42,26	9,68	43,35	10,12
Αριθμός παιδιών	1,98	,84	1,99	,94
Πόσα χρόνια εργάζεστε στον συγκεκριμένο χώρο / Νοσηλευτικό Ίδρυμα	12,76	9,75	14,63	11,21
Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά ως Νοσηλεύτης/τρια από την λήψη του πτυχίου σας	17,09	9,70	18,77	10,67

Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει	1,88	2,25	2,33	2,79
---	------	------	------	------

Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια στις δυο ομάδες ( $p>0,05$ ).

### 5.1.2. Εργασιακά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» (61,4%), το 28,6% στο Γενικό Αντικαρκινικό- Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και το 10% στο Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ». Αναφορικά με το τμήμα στο οποίο εργάζονταν, το 25,9% των συμμετεχόντων εργάζονταν στο χειρουργικό τμήμα και το 22,9% στο παθολογικό τμήμα, ενώ ως προς τη θέση εργασίας τους, τουλάχιστον 8 στους 10 συμμετέχοντες (82%) δήλωσαν ότι εργάζονται ως κλινικοί νοσηλευτές. Παράλληλα, μόλις το 27,6% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν τη νοσηλευτική ειδικότητα. Όσον αφορά στις απώλειες που μπορεί να έχουν βιώσει, το 84,6% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν βιώσει κάποια απώλεια, με το 51,7% εκ των οποίων να δηλώνουν πως έχουν βιώσει την απώλεια γονέα ή κάποιου άλλου προσώπου. Παράλληλα, τουλάχιστον οι μισοί συμμετέχοντες (54,2%) δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου, ενώ μόλις το 7,2% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζονται.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	N	%
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»	129	61,4

<b>Χώρας/ Νοσηλευτικό ίδρυμα Εργασίας</b>	Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ»	60	28,6
	Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»	21	10,0
<b>Σημειώστε σε ποιο τμήμα εργάζεστε τώρα</b>	ΩΡΛ	3	1,4
	Δερματολογικό	3	1,4
	Καρδιολογικό	17	8,2
	Χειρουργικό	53	25,5
	Ορθοπαιδικό	11	5,3
	Παθολογικό	47	22,6
	Ουρολογικό	11	5,3
	Ρευματολογικό	4	1,9
	Νευρολογικό	9	4,3
	Ενδοκρινολογικό	1	0,5
	Νεφρολογικό	0	0,0
	Άλλο	49	23,6
	Αιματολογικό	4	8,3
<b>Τμήμα εργασίας- Άλλο</b>	Γναθοχειρουργικό	1	2,1
	Γναθοχειρουργικό- Οδοντιατρικό	1	2,1
	ΔΝΧ	1	2,1
	Θέσεις	1	2,1
	Θωρακοχειρουργικό	3	6,3



	Καρδιοχειρουργική	8	16,7
	Καρδιοχειρουργικό	1	2,1
	Μ.Μ οργ.	4	8,3
	Μικτό	1	2,1
	ΜΜΟ- οργ.	1	2,1
	Μονάδα μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών	1	2,1
	Ογκολογικό	8	16,7
	Οφθαλμολογικό	1	2,1
	Πλαστική και γυναικολογική	3	6,3
	Σπυρομετρικό	1	2,1
	Ψυχιατρικό	8	16,7
<b>Χρόνια εργασίας στο συγκεκριμένο χώρο / Νοσηλευτικό Ίδρυμα [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]</b>		13,9 (10,7)	
<b>Χρόνια εργασίας συνολικά ως Νοσηλεύτης/τρια από την λήψη του πτυχίου [σε έτη; Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)]</b>		18,1 (10,3)	
<b>Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή</b>	Κλινικός/ή Νοσηλεύτης/-τρια	169	82,0
	Υπεύθυνος/-η Νοσηλευτικού Τμήματος	22	10,7
	Προϊστάμενος/- η Νοσηλευτικού Τμήματος	14	6,8
	Διευθυντής/-ντρια	1	0,5
<b>Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα</b>	Όχι	147	72,4
	Ναι	56	27,6
<b>Νοσηλευτική ειδικότητα- Συγκεκριμένα</b>	Βοηθός Νοσηλεύτη	3	5,5
	Βοηθός Νοσηλεύτη Χειρουργείου	1	1,8
	Γενική Νοσηλεία	1	1,8
	ΔΕ	1	1,8
	Επειγόντων περιστατικών	1	1,8
	Νοσηλευτική	1	1,8
	Ουρολογική	1	1,8
	Π.Χ.Ν	1	1,8
	Παθολογική	17	30,9
	Παθολογική- Χειρουργική	1	1,8

	Παθολογική-Χειρουργική- Ψυχικής υγείας	1	1,8
	Τραυματολογία/ Ορθοπαιδική	1	1,8
	Χειρουργική	19	34,5
	Ψυχιατρική	5	9,1
	Ψυχική υγεία	1	1,8
<b>Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει[φορές/ εβδομάδα; Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)]</b>		1 (0-3)	
<b>Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου</b>	Όχι	32	15,4
	Ναι	176	84,6
<b>Αν ναι, προσδιορίστε:</b>	Απώλεια συζύγου	10	5,7
	Απώλεια παιδιού	1	0,6
	Απώλεια γονέα	91	51,7
	Απώλεια άλλου προσώπου	91	51,7
<b>Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου</b>	Χωρίς καθοδήγηση	109	54,2
	Μεταπτυχιακό	5	2,5
	Σεμινάρια/Προγράμματα επιμόρφωσης	18	9,0
	Σεμινάρια Ανακουφιστικής Φροντίδας	10	5,0
	Καθοδήγηση από συναδέλφους	59	29,4
<b>Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε</b>	Ναι, συμμετέχω	15	7,2
	Όχι, δεν συμμετέχω	74	35,4
	Δεν γίνονται ομάδες	120	57,4

## 5.2. Κλίμακα διερεύνησης στάσεων απέναντι στο θάνατο- Death Attitude Profile–Revised (DAP-R)

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για τις διαστάσεις της κλίμακας διερεύνησης της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο. Σημειώνεται πως υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος Θανάτου» υποδεικνύει περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή Θανάτου» υποδηλώνει τη μεγαλύτερη τάση του ανθρώπου να μην σκέφτεται θέματα που άπτονται

του θανάτου, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη Αποδοχή» την περισσότερο ουδέτερη στάση του ανθρώπου απέναντι στον θάνατο, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή Θανάτου» υποδηλώνει ότι ο ερωτηθέντας βλέπει τον θάνατο σαν μια ζωή μεταθανάτια καλύτερη από την τωρινή, ενώ υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής» υποδηλώνει ότι για τον ερωτηθέντα, ο θάνατος αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνει.

Όπως φαίνεται, η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην διάσταση «Φόβος θανάτου» κυμαινόταν μεταξύ της 1 και των 7 μονάδων, με τη μέση τιμή να ισούται με 4,4 μονάδες (τυπική απόκλιση= 1,3 μονάδες) και το 50% των συμμετεχόντων να έχουν βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 4,4 μονάδες. Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας τους στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου» ισούταν με 4,4 μονάδες (τυπική απόκλιση= 1,4 μονάδες) και το 50% των συμμετεχόντων είχαν βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 4,6 μονάδες. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη Αποδοχή» ισούταν με 5,3 μονάδες κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 0,9 μονάδες) και το 50% των συμμετεχόντων είχαν βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 5,4 μονάδες. Τέλος, η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Αποδοχή θανάτου» και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής» ισούταν με 4,3 (τυπική απόκλιση= 1,3 μονάδες) και 3,5 μονάδες (τυπική απόκλιση= 1,2 μονάδες) αντίστοιχα, ενώ το 50% των συμμετεχόντων είχαν βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 4,4 και 3,5 μονάδες αντίστοιχα, στις δύο εξεταζόμενες διαστάσεις.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κλίμακα διερεύνησης στάσης απέναντι στο – Death Attitude Profile-Revised- (DAP-R).**

Διαστάσεις της κλίμακας Death Attitude Profile– Revised (DAP-R)	Ελάχιστη- Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Φόβος Θανάτου	1,0-7,0	4,4 (1,3)	4,4 (3,6-5,4)
Αποφυγή Θανάτου	1,0-7,0	4,4 (1,4)	4,6 (3,4-5,6)
Ουδέτερη Αποδοχή	2,2-7,0	5,3 (0,9)	5,4 (4,8-6,0)
Αποδοχή Θανάτου	1,0-7,0	4,3 (1,3)	4,4 (3,8-5,2)
Θάνατος σαν μέσο διαφυγής	1,0-6,9	3,5 (1,2)	3,5 (2,7-4,3)

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας DAP-R. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου» και στις διαστάσεις «Αποφυγή θανάτου», «Αποδοχή θανάτου» και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», υποδεικνύοντας ότι οι συμμετέχοντες που έχουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, τείνουν να έχουν σημαντικά μεγαλύτερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου, ενώ παράλληλα τείνουν να βλέπουν τον θάνατο σαν μια ζωή μεταθανάτια καλύτερη από την τωρινή, καθώς και να θεωρούν ότι ο θάνατος αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνουν. Από την άλλη πλευρά, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος θανάτου» συσχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή», υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που έχουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, τείνουν να έχουν μία σημαντικά λιγότερο ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο. Επιπροσθέτως, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή» και της βαθμολογίας τους στις διαστάσεις «Αποδοχή θανάτου» και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που έχουν μία περισσότερο ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο, τείνουν να βλέπουν τον θάνατο σαν μια ζωή μεταθανάτια καλύτερη από την τωρινή, καθώς επίσης να θεωρούν ότι ο θάνατος αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνουν. Τέλος, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου» με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που βλέπουν τον θάνατο σαν μια ζωή μεταθανάτια καλύτερη από την τωρινή, τείνουν να θεωρούν ότι ο θάνατος αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνουν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Συντελεστής Συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας.**

		Αποφυγή Θανάτου	Ουδέτερη Αποδοχή	Αποδοχή Θανάτου	Θάνατος σαν μέσο διαφυγής
<b>Φόβος Θανάτου</b>	r	<b>0,57</b>	<b>-0,17</b>	<b>0,26</b>	<b>0,19</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,018</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,009</b>
<b>Αποφυγή Θανάτου</b>	r		-0,10	0,06	0,02
	P		0,145	0,440	0,781
<b>Ουδέτερη Αποδοχή</b>	r			<b>0,23</b>	<b>0,26</b>
	P			<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αποδοχή Θανάτου</b>	r				<b>0,77</b>
	P				<b>&lt;0,001</b>

Στον ακόλουθο πίνακα 7 δίνονται οι μέσες τιμές των κλιμάκων ανάλογα με το αν εργάζονται σε ογκολογικό ή γενικό νοσοκομείο:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Μέσες τιμές των διαστάσεων της κλίμακας DAP-R ανάλογα με τον χώρο εργασίας (Ογκολογικό- Γενικό Νοσοκομείο).**

	Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας				P*
	Ογκολογικό Νοσοκομείο		Γενικό Νοσοκομείο		
	Mean	SD	Mean	SD	
Φόβος Θανάτου	4,39	1,27	4,48	1,32	0,642
Αποφυγή Θανάτου	4,22	1,51	4,55	1,4	0,121
Ουδέτερη Αποδοχή	5,39	0,84	5,3	0,93	0,443
Αποδοχή Θανάτου	4,4	1,39	4,28	1,32	0,543

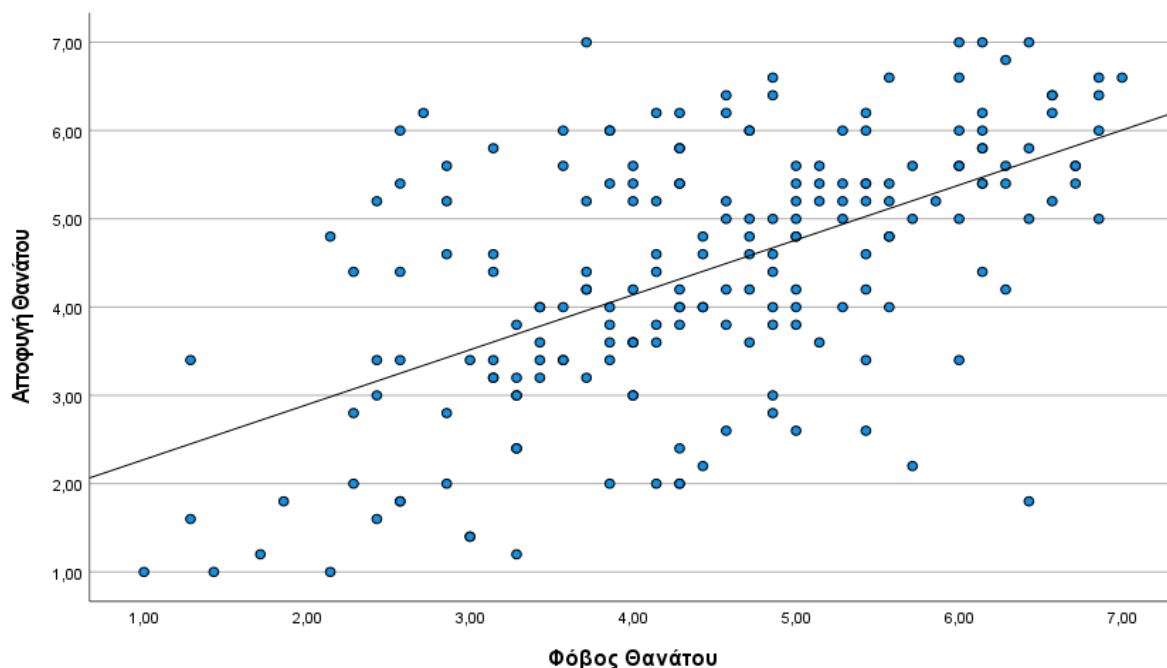
Θάνατος σαν μέσο διαφυγής	3,58	1,24	3,52	1,18	0,731
---------------------------	------	------	------	------	-------

\*student's t-test

Δεν βρέθηκε καμιά σημαντική διαφορά στις στάσεις απέναντι στο θάνατο ανάλογα με το αν εργάζονταν σε ογκολογικό ή γενικό νοσοκομείο.

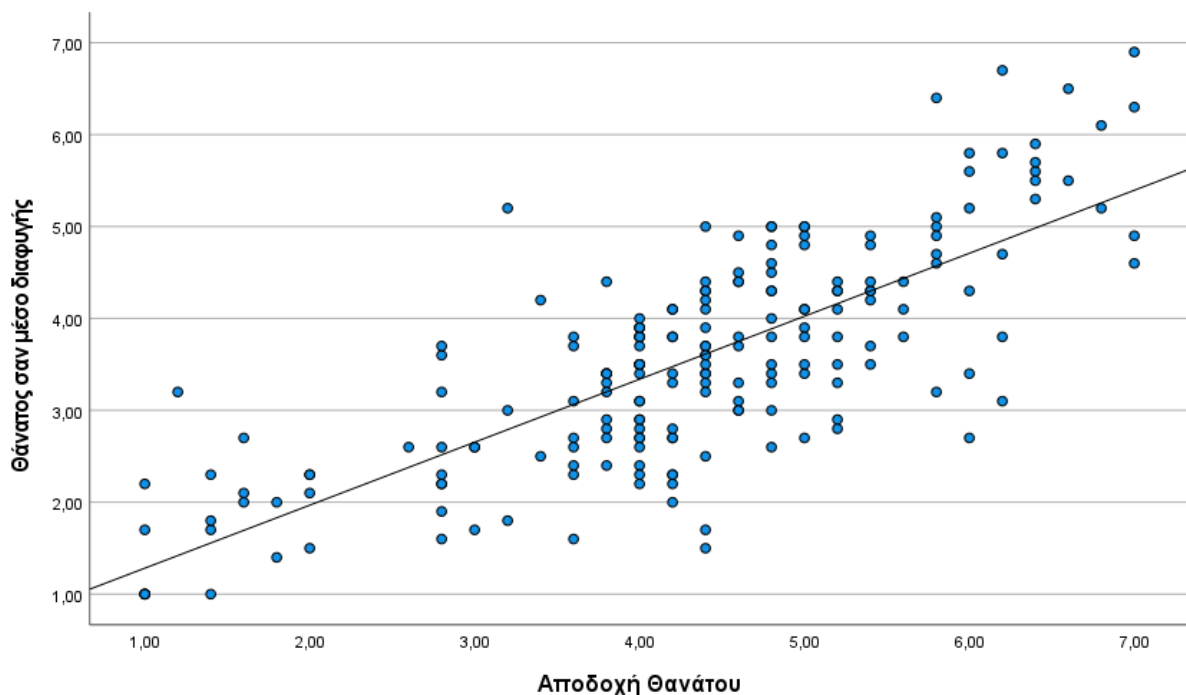
Στο γράφημα 1 σημείων δυο κατευθύνσεων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου» και της βαθμολογίας τους στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου». Αποτελείται από κουκίδες σε ένα σύστημα δύο αξόνων όπου κάθε ένα σημείο αντιπροσωπεύει ένα ζεύγος τιμών. Η εξαρτημένη μεταβλητή ορίζεται στον κάθετο άξονα ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή στον οριζόντιο άξονα. Οι κουκίδες αντιπροσωπεύουν τις τιμές από τα ζεύγη των δυο μεταβλητών αποφυγή θανάτου και φόβο θανάτου υποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνει η μια μεταβλητή τόσο αυξάνει αντίστοιχα και η άλλη μεταβλητή.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ» και «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟ».**



Στο γράφημα 2 σημείων δυο κατευθύνσεων που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου» και της βαθμολογίας τους στη διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής». Αποτελείται από κουκίδες σε ένα σύστημα δύο αξόνων όπου κάθε ένα σημείο αντιπροσωπεύει ένα ζεύγος τιμών. Η εξαρτημένη μεταβλητή ορίζεται στον κάθετο άξονα ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή στον οριζόντιο άξονα. Οι κουκίδες αντιπροσωπεύουν τις τιμές από τα ζεύγη των δυο μεταβλητών θανάτου σαν μέσο διαφυγής και αποδοχής υποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνει η μια μεταβλητή τόσο αυξάνει αντίστοιχα και η άλλη μεταβλητή.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ» και «ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ».**



Στον επόμενο πίνακα 8 παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με το εάν έχουν χάσει κάποιο άλλο πρόσωπο, υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που έχουν χάσει

κάποιο άλλο άτομο παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους.**

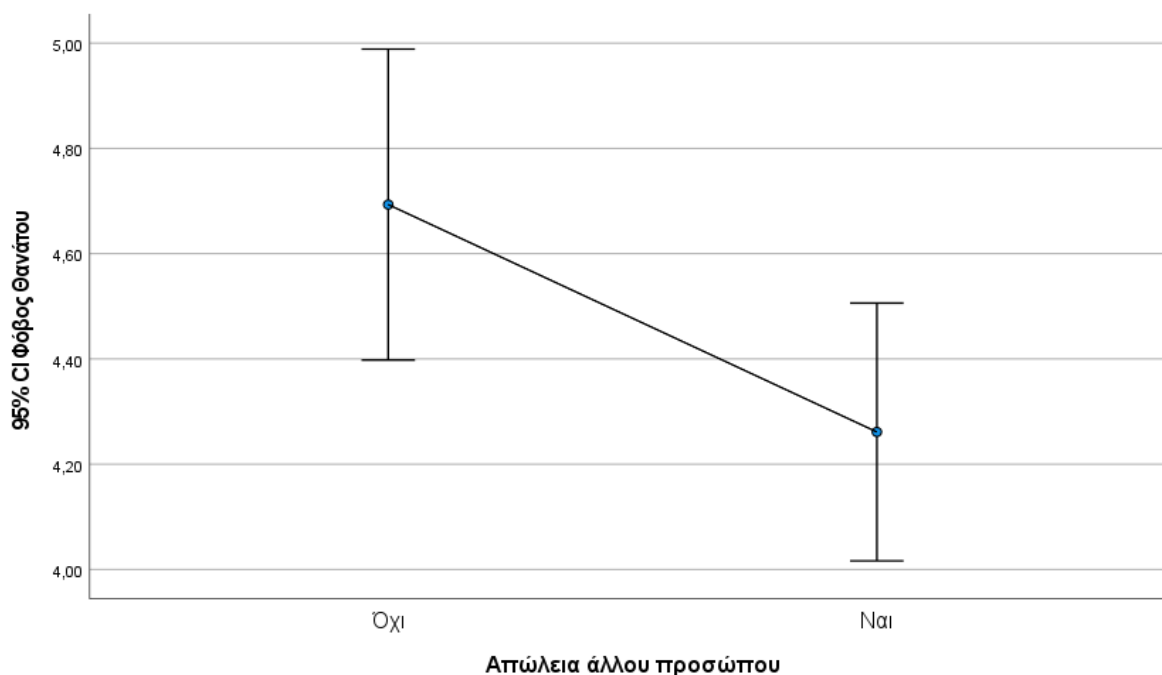
		Φόβος Θανάτου		P Independent sample s t-test
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο	Άντρας	4,1	1,4	0,171
	Γυναίκα	4,5	1,3	
Εθνικότητα	Ελληνική	4,4	1,3	0,945
	Άλλη	4,5	2,6	
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	4,5	1,4	0,951
	Έγγαμος	4,4	1,2	
Τα παιδιά είναι ανήλικα	Όχι	4,6	1,2	0,258
	Ναι	4,3	1,4	
Εκπαίδευση	Άλλο	4,3	1,4	0,056
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	4,6	1,2	
Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας	Αντικαρκινικό - Ογκολογικό	4,4	1,3	0,642
	Γενικό Νοσοκομείο	4,5	1,3	
Τμήμα εργασίας	Άλλο	4,6	1,3	0,104
	Χειρουργικό/ Παθολογικό	4,3	1,3	
Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή	Άλλο	4,3	1,2	0,568
	Κλινικός/ή Νοσηλευτής/-τρια	4,5	1,3	
Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα	Όχι	4,5	1,3	0,213
	Ναι	4,2	1,3	
Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου	Όχι	4,3	1,5	0,588
	Ναι	4,5	1,3	
<i>Αν ναι, προσδιορίστε:</i>				
Απώλεια συζύγου	Όχι	4,5	1,2	0,998
	Ναι	4,5	2,0	
Απώλεια γονέα	Όχι	4,3	1,3	0,075
	Ναι	4,6	1,2	
Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	<b>4,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,026</b>
	Ναι	<b>4,3</b>	<b>1,2</b>	
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	4,3	1,3	0,055
	Ναι	4,7	1,3	



Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Όχι/ Δεν γίνονται	4,5	1,3	0,582
	Ναι	4,3	0,8	

Στο γράφημα 3 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου», ανάλογα με το εάν έχουν χάσει κάποιο άλλο πρόσωπο. Η έντονη μαύρη κουκίδα αντιπροσωπεύει το μέσο όρο του φόβου θανάτου και οι άνω και κάτω μπάρα αντιπροσωπεύει το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου. Περιέχει δηλαδή την τιμή του δείγματος μεταξύ του εύρους της μεγαλύτερης και μικρότερης τιμής του. Το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει τις τιμές των παραμέτρων εκείνων που κατά τη δοκιμή, δεν πρέπει να απορρίπτεται με τον ίδιο δείγμα.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν έχουν χάσει κάποιο άλλο πρόσωπο.**



Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά

σημαντική διαφοροποίηση στην βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με το εάν έχουν βιώσει την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου, καθώς επίσης ανάλογα με το εάν έχουν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου, με τους συμμετέχοντες που έχουν βιώσει κάποια απώλεια να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας πως έχουν σημαντικά μεγαλύτερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου, ενώ αυτοί που έχουν λάβει καθοδήγηση να παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία υποδεικνύοντας πως έχουν σημαντικά μικρότερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου.

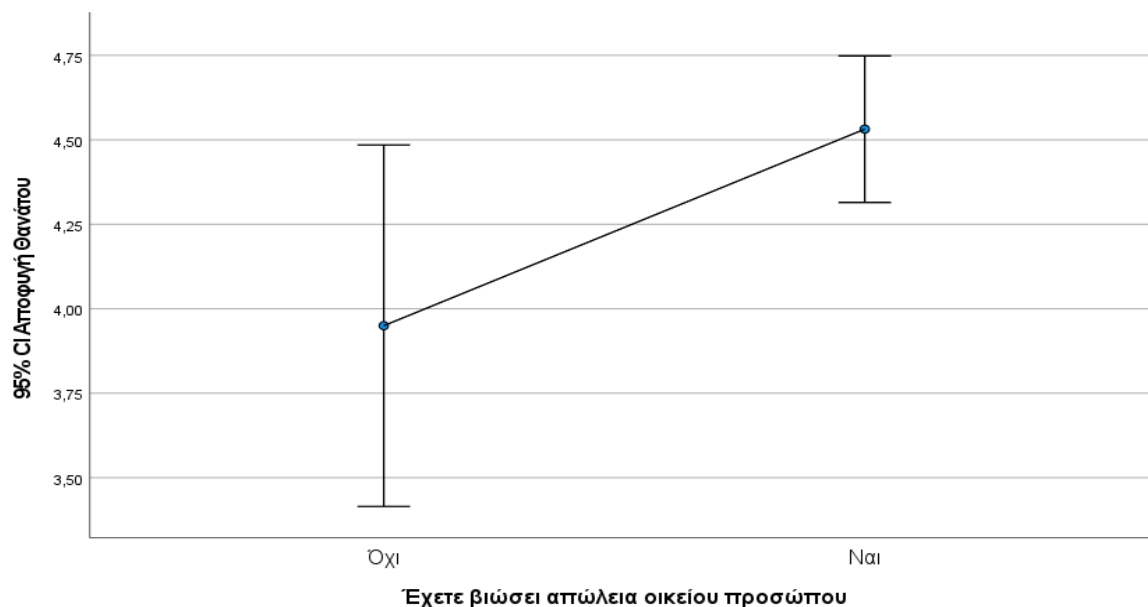
**ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους.**

		Αποφυγή θανάτου		P Independent samples t-test
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Φύλο</b>	Άντρας	4,2	1,6	0,447
	Γυναίκα	4,5	1,4	
<b>Εθνικότητα</b>	Ελληνική	4,4	1,4	0,816
	Άλλη	4,6	2,0	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άλλο	4,3	1,5	0,352
	Έγγαμος	4,5	1,4	
<b>Τα παιδιά είναι ανήλικα</b>	Όχι	4,8	1,1	0,087
	Ναι	4,4	1,5	
<b>Εκπαίδευση</b>	Άλλο	4,5	1,5	0,726
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	4,4	1,4	
<b>Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας</b>	Αντικαρκινικό - Ογκολογικό	4,2	1,5	0,120
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών	4,6	1,4	
<b>Τμήμα εργασίας</b>	Άλλο	4,6	1,4	0,063
	Χειρουργικό/ Παθολογικό	4,2	1,5	
<b>Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή</b>	Άλλο	4,1	1,3	0,198
	Κλινικός/ή Νοσηλευτής/-τρια	4,5	1,5	
<b>Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα</b>	Όχι	4,4	1,4	0,496
	Ναι	4,3	1,6	
<b>Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου</b>	Όχι	<b>4,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,036</b>
	Ναι	<b>4,5</b>	<b>1,4</b>	
<b>Αν ναι, προσδιορίστε:</b>				
<b>Απώλεια συζύγου</b>	Όχι	4,5	1,4	0,601
	Ναι	4,8	1,8	
<b>Απώλεια γονέα</b>	Όχι	4,4	1,4	0,451

	Ναι	4,6	1,4	
Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	4,7	1,5	0,279
	Ναι	4,4	1,4	
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	<b>4,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,017</b>
	Ναι	<b>4,3</b>	<b>1,5</b>	
Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Όχι/ Δεν γίνονται	4,4	1,5	0,599
	Ναι	4,6	1,2	

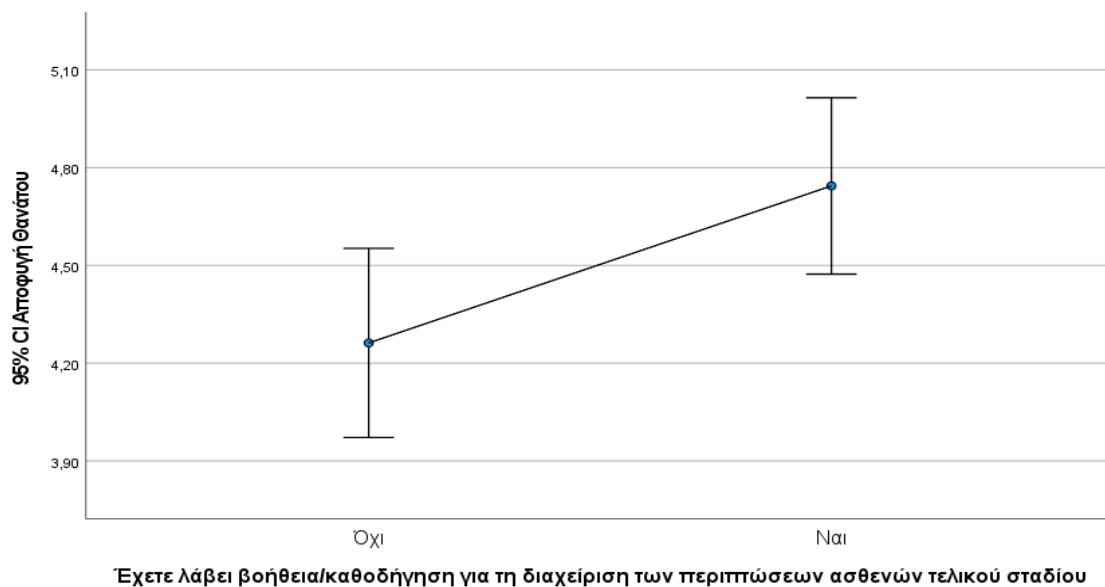
Στο γράφημα 4 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου», ανάλογα με το εάν έχουν βιώσει την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου. Η έντονη μαύρη κουκίδα αντιπροσωπεύει το μέσο όρο του αποφυγή θανάτου και οι άνω και κάτω μπάρα αντιπροσωπεύει το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν έχουν βιώσει την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου.**



Στο γράφημα 5 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου», ανάλογα με το εάν έχουν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου. Η έντονη μαύρη κουκίδα αντιπροσωπεύει το μέσο όρο της αποφυγή θανάτου και οι άνω και κάτω μπάρα αντιπροσωπεύει το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου. Περιέχει δηλαδή την τιμή του δείγματος μεταξύ του εύρους της μεγαλύτερης και μικρότερης τιμής του. Το διάστημα εμπιστοσύνης περιέχει τις τιμές των παραμέτρων εκείνων που κατά τη δοκιμή, δεν πρέπει να απορρίπτεται με τον ίδιο δείγμα.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν έχουν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου.**



Στον επόμενο πίνακα 10 παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με την εθνικότητά τους, με τους Έλληνες να παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας πως κρατούν μία σημαντικά λιγότερο ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που έχουν κάποια άλλη εθνικότητα.

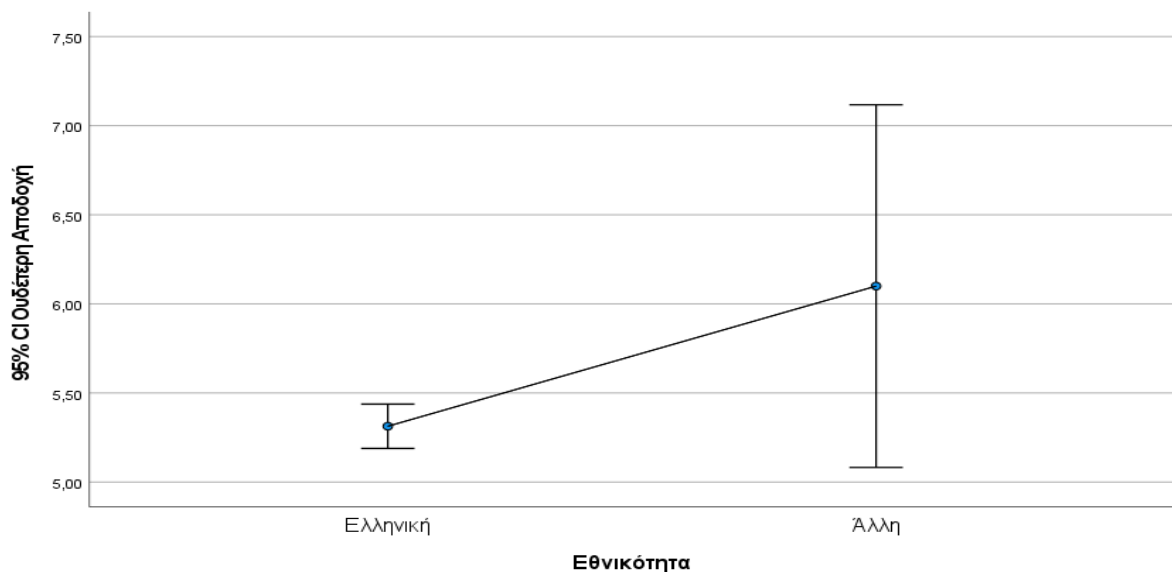
**ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ», σε σχέση με τα χαρακτηριστικά τους.**

		Ουδέτερη αποδοχή		P Independent samples t-test
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο	Άντρας	5,6	0,8	0,073
	Γυναίκα	5,3	0,9	
Εθνικότητα	Ελληνική	<b>5,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,034</b>
	Άλλη	<b>6,1</b>	<b>1,0</b>	
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	5,4	0,9	0,203
	Έγγαμος	5,3	0,9	
Τα παιδιά είναι ανήλικα	Όχι	5,3	1,0	0,660
	Ναι	5,4	0,9	
Εκπαίδευση	Άλλο	5,2	0,9	0,194
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	5,4	0,9	
Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας	Αντικαρκινικό - Ογκολογικό	5,4	0,8	0,443
	Γενικό Νοσοκομείο	5,3	0,9	
Τμήμα εργασίας	Άλλο	5,3	0,9	0,836
	Χειρουργικό/ Παθολογικό	5,3	0,9	
Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή	Άλλο	5,5	0,9	0,340
	Κλινικός/ή Νοσηλεύτης/-τρια	5,3	0,9	
Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα	Όχι	5,3	0,9	0,654
	Ναι	5,4	0,9	
Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου	Όχι	5,4	0,9	0,922
	Ναι	5,3	0,9	
<b>Αν ναι, προσδιορίστε:</b>				
Απώλεια συζύγου	Όχι	5,3	0,9	0,996
	Ναι	5,3	1,5	
Απώλεια γονέα	Όχι	5,3	0,9	0,621
	Ναι	5,4	1,0	
Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	5,4	1,0	0,204
	Ναι	5,3	0,8	
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	5,4	0,9	0,758
	Ναι	5,3	0,9	
	Όχι/ Δεν γίνονται	5,3	0,9	0,748

Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Ναι	5,3	0,8	
--	-----	-----	-----	--

Στο γράφημα 6 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή», ανάλογα με την εθνικότητά τους. Η έντονη μαύρη κουκίδα αντιπροσωπεύει το μέσο όρο της ουδέτερης αποφυγής και οι άνω και κάτω μπάρα αντιπροσωπεύει το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ», ανάλογα με την εθνικότητά τους.**



Στον πίνακα 11 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που είχαν βιώσει απώλεια οικείου τους προσώπου είχαν σημαντικά υψηλότερη

βαθμολογία στη διάσταση αυτή, υποδηλώνοντας περισσότερη αποδοχή του θανάτου, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν βιώσει τέτοια απώλεια.

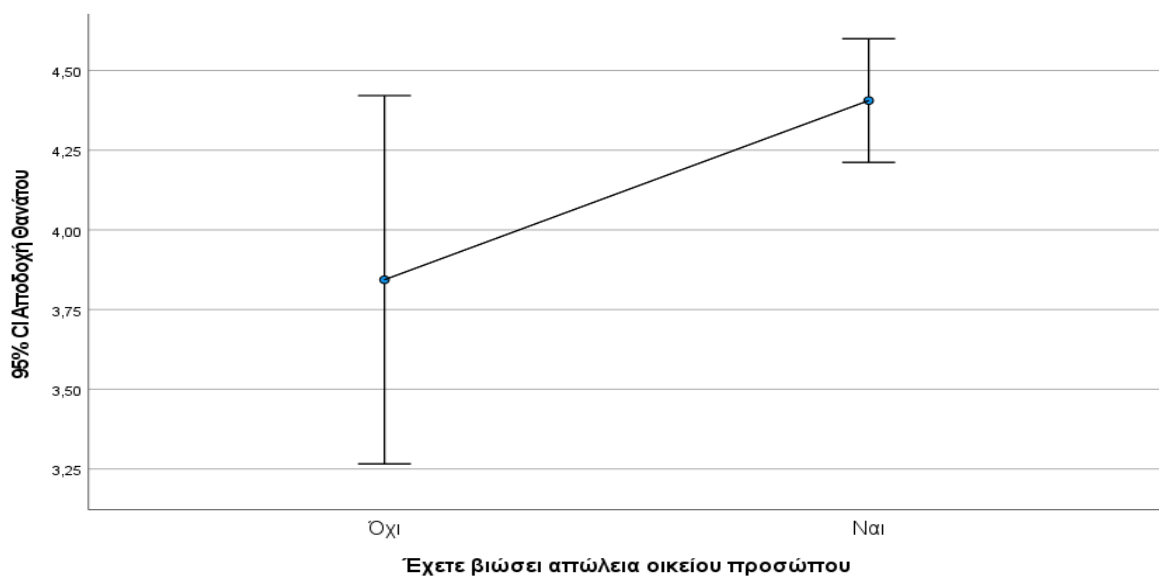
**ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», σε σχέση με τα χαρακτηριστικά τους.**

		Αποδοχή θανάτου		P Independent sample t-test
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Φύλο</b>	Άντρας	4,3	1,4	0,960
	Γυναίκα	4,3	1,3	
<b>Εθνικότητα</b>	Ελληνική	4,3	1,3	0,214
	Άλλη	5,0	2,0	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άλλο	4,4	1,3	0,458
	Έγγαμος	4,3	1,4	
<b>Τα παιδιά είναι ανήλικα</b>	Όχι	4,3	1,4	0,903
	Ναι	4,3	1,3	
<b>Εκπαίδευση</b>	Άλλο	4,3	1,3	0,741
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	4,3	1,4	
<b>Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας</b>	Αντικαρκινικό - Ογκολογικό	4,4	1,4	0,543
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών	4,3	1,3	
<b>Τμήμα εργασίας</b>	Άλλο	4,4	1,3	0,417
	Χειρουργικό/ Παθολογικό	4,3	1,4	
<b>Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή</b>	Άλλο	4,2	1,3	0,437
	Κλινικός/ή Νοσηλευτής/-τρια	4,3	1,4	
<b>Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα</b>	Όχι	4,4	1,3	0,420
	Ναι	4,2	1,4	
<b>Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου</b>	Όχι	<b>3,8</b>	1,6	<b>0,031</b>
	Ναι	<b>4,4</b>	1,3	
<b>Αν ναι, προσδιορίστε:</b>				
<b>Απώλεια συζύγου</b>	Όχι	4,4	1,2	0,480
	Ναι	3,9	2,0	
<b>Απώλεια γονέα</b>	Όχι	4,3	1,3	0,231
	Ναι	4,5	1,3	

Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	4,5	1,4	0,424
	Ναι	4,3	1,2	
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	4,3	1,4	0,510
	Ναι	4,4	1,2	
Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Όχι/ Δεν γίνονται	4,3	1,4	0,409
	Ναι	4,0	1,0	

Στο γράφημα 7 που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου», ανάλογα με το αν είχαν βιώσει απώλεια οικείου προσώπου ή όχι. Η έντονη μαύρη κουκίδα αντιπροσωπεύει το μέσο όρο της αποδοχής θανάτου και οι άνω και κάτω μπάρα αντιπροσωπεύει το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του μέσου όρου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ», ανάλογα με το εάν είχαν βιώσει απώλεια οικείου προσώπου ή όχι.**





Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Όπως φαίνεται, δεν παρουσιάστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Βαθμολογία συμμετεχόντων στη διάσταση «ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ», ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους.**

		Θάνατος σαν μέσο διαφυγής		P Independent samples t-test
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Φύλο</b>	Άντρας	3,8	1,3	0,165
	Γυναίκα	3,5	1,2	
<b>Εθνικότητα</b>	Ελληνική	3,5	1,2	0,071
	Άλλη	4,4	1,7	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άλλο	3,6	1,3	0,318
	Έγγαμος	3,5	1,1	
<b>Τα παιδιά είναι ανήλικα</b>	Όχι	3,6	1,2	0,294
	Ναι	3,4	1,1	
<b>Εκπαίδευση</b>	Άλλο	3,5	1,2	0,788
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο	3,6	1,2	
<b>Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας</b>	Αντικαρκινικό - Ογκολογικό	3,6	1,2	0,731
	Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών	3,5	1,2	
<b>Τμήμα εργασίας</b>	Άλλο	3,6	1,2	0,492
	Χειρουργικό/ Παθολογικό	3,5	1,2	
<b>Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή</b>	Άλλο	3,3	1,1	0,182
	Κλινικός/ή Νοσηλεύτης/-τρια	3,6	1,2	
<b>Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα</b>	Όχι	3,6	1,2	0,369
	Ναι	3,4	1,3	
<b>Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου</b>	Όχι	3,3	1,4	0,225
	Ναι	3,6	1,2	
<b>Απώλεια συζύγου</b>	Όχι	3,6	1,1	0,557

	Ναι	3,4	1,7	
Απώλεια γονέα	Όχι	3,5	1,1	0,379
	Ναι	3,7	1,2	
Απώλεια άλλου προσώπου	Όχι	3,7	1,3	0,426
	Ναι	3,5	1,1	
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου	Όχι	3,6	1,3	0,847
	Ναι	3,6	1,1	
Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε	Όχι/ Δεν γίνονται	3,5	1,2	0,935
	Ναι	3,5	1,0	

Στον επόμενο πίνακα 13 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας διερεύνησης της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο και διάφορων χαρακτηριστικών τους. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Φόβος θανάτου» και «Αποφυγή θανάτου» με το πλήθος των φορών που έρχονται σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει, υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τέτοιους ασθενείς, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις δύο διαστάσεις, γεγονός που σημαίνει ότι έχουν σημαντικά λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, καθώς και σημαντικά μικρότερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.** Συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας διερεύνησης της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο και διάφορων χαρακτηριστικών τους.

		Φόβος Θανάτου	Αποφυγή Θανάτου	Ουδέτερη Αποδοχή	Αποδοχή Θανάτου	Θάνατος σαν μέσο διαφυγής
Ηλικία	r	0,01	0,12	-0,01	0,03	0,04

	P	0,868	0,100	0,898	0,638	0,588
Αριθμός παιδιών	r	-0,03	0,03	-0,03	0,06	0,07
	P	0,723	0,770	0,706	0,477	0,447
Πόσα χρόνια εργάζεστε στον συγκεκριμένο χώρο / Νοσηλευτικό Ίδρυμα	r	0,05	0,13	-0,01	0,02	0,02
	P	0,476	0,070	0,920	0,771	0,756
Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά ως Νοσηλεύτης/τρια από την λήψη του πτυχίου σας	r	0,03	0,10	0,00	0,04	0,03
	P	0,721	0,179	0,969	0,607	0,712
Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει	r	<b>-0,21</b>	<b>-0,21</b>	-0,06	-0,12	-0,05
	P	<b>0,003</b>	<b>0,004</b>	0,435	0,093	0,474

Στον πίνακα 14 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στην βαθμολογία τους στη διάσταση «Φόβος θανάτου». Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που έρχονται σε επαφή πιο συχνά με ασθενείς που τελικά καταλήγουν παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος θανάτου», υποδεικνύοντας πως έχουν σημαντικά λιγότερο αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στη βαθμολογία τους στη διάσταση «ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ».**

Εξαρτημένη μεταβλητή: «Φόβος θανάτου»	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	p-value
Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει(αύξηση κατά 1 φορά)	-0,11	0,04	0,003

Στον πίνακα 15 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στην βαθμολογία τους στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου». Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που έρχονται σε επαφή πιο συχνά με ασθενείς που τελικά καταλήγουν παρουσιάζουν κατά 0,12 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή θανάτου», υποδεικνύοντας πως έχουν σημαντικά χαμηλότερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου, ενώ παράλληλα οι συμμετέχοντες που έχουν λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου, παρουσιάζουν κατά 0,44 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας πως έχουν σημαντικά χαμηλότερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών, στη βαθμολογία τους στην «ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ».**

Εξαρτημένη μεταβλητή: «Αποφυγή θανάτου»	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	p-value
Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει (αύξηση κατά 1 φορά)	-0,12	0,04	0,001
Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου(Ναι VSOχι)	-0,44	0,20	0,031

Στον πίνακα 16 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στην βαθμολογία τους στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή». Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που έχουν Ελληνική εθνικότητα παρουσιάζουν κατά -0,79 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που έχουν κάποια άλλη εθνικότητα, υποδεικνύοντας πως οι συμμετέχοντες που έχουν κάποια άλλη εθνικότητα έχουν περισσότερο ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με Ελληνική εθνικότητα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στην βαθμολογία στη διάσταση «ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ».**

<b>Εξαρτημένη μεταβλητή: «Ουδέτερη Αποδοχή»</b>	<b>Συντελεστής εξάρτησης (β)</b>	<b>Τυπικό σφάλμα (SE)</b>	<b>p-value</b>
<b>Εθνικότητα (Ελληνική VS Άλλη)</b>	-0,79	0,37	0,034

Στον πίνακα 17 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης μεταβλητών, σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στην βαθμολογία τους στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου». Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που είχαν βιώσει απώλεια οικείου προσώπου παρουσιάζουν κατά 0,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας περισσότερη αποδοχή του θάνατο, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν βιώσει τέτοια απώλεια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης για την επίδραση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, στη βαθμολογία στη στάση «ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ».**

<b>Εξαρτημένη μεταβλητή: «Αποδοχή θανάτου»</b>	<b>Συντελεστής εξάρτησης (β)</b>	<b>Τυπικό σφάλμα (SE)</b>	<b>p-value</b>
<b>Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου (Ναι VS Όχι)</b>	0,56	0,26	0,031

Τέλος, σημειώνεται πως αναφορικά με τη διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής» έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση αλλά δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτήν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της παρούσα έρευνας ήταν η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικού και μη Ογκολογικού Νοσηλευτικού προσωπικού τριών μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ Ογκολογικού και μη- Ογκολογικού νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τις στάσεις τους προς το θάνατο. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι ότι το νοσοκομείο «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», που επιλέχθηκε σαν Γενικό είναι το μεγαλύτερο στην Αττική και γενικά στην Ελλάδα, όπου εισάγονται πολλά και πολύ σοβαρά περιστατικά, με αποτέλεσμα να είναι αυξημένο το ποσοστό παροχής φροντίδας ατόμων τελικού σταδίου αλλά και το ποσοστό ασθενών που καταλήγουν. Πολύ συχνά εισάγονται και νοσηλεύονται ασθενείς στα διάφορα τμήματά του, **ανάλογα με την συγκεκριμένη νόσο την στιγμή εκείνη** χωρίς να αποκλείουν και τη σύγχρονη ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων όπως ο καρκίνος. Αυτό κάνει το Νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ευαισθητοποιημένο και εξοικειωμένο με την επαφή και νοσηλεία ασθενών με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και σύνθετες νοσηλευτικές διαγνώσεις με αποτέλεσμα να παρέχει φροντίδα τελικού σταδίου ή να φροντίζει ασθενείς που κατέληξαν και να συμπαραστέκεται στους οικείους αυτών. Επίσης, η ανάπτυξη της ιατρικής/ φαρμακευτικής και τεχνολογικής επιστήμης εμπλούτισε τη φαρέτρα των ιατρικών επιλογών σε προληπτικό και θεραπευτικό επίπεδο, με αποτέλεσμα στην εποχή μας να επιβιώνουν σε μεγάλο βαθμό οι ογκολογικοί ασθενείς που νοσηλεύονται σε ειδικά ή γενικά νοσοκομεία, από αυτόν καθ' αυτόν τον καρκίνο ή από τις παρενέργειες της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους. Η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των στάσεων απέναντι στο θάνατο του Νοσηλευτικού προσωπικού και των δύο ομάδων (Ογκολογικών και μη- Ογκολογικών), μπορεί να οφείλεται και στην ψυχική ανθεκτικότητά του η οποία αποκτάται κατά την άσκηση των καθηκόντων τους σε καθημερινή βάση και επηρεάζει στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει και ξεπερνάει τις αντιξοότητες και δυσκολίες κατά την άσκηση του επαγγέλματός του.

Διαπιστώθηκε ακόμα στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Φόβος θανάτου» και «Αποφυγή θανάτου» της κλίμακας DAP- R, με τη συχνότητα των επαφών τους με ασθενή που τελικά καταλήγει. Αυτό, υποδεικνύει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μέσω των σπουδών, την επίσημη βοήθεια/ καθοδήγησή τους σχετικά με τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου και την ανάλυση των προσωπικών συναισθημάτων τους, κατανοούν το θάνατο σαν στοιχείο της

εργασίας τους με αποτέλεσμα να μην έχουν αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, καθώς και να μπορούν να σκέφτονται θέματα που άπτονται σε αυτόν. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι εκείνοι που είχαν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση με σκοπό τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου, δεν τον φοβούνται και δεν τον απέφευγαν σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν λάβει την αντίστοιχη καθοδήγηση. Ως αποτέλεσμα, μπορούν με μεγαλύτερη ευκολία να σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου μετά από διερεύνηση και αναγνώριση των δικών του προσωπικών στάσεων και πεποιθήσεων απέναντι στον θάνατο (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.1999). Οι διαπιστώσεις αυτές είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των Wilson et al., 2011, όπου φάνηκε ότι η ομαδική ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλευτών βοηθάει στην ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών και δεξιοτήτων με σκοπό την καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση του θανάτου των ασθενών που φροντίζουν.

Η παρούσα εργασία έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου» και στις διαστάσεις «Αποφυγή θανάτου», «Αποδοχή θανάτου» και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», υποδεικνύοντας ότι εκείνοι που έχουν αρνητικά συναισθήματα και αντιλήψεις για τον θάνατο, τείνουν να έχουν μια σημαντικά μεγαλύτερη τάση να μην σκέφτονται θέματα που άπτονται του θανάτου ενώ παράλληλα τον βλέπουν σαν δίαυλο για μια καλύτερη μεταθανάτια ζωή από την τωρινή και θεωρούν ότι αντιπροσωπεύει τη λύτρωση απέναντι στα βάσανα, τις ταλαιπωρίες και τις δυσκολίες που βιώνουν. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα των άλλων ερευνών ( Lange et al., 2008 & Rooda LA et al., 1999). Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στην μικρότερη ανησυχία τους για θέματα θανάτου που πηγάζει από την πίστη στον Θεό και στην μεταθανάτιο ζωή (Κουτελέκος και συν 2011 & Παπαδόπουλος 2014 & Braun et al., 2010) αλλά και στις προσωπικές πεποιθήσεις τους απέναντι στη ζωή και στον θάνατο (Dalya Gordon et al., 2010).

Επίσης, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που είχαν βιώσει το θάνατο ενός οικείου προσώπου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου», υποδεικνύοντας μια τάση για μεγαλύτερη αποδοχή του θανάτου, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν βιώσει τέτοια απώλεια.

Όταν κάποιος έχει βιώσει απώλεια οικείου προσώπου, για να μπορέσει να αποδεχθεί αυτό καθ' αυτό το γεγονός, είναι πιθανόν να διανύσει όλα στάδια του πένθους (Kubler- Ross, 1969). Διαμέσου της διαδικασίας αυτής αποδέχεται τον θάνατο ως φυσική συνέχεια της ζωής, οπότε είναι πλέον εύκολο να συζητά για αυτό.



Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η Ελληνική εθνικότητα δεν είναι ουδέτερη απέναντι στο θάνατο όπως άλλες εθνικότητες. Δηλαδή άτομα που είχαν την ελληνική εθνικότητα φαίνεται ότι κρατούσαν λιγότερο τη στάση «ουδέτερη αποδοχή» απέναντι στο θάνατο γιατί ενδεχομένως ο θάνατος για αυτούς δεν είναι κάτι που τους αφήνει ουδέτερους αλλά είναι κάτι προσωπικό και σχετίζεται με την θρησκεία τους. Η πίστη τους στον Χριστιανισμό δεν τους αφήνει αδιάφορους απέναντι στο θάνατο γενικά, και ειδικά απέναντι σε εκείνον που καταλήγει αφού σύμφωνα με τον ορθόδοξο χριστιανισμό ο θάνατος αντιμετωπίζεται σαν «κοίμηση» και αποτελεί την οδό για την αιώνια μετά θάνατο ζωή με την ανάσταση των νεκρών (Γιαννουλάτου, 2006). Η εθνικότητα έχει ένα καθαρά ηθικό και πολιτιστικό χαρακτήρα. Έχει σχέση με τον πολιτισμό, τις ηθικές, τις αξίες, τη θρησκεία και τα έθιμα με τα οποία μεγάλωσε και ζει κάποιος. Ο Russell (2006), διατύπωσε την θρησκεία σαν φαινόμενο, με προσωπικές, ιδεολογικές, θεολογικές, κοινωνικές όψεις και όταν αυτές εναρμονίζονται μεταξύ τους τότε η θρησκευτικότητα επηρεάζει σημαντικά τη στάση ζωής των ανθρώπων. Η θρησκευτικότητα των Ελλήνων τους κάνει να μην έχουν ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο. Η άποψη αυτή έρχεται να συμφωνήσει με τα αποτελέσματα των Παπαδόπουλου, 2014 και Κουτελέκου και συν 2011, που δείχνουν ότι η πίστη των επαγγελματιών υγείας αλλά και η θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και η πίστη σε μια καλύτερη ζωή μετά τον θάνατο των φοιτητών τους ( Braun et al., 2010, Kristina Ek et al., 2014, Μπακαλίδου, 2019 ) σχετίζεται με θετικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στο θάνατο και με μικρότερη ανησυχία για τον θάνατο καθ' αυτόν. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο κέντρο ερευνών Pew (Pew Research Cente, 2019), οι Έλληνες έχουν την πρώτη θέση στην πεποίθηση ότι η πίστη στον Θεό ταυτίζεται με την ηθική. Επίσης είναι πρώτοι στον δυτικό κόσμο σε σχέση με τη σημασία που έχει η θρησκεία στη ζωή τους ενώ κατέχουν τη δεύτερη θέση σχετικά με τη σημασία που έχει ο Θεός και η προσευχή στη ζωή τους (<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/10/31>).

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η εκπαίδευση, ο χώρος εργασίας, η θέση εργασίας, η ειδικότητα δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στο θάνατο. Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με εκείνα των Waffa Gameet Mohamed et al., 2010, όπου διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε καμιά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας, χρόνια εμπειρίας στο χώρο εργασίας, ενώ είναι αντίθετα με την επικρατέστερη άποψη της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας όπου διαφαίνεται ότι οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν σημαντικά τη στάση απέναντι στο θάνατο. Συγκεκριμένα, το εύρημά μας έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Dunn et al (2005), που διαπίστωσε ότι η αντιμετώπιση του θανάτου ήταν πιο θετική σε εκείνους που είχαν μεγαλύτερη εμπειρία σε σχέση με εκείνους

που είχαν μικρότερη και έβλεπαν τον θάνατο σαν μία διέξοδο από την δύσκολη ζωή που βίωναν οι ασθενείς. Επίσης, οι Roman et al., 2001 έδειξαν σε μελέτη τους σε δείγμα Ισπανών ότι η στάση απέναντι στο θάνατο στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ήταν πιο θετική έναντι των πιο νέων. Η Μαλλιαρού (2012), έδειξε ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει θετικά την στάση των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο.

## **ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κατά την διάρκεια της μελέτης, διαπιστώθηκαν κάποιοι περιορισμοί οι οποίοι πρέπει να αναφερθούν. Συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή βασίστηκε σε δείγμα τριών μεγάλων νοσοκομείων ενηλίκων, ένα γενικό και δύο ειδικά αντικαρκινικά, στο λεκανοπέδιο της Αττικής και συγκεκριμένα στην Αθηνά και στον Πειραιά και δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, αφού δεν έχει συμπεριλάβει νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία ενηλίκων στην επαρχία αλλά ούτε νοσηλευτές που εργάζονται σε παιδιατρικά νοσοκομεία στην Ελλάδα, με απώτερο σκοπό την σύγκριση των στάσεων τους προσωπικού απέναντι σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα περιγραφική συγκριτική μελέτη διενεργήθηκε σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής και αφορούσε τη στάση του Νοσηλευτικού προσωπικού (Ογκολογικό και Μη-Ογκολογικό) απέναντι στο θάνατο. Για το σκοπό της μελέτης εξετάστηκαν οι παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν τις στάσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού. Κύριο εύρημα ήταν ότι οι στάσεις απέναντι στο θάνατο του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα συγκεκριμένα ογκολογικά νοσοκομεία και το γενικό νοσοκομείο δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά. Παράγοντες όπως η συχνή επαφή με ασθενείς που καταλήγουν, το βίωμα της απώλειας οικείου προσώπου, η βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου και η εθνικότητα βρέθηκε να επηρεάζουν τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και από την παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετές έρευνες οι οποίες μελετούν τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και άλλου προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Η διαφορετικότητα αλλά και σημαντικότητα της παρούσας μελέτης έγκειται στη σύγκριση που διενεργήθηκε για τις στάσεις απέναντι στο θάνατο μεταξύ του Νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε Γενικά νοσοκομεία και εκείνου που εργάζεται σε Ογκολογικά νοσοκομεία.

Στη συνέχεια προτείνονται τρόποι/ ενέργειες με σκοπό την θετική τροποποίηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο έτσι ώστε αφενός να διαχειρίζονται αυτές τους τις εμπειρίες και αφετέρου να προάγεται η υγεία του (σωματική και ψυχική).

Συγκεκριμένα:

- Τη δημιουργία μιας ομάδας αποφόρτισης με ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς και όχι μόνο η απλή συζήτηση με συναδέλφους που θα βοηθούσε πολλαπλά τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές. Θα τους βοηθούσε να καταλάβουν την στάση τους απέναντι σε θέματα ζωής και θανάτου και πως αυτή μπορεί να τους επηρεάσει σε μια αναμενόμενη ή όχι απώλεια. Θα τους έδινε την δυνατότητα να καταλάβουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, με σκοπό την αναζήτηση απαραίτητης βοήθειας προκειμένου να τα διαχειριστούν και όχι απλά να τα κρύψουν, ακόμα και από τον εαυτό τους.
- Την ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας που μέσω αυτής μπορεί να αναγνωρίσουν και να επεξεργαστούν τις δυσκολίες του επαγγέλματος τους ώστε αποφευχθεί η εμφάνιση μιας πιθανής «επαγγελματικής κόπωσης και εξουθένωσης» (burn out).

- Τον εμπλουτισμό της εκπαίδευσης όλων των βαθμίδων με μαθήματα που αναφέρονται στην σωστή ετοιμασία των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου αλλά και σε ασθενείς που καταλήγουν. Η εκπαίδευση να ενισχυθεί όχι μόνο σε θεωρητικό/ γνωστικό επίπεδο αλλά και σε βιωματικό. Η εφαρμογή διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης όπως με το παιχνίδι ρόλων, μελέτες περιπτώσεων, αλλά και την ανοικτή συζήτηση, θα βελτιώσει την ποιότητα νοσηλευτικής περίθαλψης των ασθενών τελικού σταδίου και την ανάγκη για παροχή υψηλής ποιότητας κατάρτισης και εκπαίδευσης των νοσηλευτών ώστε να ανταποκριθούν οι νοσηλευτές στις πολλές ανάγκες των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους, αντίστοιχα.
- Να ενταχθεί το μάθημα της Διαπολιτισμικής και Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής λόγω της πολυπολιτισμικότητας της εποχής μας, με σκοπό την ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας των νοσηλευτών, τη διαμόρφωση της επαγγελματικής τους ταυτότητας, τόσο στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των άλλων επαγγελματιών υγείας με τους οποίους συνεργάζονται όσο και απέναντι σε ασθενή με διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο, χωρίς κριτική και έκπτωση των καθηκόντων τους.
- Να ενισχυθεί ο ρόλος του επόπτη στην πρακτική άσκηση των φοιτητών/καταρτιζόμενων να τους παρακινεί για Αναστοχαστική προσέγγιση. Με τον τρόπο αυτό θα μπορέσουν να κατανοήσουν και να εκφράσουν τα σημεία εκείνα στα οποία ένιωσαν άβολα, στενάχωρα, ανεπαρκείς, ώστε να τα αντιμετωπίσουν και με αυτό τον τρόπο, να αναλυθούν και να βρεθούν εναλλακτικές λύσεις με τελικό αποτέλεσμα να διαμορφωθούν θετικές στάσεις σε σχέση με τον θάνατο.
- Να δίνεται η δυνατότητα της μετεκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, της παρακολούθησης σεμιναρίων/ ημερίδων, της εσωτερικής εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας τους, της ενίσχυσης της αλληλοεκπαίδευσης, της συμμετοχής τους σε προγράμματα Erasmus ανταλλαγής φοιτητών και προσωπικού σε άλλες χώρες για την γνωριμία νέων τρόπων εκπαίδευσης και στάσεων απέναντι σε ζητήματα ζωής και θανάτου με σκοπό την αλλαγή στάσης του απέναντι στο θάνατο.
- Να λαμβάνεται υπόψιν από τους αρμόδιους που ασχολούνται με την εκπαίδευση ενός κράτους αλλά και από τους εκπαιδευτές κατά τον σχεδιασμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης όλων των βαθμίδων της νοσηλευτικής, ότι ο πολιτισμός και η θρησκεία παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του εκπαιδευτικού περιεχομένου και κατάρτισης και εκπαίδευσης.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνεται ότι η εκπαίδευση και η διαδικασία της αυτογνωσία είναι απαραίτητη για την τη διαμόρφωση των στάσεων και πεποιθήσεων αλλά και τη διαχείριση του θανάτου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ali, W. G. M., & Ayoub, N. S. (2010). Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 1(1), 16-23.
- Attig, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- Barnett, R. C., & Brennan, R. T. (1995). The relationship between job experiences and psychological distress: A structural equation approach. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3), 259-276.
- Becker, C. A., Wright, G., & Schmit, K. (2017). Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied Nursing Research*, 33, 149-154.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American journal of critical care*, 15(1), 38-45.
- Barrett, S. (2006). *The New Lion Handbook: The World's Religions*. Reference Reviews.
- Bowker, J. (2006). *Ο Θάνατος και οι θρησκείες*. Αθήνα: ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ.
- Bowlby, J. (1968). Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. In *Eugenics society symposia* (Vol. 4, pp. 94-108). Oliver And Boyd .Bucay, J. (2012). *Ο Δρόμος των δακρύων. Μετάφραση Επισκοποπούλου Κωνσταντίνα*. Αθήνα: ΟΠΕΡΑ.
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010, January). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. In *Oncology nursing forum* (Vol. 37, No. 1, pp. E43-E49). Oncology Nursing Society.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. JB Baillière.
- Bryan, B. T., Gayed, A., Milligan-Saville, J. S., Madan, I., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Managers' response to mental health issues among their staff. *Occupational Medicine*, 68(7), 464-468.
- Cassol, H., D'Argembeau, A., Charland-Verville, V., Laureys, S., & Martial, C. (2019). Memories of near-death experiences: are they self-defining? *Neuroscience of consciousness*, 2019(1), niz002.
- Clark, D. (1993). *The sociology of death: theory, culture, practice*. Blackwell Publishers/The Sociological Review.
- Cui, J., Shen, F., Ma, X., & Zhao, J. (2011, November). What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 38, No. 6, pp. 402-408).
- Dalya Gordon, R. N., & Beatrice Uziely, M. D. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. In *Oncology nursing forum* (Vol. 37, No. 1, p. E43). Oncology Nursing Society.
- De Lange, F. P., Spronk, M., Willems, R. M., Toni, I., & Bekkering, H. (2008). Complementary systems for understanding action intentions. *Current biology*, 18(6), 454-457.
- Dijxhoorn, A. F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Healthcare professionals' work-related stress in palliative care: a cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Dorland's. *Ιατρικό Λεξικό Αγγλοελληνικό & Ελληνοαγγλικό*  
Μετάφραση- Επιμέλεια Αλέξανδρος Κ. Κατούλης, ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, 1989.

- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005, January). Nursing experience and the care of dying patients. In *Oncology nursing forum* (Vol. 32, No. 1).
- Egan, K. A., & Labyak, M. J. (2001). Hospice care: A model for quality end-of-life care. *Textbook of palliative nursing*, 7-26.
- Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, 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), 509-515.
- Gama, G., Vieira, M., & Barbosa, F. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267-273.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527-533.
- Choo, I. H., & Kim, E. (2020). Death Attitude, Death Anxiety and Knowledge toward Advance Directives among Nursing Students. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 34(2), 211-224.
- Corner, J., & Bailey, C. (2001). *Cancer nursing: care in context*.
- Corner, J., & Bailey, C. D. (Eds.). (2009). *Cancer nursing: care in context*. John Wiley & Sons.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. Ι. (2015). Ανακουφιστική φροντίδα.
- Hasheesh M. O. A., Al-Sayed, S., AboZeid, S. G. E. S., & Abdullah, D. (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*, 7(4).
- Heino, L., Stolt, M., & Haavisto, E. (2020). The practices and attitudes of nurses regarding palliative sedation: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 103859.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Iliceto, P., Pompili, M., Spencer-Thomas, S., Ferracuti, S., Erbutto, D., Lester, D., & Girardi, P. (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress*, 16(2), 143-152.
- Keramidas, P. (2004). Organizational and psychosocial factors in determining the degree of burnout in nurses. *Dipl. Work*, Patras.
- Khader, K. A., Jarrah, S. S., & Alasad, J. (2010). Influence of nurses characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 1-9.
- Kubler-Ross, E. *On death and dying*, New York, 1969.
- Kübler-Ross, E. Πλησιάζοντας τον θάνατο, μετάφραση Βαγγέλης Προβιάς, Ίκαρος, 2019.
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008, November). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. In *Oncology nursing forum* (Vol. 35, No. 6, p. 955).
- Lehto, R., & Stein, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept.
- Marcysiak, M., & Dąbrowska, O. (2013). Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. *Progress in Health Sciences*, 3(1).
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Mularski, R. A., Heine, C. E., Osborne, M. L., Ganzini, L., & Curtis, J. R. (2005). Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest*, 128(1), 280-287.
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2004). *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. New York, NY 10121-2289, USA First published.
- Penell, M. & Corner, J. (2009). Ανακουφιστικής Φροντίδα Και Καρκίνος. Στο Ε. Πατηράκη (Επιμ.), *Νοσηλευτική Ογκολογία: Το Πλαίσιο Φροντίδας* (σελ. 537-539). Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'connor, M., McDermott, F., Hood, K., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*, 7, 14.
- Radbruch L., Leget C., Bahr O. et al. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104-116.
- Pew Research Center. (2020). Ποια είναι η σχέση μεταξύ πίστης στον Θεό και ηθικής; Και πόσο σημαντικοί είναι ο Θεός και η προσευχή στη ζωή των ανθρώπων; Newsroom Iefimerida.gr.
- Román, EM., Sorribes, E., Ezquerro, O. Nurses' Attitudes to Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 34(3): 338–345.
- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999, November). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 26, No. 10, pp. 1683-1687).
- Russell, B. (2006). *Κείμενα για τη θρησκεία*. Εκδόσεις: Scripta, Αθήνα.
- Smith, H. (1994). *The illustrated world's religions: A guide to our wisdom traditions* (p. 256). San Francisco: HarperSanFrancisco.
- Steinberg, H., & Himmerich, H. (2012). Johann Christian August Heinroth (1773–1843): the first professor of psychiatry as a psychotherapist. *Journal of religion and health*, 51(2), 256-268.
- Vernant, J.P. (2012). *Το βλέμμα του θανάτου*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Wang, L., Li, C., Zhang, Q., & Li, Y. (2018). Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(1), 33-39.
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121.
- World Health Organization, (WHO). (2012). Defines palliative care. <https://www.publichealth.com.ng/who-definition-of-palliative-care>
- Cassileth, B. R. (2012). Palliative care: Progress, needs, and challenges. *Israel journal of health policy research*, 1(1), 1-3.
- World Health Organization, (WHO). (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
- Cruz-Oliver, D. M., Little, M. O., Woo, J., & Morley, J. E. (2017). End-of-life care in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 731.
- Xu, F., Huang, K., Wang, Y., Xu, Y., Ma, L., & Cao, Y. (2019). A questionnaire study on the attitude towards death of the nursing interns in eight teaching hospitals in Jiangsu, China. *BioMed research international*, 2019.
- Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., & Sarafis, P. (2011). GREEK RENAL NURSES' ATTITUDES TOWARDS DEATH. *Journal of renal care*, 37(2), 101-107.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδραχτάς Β. & Τερζάκης Φ. (2003). *Θάνατος και εσχατολογικά οράματα: θρησκευοϊστορικές προοπτικές*. Θεσσαλονίκη: Αρχέτυπο.



- Αδραχτάς Β. (2008). Οι θρησκείες του κόσμου. (μετάφραση στην ελληνική Αδραχτάς Β), Αθήνα: Εκδ. Ουρανός.
- Αλεξιάς Γ. (2010). Λόγος περί ζωής και θανάτου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αμαλλου Π., Κατσουλάκη Ε., Χιλιάρχκη Π., (2020). Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Πτυχιακή εργασία στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηρακλείου.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1999). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 177-179.
- Αναστασίου (Γιαννουλάτου), Αρχιεπισκόπου Τιράνων και πάσης Αλβανίας. (2006.) ΙΧΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΤΙΚΟΥ. Συλλογή θρησκευολογικών μελετημάτων. Αθήνα: ΑΚΡΙΤΑΣ.
- Γερογιάννη Γ. & Πλεξίδα Α. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. Το βήμα του Ασκληπιού, 7 (2), σ.σ. 113-119.
- Δήμου Α. & Χασιώτης Α.(2008). Ανακουφιστική Φροντίδα ασθενών με καρκίνο Τελικού Σταδίου. Διπλωματική εργασία. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας Και Προνοίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκης.
- Δημουλά Μ. (2017). Αξιολόγηση γνώσεων και στάσεων φοιτητών Νοσηλευτικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα. Διπλωματική εργασία στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Επιβατιανός Π. (1988). Ιατροδικαστική και Τοξικολογία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Θεοφίλου Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας, eΠεριοδικό επιστήμης και τεχνολογίας,41-50.
- Καλαϊτζάκη Α. (2019). Η Διαχείριση του Θανάτου, του Θρήνου και του Πένθους. Στο Ο. Γκοβίνα & Θ. Κωνσταντινίδης (Επιμ.), Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας- Από τη θεωρητική προσέγγιση στην κλινική φροντίδα (σελ.811- 814). Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- Κουτελέκος Ι., Γερογιάννη Γ.(2011). Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου. Το Βήμα του Ασκληπιού 10 (4):480 -489.
- Κωνσταντινίδης, Θ., & Φιλαλήθης, Α. (2013). Ο ρόλος των νοσηλευτών ογκολογίας στη νοσηλευτική φροντίδα ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 52(2), 117-130.
- Μαζαράκου Χ.(2013). Στάσεις και αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου. Διπλωματική εργασία στο ΠΜΣ Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σεραφείμ, Τ., Σωτηριάδου Κ., Θεοδοσοπούλου, Ε. (2011). Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) – Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στον θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4 (1), 14-26.
- Μαλλιάρου, Μ. (2012). Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και στο θάνατο.
- Μαλλισόβα, Ε., & Κάλλας, Ι. (2009). Ψυχικές και πνευματικές ανάγκες ασθενή τελικού σταδίου. Nosokomiaka Chronika, 71, 291-301.
- Μαργαρίτης, Γ. (1987). Philippe Ariès, L'homme devant la mort. Μνήμων, 11, 325-337.
- Μητσοπούλου Τ., (2013). ΑΓΧΟΣ: Φοβίες ( ή φοβικές διαταραχές). POSTER

- Μουλαρογιάννη Μ. (2018). Στάσεις και συναισθήματα του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου. Διπλωματική εργασία στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρας.
- Μπακαλίδου Χ. (2019). Στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Διπλωματική εργασία στο Εθνικό και Καποδιστριακό, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μπαμπινιώτης Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Δεύτερη έκδοση, ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε, Αθήνα,(2002),σελ. 842, 895, 1089, 1184.
- Ντολτό Φ. (2000). Μιλώντας για τον Θάνατο. Αθήνα: Πατάκης.
- Παπαγιάννη, Α. (2003). Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Press [41-60].
- Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (2009). Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδοπούλου Α., Αποστολάρα Π., Γαλάνης Π., & Καλοκαιρινού Α. (2018). Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3):48- 58.
- Παπαδόπουλος Δ. (2014). Η συμπεριφορά και αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Διπλωματική εργασία στο Π.Μ.Σ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Θεσσαλίας.
- Παπαστεργίου, Σ. (2019). Ο αλτρουισμός στα ιχνογραφήματα των παιδιών. Εφαρμογή προγράμματος. Ζητήματα Διδακτικής των Θρησκευτικών, 3, 472-504.
- Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. (2014). Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα, Πανεπιστημιακές παραδόσεις, Ενότητα Ε, Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης, επικαιροποίηση σε βασικές και εκπαίδευση σε νέες προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων, Αθήνα.
- Προβίας Β. (2019). Πλησιάζοντας τον θάνατο- Τα πέντε στάδια του πένθους. Αθήνα: Ίκαρος.
- Σκλάβου Μ. (2015). Πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές το θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Διπλωματική Εργασία. Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ», Λάρισα.
- Σοφού, Μ. (2018). Νέες μορφές θρησκευτικής έκφρασης στο διαδίκτυο: από τις offline στις online θρησκείες και η αξιοποίησή τους στην εκπαίδευση.
- Σκουμπουρδή Α., (2006). Μια πόλη μαγική. Αθήνα: Ι.ΣΙΔΕΡΗΣ.
- Τσουβαλτζίδου, Θ., Αλεξόπουλος, Ε., Βαγγέλη, Ε., Μεσολωρά, Φ., Δετοράκης, Ι., & Γελαστοπούλου, Ε. (2011). Επαγγελματικό στρες, εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας. Αχαϊκή Ιατρική, 30, 148-156.
- Υπουργείο Υγείας Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, (2019). Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα

## ΔΙΑΔΥΚΤΥΟ

Αποφθέγματα αρχαίων Ελλήνων για τον θάνατο.  
[https://www.pronews.gr/istoria/114644\\_apofthegmata-arhaion-ellinon-gia-ton-thanato](https://www.pronews.gr/istoria/114644_apofthegmata-arhaion-ellinon-gia-ton-thanato),  
 3/9/2021.

Κωνσταντινόπουλος Π. Πως το άγχος επηρεάζει το σώμα σας. <https://mediteam.gr/agchos-kai-soma>, 8/6/2021.

Μακρίδου Ά. Άγχος: σωματικές και ψυχικές συνέπειες. [https://www.psychology.gr/aghos-stress/429-anxiety-somatic-mental consequences.html](https://www.psychology.gr/aghos-stress/429-anxiety-somatic-mental-consequences.html), 1/9/2021.

Μετενσάρκωση. <https://www.impantokratoros.gr/metensarkosh.el.aspx>, 16/9/2021.

Νικολάου Ν. Το γεγονός του θανάτου στην Ορθοδοξία. [Pemptousia.gr/2014/12/85502](http://Pemptousia.gr/2014/12/85502), 20/5/2020.

Οι Έλληνες οι πιο θρήσκοι στην Ευρώπη -Ποιοι είναι οι λιγότερο ηθικοί. <https://www.iefimerida.gr/kosmos/ereyna-oi-ellines-oi-pio-thriskoi-stin-eyropi>, 20/3/2021.

Dr Hayley W., Dr Colin T. Psychosomatic Disorders. <https://patient.info/mental-health/psychosomatic-disorders>, 3/9/2021.

Greek attitudes toward religion, minorities align more with Central and Eastern Europe than West. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/10/31/greek-attitudes-toward-religion-minorities-align-more-with-central-and-eastern-europe-than-west/>, 8/6/2021.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

### «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΜΕΤΑΞΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ».

Λουκά Νίκη

Νοσηλεύτρια/ Εκπαιδεύτρια ΠΕ18

**Εισαγωγή:** Οι νοσηλευτές γενικά που εργάζονται σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν συχνά τον θάνατο ασθενών τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, επηρεάζονται από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά και από τις προσωπικές πεποιθήσεις και εμπειρίες τους.

**Σκοπός:** μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο που έχουν οι ογκολογικοί και μη ογκολογικοί νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», του Γενικού Αντικαρκινικού-Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και του Ειδικού αντικαρκινικού νοσοκομείου Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ».

**Μεθοδολογία:** Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 210 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», στο Γενικό Αντικαρκινικό- Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ. ΣΑΒΒΑΣ» και στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ». Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιονίου μέχρι και τον Οκτώβριο 2020. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ένα ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) για την αξιολόγηση των στάσεων του προσωπικού απέναντι στο θάνατο . Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε ώρα επιλογής των συμμετεχόντων, οι οποίοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν γραπτή συγκατάθεση. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v. 22.0.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα αποτέλεσαν 210 νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων εκ των οποίων το 61,4% εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» το 28,6% στο Γενικό Αντικαρκινικό-

Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ» και μόλις το 10% στο Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ». Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (86,7%) και η μέση ηλικία (σταθερή απόκλιση) ήταν 43(9,9) έτη. Το 97,1% ήταν Ελληνικής εθνικότητας, 49,0% ήταν πτυχιούχοι νοσηλευτές (απόφοιτοι ΤΕΙ/ Πανεπιστημίου) και 30,8% ήταν βοηθοί νοσηλευτών (απόφοιτος ΙΕΚ/ διетуός εκπαίδευσης). Το 84,6% δήλωσαν ότι είχαν βιώσει κάποια απώλεια αγαπημένου προσώπου και 54,2% δήλωσαν ότι έλαβαν βοήθεια/ καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου. Η συχνότητα εβδομαδιαίας επαφής τους με ασθενή που κατέληξε ήταν 1 (0-3). Δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ Ογκολογικών και μη Ογκολογικών νοσηλευτών όσον αφορά τις στάσεις τους προς το θάνατο. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου» με τις διαστάσεις «Αποφυγή θανάτου», ( $p < 0,001$ ), «Αποδοχή θανάτου», ( $p < 0,001$ ) και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», ( $p = 0,009$ ) και στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή» με τις διαστάσεις «Αποδοχή θανάτου», ( $p = 0,001$ ) και «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής», ( $p < 0,001$ ) όπως και στη διάσταση «Αποδοχή θανάτου» με την διάσταση «Θάνατος σαν μέσο διαφυγής» ( $p < 0,001$ ).

Διαπιστώθηκε επίσης, συσχέτιση της στάσης «Αποφυγή θανάτου» ( $p = 0,017$ ) το αν οι συμμετέχοντες είχαν λάβει βοήθεια/ καθοδήγηση με σκοπό τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου. Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε στις διαστάσεις «Φόβος θανάτου», ( $p = 0,003$ ) και «Αποφυγή θανάτου», ( $p = 0,004$ ) με την οποία οι συμμετέχοντες έρχονταν σε επαφή με ασθενή που καταλήγει. Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος θανάτου», ανάλογα με το εάν έχουν χάσει κάποιο άλλο πρόσωπο ( $p = 0,026$ ) και ανάλογα με την εθνικότητά τους, ( $p = 0,034$ ).

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η στάση απέναντι στο θάνατο είναι ανεξάρτητη από το χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (ειδικό ή γενικό νοσοκομείο/ κλινική). Συνεπώς η υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού με την κατάλληλη εκπαίδευση, σε όλα τα επίπεδα, σε θέματα που άπτονται του θανάτου και η αποφόρτισή τους, μπορεί να συμβάλλει στην διαχείριση των συναισθημάτων και στην αλλαγή των στάσεων τους απέναντι στο θάνατο. Απώτερος σκοπός είναι η καλύτερη εξατομικευμένη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου αλλά και ασθενών που καταλήγουν, διατηρώντας παράλληλα ένα υγιές νοσηλευτικό προσωπικό.

**Λέξεις- κλειδιά:** θάνατος, στάσεις, αντιλήψεις, νοσηλευτικό προσωπικό

## ABSTRACT

**Nickie Loukas**, RN, MSc, Teacher ΠΕ14, ΔΙΕΚ ΓΝΑ «GHA Evaggelismos – Ophthalmiatreio Athens – Policlinic», Postgraduate Program “Management of chronic diseases”, Specialty “Oncology and Palliative care”, Nursing Department, University of West Attica, Athens, Greece, «**Investigating oncology and non-oncology nurses death attitudes**»

**Background.** Nurses working in General and Special Oncological Hospital Units cope with end of life and death very often. Several Surveys have claimed that nurse’s toward death are affected by their demographic data and personal beliefs and experience.

**Aim:** The purpose of the study was to investigate the attitudes towards death of oncology and non-oncology nurses.

**Methods:** A total of 210 nurses and assistant nurses working at the General Hospital of Athens "EVANGELISMOS ", at the General Anticancer-Oncology Hospital of Athens "Agios Savvas" and at the Special Cancer Hospital of Piraeus" METAXA " took part in the present study. The study was conducted from June to October 2020. It were used the demographic questionnaire and the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) questionnaire to assess staff attitudes toward death. Participants were informed about the purpose of the research and signed a written consent. The statistical analysis was performed with the statistical package SPSS v. 22.0.

**Results:** The sample consisted of 210 nursing staff of all levels, of which 61.4% worked at the General Hospital of Athens "THE EVANGELISMOS - ATHENS OPHTHALMOLOGY - POLYCLINIC", 28.6% worked at the General Anticancer-Oncology Hospital “Agios Savvas” and 10% worked at the Special Anti-Cancer Hospital of Piraeus "METAXA". The majority were women (86.7%) and the mean age (sd) was 43 (9.9) years. 97.1% were of Greek nationality, 49.0% were graduate nurses (TEI / University graduates) and 30.8% were nursing assistants (IEK graduate / two-year training). 84.6% of the participants had experienced a loss of a loved one and 54.2% had received help / guidance in managing end-of-life patients. The frequency of participants weekly contact with a dying patient was 1 (0-3). No difference was found between Oncology and Non-Oncology nurses in their attitudes toward death. A statistically significant positive correlation was found between the scores of the participants in the dimension "Fear of death" with the dimensions "Avoidance of death", ( $p < 0.001$ ),

"Acceptance of death", ( $p < 0.001$ ) and "Death as a means of escape", ( $p = 0,009$ ) and in the dimension "Neutral acceptance" with the dimensions "Acceptance of death", ( $p = 0,001$ ) and "Death as a means of escape", ( $p < 0,001$ ) as well as in the dimension "Acceptance of death" with the dimension "Death as means of escape" ( $p < 0.001$ ). It was also found that the "Avoidance of Death" attitude ( $p = 0.017$ ) was correlated with whether the participants had received help / guidance in order to manage end-of life patients. Statistically significant negative correlation was presented in the attitude "Fear of death", ( $p = 0.003$ ) and "Avoidance of death" ( $p = 0.004$ ) with the frequency with which the participants experience a dying patient. Also, a statistically significant difference was found between participants score in the dimension "Fear of death" and those who lost a loved one ( $p = 0.026$ ) as well as those with Greek nationality ( $p = 0.034$ ).

**Conclusions:** According to our findings, the attitudes towards death is independent of the workplace of the nursing staff (special or general hospital / clinic). Therefore, supporting the nursing staff with appropriate training, at all levels, in matters related to death as well as their psychological support, can help nurses to manage their emotions and also change their attitudes towards death. The ultimate goal on the one hand is the best personalized care at the end-of-life stage and dying patients, and on the other hand to maintain a healthy nursing staff.

**Key- words:** death, attitudes, end life tasks, nursing staff

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

1. Αποφθέγματα
2. Περιγραφή εννοιών για την κατανόηση των θρησκειών
3. Έντυπα συναίνεσης
4. Ερευνητικά εργαλεία



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Παρουσιάζονται μερικά αποφθέγματα σχετικά με τον θάνατο:

- Αφού πλάσθηκες με θνητό σώμα, προσπάθησε να αφήσεις ανάμνηση της ψυχής σου. (Ισοκράτης)
- Ανδρών επιφανών πάσα γη τάφος. (Θουκυδίδης)
- Αυτόν που οι θεοί αγαπούν, πεθαίνει νέος. (Μένανδρος)
- Η άβυσσος του χρόνου είναι ο κοινός τάφος όλων. (Ασκληπιός)
- Η μόνη δύναμη που περιφρονεί τα δώρα είναι ο θάνατος.(Αριστοφάνης)
- Ας μη μου δώσει η μοίρα μου εις ξένην γην τον τάφον. (Ανδρέας Κάλβος)
- Δεν υπάρχει ζωή χωρίς λύπες, στενοχώριες, φροντίδες, βάσανα κι αρρώστιες. Απ' όλα αυτά ο θάνατος, σα γιατρός, μας απαλλάσσει με τον αιώνιο ύπνο. (Ευριπίδης)
- Το να μη γεννηθείς είναι ίσο προς τον θάνατο. (Ευριπίδης)
- Δεν υπάρχει καλύτερο πράγμα από το να πεθάνει κανείς τον καιρό που ευτυχεί. (Σωκράτης)
- Καλύτερα αξίζει ο θάνατος μια και καλή, παρά μια ζωή που όλες οι μέρες της είναι γεμάτες αγωνία και πόνο. (Αισχύλος)
- Οι άνθρωποι τρέμουν το θάνατο, όπως και τα μικρά παιδιά τρέμουνε το νυχτερινό σκοτάδι. (Ευριπίδης)
- Είναι αλήθεια, όταν πεθαίνουμε ένα κομμάτι μας ζει: το αθάνατο πνεύμα. (Όμηρος)
- Μηδένα πρό του τέλους μακάριζε.(Σόλων)
- Ο ύπνος είναι μικρός θάνατος. Και ο θάνατος, τι είναι; Μεγάλος ύπνος. (Κοσμάς ο Αιτωλός)
- Ο αποθανών δεδικαίωται. (Απόστολος Παύλος)
- Ό,τι γεννήθηκε είναι προορισμένο να πεθάνει. (Βούδας)
- Αυτός που πεθαίνει, με το θάνατό του ξεπληρώνει κάθε του χρέος. (Σαίξπηρ)
- Θάνατος είναι μια πανίσχυρη παγκόσμια αλήθεια. (Ντίκενς)
- Στο κάτω κάτω, να πεθαίνεις δεν είναι και άσχημο. (Α. Αϊνστάιν)
- Δεν πεθαίνει κανένας παρά μόνο μια φορά, και είναι για τόσο πολύ χρόνο! –(Μολιέρος)
- Δεν είναι που με τρομάζει ο θάνατος. Απλά δεν θα ήθελα να είμαι παρών όταν θα συμβεί.(Γούντυ Άλλεν)
- Κανένας πόνος της ζωής δεν είναι τόσο βαθύς, που να μπορεί να συγκριθεί με το θάνατο, αυτόν τον αιώνιο ανταγωνιστή της.(Φιοντόρ Ντοστογιέφσκι)
- Όλοι θέλουν να πάνε στον Παράδεισο, αλλά κανένας δεν θέλει να πεθάνει.(Joe Louis)
- Η σκέψη για το θάνατο είναι πιο αβάσταχτη παρά ο ίδιος ο θάνατος. (Μ. Μπόέτιος)
- Καλότυχοι οι νεκροί που λησμονάνε την πίκρια της ζωής. (Λορέντζος Μαβίλης)

- Αλάτι ο θάνατος και τη ζωή πολύ τη νοστιμίζει.( Νίκος Καζαντζάκης)
- Μην αναζητείς τον θάνατο. Ο θάνατος θα σε βρει. (Νταγκ Χάμερσκελντ)  
(www.sofa-logia.com>categories>death) και (www.pronews.gr>Ιστορία)

Η οπτική των αρχαίων Ελλήνων Φιλοσόφων για τον Θάνατο

Ο θάνατος δεν είναι τίποτε άλλο, παρά ο διαχωρισμός δύο πραγμάτων, του ενός απ' το άλλο, δηλαδή της ψυχής απ' το σώμα. ΠΛΑΤΩΝΑΣ (Γοργίας, 524B)

" Ο θάνατος τυγχάνει ων, ως εμοί δοκεί, ουδέν άλλο ή δυοίν πραγμάτοιν διάλυσις, της ψυχής και του σώματος απ' αλλήλου. "

Όταν επέρχεται ο θάνατος στον άνθρωπο, το μεν θνητό μέρος αυτού, καθώς φαίνεται, πεθαίνει, το δε αθάνατο, η ψυχή, σηκώνεται και φεύγει σώο και άφθαρτο. ΠΛΑΤΩΝΑΣ (Φαίδων, 10E)

" Επιόντος άρα θανάτου επί τον άνθρωπον, το μεν θνητόν, ως έοικεν, αυτού αποθνήσκει, το δ' αθάνατον, σώον και αδιάφθορον, οίχεται απιόν. "

Ωραία πραγματικά απόκρυφη διδασκαλία μας δόθηκε απ' τους θεούς, ότι δηλαδή ο θάνατος, όχι μόνο δεν είναι κακό (επιζήμιο) για τους ανθρώπους, αλλ' αντίθετα είναι ωφέλιμο πράγμα. Επιτάφιο επίγραμμα ιεροφάντη (Εφημερίδα Αρχαιολόγων 1883,σελ.81)

" Η καλόν εκ μακάρων μυστήριον, ου μόνον είναι τον θάνατον θνητοίς ου κακόν, αλλ' αγαθόν." Ο, τι πεθαίνει δε χάνεται, αλλά μένει μέσα στη φύση. ΜΑΡΚΟΥ ΑΥΡΗΛΙΟΥ (Τα εις Εαυτόν Η,ιη)

" Έξω του κόσμου το αποθανόν ου πίπτει. "Τίποτα δε διαφέρει ο θάνατος απ' τη ζωή.ΘΑΛΗΣ (Διογ.Λαερτ.Βιοι Φιλοσ.Ι,35)

" Ουδέν έφη τον θάνατον διαφέρειν του ζην. "Ο θάνατος τότε θα έλθει, όποτε οι Μοίρες ορίσουν. ΚΑΛΛΙΝΟΣ (Ανθολ.Στοβαίου ΝΑ,19)

" Θάνατος τότ' έσσειται όποτε κεν δη Μοίραι επικλώσωσι. "Ο ύπνος και ο θάνατος είναι δίδυμα αδέρφια. ΟΜΗΡΟΣ (Ιλιάς,Π,672)

" Ύπνω και θανάτω διδυμάοσιν . "Η ένωση της ψυχής με το σώμα δεν είναι με κανένα τρόπο ανώτερη απ' το χωρισμό τους. ΠΛΑΤΩΝΑΣ (Νόμοι,828D).

" Κοινωνία γαρ ψυχή και σώματι διαλύσεως ουκ έστιν η κρείττον. "

Όποιος απ' τους ανθρώπους φοβάται πολύ το θάνατο, γεννήθηκε μωρός. Η έννοια του θανάτου, ανήκει στη Μοίρα. Όταν έλθει ο καιρός, ακόμα και στ' ανάκτορα του Δία αν καταφύγεις, είναι αδύνατο να τον αποφύγεις. ΣΟΦΟΚΛΗΣ (Ανθολ.Στοβ.ΡΙΗ,12)

' Όστις δε θνητών θάνατον ορρωδεί λίαν, μωρός πέφυκε· τη τύχη μέλει τάδε· όταν δ' ο καιρός του θανείν ελθών τύχη, ουδ' αν προς αυλάς Ζηνός εκφύγει μολών. "

Πρέπει ν' ακολουθήσουμε την άποψη του Αναξαγόρα, εξ' αιτίας της οποίας αναφώνησε, όταν πέθανε το παιδί του: "Ἦξερα ὅτι γέννησα θνητό". ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΣ (Ηθικά,474D).

" Ἐξεστι γὰρ τὴν Ἀναξαγόρου διάθεσιν, ἀφ' ἧς ἐπὶ τὴ τελευταίῃ τοῦ παιδὸς ἀνεφώνησεν, " Ἦδειν θνητὸν γεννήσας". "

Πένθησε με μέτρο τους γνωστούς σου. Γιατί δεν έχουν πεθάνει, αλλά τον ίδιο δρόμο που όλοι αναγκαστικά θα περάσουμε, αυτοί τον πήραν πρώτοι. ΑΝΤΙΦΑΝΗΣ (Ανθολ.Στοβ.ΡΚΔ,27).

" Πενθεῖν δε μετρίως τοὺς προσήκοντας φίλους, οὐ γὰρ τεθνάσιν, ἀλλὰ τὴν αὐτὴν οδὸν, ἣν πᾶσιν ἐλθεῖν ἐστ' ἀναγκαίως ἔχον, προεληλύθασιν. "

Το θάνατο κανένας δε πρέπει να φοβάται, εκτός αν είναι εντελώς ανόητος και δειλός.Την αδικία όμως πρέπει να φοβάται. Γιατί, αν η ψυχή φτάσει στον Ἄδη με το βάρος των χειροτέρων αδικημάτων, θα είναι γι' αυτήν η μεγαλύτερη απ' όλες τις συμφορές. ΠΛΑΤΩΝΑΣ (Γοργίας,522E).

" Αὐτό μὲν τὸ ἀποθνήσκειν οὐδεὶς φοβεῖται, ὅστις μὴ παντάπασιν ἀλόγιστός τε καὶ ἀνανδρὸς ἐστί, τὸ δε ἀδικεῖν φοβεῖται. πολλῶν γὰρ ἀδικημάτων γέμοντα τὴν ψυχὴν εἰς Ἄιδου ἀφικέσθαι πάντων ἐσχατὸν κακῶν ἐστίν. "

Τους ανθρώπους ταράζουν όχι οι καταστάσεις που περνούν, αλλά οι ιδέες που έχουν γι' αυτές. Ο θάνατος δεν είναι κάτι φοβερό, γιατί τότε θα ήταν και για το Σωκράτη. Το θάνατο τον κάνει φοβερό η ιδέα ότι είναι φοβερός. ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ (Εγχειρίδιο,V).

" Ταράσσει τοὺς ἀνθρώπους οὐ τὰ πράγματα, ἀλλὰ τὰ περὶ τῶν πραγμάτων δόγματα, οἷον ὁ θάνατος οὐδὲν δεινόν, ἐπεὶ Σωκράτη ἀν εφαινετο· ἀλλὰ τὸ δόγμα τὸ περὶ τοῦ θανάτου διότι δεινόν, ἐκεῖνο τὸ δεινόν ἐστίν. "

Να μη πεις για οποιοδήποτε πράγμα ότι το "έχασα", αλλά ότι, το "απέδωσα". Πέθανε το παιδί σου; Απεδόθη. Πέθανε η γυναίκα σου; Απεδόθη. Σου κλέψανε τη περιουσία σου; Μα κι' αυτή απεδόθη. Όσο σου δίνεται να το έχεις, φρόντιζέ το, ως κάτι ξένο, όπως οι περαστικοί το ξενοδοχείο. ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ (Εγχειρίδιο,XI).

" Μὴδέποτε ἐπὶ μηδενὸς εἶπεις ὅτι "Ἀπώλεσα αὐτό", ἀλλ' ὅτι "Ἀπέδωκα". Το παιδίον ἀπέθανεν; ἀπεδόθη. Ἡ γυνὴ ἀπέθανεν; ἀπεδόθη. Το χωρίον ἀφηρέθη; Οὐκ οὐκ καὶ τούτο ἀπεδόθη... μέχρι δ' ἀν διδώ ὡς ἀλλοτρίου αὐτοῦ ἐπιμελοῦ, ὡς τοῦ πανδοχείου οἱ παριόντες. "

([https://www.istorikathemata.com/2012/04/blog-post\\_23.html](https://www.istorikathemata.com/2012/04/blog-post_23.html) ).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.

Περιγραφή εννοιών για την κατανόηση των θρησκειών :

α) Κισμέτ: «(στον ισλαμισμό) είναι η μοίρα, το πεπρωμένο, ό,τι θεωρείται γραφτό σε κάθε άνθρωπο» (Μπαμπινιώτης Γ., (2002), σελ.895).

β) Κάρμα: «(κατά την ινδουιστική διδασκαλία για την ύπαρξη μιας αλληλουχίας ζώων) η ηθική ενέργεια που απορρέει από τις πράξεις ή τις επιλογές ενός ατόμου, κατά τρόπον ώστε (μηχανικά και χωρίς θεία επέμβαση) να επηρεάσει τις περιστάσεις που θα αντιμετωπίσει στις επόμενες ζωές του(στις μελλοντικές μετενσαρκώσεις του), πράγμα που προκαθορίζει την ευτυχία ή τη δυστυχία του» (Μπαμπινιώτης Γ., (2002), σελ.842).

γ) Μετεμψύχωση: «είναι η μετάβαση ψυχής από ένα σώμα σε άλλο μετά το φυσικό θάνατο ή η αντίληψη κατά την οποία η κάθε ψυχή εγκαθίσταται διαδοχικά στα σώματα ανθρώπων ή ζώων ακόμη και φυτών, κατά τη διάρκεια πολλών ζωών, μέχρις ότου εξαγνιστεί εντελώς και φθάσει στην τελειότητα, οπότε και ενώνεται ή ταυτίζεται με το θείο» (Μπαμπινιώτης Γ., (2002), σελ.1089).

δ) Μετενσάρκωση: Εννοείται η ιδέα ότι η ψυχή μετά τον θάνατο δεν πεθαίνει αλλά αναγεννάτε σε νέο σώμα. (<https://www.impantokratoros.gr/metensarkosh.el.aspx>).

ε) Νιρβάνα: (στον βουδισμό) η κατάσταση μακαριότητας, στην οποία καταργείται η συναίσθηση τού «εγώ» και το άτομο απαλλάσσεται από κάθε επιθυμία ή πόνο και καταλήγει στην τελειότητα, την ένωση με το θείο ή η κατάσταση απάθειας στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, όταν δεν τον συγκινεί τίποτε από όσα συμβαίνουν γύρω του (Μπαμπινιώτης Δ. Γ.,2009, σελ.1184 ).

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

#### Έντυπο συναίνεσης συμμετοχής σε ερευνητική εργασία.

Η παρούσα έρευνα γίνεται στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα «Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη Ογκολογικών νοσηλευτών», στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με ειδίκευση στην «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα», του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Θεοδούλα Αδαμακίδου, Επίκουρη καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη-Ογκολογικών νοσηλευτών.

Άτομα που παίρνουν μέρος στη μελέτη: Θα συμμετάσχουν οι νοσηλευτές από τα νοσοκομεία Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», Γενικό Αντικαρκινικό- Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ», Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ».

Πιθανά οφέλη: Εκφράζεται η ελπίδα ότι η έρευνα αυτή θα συμβάλλει στην καλύτερη προετοιμασία των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, η οποία μπορεί να επιτευχθεί αφενός με την καλύτερη εκπαίδευση τους στην αντιμετώπιση ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους καθώς και του ίδιου του γεγονότος του θανάτου, και αφετέρου με τη λήψη μέτρων για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της επίδρασης του θανάτου στην καθημερινότητά τους και άρα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Πληροφορίες: Αν έχετε κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις γύρω από τον σκοπό ή τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας παρακαλώ ζητήστε μου να σας δώσω πληροφορίες.

Δημοσίευση δεδομένων: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την δημοσίευση των αποτελεσμάτων της με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες είναι ανώνυμες. Τα ερωτηματολόγια είναι αυστηρά ανώνυμα και προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Είστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε την συμμετοχή σας όποτε επιθυμείτε.

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας !

Ονοματεπώνυμο ερευνητή : ΛΟΥΚΑ ΝΙΚΗ

Κιν /μειλ: 6944394575 / nickie.louka@gmail.com

Κατανοώ και συναινώ με τα παραπάνω.

Μονογραφή συμμετέχοντος :

## ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑΞΑ

Ο ερευνητής Λουκά Νίκη του Σταύρου που κατοικεί στην οδό Ανατολικής Θράκης 2 Καισαριανή Τ.Κ 16122, ΑΦΜ ή ΑΔΤ (ένα από τα δύο) ΑΖ 251943 Τηλ. 6944394575 email [nickie.louka@gmail.com](mailto:nickie.louka@gmail.com) σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας και τις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού 2016/679, καθώς και της οδηγίας 95/46/ΕΚ, περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενημερώνει υπό την ιδιότητα του υπευθύνου επεξεργασίας, το φυσικό πρόσωπο που υπογράφει το συνημμένο ερωτηματολόγιο και την παρούσα δήλωση, για τα εξής:

### Α. ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΠΗΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα θα συλλεχθούν νόμιμα από τους νοσηλευτές του νοσοκομείου και θα είναι απλά και ευαίσθητα.

### Β. ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΡΗΣΗΣ

Σκοπός της συλλογής των δεδομένων είναι η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη Ογκολογικών νοσηλευτών και θα χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα «Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη Ογκολογικών νοσηλευτών», στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με ειδίκευση στην «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα», του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Τα ως άνω δεδομένα θα τηρούνται για χρονικό διάστημα 5 ετών, μετά την πάροδο των οποίων θα καταστρέφονται. Τα έγγραφα τα οποία φέρουν υπογραφή των συμβαλλομένων στα οποία καταχωρούνται προσωπικά δεδομένα θα τηρούνται σε έγχαρτη μορφή.

Απαγορεύεται η οποιαδήποτε περαιτέρω διάθεση/διαβίβαση των δεδομένων που θα συλλεχθούν καθώς και η επεξεργασία τους για σκοπό διαφορετικό από τον ως άνω αναφερόμενο.

### ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Με την υπογραφή της παρούσας δήλωσης, ο κάτωθι υπογεγραμμένος .....του ....., κάτοικος..... δηλώνω ότι εν πλήρει επιγνώσει, βασιζόμενος στην ελεύθερη και ανεμπόδιστη απόφαση μου, συμφωνώ, συναινώ και παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία όλων των προσωπικών μου δεδομένων - όπως αυτά αναφέρονται στο συνημμένο ερωτηματολόγιο που έχει συντάξει ο αναφερόμενος στο προοίμιο της παρούσης - αποκλειστικά για τον παραπάνω σκοπό και για το παραπάνω χρονικό διάστημα. Γνωρίζω το δικαίωμα πρόσβασής μου στα πιο πάνω δεδομένα, το δικαίωμα της εναντίωσης στην επεξεργασία τους, καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή.

Ημερομηνία  
ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ  
Υπογραφή

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

### Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών

#### 1. Φύλο:

1. Άντρας..... 2. Γυναίκα .....

#### 2. Ηλικία: .....

#### 3. Εθνικότητα:

1. Ελληνική:.....  
2. Άλλη: Σημειώστε χώρα .....

#### 4. Οικογενειακή Κατάσταση:

1. Άγαμος/η 3. Διαζευγμένος/η  
2. Έγγαμος/η 4. Χήρος/α  
5. Σύντροφο

#### 5. Αριθμός παιδιών (αν υπάρχουν): .....

#### 6. Τα παιδιά είναι ανήλικα; 1. Ναι 2. Όχι

#### 7. Εκπαίδευση:

1. Απόφοιτος ΤΕΙ/Πανεπιστήμιου  
2. Απόφοιτος ΙΕΚ/διετούς εκπαίδευσης  
3. Μεταπτυχιακό/διδακτορικό  
4. Άλλο, προσδιορίστε

#### 8. Χώρος/ Νοσηλευτικό Ίδρυμα εργασίας:

1. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»  
2. Γενικό Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ»  
3. Ειδικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ».

#### 9. Σημειώστε σε ποιο τμήμα εργάζεστε τώρα:



- |                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| 1. ΩΡΑ           | 7. Ουρολογικό               |
| 2. Δερματολογικό | 8. Ρευματολογικό            |
| 3. Καρδιολογικό  | 9. Νευρολογικό              |
| 4. Χειρουργικό   | 10. Ενδοκρινολογικό         |
| 5. Ορθοπεδικό    | 11. Νεφρολογικό             |
| 6. Παθολογικό    | 12. Άλλο (συμπληρώστε)..... |

**10. Πόσα χρόνια εργάζεστε στον συγκεκριμένο χώρο / Νοσηλευτικό Ίδρυμα?**

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1. έως 5 χρόνια | 4. 16-20 χρόνια              |
| 2. 6-10 χρόνια  | 5. περισσότερα από 20 χρόνια |
| 3. 11-15 χρόνια |                              |

**11. Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά ως Νοσηλεύτης/τρια από την λήψη του πτυχίου σας?**

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1. έως 5 χρόνια | 4. 16-20 χρόνια              |
| 2. 6-10 χρόνια  | 5. περισσότερα από 20 χρόνια |
| 3. 11-15 χρόνια |                              |

**12. Ποιά είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή?**

1. Κλινικός/ή Νοσηλεύτης/-τρια
2. Υπεύθυνος/-η Νοσηλευτικού Τμήματος
3. Προϊστάμενος/-η Νοσηλευτικού Τμήματος
4. Διευθυντής/-ντρια

**13. Έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα;            1. Ναι                            2. Όχι**

**14. Εάν έχετε Νοσηλευτική Ειδικότητα, ποια είναι αυτή; .....**

**15. Παρακαλώ συμπληρώστε πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει:.....**

**16. Έχετε βιώσει απώλεια οικείου προσώπου?**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. Ναι | 2. Όχι |
|--------|--------|

**17. Αν ναι, ήταν:**

- 1.Σύζυγος                      2.Παιδί  
3. Γονέας                      4.Άλλο σημαντικό πρόσωπο

**18. Έχετε λάβει βοήθεια/καθοδήγηση για τη διαχείριση των περιπτώσεων ασθενών τελικού σταδίου?**

1. Χωρίς καθοδήγηση  
2.Μεταπτυχιακό  
3.Σεμινάρια/Προγράμματα επιμόρφωσης  
4.Σεμινάρια Ανακουφιστικής Φροντίδας  
5.Καθοδήγηση από συναδέλφους

**19. Συμμετέχετε σε ομάδες για την υποστήριξη του προσωπικού και τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζεστε;**

1. Ναι, συμμετέχω                      2. Όχι, δεν συμμετέχω                      3.Δεν γίνονται ομάδες

**Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Στάσης Απέναντι στο Θάνατο (DAP-R)**

**Παρακαλούμε προσδιορίστε την επιλογή που ανταποκρίνεται περισσότερο στις απόψεις σας.**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ μερικώς	Αβέβαιος /η	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1.Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	1	2	3	4	5	6	7
2.Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	1	2	3	4	5	6	7

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ μερικώς	Αβέβαιος /η	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
3.Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	1	2	3	4	5	6	7
4.Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	1	2	3	4	5	6	7
5.Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	1	2	3	4	5	6	7
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	1	2	3	4	5	6	7
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	1	2	3	4	5	6	7
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	1	2	3	4	5	6	7
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	1	2	3	4	5	6	7
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται	1	2	3	4	5	6	7

στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά							
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα	1	2	3	4	5	6	7
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	1	2	3	4	5	6	7
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο	1	2	3	4	5	6	7
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	1	2	3	4	5	6	7
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	1	2	3	4	5	6	7
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	1	2	3	4	5	6	7
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	1	2	3	4	5	6	7
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	1	2	3	4	5	6	7
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το	1	2	3	4	5	6	7

θάνατο από κάθε άποψη							
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	1	2	3	4	5	6	7
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	1	2	3	4	5	6	7
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	1	2	3	4	5	6	7
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	1	2	3	4	5	6	7
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	1	2	3	4	5	6	7
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	1	2	3	4	5	6	7
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	1	2	3	4	5	6	7
27. Ο θάνατος προσφέρει μία	1	2	3	4	5	6	7

υπέροχη ανακούφιση της ψυχής							
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	1	2	3	4	5	6	7
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	1	2	3	4	5	6	7
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	1	2	3	4	5	6	7
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	1	2	3	4	5	6	7
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	1	2	3	4	5	6	7

**Ευχαριστούμε για το χρόνο και τη συνεργασία σας.**

## **ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ**

Dear Sir Wong,

My name is Loukas Niki and I am a student of the Postgraduate Program "Management of Chronic Diseases" specializing in Oncology and Palliative Care at the University of Western Attica ([www.uniwa.gr](http://www.uniwa.gr)) in Athens. Supervisor of my thesis is Adamakidou thei, Assistant Professor , University of Western Attica.

Literature surveillance reveals your DAP-R questionnaire, thoroughly studied and balanced by your scientific team, as the most suitable to be incorporated in my thesis entitled "Investigating Attitudes Toward Death in Nurses working in Oncologic and non- Oncologic Departments". I would really appreciate your permission to use it.

Let me know , as soon as possible, since it is mandatory to start my scientific procedure.

Do not hesitate to suggest me any possible proposals/advise in case you have contraries

Thanks in advance.

Kind regard

Loukas Niki

Mobile 6944394575

Email [nickie.loukas@gmail.com](mailto:nickie.loukas@gmail.com)

Application for DAP-R questionnaire ▶ Εισερχόμενο x



Niki Louka

19 Δεκ 2019, 6:32 π.μ. ☆



Tim Yu <[timothy.tfm.yu@gmail.com](mailto:timothy.tfm.yu@gmail.com)>  
προς Dilys, Paul, εγώ ▾

19 Δεκ 2019, 6:35 μ.μ. ☆ ↶ ⋮

🇬🇷 Αγγλικά ▾ > 🇬🇷 Ελληνικά ▾ [Μετάφραση μηνύματος](#)

[Απενεργοποίηση για: Αγγλικά](#) x

Hi Loukas,

I'm Dr. Paul T. P. Wong's assistant. Just informing you that Dr. Wong has given you permission to use his DAP-R questionnaire. You could either access it through his website by [clicking here](#), or see the attached pdf file below.

Thanks,

Tim





**Niki Louka** <nickie.louka@gmail.com>

προς malliarou ▾

4 Νοε 2019, 7:22 μ.μ.



Αγαπητή κυρία Μαλλιάρου Μαρία

Λέγομαι Λουκά Νίκη και είμαι φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο "Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων" με ειδίκευση Ογκολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ([www.uniwa.gr](http://www.uniwa.gr)).

Σας παρακαλώ όπως μου επιτρέψετε να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο DAP-R, όπου η στάθμιση της Ελληνικής έκδοσης έγινε από εσάς και την ομάδα σας στην διπλωματική μου εργασία με θέμα "Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη νοσηλευτών".

Ευχαριστώ.

Με εκτίμηση

Λουκά Νίκη

κιν. 6944394575

email [nickie.louka@gmail.com](mailto:nickie.louka@gmail.com)

Διεύθ. Ανατολικής Θράκης 2

T.K.16122

Καισαριανή



**Dr Maria Malliarou** <mmalliarou@gmail.com>

προς εγώ ▾

10 Νοε 2019, 9:39 μ.μ.



Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο DAP-R. Σας αποστέλλω το άρθρο που αφορά στη στάθμιση του εργαλείου για να το χρησιμοποιήσετε

Dr. Maria Malliarou RN, MSc, MHA, PhD

Associate Professor

University of Thessaly

Academic Tutor at Hellenic Open University, (MSc Health Care Management)

Work Address: University of Thessaly, Gaiopolis, Larissa-Trikala Ring Road, zip 41100, Larissa, Greece.

mobile +306944796499

email [mmalliarou@gmail.com](mailto:mmalliarou@gmail.com).

## **Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses**

**Thalia Bellali, PhD, RN**

*Alexandrio Technological Educational Institute, Thessaloniki, Greece*

**Ioanna Giannopoulou, MMedSci, PhD**

*Center for Mental Health Services of Peristeri, Athens, Greece*

**Zoi Tsourti, PhD**

*Frontier Science Foundation-Hellas, Athens, Greece*

**Maria Malliarou, PhD, RN**

*Technological Educational Institute of Thessaly, Larisa, Greece*

**Pavlos Sarafis, PhD, RN**

*Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus*

**Evgenia Minasidou, PhD, RN**

*Alexandrio Technological Educational Institute, Thessaloniki, Greece*

**Danai Papadatou, PhD**

*National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

**Background and Purpose:** This study aimed to examine the psychometric properties of the Revised Death Attitude Profile (DAP-R) in a sample of Greek nurses and nursing students. **Methods:** A convenience sample ( $n = 934$ ) was used from six National Health System hospitals, and two University Schools of Nursing in central and northern Greece completed the Greek version of the DAP-R (Gr-DAP-R). **Results:** Principal component analysis with varimax rotation revealed a six-factor solution, including approach acceptance, death avoidance, escape acceptance, neutral acceptance, fear of death, and after death concerns. The internal consistency for each of the subscales ranged from 0.64 to 0.88. Intercorrelations between the Gr-DAP-R subscales supported the relative independence of death attitudes dimensions. **Conclusions:** The Gr-DAP-R can be used as a research and clinical tool in assessing death attitudes among Greek nurses.

**Keywords:** Death Attitude Profile-Revised; exploratory factor analysis; instrument; nursing; principal component analysis; psychometric properties



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-  
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-  
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 26-2-2020  
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. 48

Προς:  
Την κ. Λουκά Νίκη

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή Εργασία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 2<sup>η</sup> Τακτική Συνεδρίαση της 25-2-2020 συζήτησε το αίτημά σας για διεξαγωγή μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα: **«Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο μεταξύ ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών»** που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου. Το Επιστημονικό Συμβούλιο, ομόφωνα, εγκρίνει το αίτημα, δεδομένης και της σύμφωνης γνώμης του Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ.Δ.Πιστόλα και του γεγονότος ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου από τη διεξαγωγή της έρευνας.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

  
Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΣ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» Ν.Π.Δ.Δ.  
Δ/ση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171 – 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 210 - 64 09 000 , Fax: 210 - 64 20 146

Αθήνα, 20-2-2020

Αρ. Πρωτ. 5946/Φ.448  
20-2-2020

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
**ΑΝΑΠΛ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ**  
Δ/της - Επιστ. Υπεύθυνος  
Τμήματος Νεώτερων Απεικονιστικών Μεθόδων

ΠΡΟΣ  
Διοίκηση  
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 18-02-2020, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αρ. πρωτ. 4027/06-02-2020 αίτημα της κ. Λουκά Νίκης, η οποία, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, εκπονεί διπλωματική εργασία με τίτλο: «Διερεύνηση των Στάσεων Απέναντι στον Θάνατο Μεταξύ Ογκολογικών και Μη Ογκολογικών Νοσηλευτών».

Τα μέλη του Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα της κ. Λουκά να διεξαγάγει έρευνα σε μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας».

Η έρευνήτρια δεσμεύεται για τα εξής:

- Να μην υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκομένων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερευνητικής εργασίας να κατατεθεί αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.

Ο Αναπληρωτής Πρόεδρος  
του Επιστημονικού Συμβουλίου

1<sup>η</sup> Υ.Π.Ε.  
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»  
ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΕΩΤΕΡΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ  
ΑΞΟΝΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ - ΠΑΤΗΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ  
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ ΙΑΤΡΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ  
ΑΔΚΑ: 14165603691  
Φ.Υ.Σ.Υ. 054493

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΜΕΤΑΞΑ  
ΜΠΟΤΑΣΗ 51 - 185 37 ΠΕΙΡΑΙΑΣ  
ΤΗΛ : 2132079100

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΔΣ

ΑΡΙΘΜ.9/3-8-2020

Σήμερα, ημέρα Δευτέρα 3/8/2020 και ώρα 12.00μμ., στην αίθουσα συνεδριάσεων του Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ Μπόταση 51, συνήλθε το Δ.Σ. σε τακτική συνεδρίαση ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. Τουμπέκης Χαράλαμπος  
Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. Ευσταθόπουλος Σοράντος

Τα μέλη του Δ.Σ.  
Παναγόπουλος Κωνσταντός-Γεώργιος  
Αγαλοπούλου Ευαγγελία  
Λάμπρου Παναγιώτης  
Κωτισπούλου Μαρία  
Βίτσα Γεωργία  
Η Γραμματέας του Δ.Σ. Βασταρδή Μαρία

Στη συνεδρίαση παρευρέθησαν η δικηγόρος του κ. Αρβανίτη Μ., η οποία κατά τη λήψη των αποφάσεων απεχώρησε.

Στη συνεδρίαση δεν παρευρέθηκαν το τακτικό μέλος κα Ευαγγελία Αγαλοπούλου, καθώς και τα τακτικά αιρετά μέλη, τα οποία αν και προσκλήθηκαν εμπρόθεσμα και νόμιμα, ούτε και τα αναπληρωματικά τους. Επειδή, όμως υπήρχε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε τις εργασίες του.

**ΘΕΜΑ 15.** Έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας κ. Λουκά Νίκης.

Το Δ.Σ μετά από διαλογική συζήτηση και αφού έλαβε υπόψη:

- α) την υπ' αριθ. Πρωτ. 12355/13-8-2020 εισήγηση
- β) την υπ' αριθμ. 8968/18-6-2020 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου
- γ) τη συγκατάθεση και το ενημερωτικό σημείωμα, τα οποία συνοδεύουν το ερωτηματολόγιο
- δ) τις επισυναπτόμενες υπεύθυνες δηλώσεις

**ομόφωνα αποφασίζει**

την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση των στάσεων, απέναντι στο θάνατο μεταξύ Ογκολογικών και μη Ογκολογικών νοσηλευτών», του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων», του Πανεπιστημίου Δυτική Αττικής και σύμφωνα με υπεύθυνη δήλωση του ερευνητή ότι για τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων:

- α) δεν θα συλλεχθούν τα ερωτηματολόγια χωρίς τη λήψη προηγούμενης συγκατάθεσης από τον κάθε ερωτώμενο εργαζόμενο νοσηλευτή
- β) οι συγκαταθέσεις των ερωτώμενων εργαζόμενων νοσηλευτών θα πρέπει να επιστραφούν στο Νοσοκομείο είτε σε φωτοτυπία είτε πρωτότυπες
- γ) αντίτυπο συγκατάθεσης θα δοθεί στον κάθε ερωτώμενο εργαζόμενο νοσηλευτή.
- δ) αντίτυπο συγκατάθεσης των ερωτώμενων θα κρατηθεί αντίστοιχα και από τους ερευνητές Λουκά Νίκη και Αδαμακίδου Θεοδούλα.

με τη προϋπόθεση να δοθεί αντίγραφο της ερευνητικής εργασίας στην 2η ΥΠΕ και στο νοσοκομείο μετά την ολοκλήρωσή της, να τηρηθεί ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας στο Νοσοκομείο μας από 1/9/2020 έως 1/12/2020 και ότι ουδεμία οικονομική ή άλλη απαίτηση έχει από το νοσοκομείο για οποιαδήποτε λόγο εξ οιασδήποτε αιτίας κατά το χρόνο που θα συλλέγει στοιχεία για την έρευνα.

Σύμφωνα με το 9-7-2020 ηλεκτρονικό μήνυμα της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ, η νομιμότητα της ανωτέρω απόφασης εγκρίθηκε αυτοδικαίως, καθώς εντός του 24ωρου από την υποβολή του θέματος με το 4-8-2020 ηλεκτρονικό μήνυμα, δεν εστάλη διαφορετική απάντηση από την 2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
ΤΗΣ ...15... ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΤΟΥ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΤΗΣ 9(3.8.20) ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΠΕΙΡΑΙΑΣ 5.8.20  
Ε.Α.Ν.ΠΕΙΡΑΙΑ - ΜΕΤΑΞΑ  
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Δ.Σ.

ΜΑΡΙΑ ΒΑΣΙΛΑΡΗ  
ΜΒΑ Μ.Τ.Ο.Μ.  
Π.Ε. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

