

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ »**

ΜΑΖΑΡΑΚΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑΣ
Νοσηλεύτριας ΠΕ

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ»**

ΜΑΖΑΡΑΚΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑΣ

Νοσηλεύτριας ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ρόχας- Χιλ Ανδρέα -Παόλα, Λέκτορας

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © MAZAPAKOY ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή : Χαρίκλεια Μαζαράκου

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ

ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΡΩΝΗ

ΠΑΟΛΑ-ΑΝΔΡΕΑ ΡΟΧΑΣ-ΧΙΛ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.....	8
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ	8
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.....	9
1.3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	10
1.3.1. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....	10
1.3.2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	11
1.3.3. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....	12
1.4. Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	13
1.5. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	14
1.5.1. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ	17
2.1. ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΖΕΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	17
2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ.....	19
3.1. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	21
3.2 Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΒΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ.....	23
4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	27
4.2. ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33
1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	33
1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	33
1.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
1.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	34
1.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	37
2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	37
2.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	37
2.1.2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	40
2.1.3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	45
2.1.4. ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....	49
2.2 ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	52
2.2.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ DAP-R ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Επίσης, εκφράζω θερμές ευχαριστίες στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Μαρία Τσιρώνη και στη Λέκτορα του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Ανδρέα -Παόλα Ρόχας- Χιλ, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα, την Αναπληρώτρια Διοικήτρια και το Επιστημονικό Συμβούλιο της νοσηλευτικής μονάδας Μολάων, καθώς και το Διοικητή και το Επιστημονικό Συμβούλιο της νοσηλευτικής μονάδας Σπάρτης του Νοσοκομείου Λακωνίας, για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Ευχαριστώ πάρα πολύ τις συναδέλφους Παπαγεωργίου Λιλίκα, Κολλινιάτη Χριστίνα και Γιαννούκου Πολυτίμη για την πολύτιμη στήριξή τους κατά την εκπόνηση της εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου!

ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε νοσοκομεία, καθημερινά αντιμετωπίζουν ασθενείς που πεθαίνουν. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι στάσεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου.

Μεθοδολογία: Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 202 άτομα (67 ιατροί, 75 νοσηλευτές και 60 βοηθοί νοσηλευτών) που εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Λακωνίας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου του 2012 έως και Μαρτίου του 2013. Ως εργαλείο αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong PTP, Reker GT & Gesser G (1988), το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση του γραπτού ερωτηματολογίου σε πλαίσιο και ώρα επιλογής των συμμετεχόντων, οι οποίοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν γραπτή συγκατάθεση. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το IBM SPSS Statistics version 19.

Αποτελέσματα: Τα άτομα του δείγματος που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν μεγαλύτερο «φόβο θανάτου» σε σχέση με τους αποφοίτους τριτοβάθμιων σχολών. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό με εργασιακή εμπειρία μεγαλύτερη από 7 χρόνια, είχαν μεγαλύτερο «φόβο θανάτου» σε σχέση με τους συναδέλφους τους με μικρότερη προϋπηρεσία. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε μεγαλύτερο «φόβο θανάτου» όμως τον αποδεχόταν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους ιατρούς. Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, που εργάζονταν σε τμήματα στα οποία έρχονταν συχνά σε επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν,

αποδέχονταν περισσότερο το θάνατο. Η συζήτηση με τους ασθενείς αλλά και με τους συναδέλφους του τμήματος για το θέμα του θανάτου μείωνε το «φόβο του θανάτου».

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ο θάνατος επηρεάζει το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή που πεθαίνει. Σημαντική επίσης είναι και η διατήρηση καλής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερη ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα προς τον ασθενή που πεθαίνει.

Λέξεις - κλειδιά: θάνατος, στάσεις, αντιλήψεις, ασθενείς, ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό.

REGIONAL DOCTORS' AND NURSES' ATTITUDES AND BELIEFS TOWARDS DEATH MANAGEMENT. THE CASE OF GENERAL HOSPITAL OF LAKONIA

ABSTRACT

Introduction: The medical and nursing staff of hospitals, daily interacts with dying patients. Studies have shown that the attitudes of doctors and nursing staff towards death, affect the quality of care.

Purpose of this study was to investigate the attitudes of doctors and nursing staff of General Hospital of Lakonia towards death management.

Material and methods: In this survey participated 202 people (67 doctors, 75 registered nurses and 60 nursing assistants) who work in General Hospital of Laconia. The survey was conducted from July 2012 to March 2013. An anonymous, self-administered questionnaire was used to collect data. It contained questions recording socio-demographic data and the questionnaire Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), Wong PTP, Reker GT & Gesser G (1988). The statistical analysis was performed with the IBM SPSS Statistics version 19.

Results: The participants with lower educational level had a greater "fear of death" in comparison with those with higher one. Physicians and nursing staff with professional experience more than 7 years, had a greater "fear of death" compared to their colleagues with less experience. Nurses had a greater "fear of death" but they accepted death more than doctors. Doctors and nurses who worked in clinical settings and they were in contact with dying patients more frequently, accepted death more than their colleagues who worked in wards that they didn't come along with terminal patients. Also the discussion with patients and with other colleagues of the department about death reduced the "fear of death".

Conclusions: According to the findings of this research, death affects both medical and nursing staff. Therefore, it is necessary to run groups for psychological support of both doctors and nursing staff that work with the dying patient. Achieving and maintaining good communication between nursing staff and physicians are important to achieve the best quality of care for the dying patient.

Key words: death, attitudes, perceptions, patients, doctors, nurses.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κάθε άνθρωπος σε κάποια δεδομένη στιγμή, θα έρθει αντιμέτωπος με την αναπόφευκτη πραγματικότητα: το θάνατο. Στις μέρες μας, η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σ' ένα ατύχημα, σ' ένα τραύμα, ή σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή νόσο.¹

Σύμφωνα με έρευνες, τα 2/3 των θανάτων συμβαίνουν μέσα σε νοσηλευτικά ιδρύματα ενώ μεγάλο ποσοστό των αιφνίδιων συμβάντων συμβαίνουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.² Με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας να έχουν επηρεαστεί από το μεγάλο προσδόκιμο επιβίωσης και τη συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων να μεγαλώνει διαρκώς, το πρόβλημα της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν είναι συχνότερο στις μέρες μας. Σαν συνέπεια, η ανάγκη για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στα τελικά στάδια είναι επιβεβλημένη στα πλαίσια της παροχής αξιοπρεπούς επιβίωσης των ανθρώπων.³

Είναι φυσικό, οι άνθρωποι που πεθαίνουν, να αναζητούν πάντα ανώδυνο και ειρηνικό τέλος καταφεύγοντας σε ιδρύματα που προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ενώ γύρω στο 1900 το 85% των ανθρώπων πέθαινε στο σπίτι του, στα μέσα του 20ου αιώνα το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 50 %. Γίνεται σαφές ότι στις μέρες μας, η πλειοψηφία των ανθρώπων, εν αντιθέσει με το παρελθόν, πεθαίνει στα νοσοκομεία μακριά από το γνώριμο περιβάλλον και τους οικείους.⁴⁻⁶ Επειδή οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν πολύπλοκα προβλήματα, απαιτείται διεπιστημονική, ομαδική και συντονισμένη προσέγγιση ειδικά καταρτισμένων επιστημόνων υγείας όπως ιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, φυσικοθεραπευτών, φαρμακοποιών, διαιτολόγων.^{7,8}

Αναπόφευκτα, οι σχέσεις με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου, δημιουργούν συναισθηματική φόρτιση στους εργαζόμενους. Σε ένα τέτοιο εργασιακό κλάδο, που η επαφή με την θλίψη και τον πόνο είναι καθημερινή, όπως συμβαίνει με τους εργαζόμενους σε νοσοκομείο, αναπτύσσεται στο προσωπικό είτε μια αμυντική στάση είτε μια ταύτιση με τον ασθενή. Από την μία πλευρά, οι αμυντικές στάσεις δημιουργούν στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό ένα είδος θωράκισης που τους εμποδίζει να νιώσουν τα συναισθήματα του ασθενή. Αυτό μεταφράζεται σε μια σχέση απόμακρη, ψυχρή, άσηπτη και καθόλου ανθρωπιστική. Από την άλλη, όταν υπάρχει ταύτιση με τον ασθενή, συγχέονται τα

συναισθήματα μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού, οι φόβοι του ενός γίνονται φόβοι του άλλου και αντίστροφα.⁹

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχουν συνείδηση των συναισθημάτων τους απέναντι στο θάνατο και να μην αρνούνται το θρήνο, καθώς είναι κι αυτός μέρος της επαγγελματικής τους ζωής. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να έχουν τη θεωρητική καθοδήγηση κατά την εκπαίδευσή τους, γύρω από την προετοιμασία του αρρώστου που πεθαίνει και τη στήριξη των συναδέλφων που θρηνούν.¹⁰ Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογία του προσωπικού διαμορφώνοντας τη στάση του απέναντι στον ασθενή τελικού σταδίου και το θάνατο. Τέτοιοι παράγοντες είναι η επαγγελματική κόπωση, η εκπαίδευση, η φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας και η επικοινωνία του προσωπικού.¹¹

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τον θάνατο. Επίσης επιδιώχθηκε η αναγνώριση των στάσεων αυτών των ατόμων που παρέχουν καθημερινά φροντίδα και έρχονται σε επαφή με την απώλεια απέναντι στην έννοια του θανάτου, του τρόπου που διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους, του τρόπου που διαχειρίζονται το δικό τους άγχος θανάτου και των αναγκών που εκφράζουν για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των φόβων και του άγχους που ο κάθε θάνατος εκλύει.

Σε αυτή τη μελέτη τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Η μακροχρόνια έκθεση σε εργασιακό περιβάλλον με ασθενείς που πεθαίνουν, συνδέεται με καλύτερη ποιότητα στην φροντίδα και λιγότερο φόβο για τους αρρώστους αυτούς;
- Οι εργαζόμενοι που έχουν εκπαιδευτεί στην αντιμετώπιση του θανάτου ενός ασθενή, και συνεπώς έχουν αποκτήσει τέτοιες δεξιότητες και χαρακτηριστικά ώστε να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή που πεθαίνει, έχουν πιο θετική στάση απέναντι στο θάνατο;
- Η φύση της νόσου αλλά και η μεγάλη ηλικία του ασθενή επηρεάζει δυσμενώς το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας στο τέλος της ζωής του;

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ορισμό του θανάτου. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά στον ασθενή που πεθαίνει

και περιγράφει την πορεία του ανθρώπου προς το θάνατο. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις αντιδράσεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον ασθενή που πεθαίνει.

Το ερευνητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια, εκ των οποίων το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τρίτο και στο τέταρτο κεφάλαιο εμπεριέχονται η συζήτηση και τα συμπεράσματα – προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ

Νύξ δ' ἔτεκεν στυγερὸν τε Μόρον καὶ Κῆρα μέλαιναν
καὶ Θάνατον, τέκε δ' Ἵπνον, ἔτικτε δὲ φύλον Ὀνειρώων·
— οὐ τινι κοιμηθεῖσα θεὰ τέκε Νύξ ἔρεβεννή, —
δεύτερον αὖ Μῶμον καὶ Ὀιζὺν ἀλγινόεσσαν
Ἐσπερίδας θ', ἧς μῆλα πέρην κλυτοῦ Ὠκεανοῦ
χρύσεια καλὰ μέλουσι φέροντά τε δένδρεα καρπὸν.

πηγή: www.theogonia.gr

«... Κι η Νύχτα γέννησε τον στυγερό Μόρο, τη μαύρη Κήρα και τον Θάνατο και γέννησε τον Ἵπνο και τη γενιά των Ονειρών (και τους γέννησε χωρίς να κοιμηθεί με κανέναν η μαύρη Νύχτα). Μετά πάλι τον Μώμο και την οδυνηρή Οιζύ και τις Εσπερίδες που φυλάνε πέρα απ' τον δοξασμένο Ωκεανό τα χρυσά μήλα και τα δέντρα που τα κάνουν...»¹²

Ησίοδος, Θεογονία

Ο Ησίοδος αναφέρει ότι ο Θάνατος είναι δίδυμος αδελφός του Ἵπνου. Και οι δύο είναι «δεινοί θεοί» που κατοικούν στο σκοτεινό Τάρταρο και ποτέ δεν τους φωτίζει ο ήλιος. Όμως ενώ ο Ἵπνος ταξιδεύει ειρηνικά πάνω στη θάλασσα και στη γη και είναι ευχάριστος στους ανθρώπους, ο Θάνατος αντίθετα έχει σκληρή και σιδερένια καρδιά και μισείται από τους ανθρώπους, ακόμη κι από τους αθάνατους.

Για τη λατρεία του θεού ελάχιστα πράγματα προσφέρονται, γιατί ο Θάνατος ούτε θέλει, ούτε δέχεται δώρα. Γι αυτόν δεν υπάρχει βωμός. Συνήθως παριστάνεται σαν όμορφος νέος, άλλοτε με φτερά κι άλλοτε χωρίς φτερά. Μερικές φορές συνοδεύεται από τον αδελφό του Ἵπνο. Η προσωποποίηση του Θανάτου που τον παριστάνει ως σκελετό να κρατάει δρεπάνι είναι μεταγενέστερη. Άλλες φορές ο Θάνατος χαρακτηρίζεται, ιδιαίτερα από τους τραγικούς, ως ευεργέτης και μάλιστα γιατρός, γιατί απαλύνει τους ανθρώπους από τις αρρώστιες και τους πόνους. Στην Ιλιάδα ο Θάνατος εμφανίζεται, με εντολή του Δία και της Ἥρας, για να παραλάβει

το πτώμα του Σαρπηδόνα και να το μεταφέρει στη Λυκία. Ο Ευριπίδης παριστάνει το Θάνατο σαν βασιλιά των νεκρών, που φορά μαύρο πέπλο ή έχει μαύρα φτερά. Τον παρουσιάζει ως πικρό, αλόγιστο, άκριτο, λυπηρό, κακό δαίμονα κ.ά.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Ο θάνατος συνδέεται με τρεις βασικές έννοιες: με το μη ανατάξιμο των βλαβών, με την απώλεια των λειτουργιών οργάνωσης και συντονισμού και με την παρουσία ενός πτώματος. Ανάλογα με τις αιτίες του διακρίνεται σε φυσιολογικό ή φυσικό (φυσιολογικό γήρας) και σε παθολογικό ή πρόωρο (νοσηρές καταστάσεις, φθορά οργάνων ζωτικής σημασίας).¹⁴ Με βάση, όμως, τον χρόνο επέλευσης του έχουμε τις εξής διακρίσεις:¹⁵

- Τον κοινωνικό θάνατο (απόσχιση) από το περιβάλλον-οριστική αδυναμία επαφής και ανταπόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα.
- Τον κλινικό θάνατο (οριστική παύση αναπνοής και κυκλοφορίας).
- Τον βιολογικό θάνατο (οριστική απονέκρωση – παύση βιολογικών, βιοχημικών λειτουργιών του κυττάρου), ανάλογα με τη βαθμιαία παύση της λειτουργίας των οργάνων του ανθρώπινου σώματος.

Σε βιολογικό επίπεδο ο θάνατος ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη παύση του κυκλοφορικού και της αναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους.^{16,17} Τα κύρια κλινικά σημεία του θανάτου είναι η άπνοια και η ασυστολία. Στα άτομα που βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη, υπάρχει ανάγκη και για άλλες ενδείξεις. Σε αυτές περιλαμβάνεται η απώλεια των αντανακλαστικών των κρανιακών νεύρων και η παύση της ηλεκτρικής δραστηριότητας το εγκεφάλου.¹⁸

1.3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ο θάνατος, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εμπεριέχει τη φυσιολογική, ψυχολογική, και πνευματική διάσταση της ανθρώπινης φύσης και συμβαίνει μέσα στην κοινότητα. Η διεργασία του θανάτου αποτελεί μια απώλεια όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια, τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι αντιδράσεις σε αυτή την απώλεια, σχετίζονται με τα βιώματα, τις εμπειρίες, την προσωπικότητα, τις αξίες, τις απόψεις για τη ζωή, την αίσθηση της απειλής, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και το πολιτιστικό υπόβαθρο.¹⁹

Η αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν απαιτεί κατανόηση των *φυσικών, ψυχολογικών και πνευματικών* διαστάσεων που επηρεάζουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ο Sulmasy (2002) έχει προτείνει ένα μοντέλο για την κατανόηση των πολυδιάστατων όψεων της καταληκτικής νόσου.²⁰ Το μοντέλο επικεντρώνεται στην ιδέα των σχέσεων (ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών). Στις ενδοπροσωπικές σχέσεις, περιλαμβάνονται οι σχέσεις μεταξύ φυσιολογικής, βιοχημικής διεργασίας και οργανικών συστημάτων αφενός και οι σχέσεις μεταξύ σώματος και νου αφετέρου. Όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις υπάρχουν τρία είδη σχέσεων: η σχέση του ατόμου με το περιβάλλον, η σχέση μεταξύ του ατόμου και της οικογένειας ή της κοινωνίας και τέλος η σχέση μεταξύ του ατόμου και του υπερφυσικού.²¹

Συγκεκριμένα, λοιπόν, ο Sulmasy(2002) υποστηρίζει ότι τόσο οι ενδοπροσωπικές (ανάμεσα στο νου και το σώμα) όσο και οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν τα συνθετικά στοιχεία της ανθρώπινης ύπαρξης.²⁰ Οι σχέσεις αυτές άλλοτε αλληλεπιδρούν και άλλοτε αλληλεπικαλύπτονται. Η ασθένεια διαταράσσει αυτή την ομοιότητα των σχέσεων σε φυσιολογικές μεταβλητές και οργανικά συστήματα και θρυμματίζει συναισθήματα και στρατηγικές αντιμετώπισης.²⁰

1.3.1. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η φυσιολογική διάσταση του θανάτου αντανακλά τη διαταραχή μεταξύ βιοφυσικών μεταβλητών και οργανικών συστημάτων. Ο άνθρωπος σαν πολυκύτταρος οργανισμός βασίζεται για την επιβίωσή του στη αρμονική λειτουργία των νευρικών και ορμονικών πληροφοριών που χρησιμεύουν στη λειτουργία των ζωτικών οργάνων. Όμως, το τραύμα και οι φθορές που

επιφέρει ο χρόνος διαταράσσουν τη σχέση μεταξύ φυσιολογικής, βιοχημικής διεργασίας και οργανικών συστημάτων.²¹

Ο φυσικός θάνατος διαφέρει σε κάθε άτομο και εξαρτάται από τους παθολογικούς παράγοντες και τις συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως η προχωρημένη ηλικία και η γενική κατάσταση της υγείας καθώς και η επιλογή της θεραπείας.²² Βέβαια, ανεξαρτήτως της διάγνωσης κάποια κοινά συμπτώματα εμφανίζονται στους ανθρώπους που πλησιάζουν στο θάνατο. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση της εγγύτητας του τέλους, και με βάση το χρόνο στον οποίο εμφανίζονται, τα διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες :

1. Ενδείξεις ότι ο θάνατος θα επέλθει σε εβδομάδες ή μέρες

Αδυναμία, περιορισμός της κινητικότητας, παρατεταμένος ύπνος, μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής και νερού, δυσκολία στην κατάποση, αποπροσανατολισμός και διάσπαση προσοχής, χαμηλή αρτηριακή πίεση που δεν οφείλεται στην υπογκαιμία, ακράτεια ή επίσχεση ούρων εξαιτίας του αισθήματος της εξάντλησης, απώλεια της ικανότητας για σύγκλιση των οφθαλμών, εφιάλτες, αναφορά οραμάτων με αγαπημένα πρόσωπα που δεν ζουν και τέλος αναφορές σχετικά με την επιστροφή στο σπίτι ή την αναχώρηση για ταξίδι.

2. Ενδείξεις ότι ο θάνατος θα επέλθει εντός λίγων ωρών

Αλλαγή στον ρυθμό αναπνοής (Cheyne-Stokes, άπνοια), θορυβώδης αναπνοή και εκκρίσεις στους αεραγωγούς, δροσερό δέρμα που οφείλεται στη φλεβική στάση και την αγγειοκινητική αστάθεια, πτώση της πίεσης με ταυτόχρονη παρουσία αδύναμου σφυγμού, αλλαγές στην πνευματική κατάσταση (παραλήρημα, ανησυχία, ταραχή, κώμα).

1.3.2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Ενώ οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώνονται στην ασθένεια, ή αλλιώς την φυσική διάσταση του θανάτου, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους συνήθως εστιάζουν την προσοχή τους στον ψυχολογικό τομέα. Στην ψυχολογική διάσταση, η οποία αποτελεί μίγμα των ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών σχέσεων, περιλαμβάνονται το περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις και η αξιοπρέπεια του ατόμου.²¹

Όσον αφορά τη διαταραχή στις ενδοπροσωπικές σχέσεις μεταξύ νου και σώματος, εκδηλώνεται με την έκπτωση των βιολογικών συστημάτων και λειτουργιών, προκαλώντας άγχος (στρες). Όμως, επειδή οι άνθρωποι είναι κοινωνικά όντα, ζουν και με άλλους ανθρώπους και δημιουργούν ένα δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτές οι σχέσεις με τη σειρά τους, γεννούν ευθύνες, προνόμια και υποχρεώσεις. Ο θάνατος ραγίζει αυτό το δίκτυο σχέσεων. Εξαιτίας της απώλειας του εαυτού, διαταράσσονται το ενδότερο περιβάλλον, οι οικογενειακοί δεσμοί και απειλείται η αξιοπρέπεια του ατόμου.²⁰

1.3.3. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Ο θάνατος περιβάλλεται από ένα μυστήριο το οποίο ξεπερνά τις δυνατότητες της ανθρώπινης αντίληψης. Η πηγή του μυστηρίου μπορεί να βρίσκεται στη φύση, στη μοίρα, στο Θεό, δηλαδή εντοπίζεται στις πεποιθήσεις και στις αξίες που προσδίδουν νόημα στη ζωή του ατόμου. Οι άνθρωποι έχουν την επιθυμία να ξεπερνούν τις κακουχίες και τα βάσανα, ψάχνοντας να βρουν ένα νόημα που να εξηγεί την κατάστασή τους, όταν η επιστήμη αδυνατεί. Αυτό το νόημα το αναζητούν μέσω της πνευματικότητας, δηλαδή μέσω μιας διαδικασίας που καθορίζει και αναπτύσσει το πνεύμα του κάθε ατόμου. Η πνευματικότητα περιλαμβάνει την πίστη σε μια ανώτερη δύναμη, την αίσθηση της αλληλεξάρτησης με όλα τα έμβια όντα, την ανάπτυξη της προσωπικότητας και τη συνειδητοποίηση του σκοπού και του νοήματος της ζωής. Η πνευματικότητα έχει αποδειχτεί πολύ σημαντική στη ποιότητα ζωής ασθενών που καταλήγουν.²¹ Η πνευματικότητα μπορεί να σχετίζεται με τη θρησκευτικότητα, αλλά είναι δυνατόν να αφορά την αναζήτηση γαλήνης και ανθρώπινης επαφής. Η γαλήνη επέρχεται μετά από την ανασκόπηση της ζωής και την επίτευξη της ολοκλήρωσης, προκειμένου να συμφιλιωθεί με την ζωή και τον εαυτό του. Όμως, χωρίς την ανθρώπινη επαφή η ολοκλήρωση είναι αδύνατη. Το άτομο πρέπει να αποκαταστήσει τις σχέσεις του με την οικογένεια και τους φίλους και να συγχωρήσει αλλά να λάβει συγχώρεση. Επίσης, η αίσθηση ότι η ζωή συνεχίζεται πέρα από τα όρια που επιβάλλει το φθαρτό σώμα, και επηρεάζει τους άλλους, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην επέλευση της γαλήνης.²³

1.4. Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Η κοινωνία θεωρεί ότι Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι ο χώρος που σώζονται ζωές. Όμως, στην πραγματικότητα, είναι ο χώρος στον οποίο ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζουν το θάνατο και το θρήνο καθημερινά. Το ΤΕΠ αντιμετωπίζει διάφορα είδη θανάτου: τυχαίους, αναπάντεχους και τραυματικούς (προσχεδιασμένες απόπειρες αυτοκτονίας, καταληκτική πορεία χρόνιων νοσημάτων, κ.ά.). Η παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει είναι δύσκολο να επιτευχθεί στο τμήμα αυτό εξαιτίας της απρόβλεπτης και σύνθετης φύσης του.²⁴

Το ΤΕΠ αποτελεί αυτοτελές και αυτόνομο τμήμα αμέσου ετοιμότητας του Νοσοκομείου και προορίζεται να παρέχει ταχεία θεραπεία για τα θύματα ενός αιφνίδιου τραύματος ή ασθένειας.²⁵

Η λειτουργική αποστολή ενός σύγχρονου ΤΕΠ περιλαμβάνει πρωτίστως την υποδοχή, τη σταθεροποίηση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την έξοδο των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα παρουσιάζοντας μεγάλη ποικιλία επειγουσών, αλλά και μη επειγουσών καταστάσεων. Οι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό των επειγόντων είναι σε κατάσταση ετοιμότητας για έναν αναπάντεχο τραυματισμό, μια ξαφνική ασθένεια, ή για μια ξαφνική αλλαγή ενός χρόνιου νοσήματος.²⁴

Επομένως, μια βασική διαφορά ανάμεσα στο θάνατο των ασθενών που πεθαίνουν στα επείγοντα και των ασθενών που ήδη νοσηλεύονται, είναι ότι οι τελευταίοι είναι προετοιμασμένοι να δεχτούν τον ενδεχόμενο θάνατο.²⁶ Αντίθετα στην πρώτη περίπτωση, κανείς δεν μπορεί να προβλέψει το τροχαίο ατύχημα ή την καρδιακή ανακοπή. Επιπλέον, οι συγγενείς των θυμάτων δεν γνωρίζουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και έρχονται για πρώτη φορά σε επαφή μαζί τους την ώρα που αντιμετωπίζεται το κρίσιμο συμβάν.^{27,28}

Όσον αφορά τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό των επειγόντων, όταν έρχονται αντιμέτωποι με τον ξαφνικό θάνατο, συχνά αναπτύσσουν προστατευτικούς μηχανισμούς για να εμποδίσουν το συναισθηματικό φορτίο. Τέτοιοι μηχανισμοί περιλαμβάνουν το ακατάλληλο χιούμορ, το θυμό και το σαρκασμό. Υπάρχουν περιπτώσεις που το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να στραφεί εναντίον των ιατρών, των δυνατοτήτων του ιατρικού προσωπικού και των χειρισμών που έγιναν για τη διάσωση του ασθενή. Σε περιπτώσεις πολύ έντονων

(συναισθηματικά) και οδυνηρών καταστάσεων, τόσο οι ιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό καταφέρνουν να εφαρμόσουν τη μέθοδο της *μόνωσης του συναισθήματος*.²⁹ Εφαρμόζοντας τη μόνωση, το συναισθηματικό στοιχείο μιας εμπειρίας ή μιας ιδέας, διαχωρίζεται από τη γνωστική του διάσταση.

Η λειτουργία της μόνωσης του συναισθήματος αποδίδεται με τον όρο «ψυχικό μούδιασμα» (psychic numbing), που επινόησε ο Lifton(1991).³⁰ Με τον όρο αυτόν επεξηγείται η συνέπεια μιας καταστροφής που υφίσταται το άτομο. Σύμφωνα με τους ψυχαναλυτικούς στοχαστές, η μόνωση του συναισθήματος είναι η πιο πρωτόγονη «διανοητική» άμυνα και το βασικό στοιχείο της ψυχολογικής λειτουργίας μηχανισμών, όπως η διανοητικοποίηση, η εκλογίκευση και η ηθικοποίηση. Όλα τα προηγούμενα έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό την αποπομπή στο ασυνείδητο των προσωπικών συναισθηματικών επιπτώσεων κάθε κατάστασης, ιδέας ή γεγονότος. Όταν η βασική άμυνα ενός ατόμου είναι η μόνωση και το πρότυπο ζωής του αντανακλά την υπερεκτίμηση της σκέψης και την υποτίμηση του συναισθήματος, τότε ο χαρακτήρας του αποκαλείται ψυχαναγκαστικός.

1.5. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η σύγχρονη κοινωνία χαρακτηρίζεται από τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση των χρόνων ζωής των ανθρώπων περισσότερο από ποτέ. Τα τελευταία 20 χρόνια, ο αριθμός των ατόμων που έχουν ηλικία πάνω από 85 έτη, έχει διπλασιαστεί. Εκτιμάται ότι ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών προβλέπεται να αυξηθεί από τα 12 εκατομμύρια που ήταν το 2001 στα 18,6 εκατομμύρια το 2031.²⁴ Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι αυτοί οι ηλικιωμένοι άνθρωποι θα είναι υγιείς. Σήμερα το 66% των ασθενών πεθαίνουν σε νοσοκομείο. Δεδομένης της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης μεταξύ των ηλικιωμένων, είναι αναπόφευκτο ότι πολλοί άνθρωποι θα χρειαστούν ιδρυματική φροντίδα στα τελευταία στάδια της ζωής τους.

1.5.1. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ασθενείς τελικού σταδίου συχνά είναι άτομα μεγάλης ηλικίας, πολλές φορές μόνα και γι' αυτό πιο ευάλωτα. Είναι σύνηθες γι' αυτούς τους ασθενείς, να περνούν τον εναπομείναντα χρόνο τους αντιμετωπίζοντας σημαντικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους και δυσχεραίνουν την κάλυψη των αναγκών τους καθώς, τα απειλητικά για τη ζωή νοσήματα δεν επηρεάζουν μόνο την οργανική, αλλά και την κοινωνική, ψυχολογική και πνευματική υγεία τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Τις ανάγκες αυτές έρχεται να καλύψει η Ανακουφιστική Φροντίδα.³¹⁻³³

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με τον όρο Ανακουφιστική Φροντίδα εννοούμε την προσέγγιση, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα, που σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια.³⁴ Τα προβλήματα αυτά επιλύονται μέσω της άμεσης αναγνώρισης, της σωστής αξιολόγησης και της αντιμετώπισης του πόνου, αλλά και άλλων συμπτωμάτων, οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η Ανακουφιστική ή αλλιώς Υποστηρικτική Φροντίδα, θα πρέπει να παρέχεται σε κάθε ασθενή ανεξάρτητα από τη διάγνωση, τον επιστημονικό κλάδο ή την ειδικότητα που παρουσιάζει μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση στοχεύοντας όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και στη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου.³⁶ Βέβαια στις μέρες μας μπορεί να υπάρξει κάποια ποιότητα στο θάνατο χάρη στην ύπαρξη τεχνολογικών μέσων υποβοήθησης και διατήρησης της ζωής.^{5,35}

Η Φροντίδα στο τέλος της ζωής ή αλλιώς Ανακουφιστική Φροντίδα καλύπτει μια εκτεταμένη χρονική περίοδο διάρκειας έως δύο ετών, χρονικό διάστημα κατά το οποίο ο ασθενής, η οικογένεια, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζουν ότι η ζωή πλησιάζει στο τέλος της.³⁷

Οι αξίες που διέπουν την Ανακουφιστική Φροντίδα είναι η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η ποιότητα ζωής του ασθενούς, η σχέση μεταξύ ασθενούς ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού, η θετική στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, η επικοινωνία, η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση της κοινωνίας, η διεπιστημονική προσέγγιση και η υποστήριξη στο θρήνο και στο

πένθος. Οι εν λόγω αρχές απαντώνται σε όλες τις σύγχρονες δομές παροχής φροντίδας, όπως ξενώνες, κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδες ημερήσιας φροντίδας και απασχόλησης, νοσοκομειακές μονάδες, ακόμη και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, που λειτουργούν σε διάφορες χώρες, μεμονωμένα ή σε διάφορους συνδυασμούς.⁸

Στους χώρους αυτούς, υπεύθυνοι για την φροντίδα των ασθενών είναι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές, φαρμακοποιοί, διαιτολόγοι-διατροφολόγοι. Όπως είναι αναμενόμενο, οι σχέσεις με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου, δημιουργούν συναισθηματική φόρτιση στους εργαζόμενους.⁷Επομένως, ο θάνατος των ασθενών επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζουν άτομα με ανίατη αρρώστια και έχουν αναπτύξει στενή σχέση με τον άρρωστο.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

2.1. ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΖΕΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι απαιτήσεις μιας κοινωνίας ηλικιωμένων αποτελούν πρόκληση για τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι επιδιώκουν να παράσχουν φροντίδα στους ασθενείς που πεθαίνουν. Για πρώτη φορά στην ιστορία, προβλέπεται ότι μέχρι το 2030, οι ηλικιωμένοι θα υπερέχουν αριθμητικά έναντι των νέων.^{21,39} Κι αυτό συμβαίνει επειδή οι άνθρωποι τώρα ζουν περισσότερο υποφέροντας από χρόνιες παθήσεις. Στην εποχή μας, στις κύριες αιτίες θανάτου περιλαμβάνονται οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, το εγκεφαλικό, οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, και η άνοια. Έτσι, αντίθετα με τα άτομα που πάσχουν από ασθένειες όπως ο καρκίνος και έχουν προβλέψιμη πορεία, οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, ζουν πολλά χρόνια. Σε ηλικία 77 ετών, η μεγαλύτερη πλειοψηφία των Αμερικανών βιώνει μια αργή, προοδευτική και επιδεινούμενη πορεία, δύο με τρία χρόνια πριν πεθάνει.⁴⁰

Επικρατούν διάφορες απόψεις σχετικά με το πότε πεθαίνει ένας ασθενής. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι το άτομο πεθαίνει όταν ο γιατρός, βασιζόμενος στις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, θέτει τη διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Άλλοι επιστήμονες θεωρούν θεμελιώδη την ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειάς του, και κρίνουν απαραίτητη τη συνειδητοποίηση και την αποδοχή της θανατηφόρου ασθένειας, από τον ίδιο τον άρρωστο. Σύμφωνα με μια πιο σύγχρονη άποψη, ο άρρωστος εκτιμάται ότι πεθαίνει όταν κανένα θεραπευτικό μέσο δεν είναι πλέον σε θέση να αντιστρέψει τη διαρκώς επιδεινούμενη κατάσταση της υγείας του, ούτε επαρκεί για τη διατήρηση της ζωής του.^{40,41}

2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Εξίσου σημαντική με την αιτία που οδηγεί στο θάνατο, είναι και η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης την οποία βιώνει ο ασθενής που οδεύει προς το τέλος της ζωής του. Αρκετές θεωρίες προσπάθησαν να δώσουν δομή και νόημα στη διεργασία του θανάτου.

Αξιοσημείωτη είναι αυτή της Elizabeth Kübler-Ross (1975), η οποία μέσω της θεωρίας των σταδίων προσπάθησε να προσδιορίσει τα ψυχολογικά στάδια που βιώνει το άτομο που πορεύεται προς το θάνατο. Αυτά τα στάδια είναι τα εξής πέντε:^{6,40}

- Το στάδιο της άρνησης των δυσάρεστων νέων σχετικά με την κακή πρόγνωση της νόσου.
- Το στάδιο του θυμού λόγω του αισθήματος αδικίας που νιώθει ο άρρωστος
- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος, μέσω των οποίων ο ασθενής προσπαθεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της νόσου.
- Το στάδιο της κατάθλιψης, κατά το οποίο αρχίζει η αποδοχή της κατάστασης και ο θρήνος.
- Το στάδιο της αποδοχής, στο οποίο παρατηρείται παραίτηση από τις προσπάθειες για επικοινωνία και για τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας στο τέλος της ζωής του.

Η Kübler-Ross υποστηρίζει ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η οποία τροποποιείται καθώς μεταβάλλεται η κατάσταση της υγείας του.⁴⁰ Τα παραπάνω στάδια δεν παρατηρούνται πάντα με την ίδια σειρά, καθώς αποτελούν μια υπεραπλούστευση των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Οι αντιδράσεις που θα εκδηλώσει ο κάθε ασθενής είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιεί, και τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνει μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον.⁶

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη θεωρία της Copp (1998) όπως αναφέρεται στους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), η διεργασία του θανάτου επικεντρώνεται στην κατασκευή και διαχείριση των εμπειριών στο θέμα της αντιμετώπισης του θανάτου, καθώς και στο πώς αυτές οι εμπειρίες αλληλεπιδρούν με αυτές των νοσηλευτών που τους φροντίζουν.⁶ Αυτή η θεωρία, διατυπωμένη από μία νοσηλευτική άποψη, βασίστηκε στον παρακάτω συλλογισμό: η επίγνωση του επικείμενου θανάτου, μπορεί να διαταράξει τη ρουτίνα του ασθενή, τις προσδοκίες του, ή ακόμα και να εγείρει ερεθίσματα για μια βαθιά ενδοσκόπηση και επαναπροσδιορισμό της προσωπικότητάς του.⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Jaspars (1986) δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια των στάσεων.⁴² Ο Allport(1935) ήταν ο πρώτος ο οποίος εξήρε τη σπουδαιότητα των στάσεων τόσο στην κοινωνική όσο και στην ατομική ψυχολογία. ⁴³Ως στάση ορίζει *τη νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται*. Οι στάσεις προέρχονται από την αλληλεπίδραση υποκειμενικών (ένστικτα, ιδιουσυγκρασία, υπερεγώ) και αντικειμενικών (εξωτερικές επιδράσεις) παραγόντων, οι οποίοι προετοιμάζουν το άτομο να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπεριφορά (λεκτική ή μη λεκτική), απέναντι σε κοινωνικά φαινόμενα, στις διάφορες συνθήκες, καταστάσεις κι αντικείμενα του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος του. ⁴⁴

Επομένως, οι στάσεις είναι εσωτερικές, παγιωμένες προδιαθέσεις συναισθηματικής και αξιολογικής φύσης, οι οποίες επηρεάζουν τις σχέσεις του ατόμου με τα πράγματα και με τον κοινωνικό του περίγυρο. Καθορίζουν το «ποιος είναι», τι περιέχει και τι δεν περιέχει η εικόνα του εαυτού του κάθε ατόμου είναι δηλαδή «εγωκεντρικές». Σύμφωνα, τώρα, με τους Hovland και Rosenberg (1960), στάσεις είναι οι *προδιαθέσεις προς απόκριση σε κάποια είδη ερεθισμάτων με ορισμένα είδη αποκρίσεων*.⁴⁵ Καθορίζονται δε, τρία τέτοια είδη ερεθισμάτων, που στην ουσία αποτελούν και τις τρεις διαστάσεις των στάσεων:

- Τη γνωστική διάσταση (cognitive), που αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου της στάσης (ενσυνείδητη υποστήριξη γνώσεων, απόψεων, πεποιθήσεων).
- Τη συναισθηματική διάσταση (affective), που αναφέρεται σε αξιολογικά συναισθήματα αρέσκειας ή δυσαρέσκειας ως προς το αντικείμενο της στάσης.
- Τη συμπεριφορική διάσταση (behavioral), που αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις και προθέσεις.

Το γνωστικό τους περιεχόμενο ενδέχεται να διεγείρει συναισθήματα θετικά, αρνητικά ή ουδέτερα στο άτομο, και να προσανατολίζει τη συμπεριφορά του προς μια ορισμένη μορφή έκφρασης στο πλαίσιο του «επιθυμητού – μη επιθυμητού», όπου τοποθετείται η έννοια της αξιολόγησης. Έτσι, η μελέτη των στάσεων περιλαμβάνει δύο ακόμη συνιστώσες:

- Την αξιολογική (evaluative), που αναφέρεται στη θετική ή αρνητική εκτίμηση.
- Τη βουλευτική (conative), που αναφέρεται στη διάθεση για πράξη

Η μελέτη των στάσεων στηρίζεται στην ανάλυση της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου. Ως αντίληψη χαρακτηρίζεται η σύνθετη ψυχολογική διαδικασία με την οποία το άτομο, αναλύοντας τα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος, συνθέτοντάς τα, συσχετίζοντάς τα και με τις προηγούμενες εμπειρίες του ερμηνεύει ή αντιλαμβάνεται τα μηνύματα του εξωτερικού κόσμου. Είναι μια γνωστική λειτουργία και επηρεάζεται, τόσο από τους εσωτερικούς παράγοντες του ατόμου όσο και από τους εξωτερικούς-περιβαλλοντολογικούς. Ο άνθρωπος δέχεται ένα σύνολο ερεθισμάτων και από αυτά επιλέγει και αντιλαμβάνεται ό, τι θέλει, ό, τι επιθυμεί, ό, τι νομίζει ότι δίνει απάντηση στα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες του.⁴⁶

Στη διαδικασία της αντίληψης πέρα από τα αισθητήρια όργανα, σημαντικό ρόλο παίζει και η νόηση η οποία θεωρείται η ανώτερη πνευματική λειτουργία του ανθρώπου. Κέντρο της είναι ο εγκέφαλος, συνεπώς νόηση είναι η ικανότητα του ανθρώπινου νου να επεξεργάζεται τις έννοιες των διάφορων παραστάσεων που του δίνουν οι αισθήσεις, τους συλλογισμούς και τις κρίσεις, καταλήγοντας έτσι στη γνώση της πραγματικότητας. Από τις πληροφορίες των παρατηρήσεών του σχηματίζει κάθε φορά τις παραστάσεις τους, δημιουργεί δηλαδή αναπαραστάσεις, οι οποίες συγκεντρώνονται στον εγκέφαλο, επεξεργάζονται και σχηματίζουν με τη βοήθεια της νόησης, τη συνείδηση του ανθρώπου.⁴⁷

Η ιδεώδης θετική στάση απέναντι στην προθανάτια φροντίδα προσδιορίζεται από την εύκολη μετάβαση μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων, την επιθυμία για ανοικτή επικοινωνία σε σχέση με κρίσιμα θέματα, και την σκέψη σχετικά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η φροντίδα ενός ατόμου με καταληκτικό νόσημα, απαιτεί άψογες ικανότητες και κατανόηση από την πλευρά τόσο των ιατρών όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού. Βεβαίως, τα χαρακτηριστικά αυτών των επαγγελματιών παίζουν καθοριστικό ρόλο στη θεμελίωση της φροντίδας των ασθενών τους. Επίσης, τα αισθήματα που νιώθει η επιστημονική ομάδα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιλήψεις για το θάνατο, τη θρησκεία, και τη φιλοσοφία για τη ζωή και το θάνατο.^{48,49}

3.1. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Οι στάσεις απέναντι στο θάνατο έγιναν θέμα ψυχολογικού ενδιαφέροντος στα τέλη της δεκαετίας του 1950 με την έρευνα του Feifel (1956, 1959) σχετικά με τη γηριατρική και τους διανοητικά άρρωστους πληθυσμούς, αν και πρωτοποριακές μελέτες εμφανίζονται και πριν από εκείνη την εποχή.^{51,52} Μεθοδολογικά, οι πρώτες μελέτες είχαν την τάση να βασίζονται σε προβολικές μεθόδους (π.χ. η παρουσίαση του θανάτου μέσω του *Τεστ Θεματικής Αντίληψης*) και απλά έγκυρα ερωτηματολόγια.⁵⁰

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960, ο όγκος των εκθέσεων άρχισε να αυξάνεται, συμπίπτοντας με το αυξανόμενο λαϊκό ενδιαφέρον για το θέμα του θανάτου. Αλλά καμία «δημοσιευτική έκρηξη» στην βιβλιογραφία δεν συνέβη μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Τότε μόνο άρχισε η ανάπτυξη των πρώτων ευρέως διαθέσιμων εργαλείων, ειδικά σχεδιασμένων για την άμεση εκτίμηση του φόβου, της απειλής και της ανησυχίας του θανάτου.⁵⁰

Το κυριότερο σημείο ενδιαφέροντος για τις στάσεις απέναντι στο θάνατο παρουσιάστηκε στα τέλη της δεκαετίας του '70. Αρκετά άρθρα ανασκόπησης φάνηκαν να ενσωματώσουν, επικρίνουν και να δίνουν κατευθύνσεις για την άνθιση της λογοτεχνίας. Το αποτέλεσμα ήταν η σταδιακή βελτίωση στην ποιότητα της επιστημονικής βιβλιογραφίας, η οποία απέδωσε αυξημένο αριθμό ευρημάτων. Δεδομένου ότι το άγχος του θανάτου άρχισε να ερευνάται τη δεκαετία του 1980, υπήρξε ένα σταθερό ενδιαφέρον ακολουθούμενο από ένα άλλο κύμα ανάπτυξης που συνεχίζεται μέχρι σήμερα.⁵⁰

Το θέμα του θανάτου άρχισε να διδάσκεται σαν μάθημα, μετά το 1963, έτος κατά το οποίο το αντικείμενο αυτό διδάχτηκε για πρώτη φορά στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα. Εργαστήρια, μαθήματα αλλά και ολόκληρα ακαδημαϊκά προγράμματα και σχολές όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η θεολογική, σχολές ψυχολογίας και κοινωνιολογίας είχαν συμπεριλάβει το θάνατο και το πένθος στα προγράμματα σπουδών τους. Μάλιστα, το 1982 στην Αμερική δόθηκε για πρώτη φορά, από το Πανεπιστήμιο του Μπρούκλιν πτυχίο θανατολογίας, και αργότερα ακολούθησαν και άλλα πανεπιστήμια.⁵³

3.2 Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΒΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όποια και αν είναι η προέλευση του φόβου και των στάσεων απέναντι στο θάνατο, έχουν γίνει προσπάθειες για να μετρηθούν. Μία ποικιλία μεθόδων περιλαμβάνει παρατηρήσεις, συνεντεύξεις προβολικές μεθόδους κι ερωτηματολόγια.

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του φόβου και της ανησυχίας απέναντι στο θάνατο, και χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα μελέτη, είναι το ερωτηματολόγιο Προφίλ Στάσεων του Θανάτου (Death Attitudes Profile) των Wong, Renken and Gesser. Σε αυτό περιλαμβάνονται 32 ερωτήσεις για να απαντηθούν σε μια εφταβάθμια κλίμακα Likert, η οποία στοχεύει στη διερεύνηση πέντε παραγόντων: το *φόβο του θανάτου* (αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα για το θάνατο), την *προσέγγιση της αποδοχής* (η άποψη ότι με το θάνατο γίνεται μετάβαση σε μια ικανοποιητική μεταθανάτια ζωή), την *ουδέτερη αποδοχή* (η συνειδητοποίηση του θανάτου ως μέρος της πραγματικότητας, που δεν πρέπει να τον φοβόμαστε ή να τον καλωσορίζουμε), την *αποφυγή του θανάτου* (μια αμυντική προσπάθεια να κρατηθεί μακριά από τη σκέψη η ιδέα του θανάτου) και το *θάνατο ως απελευθέρωση* (όταν η ζωή είναι αφόρητη και ο θάνατος φαίνεται ελκυστική λύση σαν από την οδυνηρή ζωή).⁵⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

« Διπλή όψη... Είναι ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό του θανάτου.... Υπάρχουν πάντα δύο συμμετέχοντες σε ένα θάνατο : το άτομο που πεθαίνει και εκείνοι που μένουν πίσω και πενθούν»

Toynebee

Ο θάνατος ενσωματώνει το τέλος, τον αποχωρισμό και την απώλεια. Όπως και αν εξηγείται, ακόμα και αν γίνεται αντιληπτός μέσα από την προοπτική μιας μεταθανάτιας ζωής και της ενδεχόμενης επανένωσης με τον αγαπημένο, οι απώλειες που σχετίζονται με αυτόν είναι οδυνηρές για εκείνους που μένουν πίσω, επειδή οι ζωές τους επηρεάζονται και μεταβάλλονται σημαντικά.³⁶

Οι ασθενείς επηρεάζουν ο καθένας με διαφορετικό τρόπο το προσωπικό. Όταν υπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση είναι έντονη (εξαιτίας της ηλικίας, των χαρακτηριστικών, του τρόπου ζωής και της αντίληψης για τη ζωή), τότε ο θρήνος που βιώνουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι έντονος. Μέσα από τη διεργασία του θρήνου, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό καλούνται να ερμηνεύσουν το γεγονός του θανάτου, την πορεία του αρρώστου προς θάνατο και τη συμβολή τους στην παρεχόμενη φροντίδα. Επιπλέον, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να αναζητήσουν και να βρουν την αναγκαία στήριξη ώστε να συνεχίσουν να προσφέρουν.³⁶

Όταν όμως οι θάνατοι είναι αλληπάλληλοι και συχνοί, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνουν μία «υπερφόρτωση πένθους» (bereavement overload) που τους κάνει πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι πολλαπλές απώλειες, δεν τους επιτρέπουν να βρουν το χρόνο ώστε να τις αφομοιώσουν και να τις αποδεχθούν. Συνεπώς, οδηγούνται στην αναγκαστική απώθηση των αισθημάτων τους, που καθιστά αδύνατη την διαχείριση αυτού του μεγάλου συνόλου εμπειριών.⁶

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση καταδεικνύουν το θάνατο ως ένα από τα πιο στρεσογόνα βιώματα των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού . Έχει αποδειχθεί σε έρευνες ότι οι τραυματικές εμπειρίες των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, που συνδέονται με συμβάντα όπως θάνατο, κακομεταχείριση και καταστροφές, καθιστούν ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό ευάλωτους σε έμμεσο τραυματισμό και κόπωση συμπόνιας. Η

κόπωση συμπόνιας ή δευτερογενές τραυματικό στρες, είναι την φυσική συνέπεια της παροχής φροντίδας σε ανθρώπους που πονάνε, υποφέρουν ή είναι τραυματισμένοι και αποτελεί το «κόστος της φροντίδας» για τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.⁹

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζουν άτομα των οποίων η υγεία απειλείται και πολλές φορές χάνεται από μία σοβαρή ασθένεια. Ο θάνατος των ασθενών είναι μία απώλεια για αυτούς καθώς δένονται ψυχολογικά με τους ασθενείς τους και μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα ίδια με αυτά των πενθούντων συγγενών. Κάποιες φορές η επιδείνωση της κατάστασης ενός ασθενή μπορεί να δημιουργήσει σε ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό την ανάγκη να κλάψουν, να νιώσουν θλίψη, δυσκολία στη συγκέντρωση, θυμό, ενοχές, άγχος, κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, κ.ά..⁹

Παρόλα αυτά, είναι σύνηθες, να παραγκωνίζεται ο θρήνος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο από την κοινωνία όσο και από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Αυτό οφείλεται στην εσφαλμένη ιδέα ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν διδαχτεί να μην έχουν προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα όταν φροντίζουν τον άρρωστο αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις που θα επηρεαστούν, θα πρέπει να αισθάνονται υποχρεωμένοι να ελέγξουν τα συναισθήματά τους προκειμένου να μην εκτεθούν ενώπιον των συναδέλφων τους και του εαυτού τους. Με αυτόν τον τρόπο, το μόνο που κατορθώνουν να κάνουν οι εργαζόμενοι είναι να μην αναγνωρίσουν το θρήνο που βιώνουν και συνεπώς να μην λάβουν την υποστήριξη που χρειάζονται όσοι έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια και το θάνατο των ασθενών.^{9,36}

Βέβαια, όλοι οι θάνατοι δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Κάθε άρρωστος έχει διαφορετική επίδραση ανάλογα με τα χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής και την αντίληψη για τη ζωή και την ηλικία.^{1,36} Στα ανεπτυγμένα κράτη ο θάνατος δεν είναι πια συχνός σε νεογνά και μικρά παιδιά, αλλά σχετίζεται με χρόνια νοσήματα και εμφανίζεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας.^{1,56} Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου ατόμου μετά από μακροχρόνια νόσο είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις και στην πείρα των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.³⁶

Ο Kalish(1985) υποστηρίζει ότι ο θάνατος των ασθενών επηρεάζει διαφορετικά τους ιατρούς από το νοσηλευτικό προσωπικό.^{6,57} Ο λόγος είναι ότι οι *ιατροί* συνήθως επικεντρώνονται στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να μεταφράζουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία. Γι' αυτό το λόγο επιδίδονται σε μια σειρά άσκοπων παρεμβάσεων αποβλέποντας στην παράταση του χρόνου αλλά όχι της ποιότητας ζωής του ανθρώπου που πεθαίνει. Όταν όμως οι προσπάθειές τους, τους οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να γίνει «τίποτα» πια, αποστασιοποιούνται από τον ασθενή, αφού πιστεύουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, και συγχρόνως αισθάνονται αδυναμία, οργή, ματαιώση και κατάθλιψη.

Αντιθέτως, το *νοσηλευτικό προσωπικό* τείνει να είναι προσανατολισμένο στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και να του συμπαραστέκεται στις διάφορες φάσεις της πορείας του. Αυτό έχει σα συνέπεια να γνωρίζεται με τον άρρωστο, να συνδέεται μαζί του, και να επηρεάζεται από την επιδείνωση της κατάστασής του. Πολλές φορές δημιουργείται μία σύγκρουση που γίνεται αντιληπτή από την προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να προσφέρει την απαιτούμενη φροντίδα, την ίδια ώρα που θέλει να απομακρυνθεί για να προστατευτεί από τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που προκαλεί ο θάνατος που πλησιάζει. Και ο λόγος αυτής της σύγκρουσης εντοπίζεται στο γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει έρθει αντιμέτωπο με το δικό του θάνατο.^{6,23}

Για να ελέγξουν το επιθανάτιο άγχος, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας και υιοθετούν κάποιες συμπεριφορές. Όταν όμως οι μηχανισμοί αυτοί χρησιμοποιούνται συνεχώς και αδιακρίτως, τείνουν να μετατραπούν σε εμπόδια όσον αφορά την επικοινωνία και την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Παραδείγματα τέτοιων συμπεριφορών και μηχανισμών είναι:^{6,58}

- Ο μηχανισμός της άρνησης.
- Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης.
- Ο μηχανισμός της προβολής.
- Ο μηχανισμός της μετάθεσης.
- Το χιούμορ.
- Το «παιχνίδι των πιθανοτήτων».
- Η διαρκής υπερδραστηριότητα ή η ακατάπαυστη ομιλία.

Όσον αφορά το *μηχανισμό της άρνησης*, ο ιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό που τον χρησιμοποιεί αδυνατεί να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Για παράδειγμα, αργεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, θεωρώντας ότι η κατάσταση δεν είναι κρίσιμη, και αναλώνεται σε τεχνικές λεπτομέρειες σχετικές με τη φροντίδα του αρρώστου ή σε πρωτόκολλα που αποβλέπουν στη θεραπεία.

Με το *μηχανισμό της εκλογίκευσης* ο ιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό αναλύει «λογικά» την κατάσταση, διώχνοντας τα οδυνηρά συναισθήματα. Λόγου χάρη, ο ιατρός αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο με τη δικαιολογία ότι «έτσι κι αλλιώς δεν καταλαβαίνει», «δεν μπορώ να του προσφέρω κάτι άλλο», «δεν έχει νόημα», «σύντομα θα πεθάνει».

Ο *μηχανισμός της προβολής* συνίσταται στην απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, ο ιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι αμήχανο και δεν ξέρει τι να πει ή πώς να αντιδράσει, τον αποφεύγει ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής αναζητά την ησυχία και δεν επιδιώκει να συζητήσει ή να δεχτεί επισκέψεις.

Με το *μηχανισμό της μετάθεσης*, ο ιατροί ή το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθούν να μεταβιβάσουν τα συναισθήματα που τους προκαλεί ένα πρόσωπο ή μία κατάσταση, σε ένα άλλο πρόσωπο ή κατάσταση. Παραδείγματος χάρη, ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για την υποτροπή της υγείας του αρρώστου, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» στους συναδέλφους ή την οικογένειά του.

Μια διαφορετική αντίδραση, η οποία χρησιμοποιείται ως μέσο εκτόνωσης, είναι το *χιούμορ*. Όμως, όταν είναι κυνικό, μακάβριο ή γίνεται σε βάρος του ασθενούς, δηλώνει μια βαθειά επιθετική τάση. Επομένως, όταν το χιούμορ μετατρέπεται σε λεκτική βία, το προσωπικό στοχεύει στην αντιμετώπιση της πραγματικής βίας του θανάτου, ενώ συγχρόνως «διασκεδάζει» τα αισθήματα αδυναμίας που βιώνει μπροστά στο αναπότρεπτο γεγονός του θανάτου.

Ένας άλλος συνηθισμένος τρόπος αντίδρασης είναι το *«παιχνίδι των πιθανοτήτων»*. Τα μέλη του προσωπικού βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Με αυτόν τον τρόπο οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό δηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα του θανάτου.

Μια ιδιαίτερα συνηθισμένη αντίδραση του προσωπικού είναι η *διαρκής υπερδραστηριότητα* ή η *ακατάπαυστη ομιλία*. Μέσω αυτής, εξασφαλίζεται η σιωπή του αρρώστου, ο οποίος καταπνίγει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Συνεπώς, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό προστατεύονται από τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς.

Τέλος, με το πέρασμα του χρόνου η προοπτική του θανάτου συνηθίζεται, όπως είναι φυσικό. Δυστυχώς, κάποιοι αποκτούν την αίσθηση της ματαιότητας (τι νόημα έχει), της απελπισίας (δεν μπορούμε να προσφέρουμε τίποτα) και μαθαίνουν να αποφεύγουν τη δημιουργία σχέσεων με τα άτομα που βρίσκονται στο κατώφλι του θανάτου και τους πενθούντες, προκειμένου να προστατέψουν τον εαυτό τους.⁹

Εφόσον ο θάνατος ενός ασθενή και το άγχος που τον συνοδεύει επηρεάζει τις στάσεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι ιδιαίτερα σημαντική η παροχή οργανωμένης υποστήριξης (ομάδες ή/ και εποπτεία με καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου) τόσο στους ιατρούς όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων προκειμένου να επεξεργάζονται τις εμπειρίες τους από την καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας, εκτός από την απόκτηση γνώσεων επιδιώκεται η αναθεώρηση των στόχων και η διαμόρφωση μιας φιλοσοφίας που να διέπει τη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.⁶

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

«Η επικοινωνία είναι για τησχάση των ανθρώπων ότι η αναπνοή για τη διατήρηση της ζωής.»

Virginia Satir

Η επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άνθρωπος ή ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες ή συναισθήματα σε ένα δέκτη Β (άνθρωπο ή ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων ή συναισθημάτων και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάστασή του και τη συμπεριφορά του.⁵⁹ Επομένως, η επικοινωνία είναι μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, αμοιβαίας κατανόησης και υποστήριξης, διαπραγμάτευσης επώδυνων θεμάτων, και εκτόνωσης της επακόλουθης συναισθηματικής φόρτισης.

Κάθε ασθενής ερχόμενος στο νοσοκομείο φοβάται, αν και συγκαλυμμένα πολλές φορές, και θέλει να αισθανθεί ανακούφιση και σιγουριά. Συχνά, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνουν το ρόλο των ειδικών που γνωρίζουν, συμβουλεύουν, ελέγχουν και κατευθύνουν τον ασθενή και σπάνια αφιερώνουν χρόνο για να ακούσουν τις ανησυχίες του.⁶⁰ Για να επιτευχθεί επικοινωνία χρειάζονται χρόνος και πραγματική επιθυμία από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό να ακούσουν και να καταλάβουν τις επιθυμίες του ασθενή.⁶¹ Αναμφίβολα, το προσωπικό που προσφέρει παρηγορητική φροντίδα, οφείλει να είναι διαθέσιμο, ειλικρινές, με κατανόηση, αλλά και με σεβασμό προς τις προσδοκίες για επιβίωση (παρά τον επερχόμενο θάνατο) των ασθενών και των οικογενειών τους.⁶²

Η καλή επικοινωνία διευκολύνει τη δημιουργία σχέσεων. Η σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση του αρρώστου από την παρεχόμενη φροντίδα. Παρόλο που η καλή επικοινωνιακή σχέση συντελεί στην ανάπτυξη του αισθήματος της ασφάλειας από την μεριά του ασθενή, ακόμη και οι έμπειροι ιατροί και νοσηλευτές δυσκολεύονται να συζητήσουν για το θάνατο.⁶³ Μάλιστα, υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συχνά απρόθυμο να συζητήσει το θέμα του θανάτου με τους ασθενείς και τις οικογένειές λόγω των δικών του ανησυχιών.⁶⁴ Οι Emanuel et al(2000), αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν συζητούν με τον ασθενή τους ζητήματα που αφορούν το θάνατο γιατί προτιμούν να αφήσουν αυτό το θέμα να το διαχειριστεί ο ιατρός.⁶⁵ Αυτός με τη σειρά του μπορεί να ζητήσει τη συνδρομή επαγγελματιών με καλύτερη κατάρτιση σε θέματα επικοινωνίας, όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί.⁶⁶

Για να παρέχουν αποτελεσματική και ολοκληρωμένη φροντίδα τελικού σταδίου, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναπτύξουν ένα κλίμα άνεσης με την ιδέα του θανάτου και τα άτομα που πεθαίνουν.⁶⁷ Δυστυχώς οι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό συχνά δεν έχουν τις δεξιότητες, την άνεση και την εμπειρία που απαιτούνται για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει. Σαν αποτέλεσμα, τείνουν να αποφεύγουν άβολες ή δύσκολες συζητήσεις με τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους και συγχρόνως εστιάζουν την προσοχή τους σε πιο τεχνικές πτυχές της περίθαλψης.⁶⁸⁻⁷² Συνεπώς, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, χάνουν μια σημαντική ευκαιρία να διευκρινίσουν τις

προσδοκίες της παρούσας ιατρικής κατάστασης, και κατ' επέκταση να αναπτύξουν ένα σχέδιο αποτελεσματικής παρηγορητικής φροντίδας.⁷³ Όμως καλή επικοινωνία πρέπει να διέπει όχι μόνο τη σχέση μεταξύ ασθενών και ιατρών ή ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και τη σχέση μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους, καθώς και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας και των υπηρεσιών που εμπλέκονται στη φροντίδα.⁷⁴

Η συνεργασία μεταξύ των ποικίλων επαγγελματιών υγείας μπορεί ενίοτε να είναι καλή ή κακή. Η άριστη συνεργασία και η ομαδική δουλειά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού έχει σαν αποτέλεσμα την ικανοποιητική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας του ασθενή.⁸ Ο Cummings (2003) περιγράφει μια σημαντική και συχνά παραμελημένη πλευρά της ομαδικής εργασίας: η ομάδα δεν αρκεί να δημιουργηθεί αλλά πρέπει και να διατηρηθεί.⁷⁵ Οι ομάδες, και ιδιαίτερα οι ομάδες της παρηγορητικής φροντίδας, θεωρείται ότι έχουν ένα κύκλο ζωής, όπως περίπου ο κύκλος ζωής των ατόμων : μια πρώτη φάση του ενθουσιασμού που χαρακτηρίζεται από καλή συνεργασία και χαρισματική ηγεσία, μια δεύτερη φάση με ενδυνάμωση της διαχείρισης, όπου οι πρωτοπόροι έχουν μια αυξανόμενη δυσκολία να αναγνωρίσουν τον εαυτό τους μέσα στην ομάδα, και μια τρίτη φάση όπου υπάρχει ο συνδυασμός του ιδανικού με το πραγματικό.

Λόγω της πολυπλοκότητας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με κάποια εξελεγκτική και προχωρημένη ασθένεια, αλλά και οι συγγενείς τους, πρέπει η γενική αλλά κυρίως η εξειδικευμένη φροντίδα να προσφέρεται από μία διεπιστημονική ομάδα. Στόχος της θα είναι να παρέχει σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική στήριξη, συνδυάζοντας πολλές δεξιότητες οι οποίες θα παρέχονται μέσω μιας διεπιστημονικής συνεργασίας.⁷⁵ Είναι ευνόητο ότι οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν τα ίδια μηνύματα από τα διαφορετικά μέλη της ομάδας δεδομένου ότι η επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδη αρχή της ομαδικής εργασίας.⁷⁵

Σχετικά με την επικοινωνία μέσα στην ομάδα, συχνά τα μέλη της διατηρούν σιωπή μεταξύ τους σχετικά με το πόσο τους επηρεάζει ο θάνατος ενός ασθενή και τις συναισθηματικές μεταβολές που βιώνουν. Ο λόγος είναι, ότι ο φόβος αναγνωρίζεται συχνά ως ένα από τα εμπόδια για επικοινωνία και συμβουλευτική σε θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής.^{76,77} Ο Kaplan όπως αναφέρουν οι Shimoinaba et al(2009) και οι Zabrano et al(2011), δήλωσε ότι το να αποκαλύπτει ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό τα συναισθήματά του, όταν πεθαίνει ένας ασθενής

θεωρείται αντιεπαγγελματικό, επειδή η απώλεια ενός ασθενούς δεν θεωρείται ως μία απώλεια που μπορεί να προκαλέσει θλίψη σε έναν εργαζόμενο.^{77, 78}

4.2. ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι κυρίως υποστηρικτικός: συνοδεύουν τον άρρωστο σε όλη την πορεία του και προσφέρουν στους ασθενείς και στους συγγενείς τους την απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζονται σε αυτές τις στιγμές.⁷⁴ Δυστυχώς, κάποιες φορές επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού έγκειται στην προστασία του αρρώστου από την συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του. Άλλες φορές, υποστηρίζεται η άποψη ότι ο ρόλος τους είναι να οδηγήσουν τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή να τον «βοηθήσουν να πεθάνει».⁸⁰ Στην πραγματικότητα όμως, το σημαντικότερο που μπορούν να προσφέρουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι «να βοηθήσουν τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσης του. Κανείς όμως δεν μπορεί να αναγκάσει τον άρρωστο να αποδεχτεί το θάνατό του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αναγκάσει να τον αρνηθεί όταν τον συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο.

Αυτό που συμβαίνει συνήθως είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους, αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, αλλά συχνά απωθούν και αρνούνται το γεγονός ότι σύντομα θα πεθάνουν.⁶ Για κάποιους άλλους αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως «λύτρωση», ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι η συνειδητοποίηση ότι «...ήρθε ο καιρός πια...» συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας του θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου.^{6,81}

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχουν ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχονται τόσο την οργανική και την ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη

στιγμή, όσο και το θάνατο γενικά. Την αποδοχή τους την εκφράζουν όταν προσφέρονται να συνοδεύσουν τον άρρωστο στην πορεία του, αφήνοντας τον ίδιο να τους καθοδηγήσει. Με τη διακριτική τους παρουσία, ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό εκπέμπουν το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπουν, ακόμα και όταν δε διαθέτουν τα μέσα για να τον θεραπεύσουν.⁸² Μερικές φορές ένα χάδι, η σιωπηλή συντροφιά, μια ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίξουν ακόμα κι ένα άτομο που βρίσκεται σε κώμα και το οποίο διατηρεί επαφή με το περιβάλλον μέσω της ακοής, που θεωρείται η τελευταία από τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος. Σύμφωνα με κλινικούς επιστήμονες, όταν αποδεχόμαστε ότι ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει, έμμεσα του μεταφέρουμε το μήνυμα ότι «μπορεί... είναι φυσικό πια να πεθάνει», χωρίς να παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο επειδή το περιβάλλον του δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί ή αρνείται το θάνατό του.^{6,83}

Η αποδοχή της πραγματικότητας, του άρρωστου που πεθαίνει, προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και των αντιλήψεων που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό γύρω από το θάνατο. Επίσης, για την αποδοχή του θανάτου, σημαντική είναι και η θέσπιση των στόχων που θέτουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, στα πλαίσια της φροντίδας την οποία παρέχουν στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή.

Ο θάνατος είναι το πιο μοναχικό γεγονός της ζωής και αποχωρίζει τον θανόντα όχι μόνο από τους άλλους αλλά και από τον κόσμο ολόκληρο. Η αλήθεια είναι ότι εκείνος που πεθαίνει, πάντα είναι το μεμονωμένο, μοναχικό άτομο.⁸⁴ Και αυτή η μοναξιά είναι που κάνει ανυπόφορη την αγωνία του θανάτου. Μολαταύτα, οι φίλοι και οι συγγενείς απομακρύνονται από τον ετοιμοθάνατο, από φόβο μήπως πουν κάτι και τον ταραξουν ή μήπως έρθουν αντιμέτωποι με το δικό τους θάνατο. Ακόμα και οι θεοί του Ολύμπου έφευγαν τρομαγμένοι όταν πλησίαζε η στιγμή που ένας άνθρωπος θα πέθαινε.²³ Η σύγχρονη κοινωνία παρηγορεί αυτούς που πενθούν το νεκρό αλλά και τους μελλοθάνατους κατατάσσοντας όλους τους θανάτους σε γενικές κατηγορίες, με σκοπό να απαλύνει τον τρόμο που προκαλείται.⁸⁴

Για να γίνει κατανοητή η ψυχολογία του μελλοθάνατου, πρέπει να υπάρχει προθυμία από το μέρος των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού να αντιμετωπίσουν τους δικούς τους αντίστοιχους φόβους, δείχνοντας συμπόνια και ενσυναίσθηση.²³ Στο πλαίσιο του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατρικοποιείται, αφού τόσο οι

ιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό, επιδιώκουν μέχρι τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβουν για να το «σώσουν».

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση- γνωστή ως προσέγγιση ξενώνα (hospice approach)-που αναγνωρίζει και ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των αρρώστων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.^{85,86} Ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναγνωρίζουν τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και να εξασφαλίζουν εκείνες τα συνθήκες που θα εγγυηθούν την παροχή άνεσης, αξιοπρέπειας και ποιότητας ζωής. Οι υπηρεσίες απευθύνονται τόσο στον ασθενή, όσο και στα μέλη της οικογένειάς του, ενώ η υποστήριξη εξακολουθεί να παρέχεται στην οικογένεια και κατά την περίοδο του πένθους. Η φροντίδα στα τελικά στάδια της ζωής προϋποθέτει τη διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν όχι μόνο εξειδικευμένες γνώσεις, αλλά και «ανθρωπιά». Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην υποστήριξη των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που επενδύουν και συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα του αρρώστου και της οικογένειάς του.⁶

Οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εκδηλώνονται στο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο όταν ο στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» του αρρώστου, αλλά η επίτευξη της ανακούφισης και η παροχή της μέγιστης δυνατής άνεσης.

Όμως, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη, όπως οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, θεωρείται ότι διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να αναπτύξουν στάσεις οι οποίες εκδηλώνονται με διακρίσεις σε βάρος της τρίτης ηλικίας. Αυτό συμβαίνει επειδή εκτίθενται σε δυσανάλογο ποσοστό των ασθενών ή εξαρτώμενων ηλικιωμένων ατόμων. Η έρευνα δείχνει ότι πολλοί παράγοντες έχουν επιδράσει στην συμπεριφορά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ηλικιωμένους, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου, της εκπαίδευσης, της έκθεσης σε ηλικιωμένους ανθρώπους, του τμήμα εργασίας, και της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης.⁸⁷

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αποτυπωθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου και παράλληλα να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους.

Οι παράγοντες που μελετήθηκαν ήταν προσωπικοί (ηλικία, θέση εργασίας, χώρος εργασίας, εκπαίδευση, στάση απέναντι στο θάνατο) και παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στο θάνατο (κλινική εμπειρία, συχνότητα θανάτων στο εργασιακό περιβάλλον). Η επεξεργασία των στοιχείων οδήγησε στη διατύπωση προτάσεων που περιλαμβάνουν τη λήψη μέτρων σχετικά με την εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα διαχείρισης του ασθενή που πεθαίνει, καθώς και την αντιμετώπιση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζουν ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται και είναι σε τελικό στάδιο.

1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 202 άτομα, ηλικίας 18 έως 67 ετών. Στα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη δόθηκε ένα συνολικό ερωτηματολόγιο που αποτελείτο από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος κατεγράφησαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και περιελήφθησαν ερωτήσεις σχετικές με τη διαχείριση του θανάτου. Στο δεύτερο μέρος εντάχθηκαν μια σειρά προτάσεις σχετικά με διαφορετικές συμπεριφορές προς το θάνατο. Οι προτάσεις αυτές συνέθεσαν 5 διαφορετικά προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο, τα οποία χαρακτηρίζουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

1.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross sectional analytical study) που πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο του 2012 έως και Μάρτιο του 2013.

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη, είχε ήδη διενεργηθεί μία περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση, η οποία και χρησιμοποιήθηκε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας. Στη συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, είχε τεθεί γλωσσικός περιορισμός, με την επιλογή δημοσιευμένων άρθρων στα αγγλικά και ελληνικά.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις δύο νοσηλευτικές μονάδες (Σπάρτης και Μολάων) του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας .

1.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το πρώτο μέρος του οποίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong, PTP Reker GT & Gesser G. Το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στην ελληνική από τη Μαλλιαρού και συν., από τους οποίους έχει εξασφαλιστεί εγγράφως η σχετική άδεια χρήσης του.

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο αρχικά αποτύπωσε τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δηλαδή την ηλικία, τη θέση εργασίας, το χώρο εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη στάση απέναντι στο θάνατο) και παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στο θάνατο (κλινική εμπειρία, συχνότητα θανάτων στο εργασιακό περιβάλλον). Εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες ο σκοπός της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας, η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

1.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων και των σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων περί εκπαίδευσης στη διαχείριση του θανάτου και στην εργασιακή σχέση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς τελικού σταδίου. Επιπλέον, για τη σύνθεση του προφίλ συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που περιείχε συνολικά 32 προτάσεις.

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες προτάσεις από το συνολικό ερωτηματολόγιο για τη σύνθεση του προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις έλαβαν την ίδια βαθμολόγηση, έτσι ώστε υψηλές τιμές να υποδεικνύουν υψηλό βαθμό συμφωνίας στην κλίμακα. Έπειτα, για κάθε παράγοντα (προφίλ) που έχει δημιουργηθεί υπολογίστηκε το μέσο προφίλ συμπεριφοράς, διαιρώντας κάθε φορά με τον συνολικό αριθμό των προτάσεων που τον απαρτίζουν. Από τη μεθοδολογία αυτή προέκυψαν 5 διαφορετικά προφίλ συμπεριφοράς (παράγοντες). Ειδικότερα, τα προφίλ αυτά αφορούν στον "φόβο του θανάτου", στην "αποφυγή του θανάτου", στην "ουδέτερη στάση" απέναντι στο θάνατο, στην "αποδοχή του θανάτου" και στην αντίληψη ότι ο "θάνατος είναι απελευθέρωση".

Η διερεύνηση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, βάση των 5 παραπάνω προφίλ, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία, την εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου και ανάλογα με την εργασιακή σχέση τους με τους ασθενείς, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση παραμετρικού τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA) και υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman r .

Τα p-value που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο IBM SPSS Statistics version 19.

1.6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, είχε σταλεί έγγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε Νοσοκομείου-νοσηλευτικής μονάδας, προκειμένου να χορηγηθεί άδεια έναρξης της έρευνας στο χώρο τους. Στο έγγραφο αναφερόταν το όνομα των ερευνητών, ο σκοπός της μελέτης, το ερευνητικό ίδρυμα, η μορφή της έρευνας και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων, παρέχοντας την διαβεβαίωση για τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Εν τέλει, εξασφαλίστηκε εγγράφως η άδεια από το Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο της Νοσηλευτικής Μονάδας Μολάων, και από το Διοικητικό Συμβούλιο της Νοσηλευτικής Μονάδας Σπάρτης.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούσαν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 202 άτομα, ηλικίας 18 έως 67 ετών. Πιο αναλυτικά, το 33,2% των συμμετεχόντων ήταν άντρες και το υπόλοιπο 66,8% γυναίκες. Το 22,6% του δείγματος ήταν άτομα ηλικίας 18 έως 30 ετών, το 67,3% ηλικίας 31-50 ετών και το 10,1% ηλικίας άνω των 50 ετών. Η πλειοψηφία του δείγματος (το 56,7%) αποτελείται από έγγαμους, ενώ το 37,8% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι, το 3,5% διαζευγμένοι και το 2% χήροι.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 29,9% των ατόμων είχαν απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ τα περισσότερα άτομα ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά, το 28,4% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 31,8% απόφοιτοι ΑΕΙ, το 5% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και το υπόλοιπο 5% κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.

Σχετικά με τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας, το 8,2% εργαζόταν για λιγότερο από 1 έτος, το 39,3% για 1 έως και 7 έτη, το 20,9% είχε εργασιακή εμπειρία μεταξύ 8 και 15 ετών και το 31,6% εργαζόταν για πάνω από 15 έτη.

Όσον αφορά τη θέση εργασίας, το 66,8% του δείγματος της παρούσας έρευνας το αποτέλεσαν νοσηλευτικό προσωπικό, και το 33,2% ιατροί. Τα άτομα που έλαβαν μέρος στη μελέτη προέρχονταν από πολλά διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου, με τα περισσότερα άτομα να εργάζονταν στην παθολογική κλινική (22,8%), τη χειρουργική κλινική (19,8%) και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (13,9%). Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα εργασίας, το 25,3% έχει εργαστεί λιγότερο από 1 έτος, το 53,3% είχε εργαστεί 1 έως και 7 έτη, το 11,2% 8 έως και 15 έτη, ενώ το 10,2% είχε εργασιακή εμπειρία στο συγκεκριμένο τμήμα πάνω από 15 έτη.

Τα παραπάνω περιγραφικά στοιχεία των βασικών δημογραφικών στοιχείων παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 1 του παραρτήματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δημογραφικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 202 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Δημογραφικά Στοιχεία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1. Φύλο		
Γυναίκα	135	66,8
Άνδρας	67	33,2
2. Ηλικία (σε έτη)		
18 - 30	45	22,6
31 - 50	134	67,3
51 - 67	20	10,1
3. Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/η	76	37,8
Έγγαμος/η	114	56,7
Διαζευγμένος/η	7	3,5
Χήρος/α	4	2,0
4. Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Δευτεροβάθμια	60	29,9
Τριτοβάθμια ΤΕΙ	57	28,4
Τριτοβάθμια ΑΕΙ	64	31,8
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	10	5,0
Διδακτορικό Δίπλωμα	10	5,0
5. Έτη Προϋπηρεσίας		
<1	16	8,2

1 - 7	77	39,3
8 - 15	41	20,9
>15	62	31,6

6. Θέση Εργασίας

Ιατρός	67	33,2
Νοσηλεύτης	135	66,8

7. Τμήμα Εργασίας

Χειρουργική Κλινική	40	19,8
Ορθοπαιδική Κλινική	9	4,5
Ουρολογική Κλινική	10	5,0
Παθολογική Κλινική	46	22,8
Μαιευτικό/Γυναικολογικό	8	4,0
Καρδιολογικό	10	5,0
Παιδιατρικό	5	2,5
Φυσιοθεραπευτικό	1	0,5
Μικροβιολογικό	3	1,5
Πνευμονολογικό	1	0,5
Αναισθησιολογικό	2	1,0
Οφθαλμολογικό	1	0,5
MTN	14	6,9
ΤΕΠ	28	13,9
ΤΕΙ	9	4,5
Αιμοδοσία	2	1,0
Κοινωνική Υπηρεσία	3	1,5
Περιφερειακά Ιατρεία	2	1,0
Διεύθυνση Νοσηλευτικής	3	
Υπηρεσίας		1,5

8. Έτη Προϋπηρεσίας στο Τμήμα

<1	50	25,3
1 - 7	105	53,3
8 - 15	22	11,2
>15	20	10,2

2.1.2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ακολουθεί η περιγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων όσον αφορά τη συχνότητα της επαφής τους με ασθενή που πεθαίνει. Από τον Πίνακα 2 φαίνεται ότι το 71,4% των ατόμων απαντούν ότι έρχονται σε επαφή με έναν ή κανένα ασθενή που πιθανώς να καταλήξει, κάθε εβδομάδα. Το 22,1% δηλώνει ότι έρχεται σε επαφή με 2 έως 5 ασθενείς που τελικά καταλήγουν την εβδομάδα, ενώ το 6,5% απαντά ότι έρχεται σε επαφή με 6 και πάνω ασθενείς που τελικά πεθαίνουν την εβδομάδα. Το 49,5% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή φοίτησής τους για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου. Ωστόσο, μόνο το 29,2% νιώθει ότι η εκπαίδευση που έλαβε ήταν επαρκής για την αντιμετώπιση του θανάτου και των ασθενών που πεθαίνουν.

Στη συνέχεια, αποτυπώνονται οι στάσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τη διαχείριση του θανάτου, τόσο στην εργασία τους, όσο και στην προσωπική τους ζωή. Το 29,2% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι νοσηλεύονται περιστατικά τελικού σταδίου κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, το 23,8% του δείγματος έχει συζητήσει με τους ασθενείς τελικού σταδίου για το θέμα του θανάτου. Από τη συζήτηση αυτή, το 25% των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού αισθάνθηκε "πάρα πολύ" άβολα, το 22,9% "πολύ" άβολα, το 31,3% "μέτρια" και το 10,4% ελάχιστα. Το 70,6% του δείγματος απαντά ότι δεν συζητά ανοιχτά με τους ασθενείς το θέμα του θανάτου. Από την άλλη, το 70,1% δηλώνει ότι συζητάει για το περιστατικό του θανάτου με τους συναδέλφους του όταν αυτό συμβαίνει στο τμήμα εργασίας

του και παράλληλα το 76,1% νιώθει ανακούφιση από την συζήτηση. Αντίθετα, το 29,9% των συμμετεχόντων δεν συζητάει το θάνατο ενός ασθενούς στο τμήμα εργασίας τους. Από αυτούς, το 46,7% επηρεάζεται αρνητικά σε "μέτριο" βαθμό, το 18,3% "καθόλου" αρνητικά και το 15% επηρεάζεται "λίγο" αρνητικά.

Στην ερώτηση "με ποιο τρόπο επιλέγετε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από το περιστατικό του θανάτου", η πλειοψηφία του δείγματος (64%) απαντά ότι το σκέφτεται στο σπίτι του, το 11% απομονώνεται, το 9% απαντά ότι αποφεύγει να το συζητήσει με συναδέλφους, το 2,5% ξεσπά σε κλάματα, ενώ υπάρχει και το 13,5% που δηλώνει ότι αδιαφορεί πλήρως. Σημειώνεται ότι το 99% των ερωτηθέντων απαντά ότι δεν υπάρχουν ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που εργάζονται. Όσο αφορά στην προσωπική τους ζωή, το 3% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι ένα συμβάν θανάτου τους επηρεάζει "πάρα πολύ", το 13,4% "πολύ", το 33,7% δηλώνει ότι επηρεάζεται "μέτρια", το 19,3% "ελάχιστα" και "λίγο", το 9,4% "καθόλου" και το 1,5% απαντά ότι αδιαφορεί. Τέλος, στην ερώτηση αν έχουν κάποια "προσωπική εμπειρία" όσο αφορά στο θάνατο, το 78,2% απαντά ότι έχει πεθάνει κάποιο συγγενικό του πρόσωπο, το 14,9% ότι έχει πεθάνει κάποιο φιλικό του πρόσωπο ενώ το 6,9% δεν έχει καμιά προσωπική εμπειρία.

Τα περιγραφικά στοιχεία των παραπάνω ερωτήσεων παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2 του παρατήματος.

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των ερωτήσεων που αφορούν στη διαχείριση του θανάτου, για το σύνολο των 202 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Ερωτήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πόσες φορές την εβδομάδα μπορεί να έρθετε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει;		
Καμία ή 1	142	71,4
2 - 5	44	22,1
6 - 10	11	5,5
>10	2	1,0
Έχετε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή που φοιτήσατε για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου;		
Όχι	102	50,5
Ναι	100	49,5
Αισθάνομαι ότι η εκπαίδευση που έλαβα για την διαχείριση του θανάτου με προετοίμασε αρκετά για να αντιμετωπίσω τον θάνατο και τα άτομα που πεθαίνουν.		
Όχι	143	70,8
Ναι	59	29,2
Νοσηλεύετε περιστατικά τελικού σταδίου την παρούσα στιγμή;		
Όχι	115	70,8
Ναι	87	29,2
Έχετε συζητήσει με ασθενείς τελικού σταδίου για το θέμα του θανάτου;		
Όχι	154	76,2

Ναι	48	23,8
-----	----	------

Αν ΝΑΙ πόσο αυτό σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

Πάρα πολύ	12	25,0
-----------	----	------

Πολύ	11	22,9
------	----	------

Μέτρια	15	31,3
--------	----	------

Αδιαφορώ	0	0,0
----------	---	-----

Ελάχιστα	5	10,4
----------	---	------

Λίγο	2	4,2
------	---	-----

Καθόλου	3	6,3
---------	---	-----

Μιλάτε ανοικτά με τους ασθενείς σας για το θέμα του θανάτου;

Όχι	142	70,6
-----	-----	------

Ναι	59	29,4
-----	----	------

Συζητάτε στο τμήμα που εργάζεστε για το περιστατικό του θανάτου όταν αυτό συμβαίνει στο τμήμα σας;

Όχι	60	29,9
-----	----	------

Ναι	141	70,1
-----	-----	------

Εάν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει;

Όχι	34	23,9
-----	----	------

Ναι	108	76,1
-----	-----	------

Εάν δεν συζητάτε πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά;

Πάρα πολύ	2	3,3
-----------	---	-----

Πολύ	4	6,7
------	---	-----

Μέτρια	28	46,7
--------	----	------

Αδιαφορώ	2	3,3
----------	---	-----

Ελάχιστα	4	6,7
Λίγο	9	15,0
Καθόλου	11	18,3

Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από το περιστατικό του θανάτου;

Απομονώνομαι	22	11,0
Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους	18	9,0
Κλαίω για να ξεσπάσω	5	2,5
Το σκέπτομαι στο σπίτι μου	128	64,0
Δεν τρώω	0	0,0
Αδιαφορώ πλήρως	27	13,5

Γίνονται ομάδες προσωπικού για διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που δουλεύετε;

Όχι	200	99,0
Ναι	2	1,0

Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;

Πάρα πολύ	6	3,0
Πολύ	27	13,4
Μέτρια	68	33,7
Αδιαφορώ	3	1,5
Ελάχιστα	39	19,3
Λίγο	39	19,3
Καθόλου	19	9,4

Έχεις κάποια προσωπική εμπειρία όσο

αφορά το θάνατο;		
Πέθανε συγγενικό μου πρόσωπο	158	78,2
Πέθανε φιλικό μου πρόσωπο	30	14,9
Όχι, δεν έχω καμιά εμπειρία προσωπική όσο αφορά το θάνατο	14	6,9

2.1.3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Το ερωτηματολόγιο DAP-R περιέχει συνολικά 32 προτάσεις. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν να σημειώσουν τις απαντήσεις τους σύμφωνα με μια κλίμακα τύπου Likert 7 επιπέδων (1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7) που διαμορφώνετε ως εξής: 1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Διαφωνώ Μέτρια, 4=Αναποφάσιτος, 5=Συμφωνώ Μέτρια, 6=Συμφωνώ και 7=Συμφωνώ Απόλυτα. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των συμμετεχόντων, τα οποία διαμορφώνουν το προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο (Πίνακας 3), και παριστάνονται γραφικά στο Σχήμα 3 του παραρτήματος .

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία των προτάσεων που αποτυπώνουν τη στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο.

	Προφίλ Συμπεριφοράς Θανάτου	Μέση Τιμή	ΣΑ	Ελάχιστη - Μέγιστη Τιμή
1	Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	5,7	1,58	1 - 7
2	Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί	4,8	2,01	1 - 7

άγχος

3	Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	4,1	2,01	1 - 7
4	Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	3,6	1,61	1 - 7
5	Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	3,2	2,04	1 - 7
6	Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	6,1	1,06	1 - 7
7	Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	4,5	1,97	1 - 7
8	Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	3,1	1,65	1 - 7
9	Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	2,8	1,82	1 - 7
10	Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	4,3	1,82	1 - 7
11	Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	3,7	1,90	1 - 7
12	Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	4,2	1,90	1 - 7
13	Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	3,9	1,92	1 - 7
14	Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	6,2	0,87	1 - 7
15	Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια	4,0	1,74	1 - 7

ευδαιμονία

16	Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	3,2	1,66	1 - 7
17	Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	5,1	1,61	1 - 7
18	Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	3,7	1,94	1 - 7
19	Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	3,8	1,85	1 - 7
20	Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	3,7	1,80	1 - 7
21	Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	4,4	1,89	1 - 7
22	Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	4,0	1,80	1 - 7
23	Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	3,2	1,87	1 - 7
24	Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	5,8	1,35	1 - 7
25	Βλέπω το θάνατο ως το πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	3,7	1,70	1 - 7
26	Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	4,0	1,76	1 - 7
27	Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	3,4	1,70	1 - 7
28	Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να	3,6	1,78	1 - 7

αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην
μεταθάνατο ζωή

29	Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	3,2	1,89	1 - 7
30	Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	4,8	1,65	1 - 7
31	Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	2,4	1,51	1 - 7
32	Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	3,9	1,99	1 - 7

Από τις απαντήσεις του συνόλου του συμμετεχόντων, κατά μέσο όρο προκύπτουν τα εξής: "συμφωνούν" ότι ο θάνατος αποτελεί μια μακάβρια εμπειρία, "συμφωνούν μέτρια" ότι η προοπτική του δικού τους θανάτου τους δημιουργεί άγχος, είναι "αναποφάσιστοι" όσο αφορά στη δήλωση ότι αποφεύγουν με κάθε κόστος τις σκέψεις περί θανάτου, στην πρόταση θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου, οι απαντήσεις τους κυμαίνονται μεταξύ του "διαφωνώ μέτρια" και "αναποφάσιστος", "διαφωνούν μέτρια" στην πρόταση ότι ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα, "συμφωνούν" στο ότι ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός, στην πρόταση ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου, οι απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ του "αναποφάσιστος" και "συμφωνώ μέτρια", "διαφωνούν μέτρια" πως ο θάνατος αποτελεί την είσοδο σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης, διαφωνούν μέτρια" πως ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απάισιο κόσμο, είναι "αναποφάσιστοι" αναφορικά με την πρόταση όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά.

Επιπλέον, κατά μέσο όρο προκύπτει ότι είναι "αναποφάσιστοι" για το αν ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα, στη δήλωση προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο και στην πρόταση πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο. Κατά μέσο όρο, "συμφωνούν" ότι ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής, αλλά είναι

"αναποφάσιστοι" για το αν ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και την αιώνια ευδαιμονία, "διαφωνούν μέτρια" ότι ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή, "συμφωνούν μέτρια" στην πρόταση ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο, είναι "αναποφάσιστοι" για τον αν έχουν έντονο φόβο για το θάνατο, για το αν αποφεύγουν να σκέφτονται τον θάνατο από κάθε άποψη, για το αν τους προβληματίζει έντονα το θέμα της ζωής μετά τον θάνατο, είναι "αναποφάσιστοι" κατά μέσο όρο για το αν φοβούνται ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζουν, για το αν προσβλέπουν σε μια επανένωση με τους αγαπημένους τους μετά το θάνατο. Ακόμα, από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων, κατά μέσο όρο "διαφωνούν μέτρια" στην πρόταση ότι βλέπουν το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα, "συμφωνούν" στο ότι ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής, είναι "αναποφάσιστοι" στο αν βλέπουν το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο, στον να προσπαθούν να μην έχουν τίποτα να κάνουν με το θέμα του θανάτου, "διαφωνούν μέτρια" στο ότι ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής, στην πρόταση ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή οι απαντήσεις τους κυμαίνονται μεταξύ του "διαφωνώ μέτρια" και "αναποφάσιστος", "διαφωνούν μέτρια" στο να βλέπουν το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής, "συμφωνούν μέτρια" στο ότι ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός, "διαφωνούν" στην πρόταση ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο και τέλος, είναι κατά μέσο όρο "αναποφάσιστοι" για το αν τους ανησυχεί η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο.

2.1.4. ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες προτάσεις από το συνολικό ερωτηματολόγιο για τη σύνθεση του προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο. Έτσι, υπολογίστηκε το άθροισμα των σχετικών προτάσεων και προέκυψαν 5 διαφορετικά προφίλ συμπεριφοράς (παράγοντες). Ειδικότερα, τα προφίλ αυτά αφορούν τον "φόβο του θανάτου", την "αποφυγή του θανάτου", την "ουδέτερη στάση" απέναντι στο θάνατο, την "αποδοχή του θανάτου" και την αντίληψη ότι ο "θάνατος είναι απελευθέρωση".

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα διαφορετικά προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο και οι προτάσεις από τις οποίες προσδιορίζονται (δηλαδή οι προτάσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή των παραγόντων). Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις λαμβάνουν την ίδια βαθμολόγηση, έτσι ώστε υψηλές τιμές να υποδεικνύουν υψηλό βαθμό συμφωνίας στην κλίμακα. Έπειτα, για κάθε παράγοντα (προφίλ) που έχει δημιουργηθεί υπολογίζεται το μέσο προφίλ συμπεριφοράς, διαιρώντας κάθε φορά με τον συνολικό αριθμό των προτάσεων που τον απαρτίζουν.

- **Φόβος Θανάτου**

Ερωτήσεις: 1, 2, 7, 18, 20, 21 και 32

Σύνολο: 7 προτάσεις

- **Αποφυγή Θανάτου**

Ερωτήσεις: 3, 10, 12, 19 και 26

Σύνολο: 5 προτάσεις

- **Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο**

Ερωτήσεις: 6, 14, 17, 24 και 30

Σύνολο: 5 προτάσεις

- **Αποδοχή Θανάτου**

Ερωτήσεις: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 και 31

Σύνολο: 10 προτάσεις

- **Θάνατος ως Απελευθέρωση**

Ερωτήσεις: 5, 9, 11, 23 και 29

Σύνολο: 5 προτάσεις

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των διαφόρων παραγόντων που προέκυψαν όπως περιγράφονται παραπάνω. Από τον Πίνακα 4 φαίνεται ότι ο δείκτης αξιοπιστίας για το σύνολο των παραγόντων (εκτός από την «Ουδέτερη Στάση απέναντι στον Θάνατο») είναι άνω του 80%. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει πολύ ικανοποιητική αξιοπιστία. Η χαμηλότερη αξιοπιστία της «Ουδέτερης Στάσης απέναντι στον Θάνατο» που αγγίζει το 60% ενδεχομένως οφείλεται στη μεγάλη διακύμανση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις αντίστοιχες ερωτήσεις.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα αξιοπιστίας για το σύνολο των παραγόντων.

Προφίλ	Cronbach's Alpha	Αριθμός Ερωτήσεων
Φόβος Θανάτου	0,831	7
Αποφυγή Θανάτου	0,867	5
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	0,594	5
Αποδοχή Θανάτου	0,888	10
Θάνατος ως Απελευθέρωση	0,884	5

Ακολουθούν τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των διαφόρων προφίλ. Προκειμένου να είναι συγκρίσιμα τα 5 προφίλ, διαιρέθηκαν με το πλήθος των ερωτήσεων από τις οποίες υπολογίζονται και έτσι όλα αναφέρονται στην ίδια 7-βάθμια κλίμακα. Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι τη μεγαλύτερη μέση τιμή (5,6) έχει ο παράγοντας της «Ουδέτερης Στάσης απέναντι στο Θάνατο». Αυτό σημαίνει ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, κατά μέσο όρο, "συμφωνούν μέτρια" έως και "συμφωνούν" με την ουδέτερη συμπεριφορά ως προς το θάνατο. Ακολουθεί ο "Φόβος Θανάτου" με μέση τιμή 4,4 και η "Αποφυγή Θανάτου" που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες έχουν "αναποφάσιστη" συμπεριφορά ως προς αυτούς τους 2 παράγοντες. Έπειτα, η μέση τιμή για το προφίλ "Αποδοχή Θανάτου" είναι 3,5. Συνεπώς, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό κατά μέσο όρο, "διαφωνούν μέτρια" έως και είναι "αναποφάσιστοι" σχετικά με την συμπεριφορά αποδοχής του θανάτου. Τέλος, ο παράγοντας "Θάνατος ως Απελευθέρωση" λαμβάνει τη μικρότερη μέση τιμή

(3,2). Αυτό σημαίνει ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες "διαφωνούν μέτρια" με την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί απελευθέρωση.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά των διαφόρων παραγόντων και οι κατανομές των παραγόντων απεικονίζονται στο Σχήμα 5α του παραρτήματος. Σημειώνεται ότι η κατανομή της Ουδέτερης Στάσης απέναντι στο Θάνατο παρουσιάζει ελαφρά ασυμμετρία. Οι υπόλοιποι παράγοντες κατανέμονται κανονικά. Στο Σχήμα 5β του παραρτήματος απεικονίζεται η μέση τιμή και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής για τα διάφορα προφίλ που αφορούν στη συμπεριφορά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο.

Πίνακας 5. Βασικά στατιστικά μέτρα θέσης και διασποράς για τα 5 προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο.

Προφίλ	Μέση τιμή	ΣΑ	Ελάχιστη	Μέγιστη
Φόβος Θανάτου	4,4	1,33	1	7
Αποφυγή Θανάτου	4,1	1,51	1	7
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6	0,83	1	7
Αποδοχή Θανάτου	3,5	1,21	1	7
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2	1,57	1	7

2.2 ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ακολουθούν τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων που εφαρμόστηκαν για τη διερεύνηση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία, την εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου και ανάλογα με την εργασιακή σχέση τους με τους ασθενείς. Αρχικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και των

δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζεται παραμετρικό τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA).

2.2.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ DAP-R ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στον Πίνακα 6 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με το φύλο τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ των γυναικών και αντρών επαγγελματιών υγείας ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, το φύλο των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και του φύλου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Γυναίκα (n=132)	Άνδρας (n=67)	
Φόβος Θανάτου	4,5 (1,29)	4,2 (1,40)	t= 1,495 p= 0,137
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,49)	4,2 (1,56)	t= 0,613 p= 0,540
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,5 (0,85)	5,7 (0,77)	t= 1,288 p= 0,199
Αποδοχή Θανάτου	3,6 (1,13)	3,4 (1,35)	t= 1,101 p= 0,272
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,57)	3,3 (1,59)	t= 0,449

[†] t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με την ηλικία τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικής ηλικιακής ομάδας (p-value > 0,05). Συνεπώς, η ηλικία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 7. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της ηλικίας (έτη).

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)			Στατιστικός Έλεγχος [†]
	18 με 30 (n=45)	31 με 50 (n=134)	51 με 67 (n=20)	
Φόβος Θανάτου	4,3 (1,29)	4,4 (1,66)	4,1 (1,33)	F= 0,728 p= 0,484
Αποφυγή Θανάτου	3,8 (1,44)	4,1 (1,51)	4,5 (1,66)	F= 1,287 p= 0,278
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,92)	5,6 (0,81)	5,8 (0,78)	F= 0,689 p= 0,504
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,30)	3,6 (1,19)	3,2 (1,17)	F= 0,793 p= 0,454
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,0 (1,49)	3,3 (1,64)	3,3 (1,44)	F= 0,624 p= 0,537

[†] ANOVA

Προκειμένου να γίνει η συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων και της συμπεριφοράς προς το θάνατο, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν είναι άγαμος/η ή διαζευγμένος/η ή χήρος/α και 2η κατηγορία αν είναι έγγαμος. Έτσι, στον Πίνακα 8 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ των άγαμων ή έγγαμων ιατρών και νοσηλευτών (p -value > 0,05). Συνεπώς, η οικογενειακή κατάσταση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της οικογενειακής κατάστασης.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Άγαμος (n=87)	Έγγαμος (n=111)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,23)	4,4 (1,41)	t= 0,202 p= 0,840
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,45)	4,0 (1,55)	t= 0,497 p= 0,620
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,5 (0,90)	5,6 (0,77)	t= 1,043 p= 0,298
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,31)	3,5 (1,13)	t= 0,032 p= 0,975
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,59)	3,2 (1,57)	t= 0,123 p= 0,902

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Παρόμοια, για τη συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων και της συμπεριφοράς προς το θάνατο, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 3 κατηγορίες: 1η κατηγορία αν πρόκειται για απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 2η κατηγορία για απόφοιτο ΤΕΙ και 3η κατηγορία για απόφοιτο ΑΕΙ ή κάτοχο μεταπτυχιακού τίτλου ή κάτοχο διδακτορικού τίτλου. Στον Πίνακα 9 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου προφίλ συμπεριφοράς "Αποδοχή Θανάτου", μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου (F-test= 7,345 & p-value= 0,001 < 0,05). Ειδικότερα, φαίνεται ότι όσοι συμμετέχοντες είναι ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ) "διαφωνούν μέτρια" προς το προφίλ συμπεριφοράς "Αποδοχή Θανάτου", ενώ όσοι είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται ότι είναι αναποφάσιστοι ως προς τη στάση τους στο αντίστοιχο προφίλ. Ωστόσο, όσο αφορά στα υπόλοιπα προφίλ, δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης συμπεριφοράς μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης (p-value > 0,05). Επομένως, υπάρχουν ενδείξεις ότι το επίπεδο εκπαίδευσης πιθανώς παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και του επιπέδου εκπαίδευσης.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)			Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Δευτεροβάθμια (n=60)	ΤΕΙ (n=57)	ΑΕΙ (n=84)	
Φόβος Θανάτου	4,6 (1,28)	4,3 (1,28)	4,3 (1,39)	F= 1,302 p= 0,274
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,44)	4,2 (1,49)	4,0 (1,57)	F= 0,450 p= 0,638
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,76)	5,5 (0,87)	5,6 (0,86)	F= 0,265 p= 0,768

Αποδοχή Θανάτου	3,9 (1,09)	3,6 (1,13)	3,1 (1,25)	F= 7,345 p= 0,001*
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,4 (1,57)	3,4 (1,69)	2,9 (1,48)	F= 2,164 p= 0,118

¹ ANOVA

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Επίσης, προκειμένου να γίνει η συσχέτιση των ετών επαγγελματικής προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων και της συμπεριφοράς προς το θάνατο, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν έχει εργασιακή εμπειρία από 1 έως και 7 έτη και 2η κατηγορία αν έχει εργασιακή εμπειρία άνω των 7 ετών. Στον Πίνακα 10 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με τα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας τους. Από την εφαρμογή του ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου προφίλ συμπεριφοράς "Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο", μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικής εργασιακής εμπειρίας (F-test= 2,345 & p-value= 0,020 < 0,05). Ειδικότερα, φαίνεται ότι όσοι συμμετέχοντες έχουν έως και 7 χρόνια εμπειρία τείνουν να συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με την "Ουδέτερη Στάση απέναντι στον Θάνατο" σε σύγκριση με όσους έχουν προϋπηρεσία άνω των 7 ετών. Αντίθετα, όσο αφορά στα υπόλοιπα προφίλ, δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης συμπεριφοράς μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικής επαγγελματικής προϋπηρεσίας (p-value > 0,05). Συνεπώς, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα έτη της εργασιακής εμπειρίας πιθανώς να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο

Πίνακας 10. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της επαγγελματικής προϋπηρεσίας (σε έτη).

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	1 - 7 έτη (n=93)	>7 ετών (n=103)	
Φόβος Θανάτου	4,3 (1,24)	4,4 (1,41)	t= 0,523 p= 0,602
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,44)	4,1 (1,58)	t= 0,444 p= 0,658
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,7 (0,63)	5,5 (0,87)	t= 2,354 p= 0,020*
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,26)	3,5 (1,19)	t= 0,277 p= 0,782
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,64)	3,2 (1,55)	t= 0,232 p= 0,817

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Προκειμένου να γίνει η συσχέτιση της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων και της συμπεριφοράς προς το θάνατο, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν είναι γιατρός και 2η κατηγορία αν είναι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, στον Πίνακα 11 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι επαγγελματίες υγείας ανάλογα με την θέση εργασίας τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων. Αρχικά, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου προφίλ συμπεριφοράς "Φόβος Θανάτου", μεταξύ των συμμετεχόντων με διαφορετική εργασιακή θέση (t-test= 2,107 & p-value= 0,036<

0,05). Πιο αναλυτικά, οι ιατροί τείνουν να είναι περισσότερο αναποφάσιστοι αναφορικά προς το προφίλ "Φόβος Θανάτου" σε σύγκριση με όσους συμμετέχοντες κατέχουν θέση νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου προφίλ συμπεριφοράς "Αποδοχή Θανάτου", μεταξύ των συμμετεχόντων διαφορετικής εργασιακής θέσης ($t\text{-test}= 3,217$ & $p\text{-value}= 0,002 < 0,05$). Πιο αναλυτικά, οι ιατροί τείνουν να "διαφωνούν μέτρια" σχετικά με την "αποδοχή θανάτου" σε σύγκριση αυτών που κατέχουν θέση στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι εμφανίζονται περισσότερο αναποφάσιστοι. Από την άλλη, όσο αφορά στα υπόλοιπα προφίλ, δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης συμπεριφοράς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας διαφορετικής εργασιακής θέσης ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, υπάρχουν ενδείξεις ότι η εργασιακή θέση πιθανώς να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο.

Πίνακας 11. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της θέσης εργασίας.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		
	Ιατρός (n=67)	Νοσηλευτής (n=135)	Στατιστικός Έλεγχος ¹
Φόβος Θανάτου	4,1 (1,34)	4,5 (1,31)	$t= 2,107$ $p= 0,036^*$
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,58)	4,1 (1,48)	$t= 0,310$ $p= 0,757$
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,7 (0,71)	5,6 (0,88)	$t= 0,479$ $p= 0,322$
Αποδοχή Θανάτου	3,1 (1,34)	3,7 (1,08)	$t= 3,217$ $p= 0,002^*$
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,0 (1,55)	3,3 (1,58)	$t= 0,960$ $p= 0,161$

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Για τη συσχέτιση των ετών επαγγελματικής προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων και της συμπεριφοράς προς το θάνατο, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν έχει εργασιακή εμπειρία στο παρόν τμήμα από 1 έως και 7 έτη και 2η κατηγορία αν έχει εργασιακή εμπειρία άνω των 7 ετών. Στον Πίνακα 12 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με την εργασιακή εμπειρία στο συγκεκριμένο τμήμα που εργάζονται. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ των διαφορετικών ετών εργασιακής εμπειρίας στο τμήμα εργασίας ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η παρούσα εργασιακή εμπειρία δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της εργασιακής εμπειρίας στο συγκεκριμένο τμήμα που εργάζονται.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	1 με 7 έτη (n=153)	>7 ετών (n=41)	
Φόβος Θανάτου	4,3 (1,29)	4,4 (1,43)	t= 0,492 p= 0,624
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,47)	4,4 (1,50)	t= 1,476 p= 0,142
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,81)	5,7 (0,70)	t= 0,428 p= 0,486
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,22)	3,6 (1,12)	t= 0,753 p= 0,606
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,1 (1,58)	3,5 (1,47)	t= 0,256 p= 0,139

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και των ερωτήσεων που αφορούν στην εκπαίδευση διαχείρισης του θανάτου των ασθενών που νοσηλεύονται σε τελικό στάδιο. Έτσι, όμοια εφαρμόζεται παραμετρικό τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA) και υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman r.

Για τη συσχέτιση της συμπεριφοράς προς το θάνατο των συμμετεχόντων με τον αριθμό των φορών που έρχονται σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν έρχεται σε επαφή με 1 μόνο ασθενή την εβδομάδα που καταλήγει και η 2η κατηγορία αν έρχεται σε επαφή με 2 ή περισσότερους ασθενείς την εβδομάδα που τελικά καταλήγουν. Στον Πίνακα 13 φαίνονται τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το "Φόβο Θανάτου", ανάλογα με τον αριθμό των φορών που οι συμμετέχοντες έρχονται σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει ($t=2,137$ & $p\text{-value}=0,035 < 0,05$). Ειδικότερα, φαίνεται ότι όσοι ιατροί και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού έρχονται σε επαφή την εβδομάδα με περισσότερους ασθενείς που τελικά καταλήγουν, είναι σε μεγαλύτερο βαθμό αναποφάσιστοι ως προς το συγκεκριμένο προφίλ. Ωστόσο, αναφορικά με τα υπόλοιπα προφίλ δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον αριθμό των φορών που έρχονται σε επαφή με ασθενή τελικού σταδίου ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η συχνότητα της επαφής των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που τελικά καταλήγουν μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και του αριθμού των φορών που έρχονται σε επαφή με ασθενή τελικού σταδίου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Καμία ή 1 (n=142)	>1 (n=57)	
Φόβος Θανάτου	4,5 (1,20)	4,0 (1,55)	t= 2,137 p= 0,035*
Αποφυγή Θανάτου	4,2 (1,43)	3,9 (1,68)	t= 1,178 p= 0,274
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,84)	5,6 (0,83)	t= 0,334 p= 0,738
Αποδοχή Θανάτου	3,6 (1,19)	3,3 (1,19)	t= 0,621 p= 0,121
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,54)	3,2 (1,62)	t= 0,596 p= 0,870

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της λήψης εκπαίδευσης στη διαχείριση του θανάτου. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς θάνατο, ανάλογα με το αν τα άτομα έχουν λάβει ή όχι κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση από τη σχολή φοίτησής τους για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου (p -value > 0,05). Συνεπώς, η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου ασθενών τελικού σταδίου δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της εκπαίδευσης στη διαχείριση θανάτου ασθενών τελικού σταδίου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=102)	Ναι (n=100)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,31)	4,4 (1,35)	t= 0,084 p= 0,933
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,53)	4,1 (1,50)	t= 0,292 p= 0,772
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,5 (0,88)	5,6 (0,77)	t= 0,529 p= 0,361
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,23)	3,5 (1,18)	t= 0,435 p= 0,986
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,1 (1,58)	3,3 (1,57)	t= 0,892 p= 0,348

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι συμμετέχοντες στην προετοιμασία της αντιμετώπισης των ασθενών που πεθαίνουν και γενικά του θανάτου. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, ανάλογα με την προετοιμασία τους στην αντιμετώπιση του θανάτου ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η προετοιμασία στην αντιμετώπιση του θανάτου και των ασθενών που πεθαίνουν δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της προετοιμασίας στην αντιμετώπιση του θανάτου και των ασθενών που πεθαίνουν.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=143)	Ναι (n=59)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,26)	4,3 (1,49)	t= 0,821 p= 0,413
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,50)	4,0 (1,54)	t= 0,243 p= 0,808
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,5 (0,88)	5,7 (0,67)	t= 1,701 p= 0,091
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,20)	3,6 (1,24)	t= 0,603 p= 0,547
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,56)	3,3 (1,62)	t= 0,716 p= 0,475

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Στον Πίνακα 16 φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της νοσηλείας περιστατικών τελικού σταδίου κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, ανάλογα με τη νοσηλεία ή όχι περιστατικών τελικού σταδίου ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η νοσηλεία ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο κατά το χρόνο πραγματοποίησης της μελέτης, δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της νοσηλείας περιστατικών τελικού σταδίου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=115)	Ναι (n=87)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,31)	4,4 (1,37)	t= 0,004 p= 0,997
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,45)	4,1 (1,60)	t= 0,230 p= 0,818
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,75)	5,6 (0,93)	t= 0,289 p= 0,773
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,23)	3,4 (1,18)	t= 0,904 p= 0,514
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,3 (1,63)	3,1 (1,49)	t= 0,761 p= 0,448

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

Στον Πίνακα 17 φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της συζήτησης των συμμετεχόντων με ασθενείς τελικού σταδίου για το θέμα του θανάτου. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, ανάλογα με το αν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν συζητήσει ή όχι με τους ασθενείς τελικού σταδίου για το θάνατο ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η συζήτηση για το θάνατο με τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο. Παράλληλα, υπολογίστηκε ο συντελεστής που αφορά τη συσχέτιση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το θάνατο και του κατά πόσο αισθάνθηκαν άβολα με τη συζήτηση για το θέμα του θανάτου με τους ασθενείς τελικού σταδίου. Ωστόσο, δεν προκύπτει κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($p\text{-value} > 0,05$).

Πίνακας 17. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της συζήτησης για το θάνατο με ασθενείς τελικού σταδίου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=154)	Ναι (n=48)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,31)	4,4 (1,39)	t= 0,062 p= 0,951
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,48)	3,9 (1,61)	t= 0,755 p= 0,451
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,76)	5,5 (1,01)	t= 1,202 p= 0,231
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,17)	3,3 (1,31)	t= 1,014 p= 0,312
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,3 (1,57)	2,9 (1,56)	t= 1,635 p= 0,104

Αν ναι, πόσο αυτό σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;	Συντελεστής Συσχέτισης r	Στατιστικός Έλεγχος ²
Φόβος Θανάτου	-0,230	p=0,119
Αποφυγή Θανάτου	-0,209	p=0,159
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	0,002	p=0,990
Αποδοχή Θανάτου	-0,164	p=0,267
Θάνατος ως Απελευθέρωση	-0,164	p=0,266

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

² Spearman

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της συζήτησης ανοιχτά με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το "Φόβο Θανάτου", ανάλογα με το αν συζητάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου ($t=2,645$ & $p\text{-value}=0,009 < 0,05$). Ειδικότερα, φαίνεται ότι όσοι από τους συμμετέχοντες δεν μιλάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θάνατο τείνουν να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα "Φόβος Θανάτου". Επίσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς την "Αποφυγή Θανάτου", ανάλογα με το αν συζητάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου ($t=2,162$ & $p\text{-value}=0,032 < 0,05$). Πιο αναλυτικά, φαίνεται ότι όσοι ιατροί και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού δεν μιλάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θάνατο τείνουν να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα "Αποφυγή Θανάτου". Ωστόσο, αναφορικά με τα υπόλοιπα προφίλ δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η συζήτηση με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της ανοιχτής συζήτησης με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=142)	Ναι (n=59)	
Φόβος Θανάτου	4,5 (1,24)	4,0 (1,44)	t= 2,645 p= 0,009*
Αποφυγή Θανάτου	4,2 (1,47)	3,7 (1,57)	t= 2,162 p= 0,032*
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,85)	5,6 (0,79)	t= 0,407 p= 0,684
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,17)	3,4 (1,30)	t= 0,644 p= 0,520
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,3 (1,60)	3,1 (1,52)	t= 0,579 p= 0,507

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της συζήτησης μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου που συνέβη στο τμήμα εργασίας. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το προφίλ "Αποφυγή Θανάτου", ανάλογα με το αν οι συμμετέχοντες συζητάνε στο τμήμα εργασίας τους ένα περιστατικό θανάτου ($t=2,881$ & $p\text{-value}=0,005 < 0,05$). Ειδικότερα, φαίνεται ότι όσοι ιατροί και μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για ένα θάνατο που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους τείνουν να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα "Αποφυγή Θανάτου". Επίσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης

συμπεριφοράς προς το προφίλ "Θάνατος ως Απελευθέρωση", ανάλογα με το αν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για ένα περιστατικό θανάτου στο τμήμα εργασίας ($t=3,303$ & $p\text{-value}=0,001 < 0,05$). Πιο αναλυτικά, φαίνεται ότι όσοι συμμετέχοντες δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για ένα θάνατο που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους τείνουν να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα "Θάνατος ως Απελευθέρωση". Ωστόσο, αναφορικά με τα υπόλοιπα προφίλ δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} > 0,05$). Συνεπώς, η συζήτηση μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους ως προς το θάνατο.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και της συζήτησης μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου στο τμήμα εργασίας.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=141)	Ναι (n=60)	
Φόβος Θανάτου	4,4 (1,14)	4,4 (1,41)	t= 0,487 p= 0,627
Αποφυγή Θανάτου	4,5 (1,24)	3,9 (1,59)	t= 2,881 p= 0,005*
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,89)	5,6 (0,81)	t= 0,734 p= 0,657
Αποδοχή Θανάτου	3,6 (1,10)	3,5 (1,25)	t= 0,338 p= 0,603
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,8 (1,41)	3,0 (1,59)	t= 3,303 p= 0,001*

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Στον Πίνακα 20 φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της ανακούφισης που αισθάνονται από τη συζήτηση. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το "Φόβο Θανάτου", ανάλογα με το αν αισθάνονται ανακούφιση ή όχι από τη συζήτηση ($t=1,925$ & $p\text{-value}=0,05$). Ειδικότερα, φαίνεται ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που νιώθουν ανακούφιση από τη συζήτηση τείνουν να έχουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα "Φόβος Θανάτου". Όσο αφορά στα υπόλοιπα προφίλ δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} > 0,05$). Επομένως, η ανακούφιση ή όχι από τη συζήτηση, ενδεχομένως να παίζει κάποιο ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο. Παράλληλα, υπολογίστηκε ο συντελεστής που αφορά στη συσχέτιση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το θάνατο και του κατά πόσο επηρεάζονται αρνητικά αν δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους. Από τον Πίνακα 20 φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα "Φόβος Θανάτου" και με την κλίμακα της "Αποδοχής Θανάτου". Αυτό σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες με υψηλότερο σκορ στο προφίλ "Φόβος Θανάτου" τείνουν να επηρεάζονται "πάρα πολύ" αρνητικά αν δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για το θέμα του θανάτου ($r=-0,251$ & $p\text{-value}=0,053$). Όμοια, οι συμμετέχοντες με υψηλότερο σκορ στο προφίλ "Αποδοχή Θανάτου" τείνουν να επηρεάζονται "πάρα πολύ" αρνητικά αν δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για το θέμα του θανάτου ($r=-0,321$ & $p\text{-value}=0,012 < 0,05$). Από την άλλη, δεν προκύπτει κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με τα υπόλοιπα προφίλ θανάτου ($p\text{-value} > 0,05$). Επομένως, υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμπεριφορά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού προς το θάνατο συσχετίζεται με τη συζήτηση του θέματος του θανάτου.

Πίνακας 20. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και ανακούφισης από τη συζήτηση.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=108)	Ναι (n=34)	
Φόβος Θανάτου	3,9 (1,55)	4,5 (1,34)	t= 1,925 p= 0,050*
Αποφυγή Θανάτου	3,6 (1,51)	4,0 (1,60)	t= 1,389 p= 0,167
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,69)	5,5 (0,84)	t= 0,992 p= 0,323
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,07)	3,5 (1,31)	t= 0,032 p= 0,975
Θάνατος ως Απελευθέρωση	2,7 (1,54)	3,1 (1,60)	t= 1,283 p= 0,202
Αν δεν συζητάτε, πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά;	Συντελεστής Συσχέτισης r		Στατιστικός Έλεγχος²
Φόβος Θανάτου	-0,251		p=0,053*
Αποφυγή Θανάτου	-0,190		p=0,146
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	0,198		p=0,129
Αποδοχή Θανάτου	-0,321		p=0,012*
Θάνατος ως Απελευθέρωση	-0,219		p=0,092

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

² Spearman

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

Για τη συσχέτιση του τρόπου επιλογής της ανακούφισης από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από το περιστατικό του θανάτου, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 3 κατηγορίες: 1η κατηγορία αν διαλέγει να "απομονώνεται" ή αν "αποφεύγει να μιλάει με

συναδέλφους", 2η κατηγορία αν επιλέγει να "κλάψει για να ξεσκάσει" ή "αν το σκέφτεται σπίτι του" και η 3η κατηγορία αν "αδιαφορεί". Στον Πίνακα 21 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχουν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με τις επιλογές τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης συμπεριφοράς μεταξύ των επιλογών που κάνουν οι συμμετέχοντες προκειμένου να ανακουφιστούν (p -value > 0,05). Επομένως, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο σχετίζεται με τους τρόπους που επιλέγουν να ανακουφιστούν από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από ένα περιστατικό θανάτου.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και των τρόπων που επιλέγουν να ανακουφιστούν από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από ένα περιστατικό θανάτου.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)			Στατιστικός Έλεγχος ¹
	1 επιλογή (n=40)	2 επιλογή (n=133)	3 επιλογή (n=27)	
Φόβος Θανάτου	4,3 (1,52)	4,5 (1,28)	4,3 (1,14)	F= 0,489 p= 0,614
Αποφυγή Θανάτου	4,0 (1,55)	4,1 (1,57)	4,4 (1,12)	F= 0,681 p= 0,508
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,5 (0,88)	5,6 (0,84)	5,7 (0,72)	F= 0,580 p= 0,561
Αποδοχή Θανάτου	3,7 (1,15)	3,4 (1,24)	3,7 (1,09)	F= 1,809 p= 0,167
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,4 (1,52)	3,2 (1,58)	3,2 (1,72)	F= 0,362 p= 0,697

¹ ANOVA

Τέλος, ακολουθούν οι στατιστικοί έλεγχοι που αναφέρονται στη συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο με την επιρροή που έχει ένα γεγονός θανάτου στην προσωπική

ζωή των συμμετεχόντων. Ωστόσο, από τον Πίνακα 21 δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση των διαφορετικών προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο με την επίδραση στην προσωπική ζωή των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού (p -value $> 0,05$). Επιπλέον, για τη συσχέτιση της συμπεριφοράς προς το θάνατο με κάποια προσωπική εμπειρία των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, έγινε κατηγοριοποίηση της συγκεκριμένης μεταβλητής σε 2 μόνο κατηγορίες: 1η κατηγορία αν πέθανε συγγενικό ή φιλικό του πρόσωπο και η 2η κατηγορία αν δεν έχει καμιά προσωπική εμπειρία όσο αφορά στο θάνατο. Όμως, από τον Πίνακα 22 δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο ανάλογα με τον αν είχαν κάποια προσωπική εμπειρία ή όχι αναφορικά με το θάνατο (p -value $> 0,05$).

Πίνακας 21. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης.

Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;	Συντελεστής Συσχέτισης r	Στατιστικός Έλεγχος¹
Φόβος Θανάτου	-0,119	$p=0,093$
Αποφυγή Θανάτου	-0,059	$p=0,402$
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	0,088	$p=0,211$
Αποδοχή Θανάτου	-0,034	$p=0,634$
Θάνατος ως Απελευθέρωση	-0,065	$p=0,355$

¹ Spearman

Πίνακας 22. Αποτελέσματα στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο από τους επαγγελματίες υγείας και της προσωπικής εμπειρίας όσο αφορά στο θάνατο.

Προφίλ Συμπεριφοράς	Μέση τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος ¹
	Όχι (n=188)	Ναι (n=14)	
Φόβος Θανάτου	4,3 (1,32)	5,0 (1,38)	t= 1,795 p= 0,074
Αποφυγή Θανάτου	4,1 (1,53)	4,2 (1,21)	t= 0,423 p= 0,672
Ουδέτερη Στάση απέναντι στο Θάνατο	5,6 (0,84)	5,4 (0,59)	t= 0,831 p= 0,407
Αποδοχή Θανάτου	3,5 (1,22)	3,8 (1,00)	t= 1,195 p= 0,234
Θάνατος ως Απελευθέρωση	3,2 (1,59)	3,6 (1,41)	t= 0,833 p= 0,406

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των στάσεων των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου ώστε να αναγνωριστούν οι αντιλήψεις τους απέναντι στην έννοια του θανάτου, να προσδιοριστεί ο τρόπος που διαχειρίζονται τα συναισθήματα και το άγχος του δικό τους θανάτου και να εκφραστούν οι ανάγκες για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του φόβου και του άγχους που ο κάθε θάνατος εκλύει.

Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι παράγοντες αυτοί ήταν προσωπικοί (ηλικία, θέση εργασίας, χώρο εργασίας, εκπαίδευση, στάση έναντι στο θάνατο), και παράγοντες που σχετίζονταν με την έκθεση στο θάνατο (κλινική εμπειρία, συχνότητα θανάτων στο εργασιακό περιβάλλον).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας ανάλυσης, προκύπτει ότι η **εργασιακή εμπειρία, η εργασιακή θέση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η συχνότητα επαφής με ασθενείς που καταλήγουν καθώς και η συζήτηση του θέματος του θανάτου τόσο με ασθενείς όσο και με συναδέλφους, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της στάσης απέναντι στο θάνατο.**

Συγκεκριμένα, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό με τη μεγαλύτερη **εργασιακή εμπειρία** φάνηκε να έχουν θετική στάση απέναντι στο θάνατο, όπως επιβεβαιώνεται και από τις έρευνες των Gabrera et al (2008).⁸⁸ Στην έρευνα αυτή πήρε μέρος το νοσηλευτικό προσωπικό από τα νοσοκομεία Guillermo Grant Benavente de Concepción (HGGB) και Las Higueras de Talcahuano (HT). Σύμφωνα με την έρευνα το 69,43% των ερωτηθέντων με μικρή εμπειρία και νεαρή ηλικία είχε αρνητική στάση απέναντι στο θάνατο. Επίσης, με βάση την έρευνα των Dunn et al (2005), που διενεργήθηκε σε δείγμα 57 νοσηλευτών, οι νοσηλευτές που θεωρούσαν ότι ο θάνατος είναι μια διέξοδος από την οδυνηρή πραγματικότητα, ανέφεραν περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, αντιμετώπιζαν το θάνατο θετικά, αντίθετα με τους συναδέλφους τους που είχαν μικρότερη εργασιακή εμπειρία.⁸⁹ Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν άλλες έρευνες στις οποίες διαπιστώθηκε μια θετική σχέση μεταξύ της εμπειρίας και της φροντίδα για τους ασθενείς

που πεθαίνουν. Αυτές οι έρευνες διεξήχθησαν από τους Stoller(1980), Payne et al(1998), Irvin(2000), Roman et al(2001).⁹⁰⁻⁹³

Όσον αφορά την εργασιακή θέση (ιατρός, νοσηλευτικό προσωπικό) στην παρούσα εργασία, το νοσηλευτικό προσωπικό είχε πιο θετική στάση απέναντι στο θάνατο σε σχέση με τους ιατρούς. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με την έρευνα της Παπαδάτου et al(2002).⁹⁴ Στην έρευνα αυτή πήραν μέρος 16 νοσηλευτές και 14 ιατροί που φρόντιζαν παιδιά με καρκίνο. Συγκρίθηκαν η αντίληψη της απώλειας καθώς και οι αντιδράσεις με τις οποίες οι δύο ομάδες εξέφραζαν το θρήνο. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, οι νοσηλευτές εκδήλωναν φανερά τη θλίψη τους, και αντιλαμβάνονταν την απώλεια πιο έντονα σε αντίθεση με τους ιατρούς.⁹⁴ Επίσης βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν την υποστήριξη από τους συναδέλφους τους ενώ οι ιατροί έπρεπε να καταπνίξουν τα συναισθήματά τους. Προφανώς οι δύο ομάδες είχαν λάβει διαφορετική εκπαίδευση όσον αφορά την προσέγγιση του ασθενή, με τους ιατρούς να επικεντρώνονται σε ένα βιολογικό επίπεδο και τους νοσηλευτές σε ένα βιοψυχοκοινωνικό. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν επίσης με την έρευνα των Vejlgard et al (2005), σύμφωνα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό επιδείκνυε πιο θετική στάση για την παρηγορητική φροντίδα των ασθενών σε σχέση με τους ιατρούς, και ότι οι στάσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν στην κοινότητα ήταν πιο θετικές από ότι εκείνες των συναδέλφων στα νοσοκομεία.⁹⁵

Τα άτομα με υψηλότερο βαθμό εκπαίδευσης (τριτοβάθμιας) 70,1% συγκριτικά με τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας και διετούς εκπαίδευσης 29,9% παρουσίασαν μεγαλύτερη "αποδοχή θανάτου". Τα συμπεράσματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα της μελέτης του De Kock(2011), σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορούσαν να παρέχουν πιο εξειδικευμένη φροντίδα, κάτι που τους πρόσφερε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.⁹⁶ Επίσης, επιβεβαιώνονται οι έρευνες των Baylor et al(1996), Mallory et al (2003), και Dunn et al(2005), με βάση τις οποίες οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης είχαν θετικότερη στάση απέναντι στο θάνατο.^{89,97-98}

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων στα οποία το φαινόμενο του θανάτου παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα, δείχνουν μεγαλύτερη "αποδοχή θανάτου", πιθανόν εξαιτίας του ότι ο θάνατος είναι συνυφασμένος με τη φύση της δουλειάς τους. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται και στην έρευνα Carr και Merriman (1995-96) στην οποία

συγκρίθηκαν οι στάσεις απέναντι στο θάνατο των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν σε ξενώνες Ανακουφιστικής Φροντίδας και σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε νοσοκομείο.⁹⁹ Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στους ξενώνες έδειξαν μεγαλύτερη άνεση να φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε νοσοκομείο, όπου η επαφή με άτομα που πεθαίνουν δεν είναι τόσο συχνή όπως στους ξενώνες. Επιπρόσθετα, οι έρευνες των Ablett et al(2007) και των Ali M. et al (2011) οδηγήθηκαν στα ίδια αποτελέσματα.^{100,101}

Τέλος όπως έδειξε η παρούσα μελέτη, η συζήτηση για το θάνατο είτε με τους συναδέλφους είτε με τους ασθενείς, φαίνεται να επηρεάζει θετικά την στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τόσο η συζήτηση με συναδέλφους, η οποία ερευνήθηκε από την Παπαδάτου et al(2002) όσο και η συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενή που διεξήχθη από τους Wenrich et al (2001), απέδειξαν ότι στην επικοινωνία με τους ασθενείς που πεθαίνουν, μεγάλη σημασία παίζουν τα εξής στοιχεία: συζήτηση με τους ασθενείς με ειλικρινή και ευθύ τρόπο, προθυμία να μιλήσουν για το θάνατο, αναγγελία των δυσάρεστων ειδήσεων με ευαισθησία, ακρόαση των προβλημάτων των ασθενών, ενθάρρυνση για ερωτήσεις από τους ασθενείς, επίδειξη ευαισθησίας κατά την ώρα που οι ασθενείς είναι έτοιμοι να μιλήσουν για το θάνατο.^{94,102} Όπως φαίνεται και από την έρευνα του Costello(2006) ένας καλός θάνατος χαρακτηρίζεται από ανοιχτή επικοινωνία με τον ασθενή που πεθαίνει και την οικογένεια του, αποσκοπώντας στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, την αξιοπρέπεια του κάθε ασθενούς καθώς και την επίδειξη σεβασμού αποδοχή του θανάτου.¹⁰³ Σύμφωνα με την έρευνα των Paterson and Zderad (2002) το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει όχι μόνο να είναι προετοιμασμένο για το τεχνικό μέρος της νοσηλευτικής επιστήμης, αλλά να είναι και εφοδιασμένο με δεξιότητες στην τέχνη της επικοινωνίας.¹⁰⁴

Οι Adam et al(2000) επισημαίνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών τμημάτων αποκτά κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους.¹⁰⁴ Στην ίδια έρευνα οι Adam et al(2000) εξαίρουν την διεπιστημονική ομαδική εργασία ως το σημαντικότερο γεγονός στην ικανοποίηση από την εργασία.¹⁰⁵ Περαιτέρω επισημαίνουν ότι, προκειμένου να μην υπάρξει δυσαρέσκεια από την εργασία, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών τόσο για ενδοεπαγγελματική ομαδική εργασία μεταξύ

των νοσηλευτών, όσο και για διεπαγγελματική ομαδική εργασία με τους άλλους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης στην ογκολογία.

Αντίθετα, η έλλειψη επικοινωνίας αυξάνει το φόβο για το θάνατο και μειώνει την αποδοχή του από ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως έδειξε η παρούσα έρευνα. Όπως φαίνεται και στις έρευνες των Steinhauser et al (2000), O'Daniel et al (2008) και Chapman et al (2009), η ελλιπής ή η μη ποιοτική επικοινωνία με τους ασθενείς έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους για το θάνατο.^{74,106,107}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη της εργασιακής εμπειρίας και η εργασιακή θέση κατέχουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το θάνατο. Όσον αφορά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των ερωτήσεων περί διαχείρισης του θανάτου των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, προκύπτει ότι σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο, παίζει η συχνότητα της επαφής των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που τελικά καταλήγουν, η συζήτηση για το θέμα του θανάτου με τους ασθενείς, η συζήτηση μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους, καθώς και η αρνητική επίδραση της μη συζήτησης του θέματος του θανάτου.

Συμπερασματικά, τα πιο σημαντικά ευρήματα ήταν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες που είναι ανώτατης εκπαίδευσης αποδέχονται περισσότερο το θάνατο σε σχέση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που έχουν έως και 7 χρόνια εμπειρία τείνουν να αποδέχονται το γεγονός του θανάτου σε σύγκριση με όσους έχουν προϋπηρεσία άνω των 7 ετών.
- Επίσης, οι ιατροί ενώ νιώθουν λιγότερο φόβο για το θάνατο, τον αποδέχονται λιγότερο σε σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό, και βλέπουν το θάνατο ως απελευθέρωση από τα βάσανα της ζωής.
- Όσοι από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό έρχονται σε επαφή με περισσότερους ασθενείς που τελικά καταλήγουν την εβδομάδα, είναι σε μεγαλύτερο βαθμό αναποφάσιστοι ως προς το «Φόβο του θανάτου».
- Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν μιλάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θάνατο όχι μόνο δεν αποδέχονται εύκολα το θάνατο, αλλά αποφεύγουν το θέμα του θανάτου με κάθε τρόπο.

- Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν συζητάνε ανοιχτά με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου, τείνουν να μην αποδέχονται το θάνατο. Ωστόσο, όσοι ιατροί ή μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συζητάνε με τους συναδέλφους τους για ένα θάνατο που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους φαίνεται να αποδέχονται το θάνατο.
- Όσον αφορά τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η ανακούφιση ή όχι από τη συζήτηση. Αυτό σημαίνει πως τόσο οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν αποδέχονται το θάνατο, όσο και αυτοί που τον αποδέχονται, επηρεάζονται αρνητικά αν δε συζητάνε με τους συναδέλφους τους για το θέμα αυτό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμβάλλουν στον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού που συνδέονται με τη συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. Τα ευρήματα, δείχνουν ότι τα δημογραφικά στοιχεία, οι συνθήκες εργασίας και συναδελφικές σχέσεις λειτουργούν ως σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να γίνει καλύτερη κατανόηση των στάσεων των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η θετική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν συντελεί στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.^{108,109} Με αφορμή τα συμπεράσματα που προηγήθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναφέρουμε σ' αυτό το σημείο κάποιες ουσιαστικές προτάσεις προκειμένου να διαμορφωθεί θετική στάση από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στο θάνατο.

Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, με στόχο οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, το θάνατο, τη ζωή, να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων, να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους,

να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, σε νοσηλευτικά τμήματα με αυξημένους θανάτους, να δημιουργούνται ομάδες από ψυχολόγους για όλους τους επαγγελματίες υγείας, όπου θα μπορούν να συζητούν και να επεξεργάζονται τα συναισθήματά τους με τους άλλους συναδέλφους, να εμβαθύνουν στις αξίες της ζωής και να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες του επαγγέλματος, ώστε να αποφεύγουν πιθανή «επαγγελματική κόπωση».

Η εισαγωγή της πολυμορφίας στην εργασία (εμπλουτισμός εργασίας), όπου αυτή μπορεί να εφαρμοστεί, θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού σε τμήματα στα οποία ο θάνατος εμφανίζεται συχνά. Η ενασχόληση με ερευνητικά προγράμματα, το διδακτικό έργο, η ανάληψη διοικητικών καθηκόντων, και τα λοιπά, μπορούν να προσφέρουν στο προσωπικό διέξοδο από ένα στρεσογόνο περιβάλλον.

Η εισαγωγή της προθανάτιας φροντίδας στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, ίσως βελτιώσει την ετοιμότητα και τη δημιουργία θετικής στάσης του προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Οι γνώσεις ψυχολογίας θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου, της οικογένειας και των μελών του προσωπικού υγείας και να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξή τους.

Η διατήρηση καλής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών είναι απαραίτητη, τόσο για την διασφάλιση της ενημέρωσης σχετικά με την πορεία του αρρώστου, όσο και για τον τρόπο προσέγγισης που πρέπει να ακολουθούν στην επικοινωνία και συμβουλευτική, αφού αυτός εξαρτάται από τη φύση και την πορεία της νόσου.

Η εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο σε θέματα σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου, προκειμένου οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό να λάβουν τα κατάλληλα εφόδια, ώστε να αντιμετωπίσουν τις επαναλαμβανόμενες ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται σε θέματα επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας πριν εργαστούν με ασθενείς. Με αυτόν τον τρόπο θα αναπτυχτούν διαπροσωπικές σχέσεις που θα συμβάλλουν στην ορθότερη αντιμετώπιση του ασθενούς. Επίσης, να εισαχθούν οι έννοιες του τέλους της ζωής και της παρηγορητικής φροντίδας στα προγράμματα σπουδών των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής, προκειμένου να βελτιωθεί η στάση τους

απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν και την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς που πεθαίνουν και στις οικογένειές τους.

Αδυναμίες έρευνας

Το μικρό μέγεθος του δείγματος, καθώς και η συλλογή δεδομένων από δύο μόνο νοσηλευτικές μονάδες ενός νοσοκομείου, επιβάλλει τη διεξαγωγή ερευνών σε μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Θα είναι σημαντικό, να συλλεχθούν στοιχεία από νοσοκομεία με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, αλλά και από νοσοκομεία παιδιατρικά, προκειμένου να γίνει σύγκριση των στάσεων του προσωπικού απέναντι σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και διαφορετικού επιπέδου βαρύτητας νοσημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κατσιμίγκας Γ, Μαραγκούτη Α, Σπηλιοπούλου Χ, Γκίκα Μ. Νοσηλευτική και θεολογική Προσέγγιση του θανάτου. *Νοσηλευτική* 2007, 46(4): 441-452.
2. Light J, Kent-Walsh J. Fostering emergent literacy for children who require AAC. *ASHA Leader* 2003, 8(9):4-6.
3. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M. Greek Renal Nurses' attitudes towards death. *Journal of Renal Care* 2011, 37(2):100-107.
4. Faber-Langendoen K, Lanken P. Dying patients in the intensive care unit: Foregoing treatment, maintaining care. *Ann Intern Med.* 2000, 133(11):886-93.
5. Singer P, Bowman K, Quality end-of-life care: a global perspective. *BMC Palliative Care* 2002, 1: 4.
6. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ.Ο Άρρωστος που πεθαίνει κα το άμεσο περιβάλλον In: *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.*
7. Γιακουμιδάκης Κ, Μόνιου Α. Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: ευρύτερη προσέγγιση. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 2009, 71 (7): 280-290.
8. Radbruch L, Payne S et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe- part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2009, 16 (6): 278–289.
9. Papadatou D. *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved,* Springer, New York, 2009.
10. Παπάζογλου Ε. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Ο Θρήνος που συνοδεύει τη διάγνωση του καρκίνου για τον άρρωστο, την οικογένεια και τον επαγγελματία υγείας. Αθήνα, 2001.
11. Kenny A, Endacott R, Botti M, Watts R. Emotional Toil: Psychosocial Care in Rural Settings For Patients With Cancer. *Journal of American Nursing* 2007, 60(6):663-672.
12. Ησιόδος. Μετάφραση Α. Τσακνάκης, Θεογονία, 1η Έκδ., Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2006.

13. Encyclopedia. Thanatos, Myths and Legends of The World. 2001. Available At: <http://www.encyclopedia.com/doc/1g2-3490900471.html>.
14. Pallis CA. Death, Encyclopedia Britannica. Available at: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/154412/death>.
15. Aiken LR. Definitions And Determination of Death In: Dying, Death, and Bereavement , 4th Ed, Lawrence Erlbaum Associates Mahwah, NJ 2001: 7-12.
16. Ross Staats C, Pollard KA, Brown CE. End of Life Care. In: Lewis SL, Mclean Heitmemper M, Ruff Dirksen S. (eds), Medical-Surgical Nursing: Assessment And Management Of Clinical Problems. 6th Ed. Elsevier Science Publishers BV, New York, 2004:160–171.
17. Anonymous. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition Of Brain Death. JAMA 1968, 205:337-40.
18. Anonymous. Academy of Medical Royal Colleges. A Code Of Practice For The Diagnosis And Confirmation Of Death, 2008. Available At: http://www.aomrc.org.uk/publications/reports-a-guidance/doc_details/215-a-clinicians-guide-to-record-standards-part-1.html.
19. Ανδρεά Σ. Εξελίξεις Και Προοπτικές Για Την Εκτίμηση Της Ποιότητας Ζώης Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού. Το Βήμα του Ασκληπιού 2003, 2(2):89.
20. Sulmasy DP. A Biopsychosocial-Spiritual Model for The Care of Patients At The End Of Life. Gerontologist, 2002, (suppl 3) 42(3):24–33.
21. Vena C, Kuebler K, Schrader S. The Dying Process. In: Kuebler K., Davis M, Moore C. (Eds.). Palliative Care: An Interdisciplinary Approach. Elsevier Mosby, St Louis, 2005: 335-368.
22. Dunn GP, Milch RA. Is this a bad day or one of the last days? How to recognize and respond to approaching demise. J Am Coll Surg 2002, 195:879-887.
23. Yalom I. Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death. Jossey-Bass, San Francisco, 2008.

24. Bailey CJ. When End of Life becomes an Emergency: Dealing with Death and Dying in the Emergency Department. Making Sense of Dying and Death, 2007 Available from: <http://www.inter-disciplinary.net/ptb/mso/dd/dd5/bailey%20paper.pdf>.
25. Μπαμπινιώτης Γ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας- Β' Έκδοση. Κέντρο Λεξικογραφίας, Αθήνα 2002 :641 .
26. Hales RE. Dying patients: a challenge to their physicians and consultation psychiatry. *Mil Med* 1980, *145*:674-680.
27. O'Keefe K. Death and dying, American Heart Association, Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation. *J Am Coll. Emerg Physicians* 1979, *8*:275-80.
28. Rosen P, Honigman B. Life and death. In: Rosen P, (ed.) *Emergency medicine*. Mosby Co, St. Louis, 1983:5-25.
29. Mc Williams N. Ψυχαναλυτική Διάγνωση, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα, 2002.
30. Lifton RJ. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. University of North Carolina Press, 1991.
31. Μυστακίδου Κ. Ολιστική Αγωγή Ασθενών με Χρόνιες & Καταληκτικές Παθήσεις. Μονάδα Ανακούφισης Πόνου & Παρηγορητικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη», Εργαστηρίου Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2005.
32. Cartwright A. The relationship between general practitioners, hospital consultants and community nurses when caring for people in the last year of their lives. *Fam Pract* 1991, *8*(4): 350-355.
33. Rose J, Glass N. Nurses and palliation in the community: the current discourse. *Int J Palliat Nurs* 2006, *12*(12):588-594.
34. Anonymous. World Health Organization, WHO definition of palliative care, WHO web site. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
35. Lock M. On dying twice: culture, technology and the determination of death, In: Lock, M. Young A, Cambrosio A, *Living and working with the new medical technologies, intersections of inquiry*, Cambridge University Press, New York, 2000.
36. Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. Ανακουφιστική Φροντίδα-Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα, 2005 .

37. Department of Health. End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life. London, 2008.
38. Malliarou M, Sarafis P, Karathanasi K, Serafim T, Sotiriadou E, Theodosopoulou E. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science* 2011, 3(1):224-230.
39. Anonymous. Centers for Disease Control and Prevention and the Merck Company Foundation. The State Of Aging and Health In America. Whitehouse Station, NJ: The Merck Company Foundation, 2007.
40. Kuebler K, Davis MP, Moore CD. *Palliative Practices: An Interdisciplinary Approach*. Elsevier Mosby, St. Louis 2005.
41. Kastenbaum R, Kastenbaum B. *Encyclopedia of Death*. Oryx Press, Phoenix Arizona, 1989.
42. Jaspars JMF. Forum and Focus: A Personal View of European Social Psychology, *European Journal of Social Psychology* 1986, 16: 3-15.
43. Allport G. Attitudes. In: *Handbook of Social Psychology*, Murchison C.(ed), Clark University Press, Worcester, 1935: 789-844.
44. Μαργαριτίδου - Τυμπλαλέξη Β. Ηθική Και Δεοντολογία Στην Υγεία Και Τη Νοσηλευτική: Aids Ηθικές Διαστάσεις, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1993: 58.
45. Hovland CI, Rosenberg MJ. Summary and Further Theoretical Issues. In: Rosenberg M.J., Hovland CI, McGuire WJ, Abelson RP, Brehm JW (Eds.). *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components*. Yale University Press, New Haven 1960: 198–232.
46. Αντωνοπούλου Ρ. *Γενική Ψυχολογία*, Έλλην, Αθήνα 2000.
47. Science Wiki. Νόηση. Available at: <http://el.science.wikia.com/wiki/%CE%9D%CF%8C%CE%B7%CF%83%CE%B7>
48. Lange M, Thom B, Kline N. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For Dying Patients In A Comprehensive Cancer Center, *Oncol Nurs Forum* 2008, 35(6):955-959.
49. Menezes R. Health Professionals and Death: Emotions and Management Ways, *Belo Horizonte* 2006 13(1):200-225.

50. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP. Psychological Research on Death Attitudes: An Overview And Evaluation, 2004, 28(4):309-40.
51. Feifel H. Older persons look at death. *Geriatrics* 1956, 11:127-130.
52. Feifel H. Attitudes toward death in some normal and mentally ill populations In: H. Feifel (Ed.), *The meaning of death*, McGraw-Hill, New York, 1959:114-130.
53. Aiken, Lewis R. Preface. In: *Dying, death, and bereavement*, 4th ed, Lawrence Erlbaum Associates Mahwah, NJ 2001.
54. Neimeyer RA. *Death Anxiety Handbook: Research, instrumentation and application*, Taylor and Francis, Washington, 1994:3-28.
55. Toynebee A. *Man's concern with death*. Hodddard & Stoughton, London 1968.
56. Anonymous. *Culture and Response to Grief and Mourning*. National Cancer Institute, 2013. Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/bereavement/Patient/page10> .
57. Kalish R.A, *Death, Grief and Caring Relationships*. Brooks/Cole, Monterey, 1985.
58. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Karnac Books, London, 1993.
59. Μπουραντάς Δ. Μάνατζμεντ: Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά, Εκδόσεις. Team, Αθήνα, 1992.
60. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ, *Επικοινωνία Προσωπικού Υγείας με τον Άρρωστο. Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999: 175-194.
61. Authier P. *White Paper on Enabling Effective Nurse Communications*. Avaya Inc, 2010.
62. Anonymous. *National Institute for Health and Clinical Excellence, Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual*, NICE. London, 2004.
63. Gauthier D. Challenges and Opportunities: Communication near the End of Life, *Medsurg Nursing* 2008, 17(5): 291-296.
64. Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives, *International Journal of Palliative Nursing* 2007,13(3):109-115.
65. Emanuel L, Von Gunten C, Ferris F. Gaps in the End-of-Life-Care. *Archives of Family Medicine* 2000, 9(10):1176-1180.

66. Towers A, Macdonald N, Wallace E. Ethical Issues In Palliative Care: Views Of Patients, Families, And Nonphysician Staff. *Canadian Family Physician* 2003, 49:1626-1631.
- Wessel E, Garon M. Introducing Reflective Narratives into Palliative Home Care Education. *Home Health Care Nurse* 2005, 23(8), 516-22.
67. James V, Field D. Who Has The Power? Some Problems and Issues Affecting The Nursing Of Dying Patients. *Eur J Cancer Care* 1996, 5:73-80.
68. Thomas AJ. Patient Autonomy and Cancer Treatment Decisions. *International Journal of Palliative Nursing* 1997, 3(6): 317-323.
69. Cornette K. Forever I Am Weak. I Am Strong. *International Journal of Palliative Care* 1997, 3(1): 6-13.
70. Onsurá E, Pérez-Carceles MD, Esteban MA, Luna A. The Right to Information For The Terminally Ill Patient, *Jmed Ethics* 1998, 24:106-109.
71. Dunne K. Effective Communication in Palliative Care. *Nursing Standard*. 2005,20(13):57-64.
72. Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Brunner-Mazel, New York, 1995.
73. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes, R.G. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2008.
74. Ανώνυμος. Συστάσεις της Επιτροπής των Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς τα κράτη-μέλη για την οργάνωση της Παρηγορητικής Αγωγής. Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, 2003.
75. Cooper J, Barnett M. Aspects Of Caring For Dying Patients Which Cause Anxiety To First Year Student Nurses. *International Journal Of Palliative Nursing* 2005,11(8): 423-430.
76. Thacker KS. Nurses' Advocacy Behaviors in the End of Life Nursing Care. *Nursing Ethics* 2008, 15(2): 174-185.
77. Shimoinaba K, O'Connor M, Lee S, Greaves J. Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliative and Supportive Care* 2009, 7:245-252.

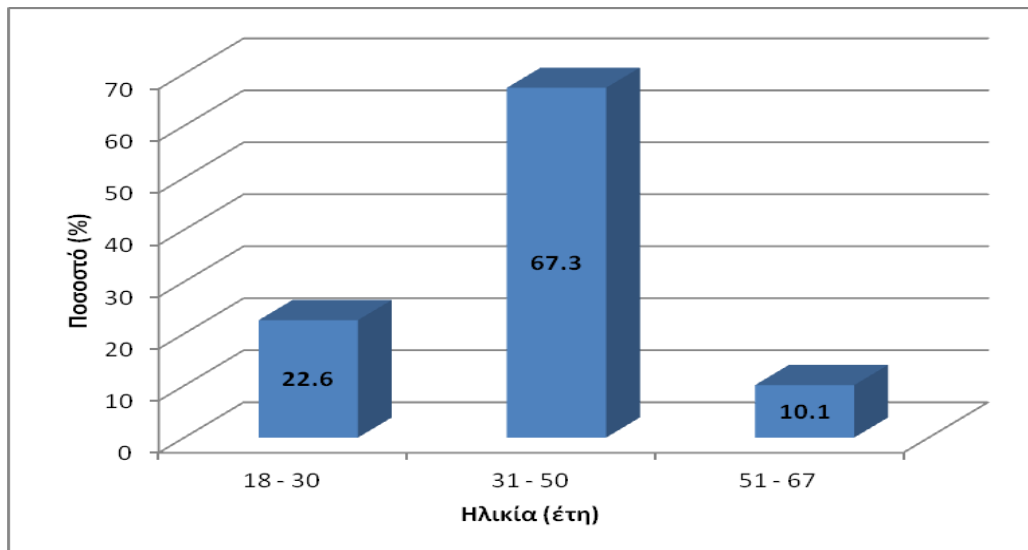
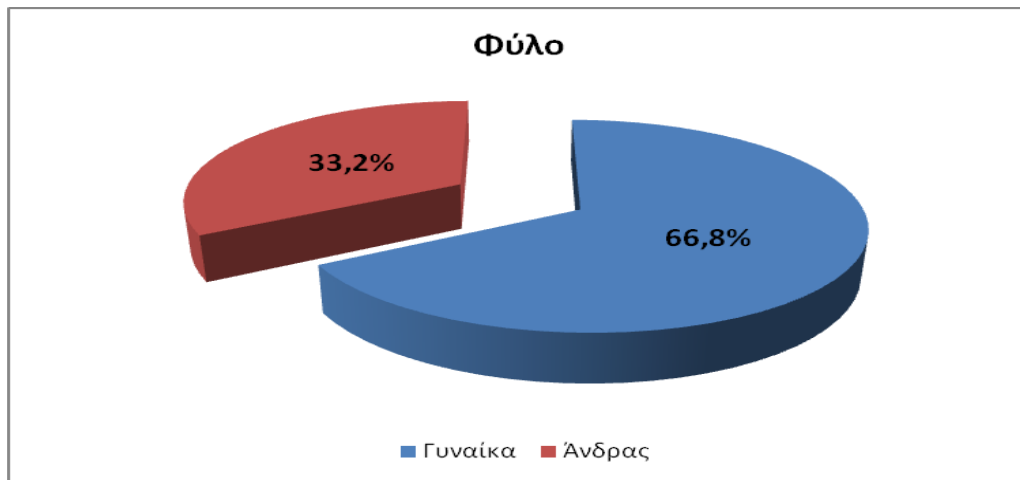
78. Zabrano SC, Barton CA. On The Journey With The Dying: How General Practitioners Experience The Death Of Their Patients. *Death Studies* 2011,35(9): 824-851.
79. Dean A. Talking To Dying Patients Of Their Hopes And Needs. *Nursing Times* 2002, 98 (43):34-35.
80. Van Der Geest S. Dying Peacefully: Considering Good Death And Bad Death. In Kwahu-Tafo. Ghana, *Social Science & Medicine* 2004, 58(5):899-911.
81. Balaban RB. A Physician's Guide to Talking About End-of-Life Care. *J Gen Intern Med* 2000, 15(3):195–200.
82. Burns J. Care for the dying booklet 3. In: Preparing to say good-bye. University of Hawaii, Center on Aging 2002. Available at: <http://www.areaofficeonaging.com/ECHO3.pdf>.
83. Μπέργκερ Π. Πρόσκληση Στην Κοινωνιολογία. Εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα, 1983
84. Corr CA, Corr DM. *Hospice Care: Principles and Practice*, Springer, New York, 1983.
85. Saunders CM. *Hospice and Palliative Care: An Interdisciplinary Approach*. Edward Arnold, London, 1990.
86. Doherty M, Mitchell E, O'Neil S. Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using The Kogan Scale. *Nurs Res Pract* 2011:1-7.
87. Gabrera M, Gutiérrez MZ, Escobar JM. Actitud Del Profesional De Enfermería Ante La Muerte De Pacientes, *Ciencia Y Enfermería XV* 2008,(1): 39-48.
88. Dunn K, Otten C, Stephens E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology nursing forum* 2005, 32(1):97-104.
89. Irvin S. The Experiences of the Registered Nurse Caring For the Person Dying Of Cancer in a Nursing Home. *Collegian* 2000, 7(4):30–34.
90. Payne SA, Dean SJ, Kalus CA. comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28(4):700-6.
91. Román EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' Attitudes to Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 34(3): 338–345.
92. Stoller E.P. Effect of Experience on Nurses' Responses to Dying and Death in the Hospital Setting. *Nursing Research* 1980, 29(1):35–38.

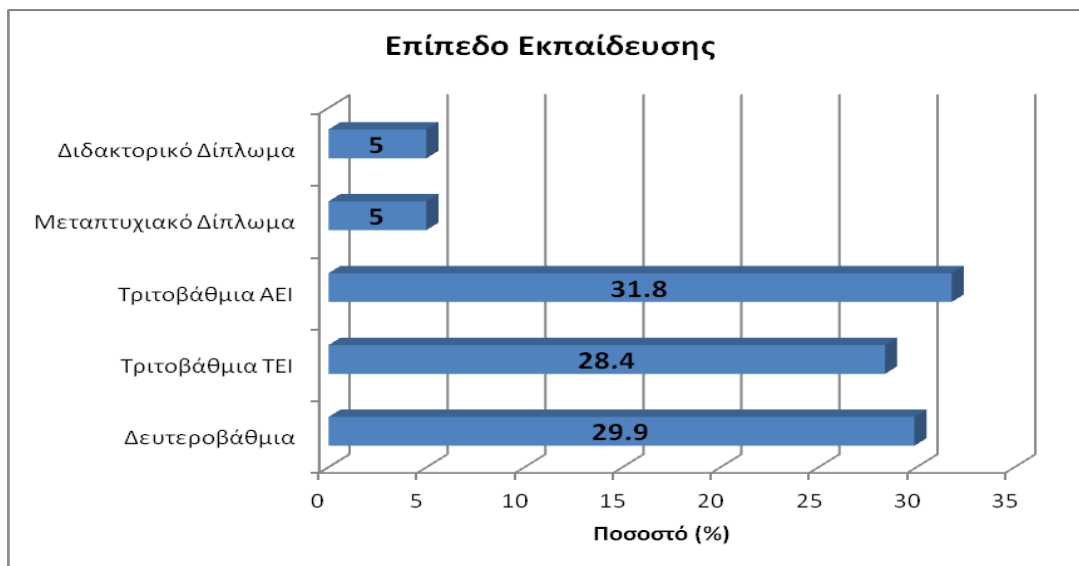
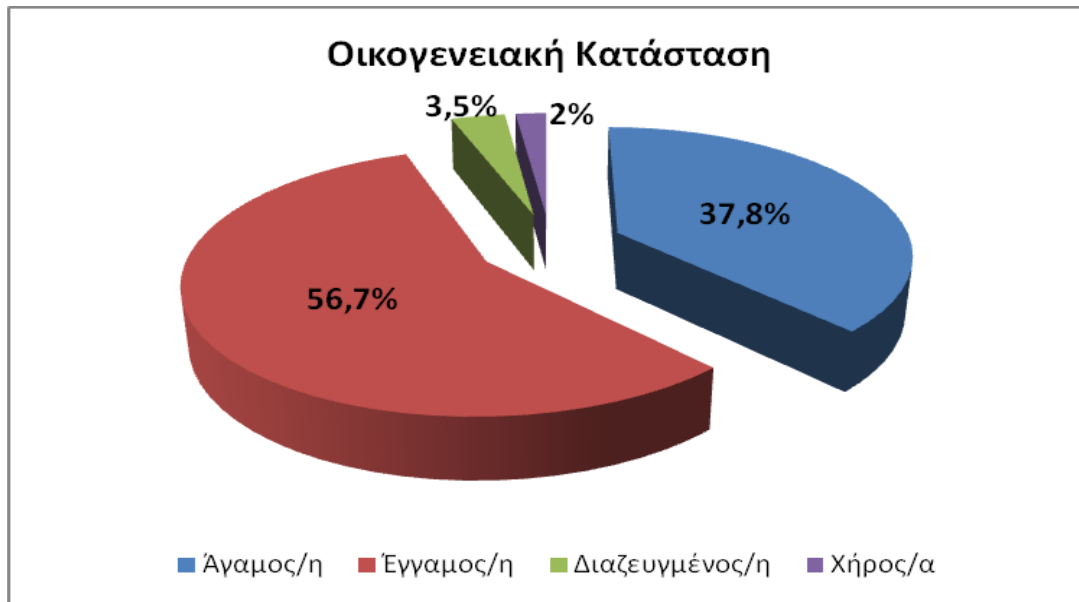
93. Papadatou D, Bellali T, Papazoglou D, Petraki D. Greek Physicians' And Nurses' Grief As A Result of Caring For Children Dying Of Cancer. *Pediatric Nursing* 2002, 28(4): 345-353.
94. Vejlgard T, Addington-Hall JM. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med.* 2005, 19(2):119-27.
95. De Kock F. Factors influencing nurses' attitudes towards caring for dying patients in oncology settings in the Western Cape Metropole, (Dissertation) University of Stellenbosch, 2011. Available at: <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/6753>.
96. Baylor RA, McDaniel AM. Nurses' attitudes toward caring for patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Professional Nursing* 1996, 12(2):99-105.
97. Mallory JL. The Impact of a Palliative Care Educational Component on Attitudes toward Care of the Dying In Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*, 2003, 19(5):305-312.
98. Carr M, Merriman MP. Comparison of Death Attitudes Among. Hospice Workers and Health Care Professionals in Other Settings. *Omega Journal of Death and Dying* 1995-96, 32(4): 287-301.
99. Ali MGW, Ayoub SN. Nurses' Attitudes toward Caring For Dying Patient in Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences* 2010, 59(11):16-23.
100. Ablett JR, Jones RSP. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 2007, 16(8):733-740.
101. Wenrich M, Curtis R, Shannon S, Carline J, Ambrozy D, Ramsey P. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med.* 2001, 161(6):868-874.
102. Costello J. Dying Well: Nurses' Experiences of 'Good and Bad' Deaths in Hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 54(5):594-601.
103. Praeger SG. Interpersonal Relations in Nursing. In: George J.B(ed), *Nursing Theories the Base for Professional Nursing Practice*. Prentice Hall, New Jersey 2002:385-404.

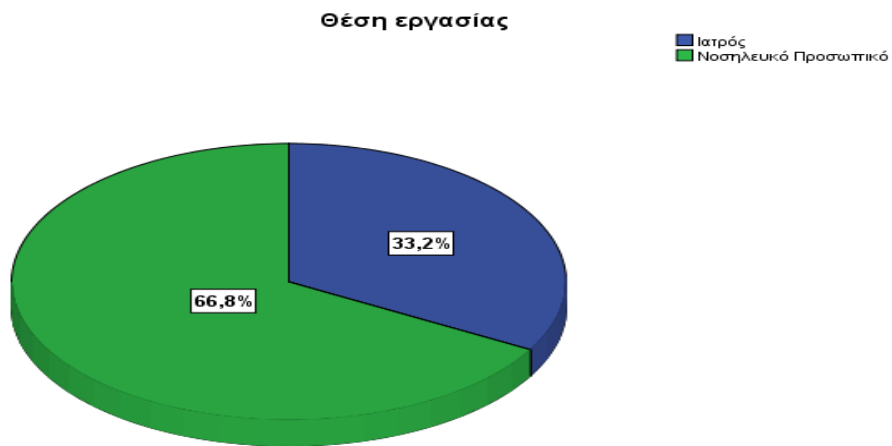
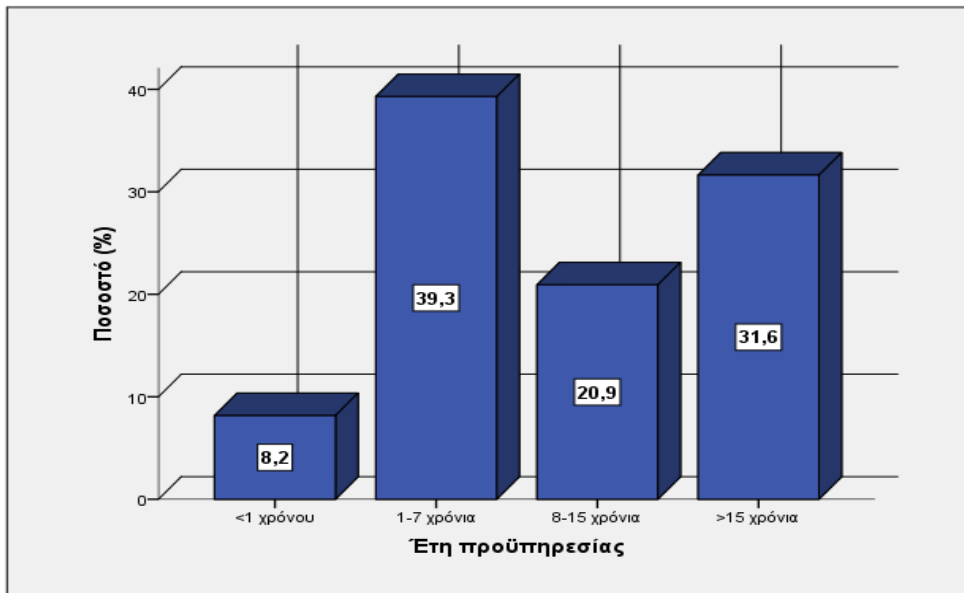
104. Adams A, Bond S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 2000, 32(3):536-543.
105. Chapman KB. Improving Communication among Nurses, Patients, and Physicians, *American Journal of Nursing* 2009, 109(11): 21-25.
106. Steihauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families and Providers. *Annals of Internal Medicine* 2000, 132(10):825-32.
107. Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *Int J Palliat Nurs.* 2008, 14(5):214-9.
108. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, et al. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature *Open Nurs J.* 2013, 7:14-21.

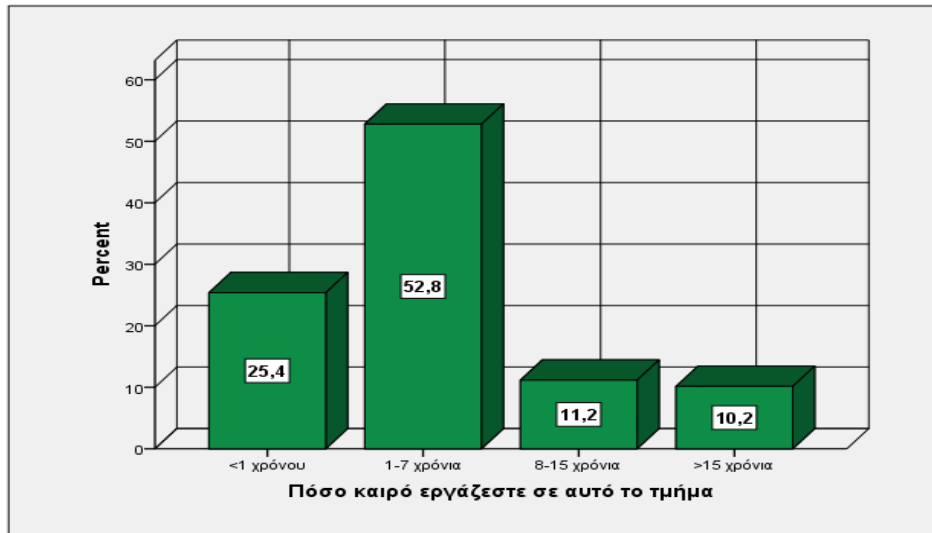
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σχήμα 1. Γραφήματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 202 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

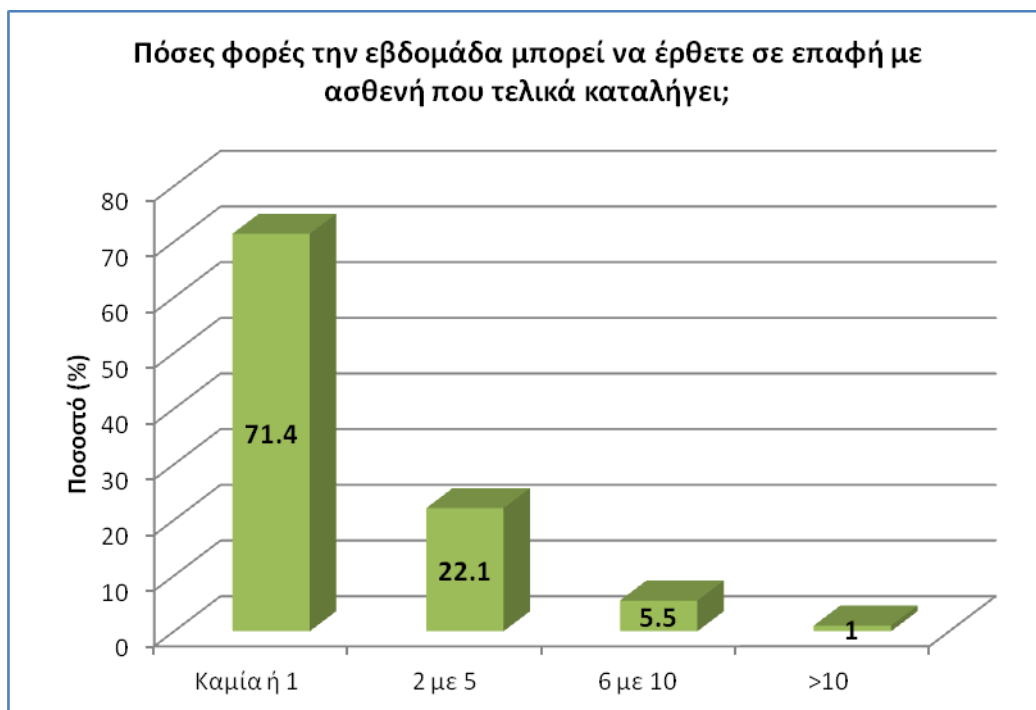




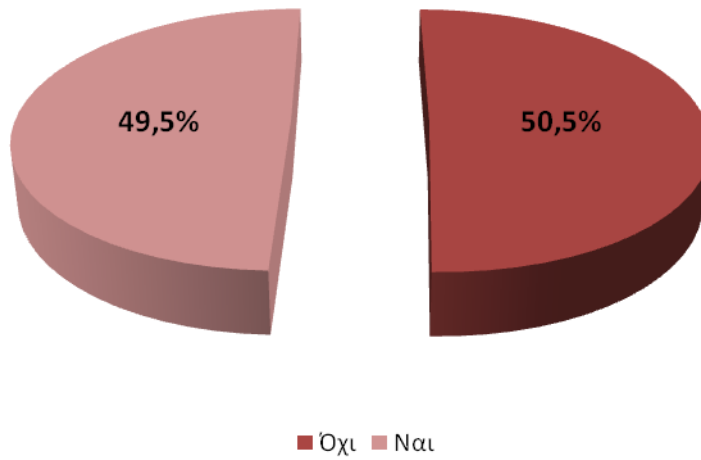




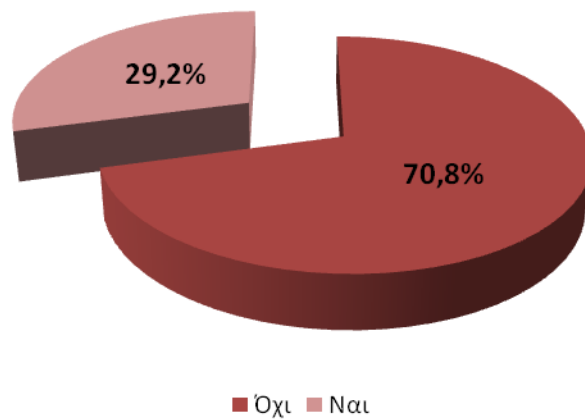
Σχήμα 2. Γράφημα των ερωτήσεων που αφορούν στη διαχείριση του θανάτου, για το σύνολο των 202 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.



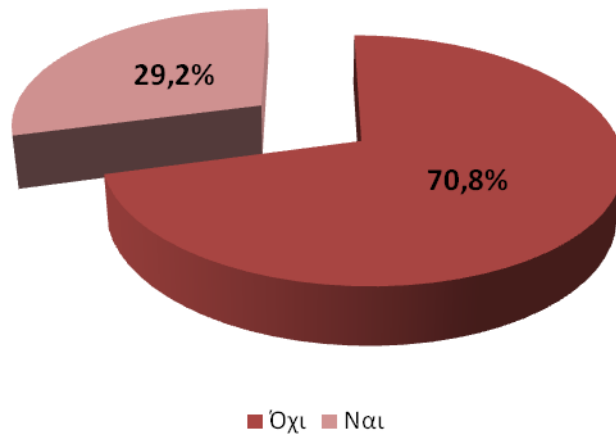
Έχετε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή που φοιτήσατε για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου;



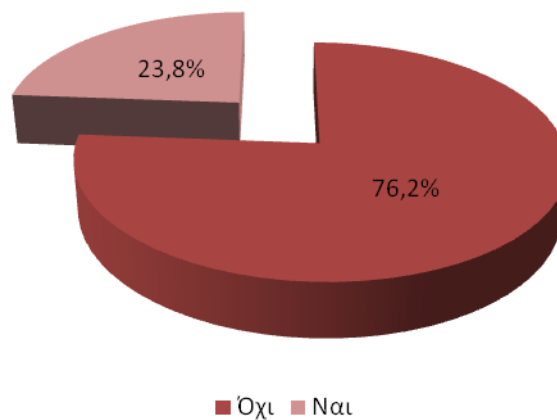
Αισθάνομαι ότι η εκπαίδευση που έλαβα για την διαχείριση του θανάτου με προετοίμασε αρκετά για να αντιμετωπίσω τον θάνατο και τα άτομα που πεθαίνουν.

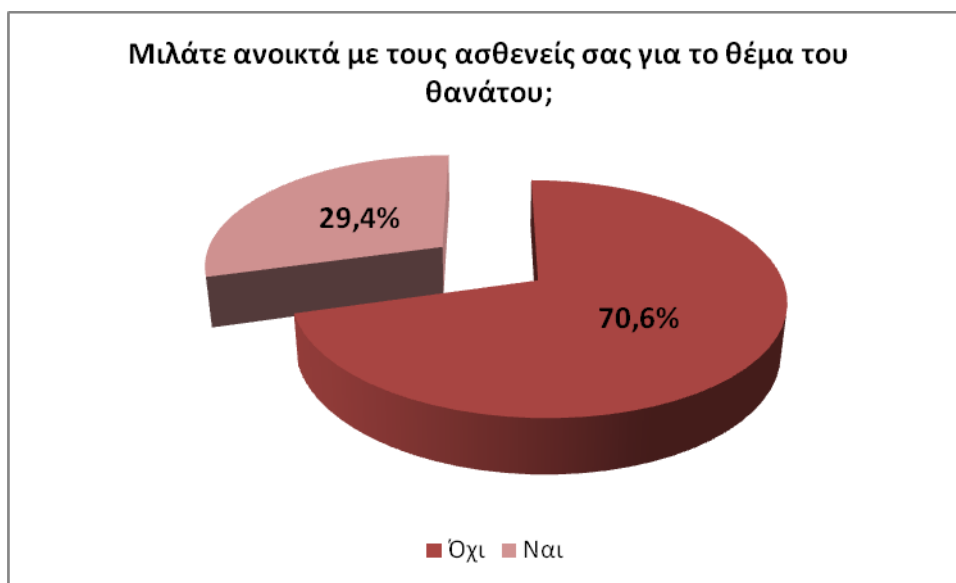
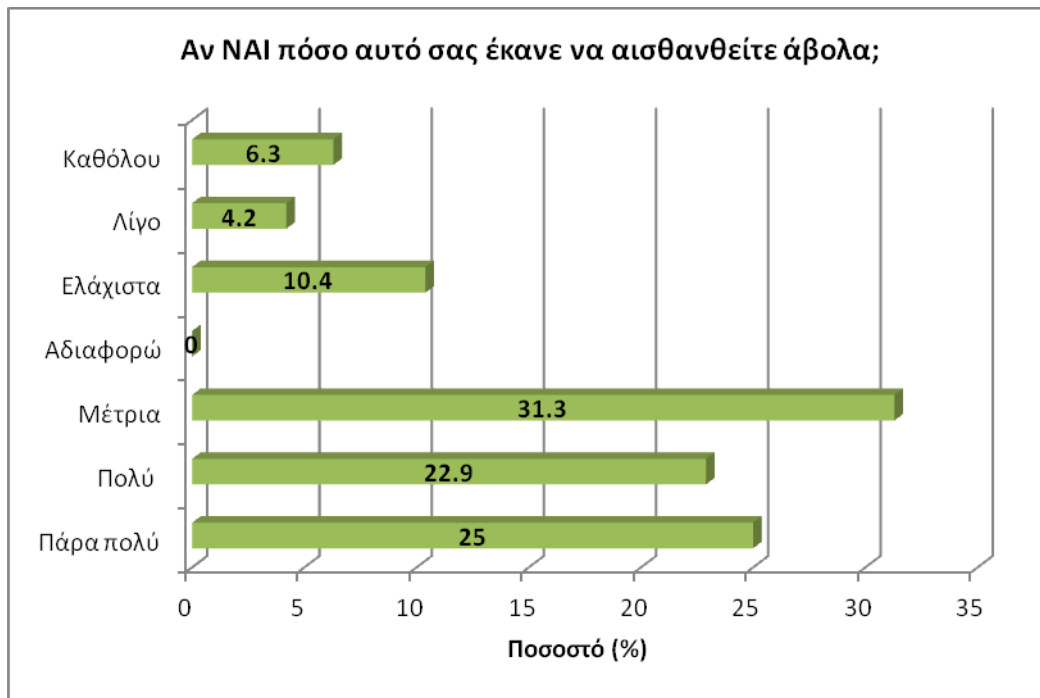


Νοσηλεύετε περιστατικά τελικού σταδίου την παρούσα στιγμή;

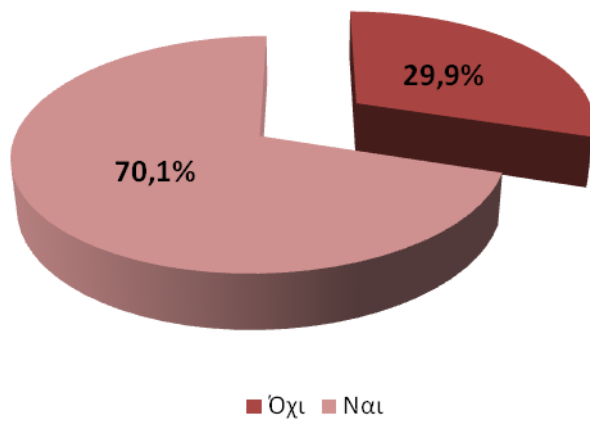


Έχετε συζητήσει με ασθενείς τελικού σταδίου για το θέμα του θανάτου;

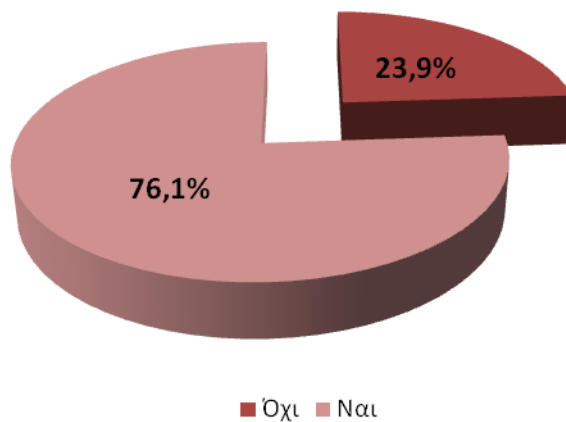


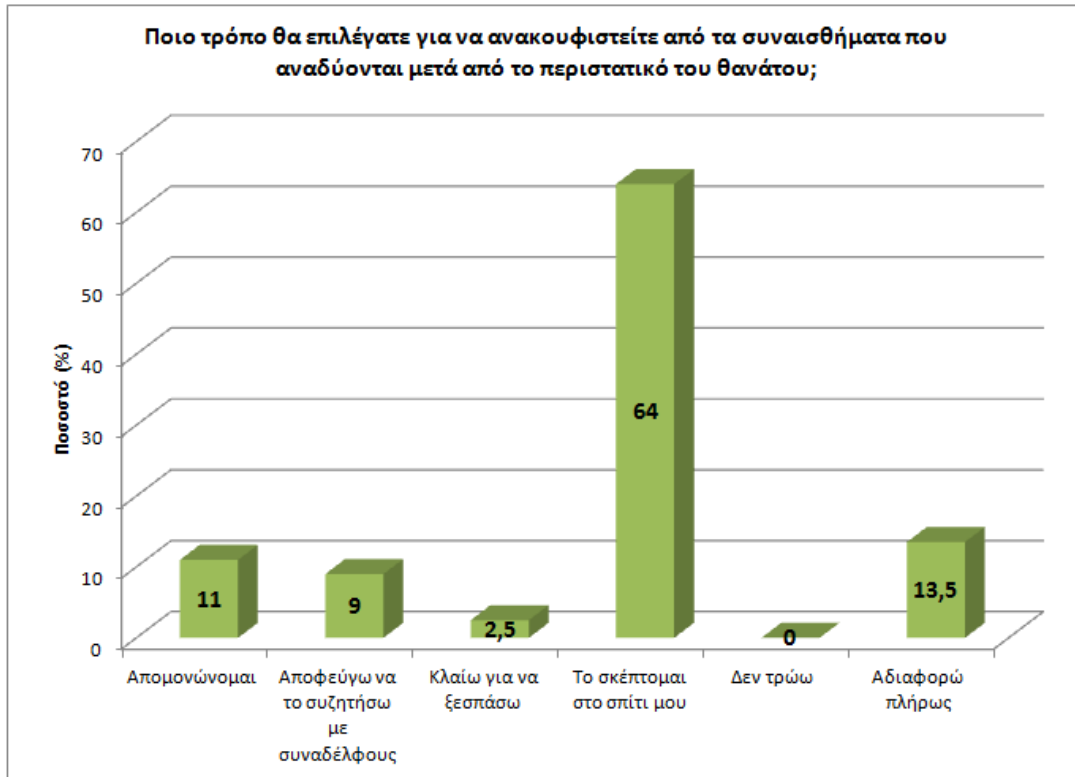
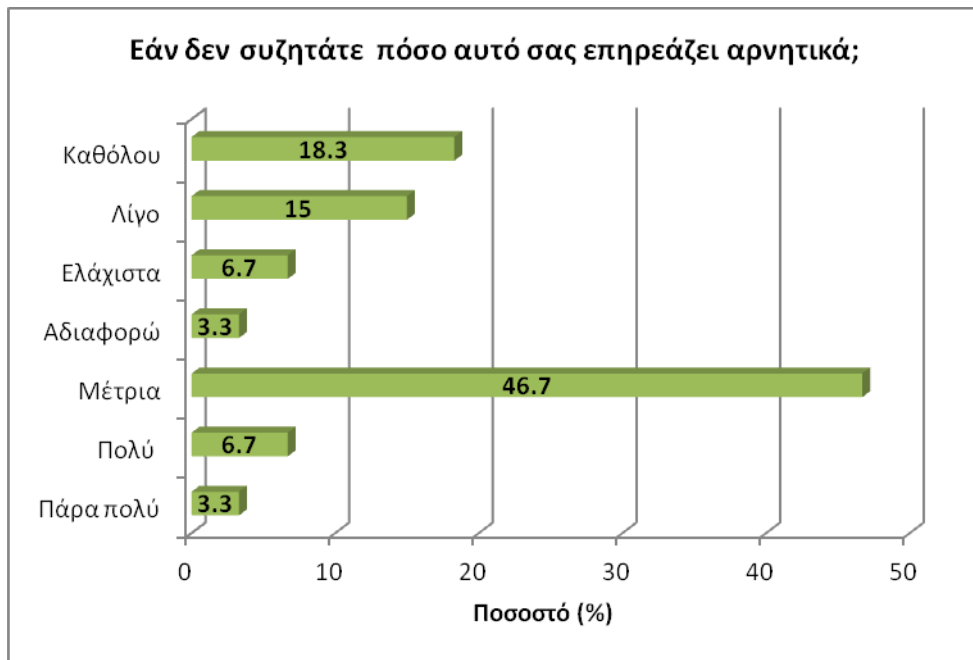


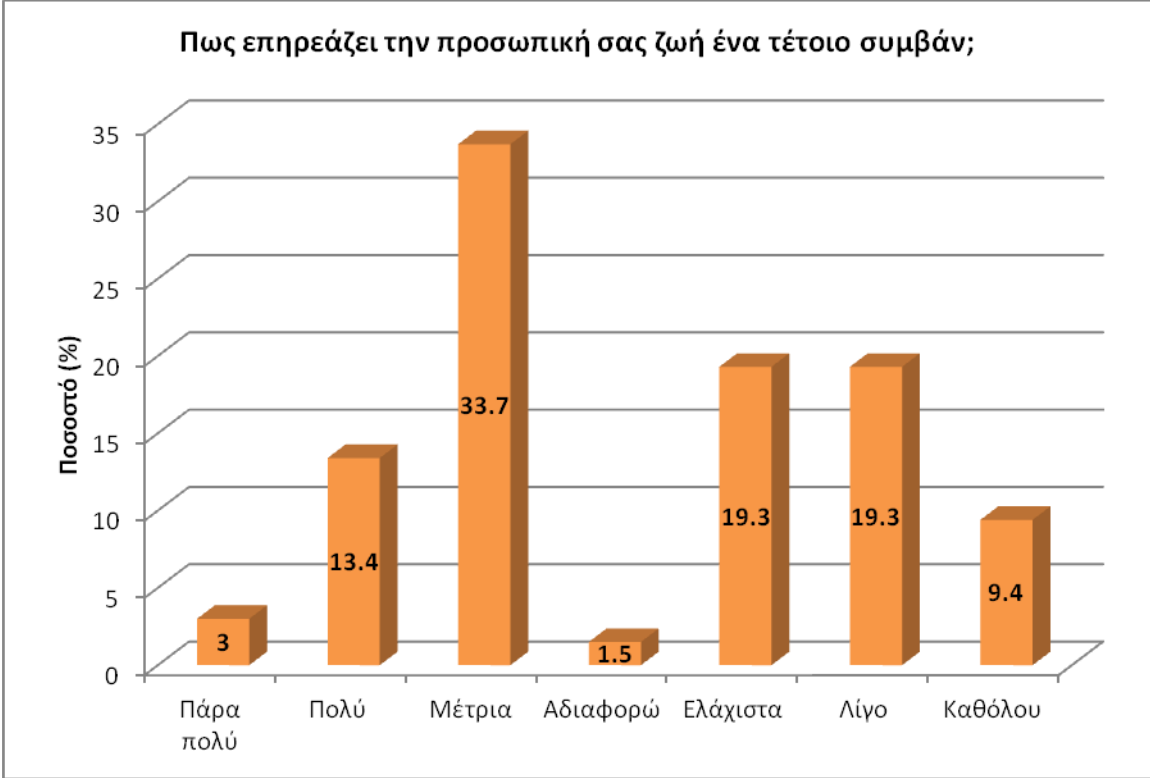
Συζητάτε στο τμήμα που εργάζεστε για το περιστατικό του θανάτου όταν αυτό συμβαίνει στο τμήμα σας;

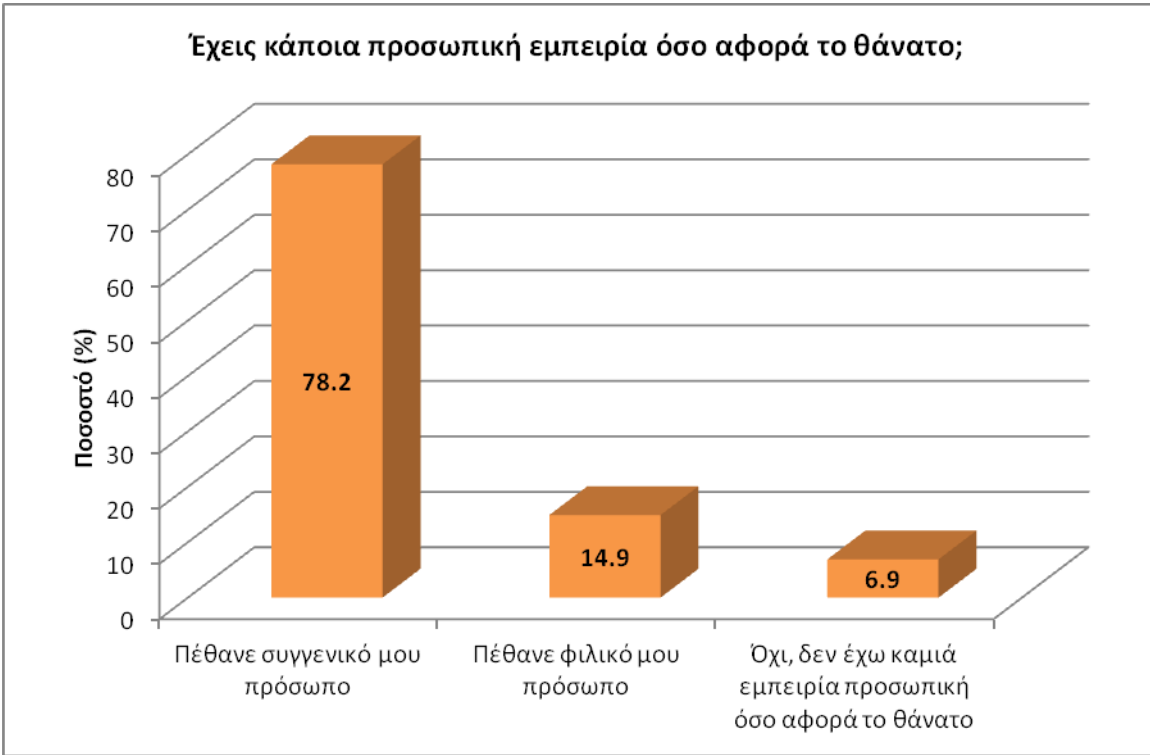


Εάν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει;

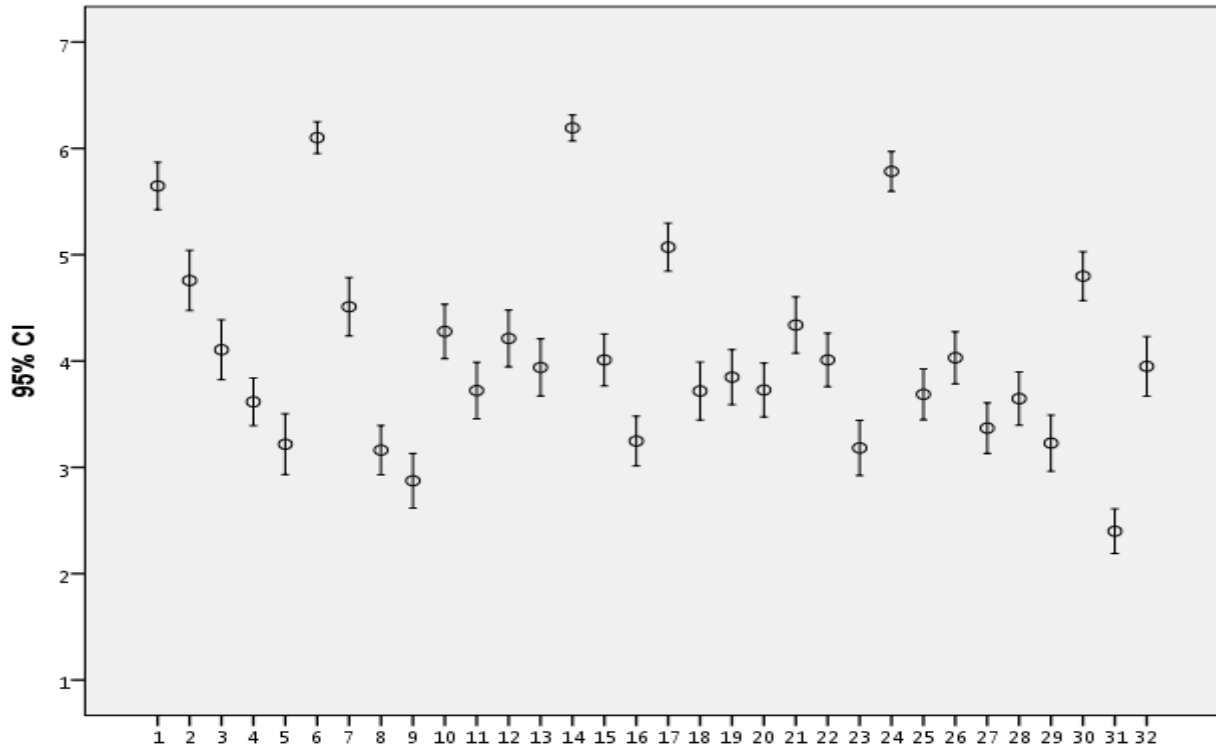




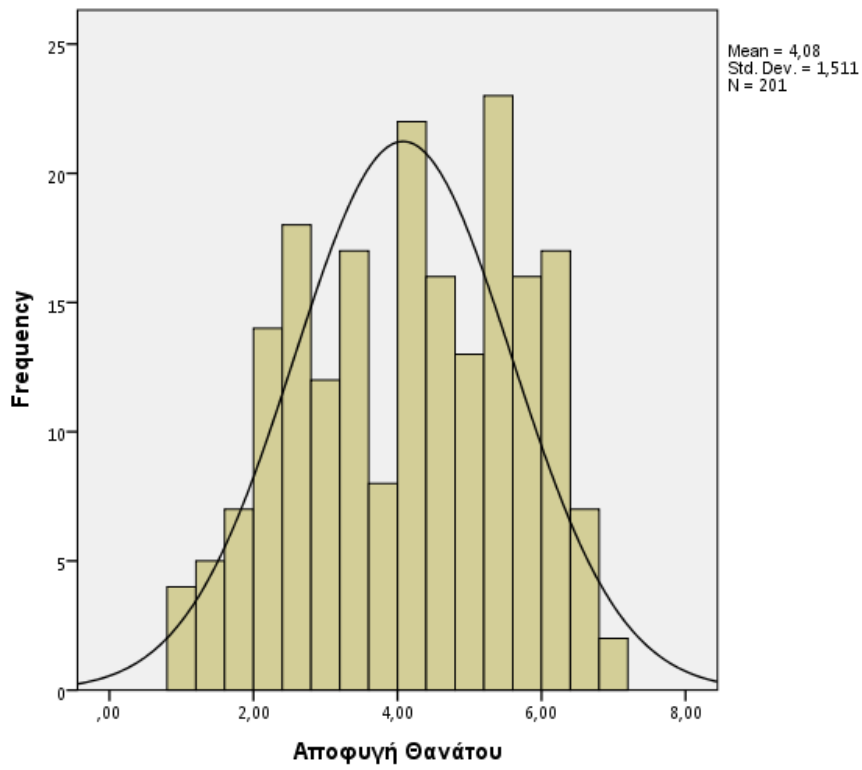
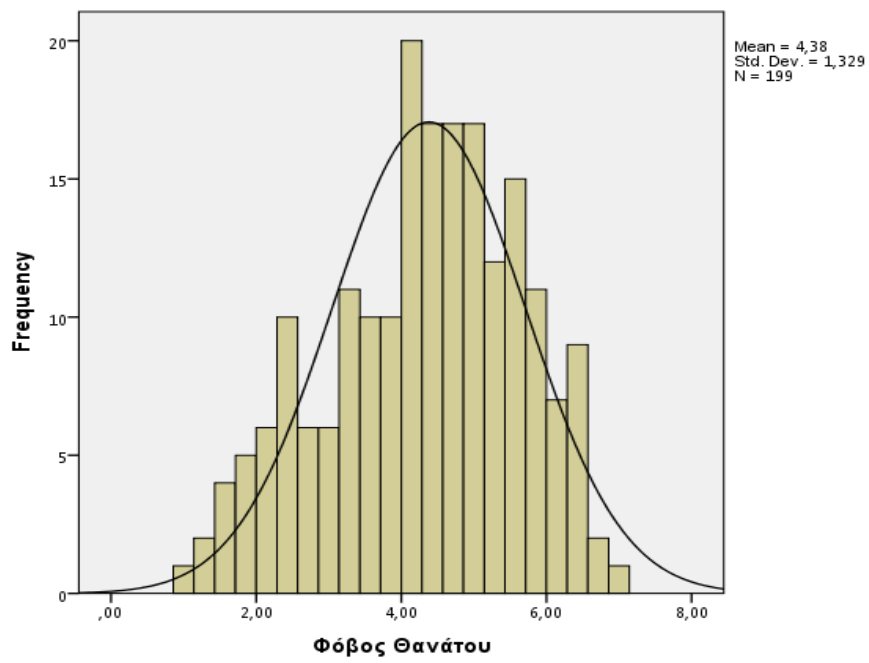


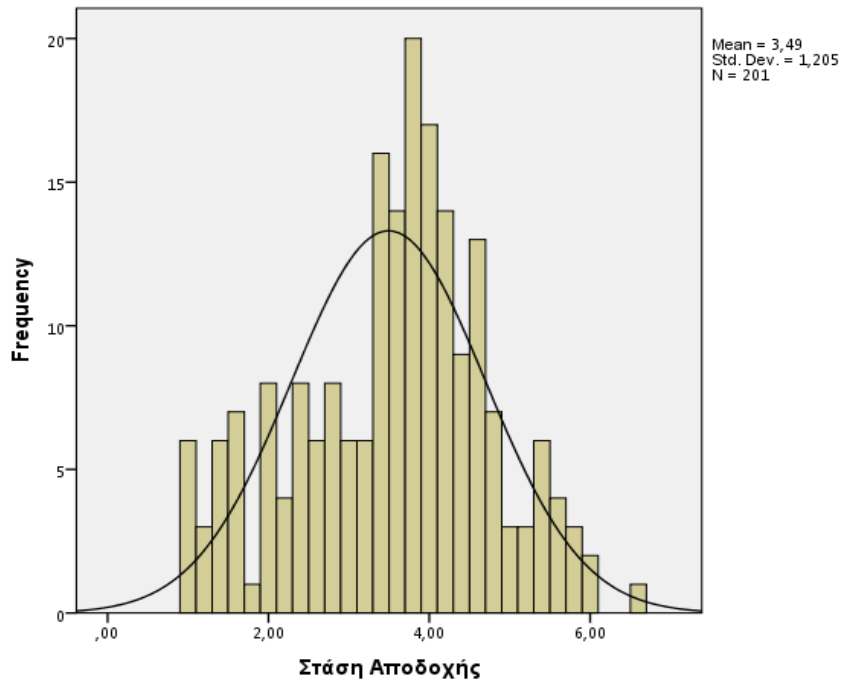
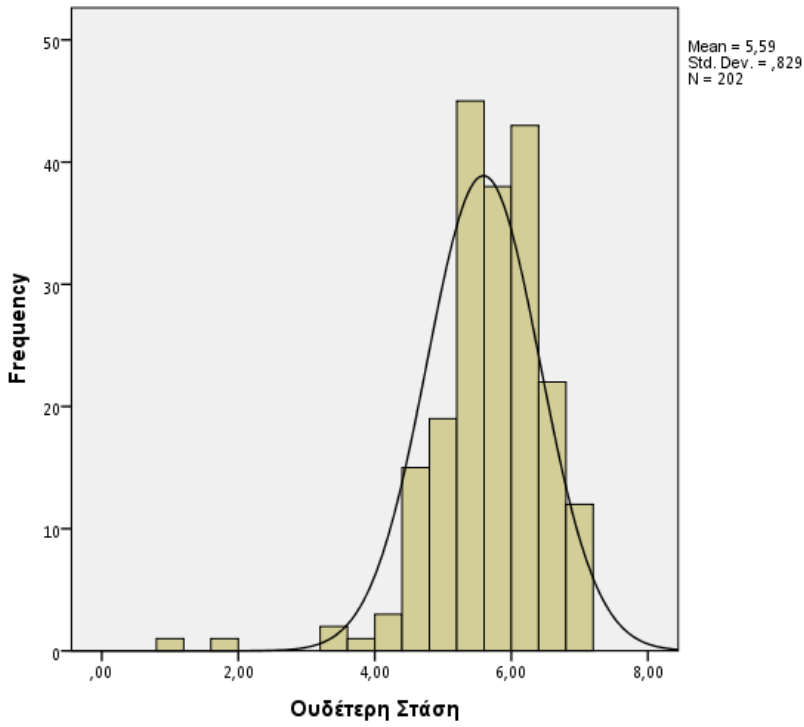


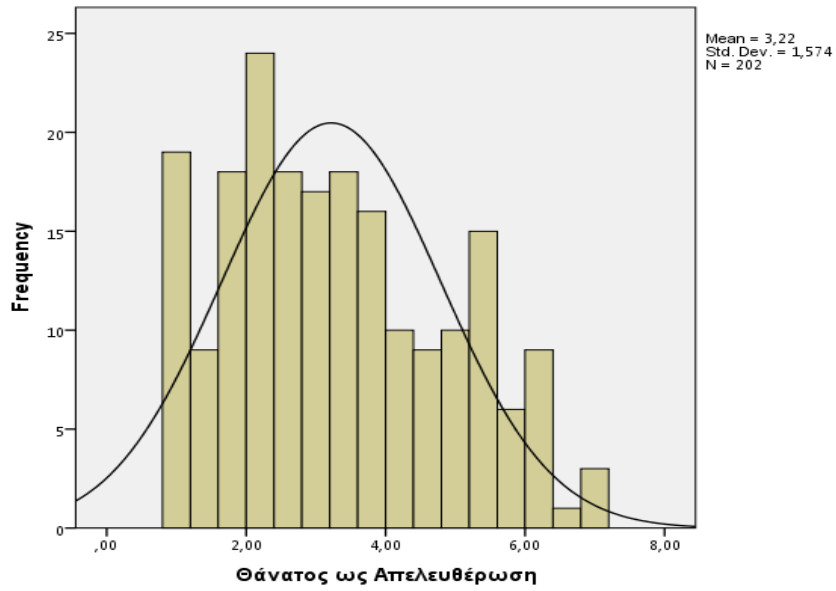
Σχήμα 3. Μέση τιμή και 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης των απαντήσεων στις προτάσεις που αποτυπώνουν τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο.



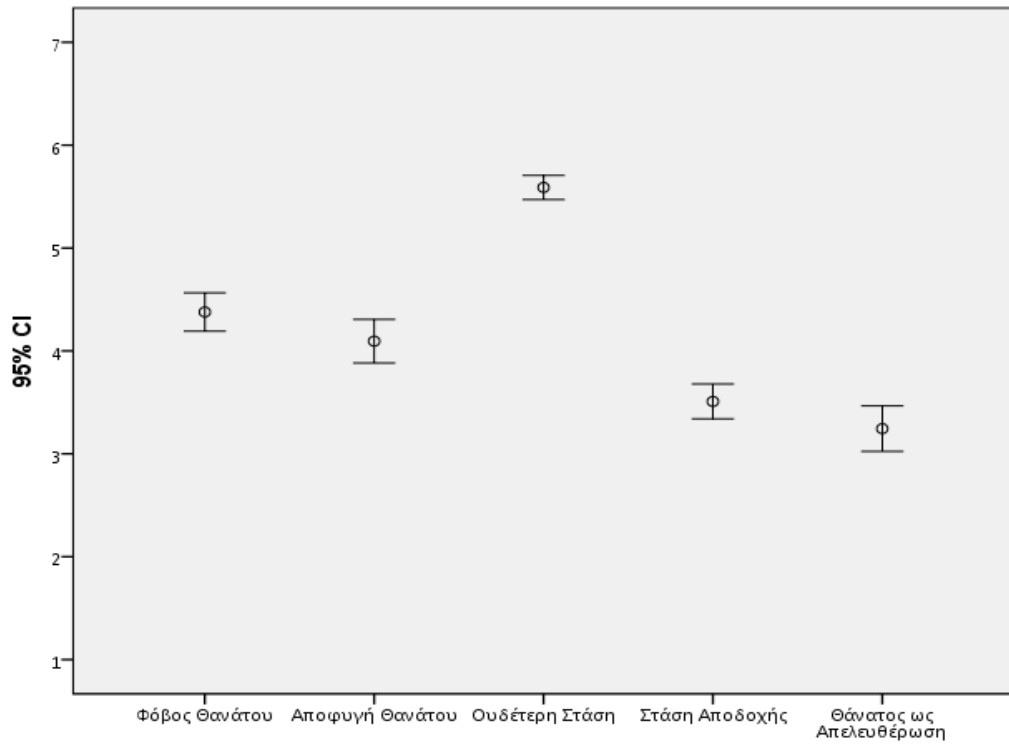
Σχήμα 5α. Κατανομές συχνοτήτων για τα 5 προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο.



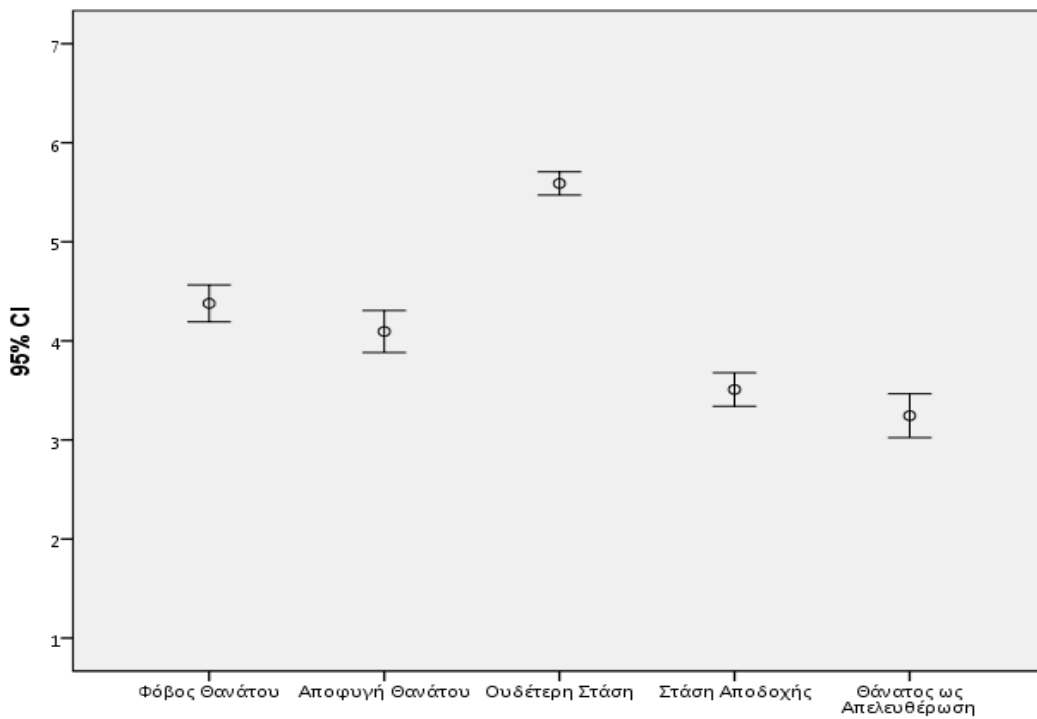




Σχήμα 5β. Μέση τιμή και 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης των 5 προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο

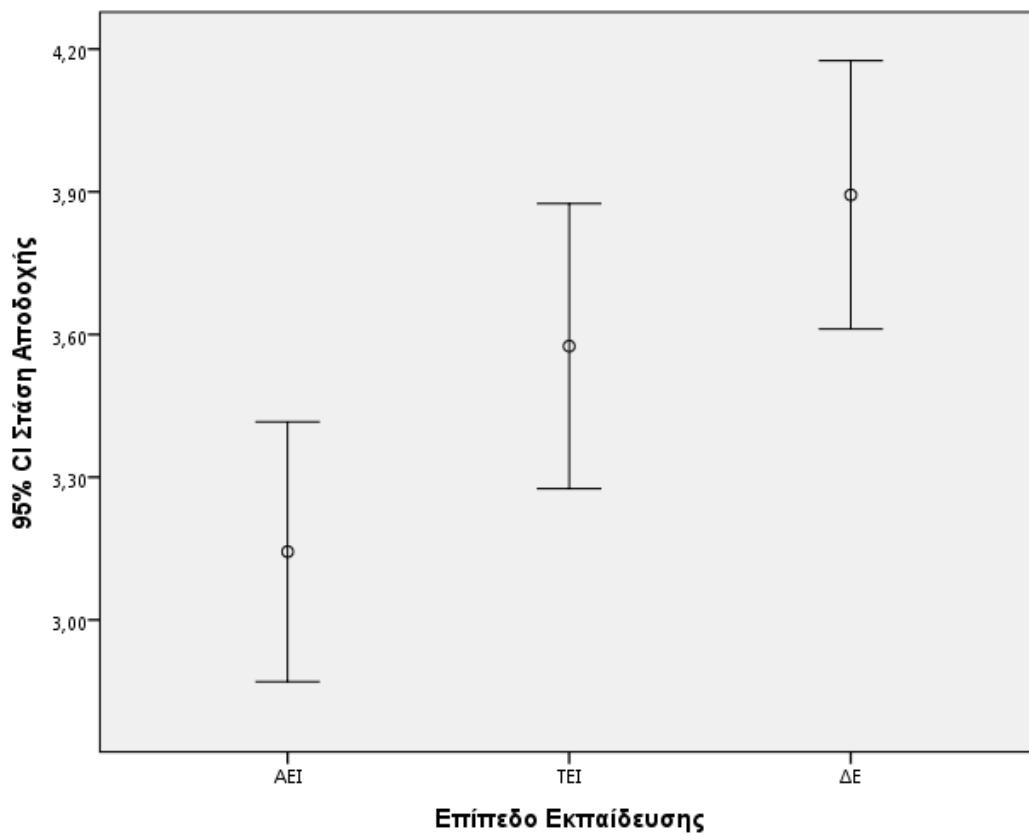


Σχήμα 5β. Μέση τιμή και 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης των 5 προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο.



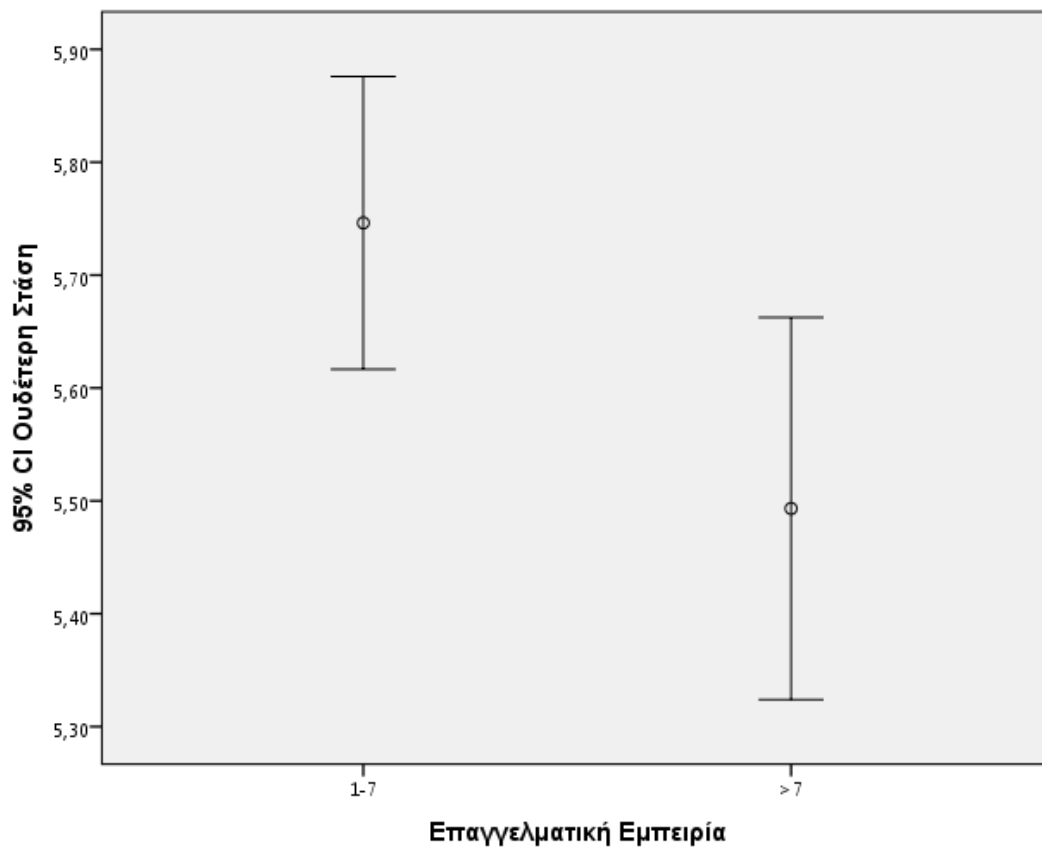
Σχήμα 6. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Στάση Αποδοχής" από τους επαγγελματίες υγείας και του επιπέδου εκπαίδευσης.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 9)



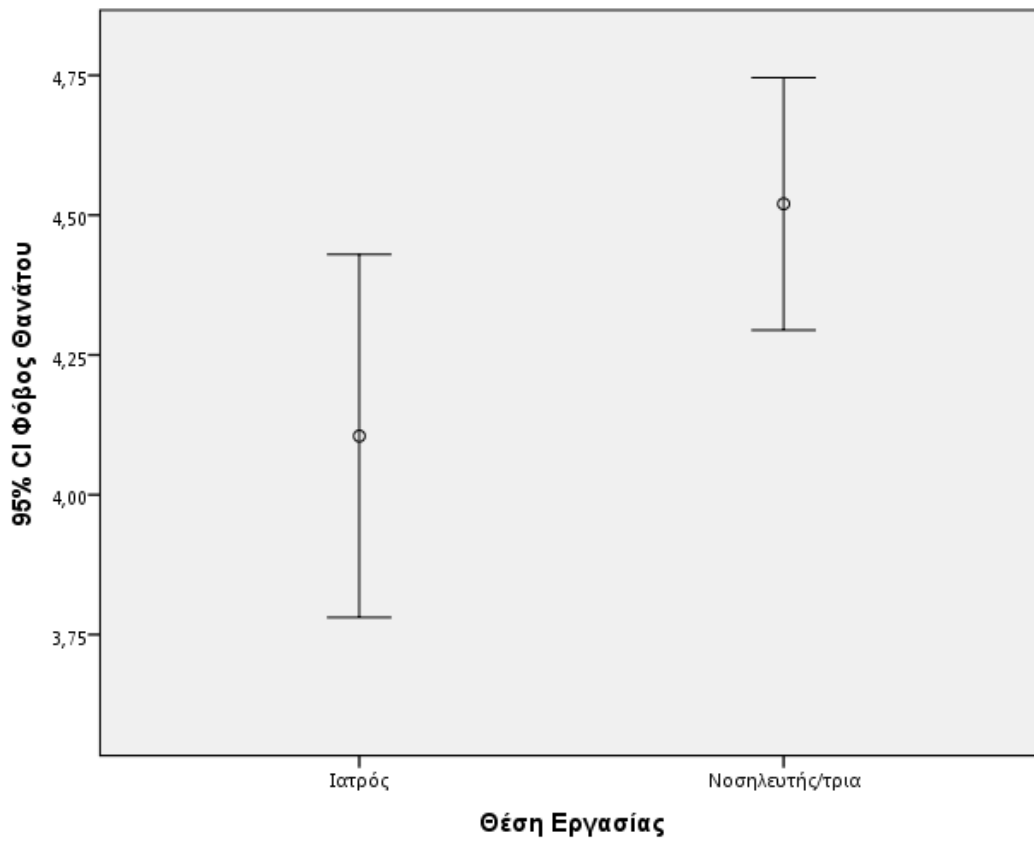
Σχήμα 7. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς "Ουδέτερη Στάση" προς το θάνατο από τους επαγγελματίες υγείας και της επαγγελματικής προϋπηρεσίας (σε έτη).

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 10)



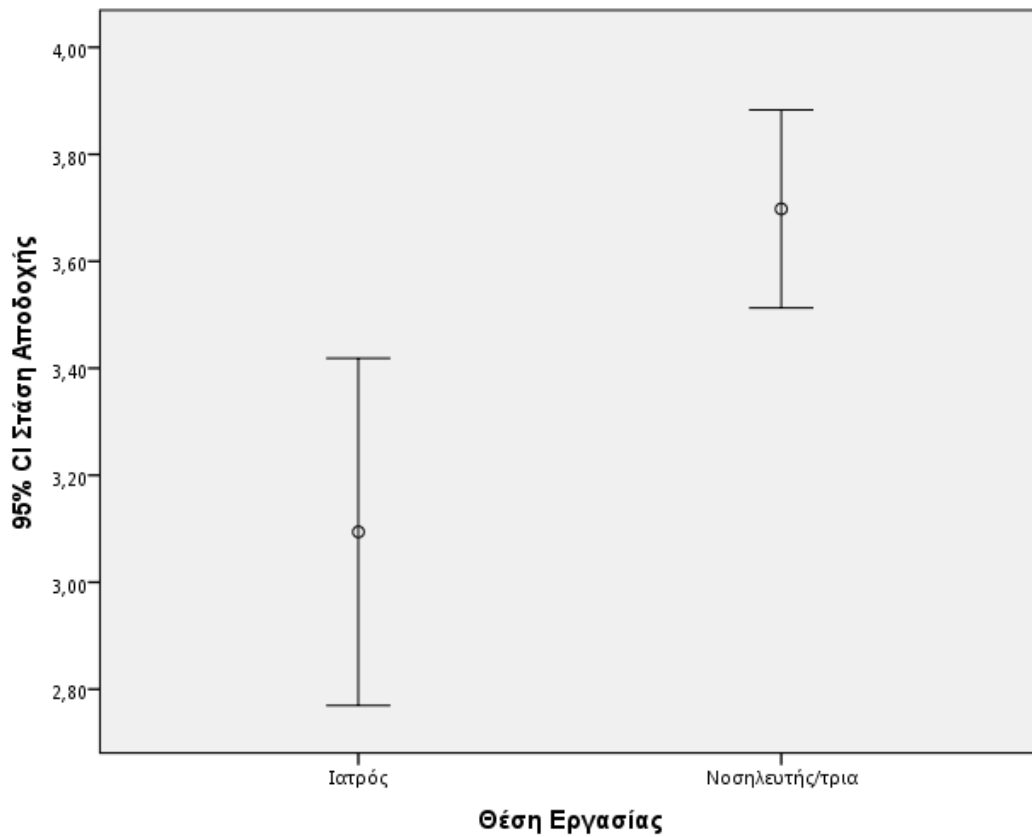
Σχήμα 8α. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Φόβος Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και της θέσης εργασίας.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 11)



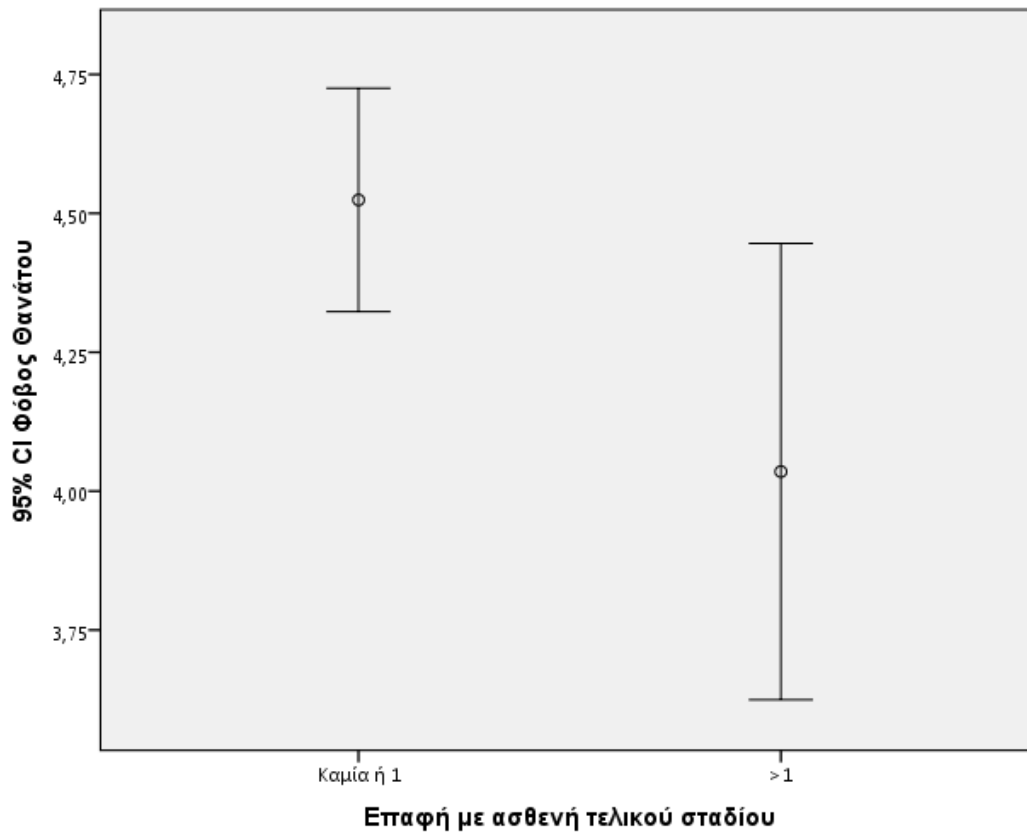
Σχήμα 8β. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Αποδοχή Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και της θέσης εργασίας.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 11)



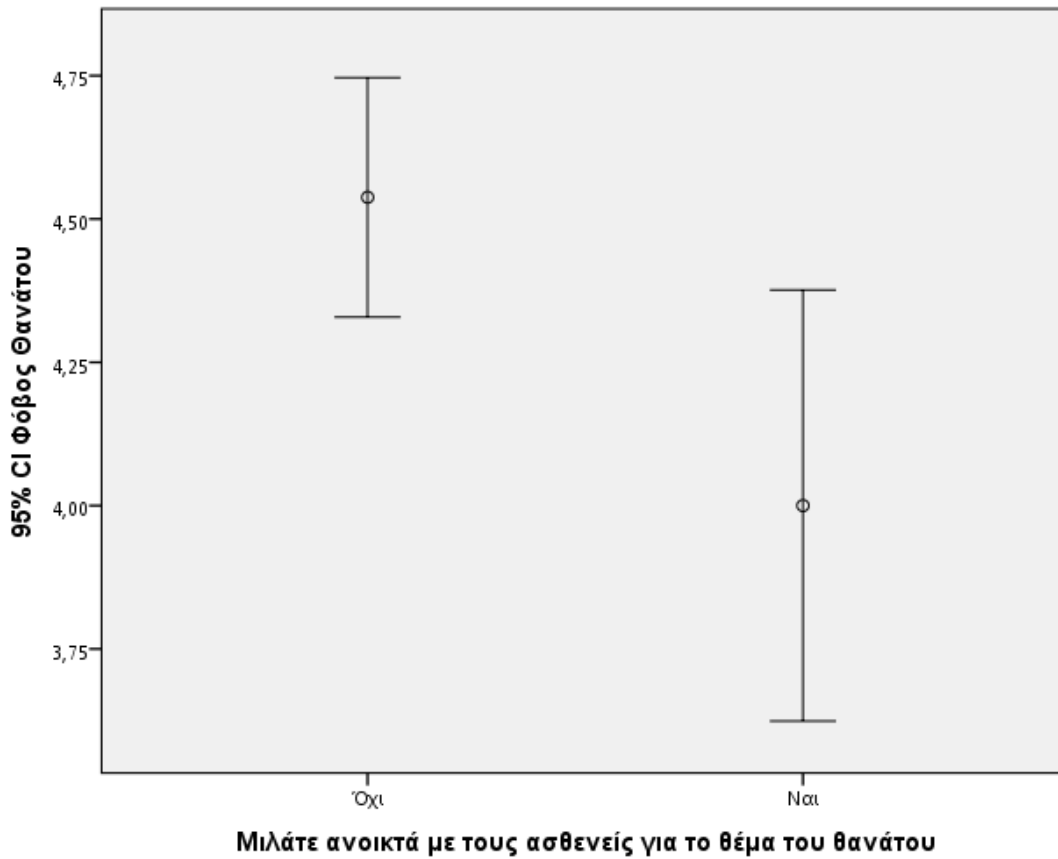
Σχήμα 9. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Φόβος Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και του αριθμού των φορών που έρχονται σε επαφή με ασθενή τελικού σταδίου.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 13)



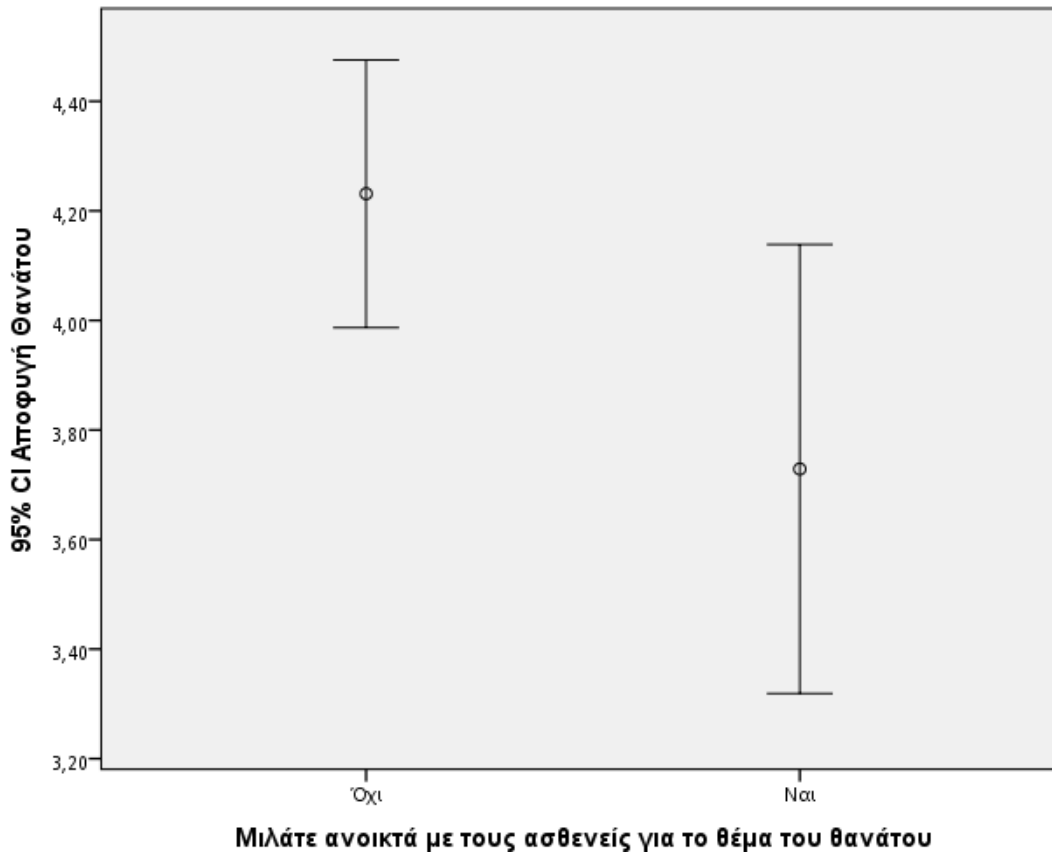
Σχήμα 10α. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Φόβος Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και της ανοιχτής συζήτησης με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 18)



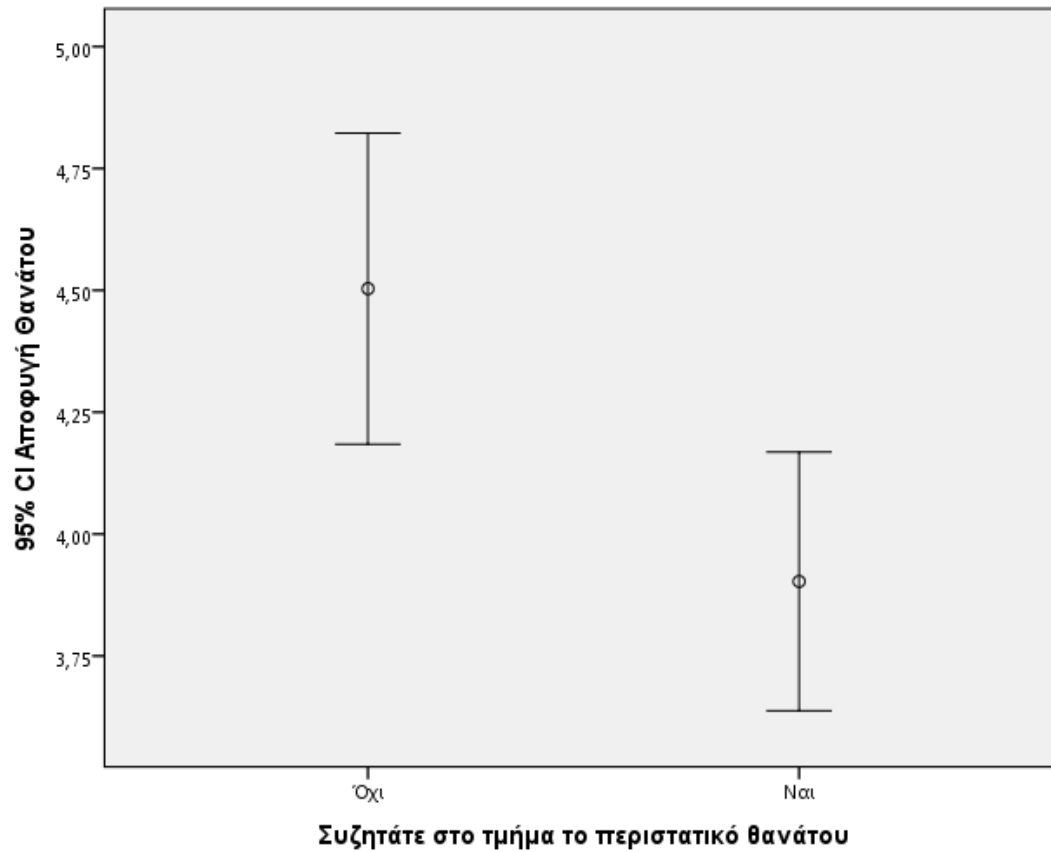
Σχήμα 10β. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Αποφυγή Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και της ανοιχτής συζήτησης με τους ασθενείς για το θέμα του θανάτου.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 18)



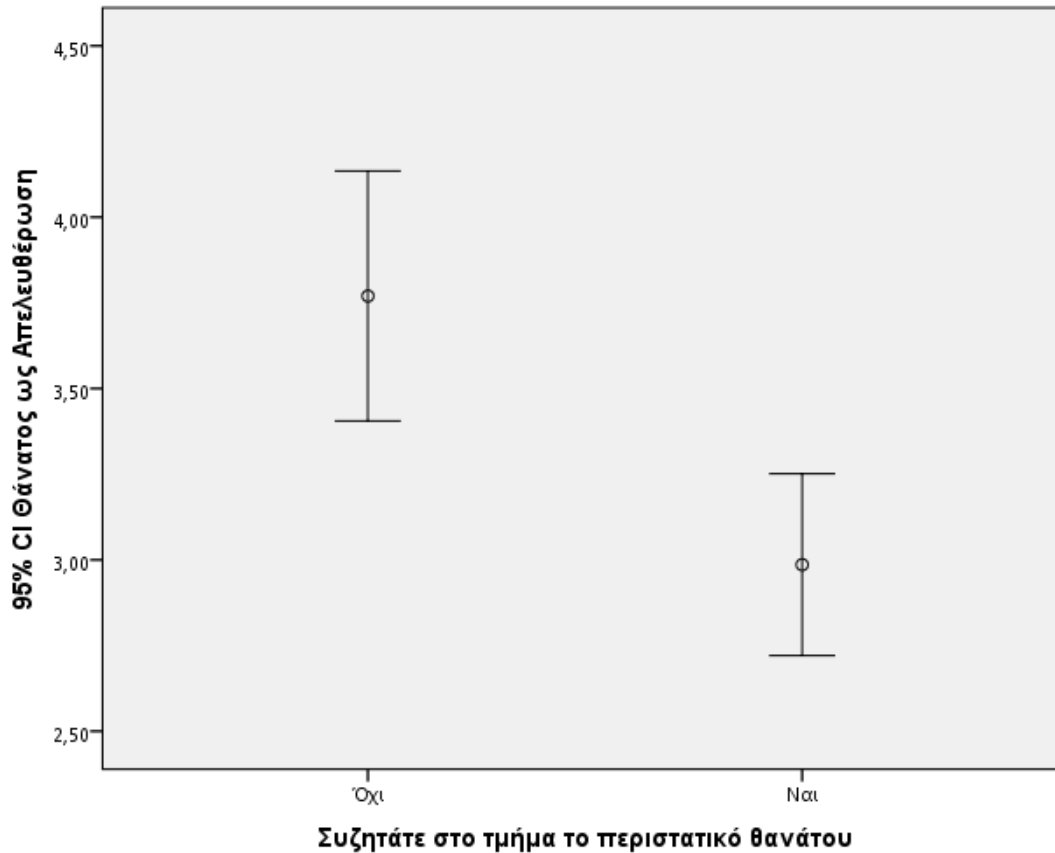
Σχήμα 11α. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Αποφυγή Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και της συζήτησης μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου στο τμήμα εργασίας.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 19)



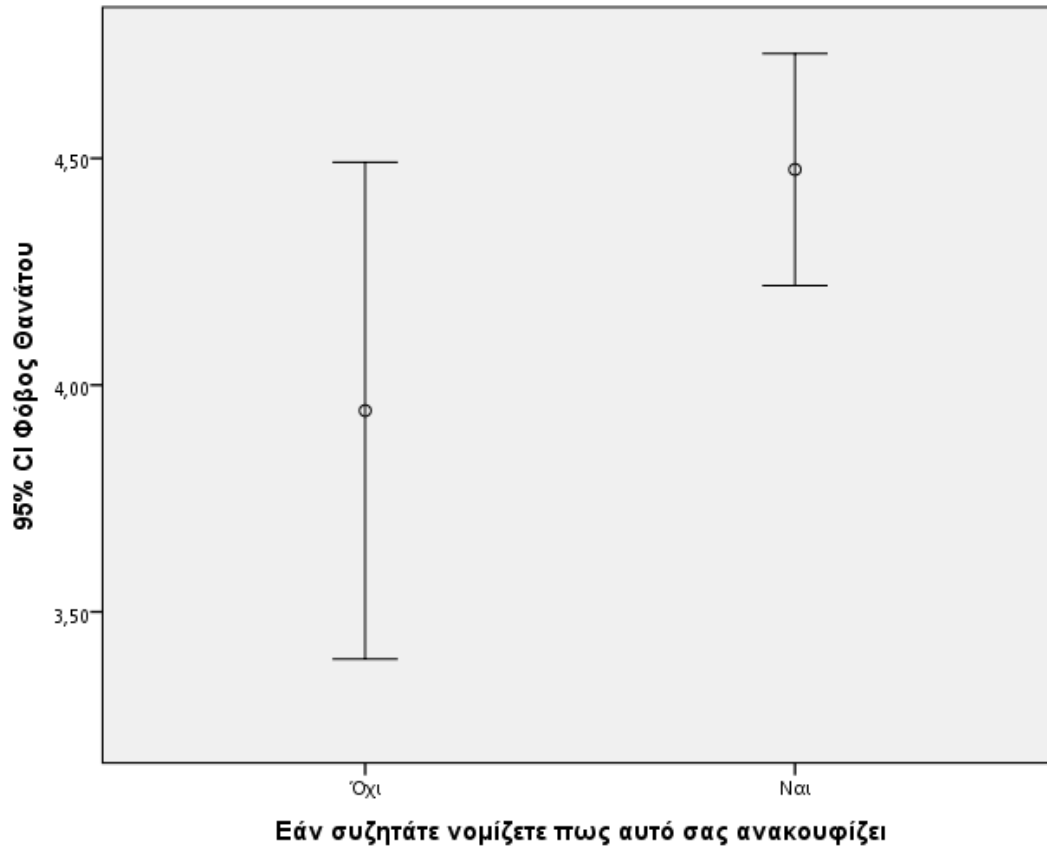
Σχήμα 11β. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Θάνατος ως Απελευθέρωση" από τους επαγγελματίες υγείας και της συζήτησης μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου στο τμήμα εργασίας.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 19)



Σχήμα 12. Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο "Φόβος Θανάτου" από τους επαγγελματίες υγείας και ανακούφισης από τη συζήτηση.

(αντιστοιχεί στον Πίνακα 20)





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
«ΙΩΑΝΝΟΥ & ΔΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ»

Ημερομηνία : 22/08/2012

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/12910

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ: κ Μαζαράκου Χαρίκλεια,
Νοσηλεύτρια ΠΕ του Γ.Ν.- Κ.Υ. Μολάων

ΜΟΛΛΟΙ - ΛΑΚΩΝΙΑΣ

ΘΕΜΑ : Έγκριση χορήγησης στοιχείων για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: α) Η από 17/05/2012 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.10251/21-08-2012 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό (β) εγκρίθηκε το αίτημά σας , για την συλλογή ερευνητικών δεδομένων με θέμα : « Διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο », στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών δεοντολογικών αρχών οι οποίες διέπουν την διεξαγωγή της έρευνας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

1. Διευθύντρια Ν.Υ
2. Γραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ

6^η Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ
Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΛ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.
ΑΛΛΗΛΕΓΓΗΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΠΑΡΤΗ 1/6/2012
Αριθ. Πρωτ.:

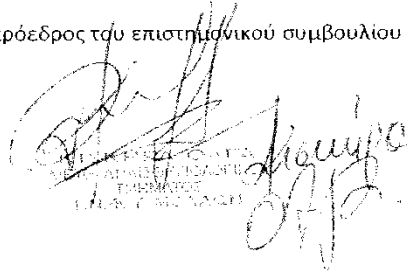
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-Κ.Υ ΜΟΛΑΩΝ
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ : Γενικό Νοσοκομείο Μολάων
23052
ΤΗΛ.:27320 22374, 22446, 22035
FAX: 27320 22222

ΠΡΟΣ: κ Μαζαράκου Χαρίκλεια
Νοσηλεύτρια ΠΕ Γ.Ν.-Κ.Υ. Μολάων

ΘΕΜΑ: «Εκπόνηση ερευνητικής εργασίας»
ΣΧΕΤ.: η από 17-5-2012 αίτηση.

Σε απάντηση του ανωτέρου σχετικού αιτήματός σας, σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η χρήση , στο χώρο του Νοσοκομείου, του συνημμένου ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εκπόνησης της ερευνητικής μελέτης μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με θέμα : « Διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο».

Ο/Η πρόεδρος του επιστημονικού συμβουλίου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ.
ΑΛΛΗΛΕΓΓΗΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝ.
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
6^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ

Μολάοι 18/5/2012

Αριθ.Πρωτ.:3889

.....
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ – Κ.Υ. ΜΟΛΑΩΝ
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ : Γενικό Νοσ/μείο Μολάων
230 52 Μολάοι
ΤΗΛ.: 27320 22374, 22446, 22035
FAX : 27320 22222

ΠΡΟΣ: κ.Μαζαράκου Χαρίκλεια
Νοσηλεύτρια ΠΕ Γ.Ν.-Κ.Υ. Μολάων

ΘΕΜΑ: «Εκπόνηση ερευνητικής μελέτης»

ΣΧΕΤ.: Η από 17-5-2012 αίτηση.

Σε απάντηση του ανωτέρω σχετικού αιτήματος, σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η χρήση, στο χώρο του Νοσοκομείου, του συνημμένου ερωτηματολογίου στα πλαίσια της εκπόνησης ερευνητικής μελέτης μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με θέμα: «Διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο»

Η ΑΝΑΠΑΝΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΠΡΙΦΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΛΑΩΝ
Διεύθυνση Διοικητικού – Τμήμα Προσωπικού

Μολάσι 14/6/2013
Α.Π.: 909

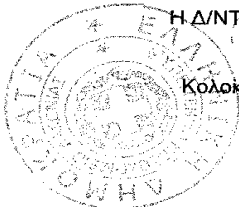
*ΠΡΟΣ: Την κ. Μαζαράκου Χαρίκλεια
Υπάλληλο κλάδου
ΠΕ Νοσηλευτριών*

ΘΕΜΑ: «Απάντηση σε αίτηση»
ΣΧΕΤ.: Η από 1-2-2013 αίτησή σας

Σε απάντηση της ανωτέρω σχετικής αίτησης, σας γνωρίζουμε τον αριθμό των γιατρών, νοσηλευτών, μαιών, επισκεπτών υγείας και κοινωνικών λειτουργών της Νοσηλευτικής Μονάδας Μολάων, προκειμένου να χρησιμοποιήσετε τα στοιχεία στα πλαίσια της διπλωματικής σας εργασίας:

1.Ιατροί ΕΣΥ	:26 άτομα
2.Ειδικευόμενοι Ιατροί	:4 άτομα
3.Αγροτικοί Ιατροί	:14 άτομα
4.Νοσηλευτές	:31 άτομα
5.Μαίες	:3 άτομα
6.Επισκέπτριες Υγείας	:1 άτομα
7.Κοινωνικοί Λειτουργοί	:1 άτομα

Η Δ/ΝΤΡΙΑ Δ/ΚΟΥ α/α
Καλοκώτσιου Σοφία



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

ΜΕΡΟΣ Α

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε με Χ όπου χρειάζεται ή συμπληρώστε στο κενό

A1. Φύλο: Γυναίκα Άνδρας

A2. Ηλικία

A3. Οικογενειακή κατάσταση : 1.Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η
3. Διαζευγμένος/η 4. Χήρος/α

A4. Επίπεδο εκπαίδευσης

- 1. ΠΕ
- 2. ΤΕ
- 3. ΔΕ
- 4. Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
- 5. Κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών

A5. Χρόνια προϋπηρεσίας

A6. Ποια η θέση σας στον χώρο εργασίας

α. Ιατρός

β. Νοσηλευτής

γ. Κοινωνικός λειτουργός

δ. Επισκέπτης υγείας

ε. Μαιευτής / μαία

ε. Φυσιοθεραπευτής

A7. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

.....

A8. Πόσο καιρό εργάζεστε σε αυτό το τμήμα:

A9. Πόσες φορές την εβδομάδα μπορεί να έρθετε σε επαφή με ασθενή που τελικά καταλήγει;

A10. Έχετε λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή που φοιτήσατε για τον τρόπο διαχείρισης του θανάτου;

1. Ναι 2. Όχι

A11. Αισθάνομαι ότι η εκπαίδευση που έλαβα για την διαχείριση του θανάτου με προετοίμασε αρκετά για να αντιμετωπίσω τον θάνατο και τα άτομα που πεθαίνουν

1. Ναι 2. Όχι

A.12 Νοσηλεύετε περιστατικά τελικού σταδίου την παρούσα στιγμή;

1. Ναι 2. Όχι

A13. Έχετε συζητήσει με ασθενείς τελικού σταδίου για το θέμα του θανάτου;

1. Ναι 2. Όχι

A14. Αν ΝΑΙ πόσο αυτό σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

1. πάρα πολύ

3. μέτρια

2. πολύ

4. αδιαφορώ

5. ελάχιστα 7. καθόλου
6. λίγο

A15. Μιλάτε ανοικτά με τους ασθενείς σας για το θέμα του θανάτου;

1. Ναι 2. Όχι

A16. Συζητάτε στο τμήμα που εργάζεστε για το περιστατικό του θανάτου όταν αυτό συμβαίνει στο τμήμα σας;

1. Ναι 2. Όχι

A17. Εάν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει;

1. Ναι 2. Όχι

A18. Εάν δεν συζητάτε πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά;

(σημειώστε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. πάρα πολύ <input type="checkbox"/> | 5. ελάχιστα <input type="checkbox"/> |
| 2. πολύ <input type="checkbox"/> | 6. λίγο <input type="checkbox"/> |
| 3. μέτρια <input type="checkbox"/> | 7. καθόλου <input type="checkbox"/> |
| 4. αδιαφορώ <input type="checkbox"/> | |

A19. Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται μετά από το περιστατικό του θανάτου;

1. απομονώνομαι
2. αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους
-

3. κλαίω για να ξεσπάσω

4. το σκέπτομαι στο σπίτι μου

5. δεν τρώω

6. αδιαφορώ πλήρως

A20. Γίνονται ομάδες προσωπικού για διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που δουλεύετε;

1. Ναι

2. Όχι

A21. Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;

1. πάρα πολύ

5. ελάχιστα

2. πολύ

6. λίγο

3. μέτρια

7. καθόλου

4. αδιαφορώ

A.22 Έχεις κάποια προσωπική εμπειρία όσο αφορά το θάνατο; (κυκλώστε)

1. πέθανε συγγενικό μου πρόσωπο

2. πέθανε φιλικό μου πρόσωπο

3. όχι, δεν έχω καμιά εμπειρία προσωπική όσο αφορά το θάνατο

ΜΕΡΟΣ Β

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έναν αριθμό από προτάσεις σχετικά με διαφορετικές συμπεριφορές προς το θάνατο. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και μετά αποφασίστε το πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε. Για παράδειγμα σε ένα σημείο μπορεί να διαβάσετε: «ο θάνατος είναι φίλος» Καθορίστε πόσο καλά συμφωνείτε ή διαφωνείτε και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα.

ΣΑ= συμφωνώ απόλυτα, Σ= συμφωνώ, ΣΜ= συμφωνώ μέτρια, Α= αναποφάσιτος, ΔΜ= διαφωνώ μέτρια, Δ= διαφωνώ, ΔΑ= διαφωνώ απόλυτα. Σημειώστε ότι οι επιλογές εναλλάσσονται μεταξύ απόλυτης συμφωνίας σε απόλυτη διαφωνίας και ξανά από απόλυτης διαφωνίας σε απόλυτη συμφωνία.

Εάν συμφωνείτε απόλυτα με τη πρόταση θα πρέπει να κυκλώσετε ΣΑ. Εάν διαφωνείτε απόλυτα θα πρέπει να κυκλώσετε ΔΑ. Εάν είστε αναποφάσιτος κυκλώστε Α. Ωστόσο, προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε με φειδώ τη κατηγορία επιλογών αναποφάσιτου.

Είναι σημαντικό να δουλέψετε την απάντηση σε κάθε μία πρόταση. Κάποιες από τις προτάσεις θα σας φανούν όμοιες, αλλά είναι αναγκαίο όλες να δείχνουν μικρές διαφορές στη συμπεριφορά.

ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

- | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| 1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θανάτό μου | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |
| 13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι | ΔΑ | Δ | ΔΜ | Α | ΣΜ | Σ | ΣΑ |

ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.							
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλοσωρίζω το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ