



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ**

ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ**

ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012

*Στους γιους μου Βασίλη και Μιχάλη και στην κόρη μου  
Ραφαηλία – Ευαγγελία που αποτελούν ότι  
σημαντικότερο υπάρχει στη ζωή μου*

*Στους γονείς μου Ευαγγελία και Μιχάλη*

*Στο σύζυγό μου Θεόδωρο, το μεγαλύτερο υποστηρικτή  
και σύμμαχό μου στη ζωή και σε κάθε μου προσπάθεια.*

<b>Περιεχόμενα</b>	
<b>Εισαγωγή</b>	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ</b>	
<b>1.1 Διαχρονικές απόψεις για το θάνατο</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Η Ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα</b>	<b>14</b>
<b>1.2.1. Βασικές έννοιες και ορισμοί</b>	<b>15</b>
<b>1.2.2. Αρχές και φιλοσοφία</b>	<b>15</b>
<b>1.2.3. Δομές και δίκτυα</b>	<b>17</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ</b>	
<b>2.1. Ο θάνατος στο Νοσοκομείο</b>	<b>20</b>
<b>2.2. Στάση του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στο θάνατο</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτή έναντι στο θάνατο</b>	<b>25</b>
<b>2.4 Θρησκευτικότητα και θάνατος</b>	<b>28</b>
<b>2.5 Εργαλεία εκτίμησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι στο θάνατο</b>	<b>32</b>
<b>2.5.1 Στάση έναντι στο θάνατο (Death Attitude Profile- Revised DAP-R)</b>	<b>34</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	
<b>3.1 Ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση του θανάτου</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων νοσηλευτή - Dreyfus Model of Skill Acquisition</b>	<b>37</b>
<b>3.3 Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή στο θέμα του θανάτου</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Εκπαίδευση γύρω από το θάνατο</b>	<b>42</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ</b>	
<b>4.1 Γενικές έννοιες</b>	<b>46</b>
<b>4.2. Εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει ασθενείς τελικού σταδίου</b>	<b>48</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

<b>5.1. Σχεδιασμός μελέτης</b>	<b>52</b>
<b>5.2. Σκοπός και στόχοι</b>	<b>52</b>
<b>5.3. Εργαλεία μέτρησης</b>	<b>53</b>
<b>5.4. Το δείγμα της μελέτης</b>	<b>57</b>
<b>5.5. Ηθικά θέματα</b>	<b>57</b>
<b>5.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων</b>	<b>58</b>
<b>5.7. Ανάλυση δεδομένων</b>	<b>58</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

<b>6.1. Χαρακτηριστικά δείγματος (Δημογραφικά- εργασιακά)</b>	<b>60</b>
<b>6.2 Επαφή με τον ασθενή και την εκπαίδευση γύρω από το θάνατο</b>	<b>62</b>
<b>6.3 Επίπεδο κλινικής εμπειρίας</b>	<b>62</b>
<b>6.4 Στάση νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στο θάνατο</b>	<b>65</b>
<b>6.5 Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού</b>	<b>67</b>
<b>6.6 Γραμμική συσχέτιση υποκλιμάκων DAP-R με υποκλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης</b>	<b>69</b>
<b>6.7 Διμεταβλητή ανάλυση</b>	
<b>6.7.1 Συσχέτιση στάσης νοσηλευτικού προσωπικού με την κλίμακα DAP-R με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες</b>	<b>71</b>
<b>6.7.2 Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτικού προσωπικού με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες</b>	<b>83</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

**87**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

**93**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**I. Άδεια Νοσοκομείου**

**II. Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου DAP-R**

**III. Συγκατάθεση συμμετεχόντων**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι σε καθημερινή βάση στο χώρο του νοσοκομείου με την αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο. Έρευνες έχουν δείξει ότι η στάση απέναντι στο θάνατο επηρεάζει τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν και τους συγγενείς που θρηνούν, καθώς επηρεάζεται ανάλογα και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

**Σκοπός:** Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί να μελετήσει τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι των ασθενών τελικού σταδίου και έναντι του θανάτου γενικότερα.

**Υλικό- Μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross-sectional analytical study) που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό ΓΝ Λάρισας και ΓΝ «Κουτλιμπάνειο» Λάρισας σε διάρκεια τετραμήνου το 2012. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το πρώτο μέρος του οποίου περιέχει ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ενώ το δεύτερο μέρος περιλάμβανε τα εξής ερωτηματολόγια:

α) Επαγγελματική Εξουθένωση (Maslach Burnout Inventory-MBI) που περιέχει 21 ερωτήσεις.

β) Στάση απέναντι στο Θάνατο (Death Attitude Profile-Revised DAP-R) που περιέχει 32 ερωτήσεις.

γ) Ικανότητα Επαγγελματιών Υγείας (Novice to Expert Scale) που περιέχει 5 ερωτήσεις

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο SPSS (version 19).

**Αποτελέσματα:** Από τους 107 ερωτηθέντες το 91,6% ήταν γυναίκες, ενώ η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (60,7%) με παιδιά (61,7%), στις ηλικιακές ομάδες 31-40 και άνω των 40 ετών (40%). Η μέση τιμή της προϋπηρεσία τους ήταν τα 13,34 έτη με ποσοστό 76,6% του δείγματος να είναι κλινικοί νοσηλευτές, απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (69,2%). Οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας βρέθηκαν να έχουν εντονότερο φόβο θανάτου από αυτούς νεότερης ηλικίας, ενώ αυτοί με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και υψηλότερη θέση στο χώρο εργασίας (προϊστάμενοι) αποδέχονται περισσότερο το θάνατο. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ογκολογική κλινική παρουσίαζαν μεγαλύτερο «φόβο θανάτου» συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν στο ΤΕΠ, ενώ αυτοί που έρχονταν σε επαφή

με ασθενείς που πεθαίνουν συχνά, αποδέχονταν περισσότερο το θάνατο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που δεν είχαν καμιά επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν. Επίσης, οι νοσηλευτές που έρχονταν σε επαφή με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που πεθαίνουν παρουσίαζαν μικρότερο «φόβο θανάτου» και τον αποδέχονταν σε μεγαλύτερο βαθμό. Οι νοσηλευτές που δεν έχουν λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «διαφυγή». Αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση του δείγματος, κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Η υποκλίμακα «φόβος θανάτου» βρέθηκε να σχετίζεται με μια ασθενή αρνητική γραμμική συσχέτιση με την υποκλίμακα "απρόσωπη φροντίδα" ( $r=-0.249$ ,  $p=0.010$ ), ενώ η υποκλίμακα «αποφυγή θανάτου» παρουσίασε μια ασθενή αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση ( $r=-.268$   $p=0.005$ ), αλλά και με την "απρόσωπη φροντίδα" ( $r=-0.317$   $p=0.001$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι παράγοντες που φάνηκαν να διαμορφώνουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο ήταν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η θέση και το τμήμα εργασίας, καθώς και η επαγγελματική εμπειρία. Εφόσον η στάση απέναντι στο θάνατο επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών, αλλά και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εστιαστούν στην περεταίρω διερεύνησή της.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Nurses in the hospital confront on a daily basis with sickness, pain and death. Research has shown that attitude towards death affects their behavior towards patients who are dying and their grieving relatives, influencing accordingly quality of services they provide.

**Aim:** This thesis aims to examine nurses' attitudes towards end-stage dying patients and towards death in general.

**Material-method:** This is a cross-sectional analytical study that took place in University General Hospital and in "Koutlimpanio" General Hospital of Larisa in 4 months' time in 2012. An anonymous self-administered questionnaire was used to collect, the first part of which contained questions recording socio-demographic data, while the second part included the following questionnaires: a) Maslach Burnout Inventory-MBI that contains 21 items, b) Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) that contains 32 items and c) Novice to Expert Scale that contains 5 items. Analysis of data was performed with statistical methods of descriptive and inferential statistics. For the statistical analysis the statistical package SPSS (version 19) was used.

**Results:** Of the 107 respondents 91.6%, while the majority were married at a rate of 60.7% with children 61.7%, in the age groups 31-40 and over 40 years at a rate of 40%. The mean length of service was 13.34 years, 76.6% of the sample was clinical nurses and 69.2% were graduates of Technological Educational Institutions. The factors that appeared to shape the nurses' attitudes towards death were age, marital status, education level, position in the workplace, department at work and professional experience. Older nurses were found to have lesser fear of death than younger ones while those with higher education and higher position in the workplace (heads) accepted death more. Nurses working in oncology clinic had greater death fear than those who worked in the ER, while nurses who came more often in contact with dying patients accepted death compared to nurses who had no contact with dying patients. Additionally, those who came in contact with a greater number of dying patients showed less fear of death and accepted death. Nurses that had no specific death training showed higher mean value in "escape acceptance" subscale. Burnout of the sample was found to be moderate. The subscale "fear of death" showed a weak negative linear correlation with the subscale "depersonalization" ( $r = -0.249$ ,  $p = 0.010$ ), while the subscale "death avoidance" showed a weak negative correlation



with emotional exhaustion ( $r = -.268$   $p = 0.005$ ), and the "depersonalization" ( $r = -0.317$   $p = 0.001$ ).

**Conclusions:** The factors that appeared to shape nurses attitudes towards death were age, marital status, education level, position in the workplace, department at work and professional experience. Since attitude toward death affects nurses' physical and mental health and quality of care, future studies should focus on further investigation.

## Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με την αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο. Έρευνες έχουν δείξει ότι η στάση έναντι στο θάνατο επηρεάζει τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας [1-3].

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συζητούν με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους μπορεί να επηρεάζεται από τις προσωπικές τους στάσεις και εμπειρίες. Συζητήσεις για τον ίδιο θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών αναδύουν βαθιά ριζωμένες προσωπικές πεποιθήσεις [4-5] και προσωπικές εμπειρίες με την ασθένεια και το θάνατο [6]. Οι επαγγελματίες υγείας συζητώντας με τους ασθενείς για την πιθανότητα του θανάτου και ζητήματα γύρω από αυτόν μπορεί να ανακαλέσουν από τη μνήμη τους παλιότερα γεγονότα που σχετίζονται με τη διάγνωση ανίατης ασθένειας ή το θάνατο σημαντικών προσώπων γι' αυτούς [7].

Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στο θάνατο μπορεί να είναι το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και η εμπειρία του νοσηλευτή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η προηγούμενη εμπειρία θανάτου, η προηγούμενη εκπαίδευση σχετική με το θάνατο, η εκπαίδευση γύρω από τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Η φροντίδα σε ξενώνες για ασθενείς τελικού σταδίου τονίζει την ανάγκη για ύπαρξη επαγγελματιών υγείας και κυρίως για νοσηλευτές που είναι σε θέση να φροντίσουν ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειες τους.

Η βελτίωση των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας να διαχειριστούν το θάνατο και τους ασθενείς που πεθαίνουν έχει αναγνωριστεί από το Ινστιτούτο Open Society και το Αμερικανικό ίδρυμα Soros ως αντικείμενο κλειδί σε μια προσπάθεια μετασχηματισμού της κουλτούρας θανάτου [8]. Αυτό απαιτεί διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας γύρω από το θάνατο και τις προσωπικές τους στάσεις απέναντι σε αυτόν [9-12].

Στο πλαίσιο της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας επιχειρείται πρωτίστως η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού (για χάρη συντομίας συχνά θα γίνεται αναφορά με τη λέξη νοσηλευτές) απέναντι στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών ειδικότερα, και στο θάνατο γενικότερα, καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζει τη στάση τους.

Στο γενικό - θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, προσεγγίζεται η έννοια του θανάτου και πως την αντιλαμβάνονται και τη διαχειρίζονται οι νοσηλευτές που έρχονται συχνά σε επαφή μαζί του. Το πρώτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται τη

φροντίδα χρόνιων ασθενών που πεθαίνουν, το δεύτερο κεφάλαιο διαπραγματεύεται το θέμα του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, το τρίτο κεφάλαιο την εκπαίδευση και δεξιότητες στη διαχείριση του θανάτου και τέλος το τέταρτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται την επαγγελματική εξουθένωση και πως αυτή εμφανίζεται σε νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου.

Στο Ειδικό - Ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων του ερωτηματολογίου DAP-R με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος, το επίπεδο κλινικής εμπειρίας, την επαφή με τον ασθενή και την εκπαίδευση γύρω από το θάνατο, τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης των υποκλιμάκων DAP-R με τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα αποτελέσματα της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους ίδιους παράγοντες που αναφέρονται παραπάνω και οι οποίοι συσχετίστηκαν με το ερωτηματολόγιο DAP-R. Τέλος, στο κεφάλαιο της Συζήτησης πραγματοποιείται ένας κριτικός σχολιασμός των αποτελεσμάτων και διατυπώνονται προτάσεις τόσο για εφαρμογή στην κλινική πρακτική, όσο και για το σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ**

Η φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους περιλαμβάνει τη διαχείριση τόσο των σωματικών συμπτωμάτων και κυρίως του πόνου, αλλά και των ψυχολογικών καθώς και των πνευματικών τους ανησυχιών. Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν καταρχήν κάποιες διαχρονικές απόψεις για το θάνατο και κάποιες βασικές έννοιες για την ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα, τις αρχές και τη φιλοσοφία αυτής καθώς και δομές και δίκτυα στα οποία παρέχεται η ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς που πεθαίνουν.

### **1.1 Διαχρονικές απόψεις για το θάνατο**

Ο θάνατος είναι ένα θέμα που απασχολεί τον άνθρωπο από τη στιγμή της συνειδητοποίησης της ύπαρξής του. Η θνητότητα στοιχειώνει το ανθρώπινο είδος από το ξεκίνημα της Ιστορίας [13]. Ο Ίρβιν Γιάλομ στο βιβλίο του «Στον κήπο του Επίκουρου» παραθέτει την αντίδραση ενός Βαβυλώνιου ήρωα του Γκιλγκαμές ο οποίος στοχαζόταν πάνω στο θάνατο του φίλου του με τα λόγια: «Σκοτείνιασες και δεν μπο ρείς να μ' ακούσεις. Όταν πεθάνω δεν θα είμαι άραγε κι εγώ σαν τον Ενκίντου; Θλίψη ανατέλλει στην καρδιά μου. Με φοβίζει ο Θάνατος» [13]. Έτσι όπως φοβόταν ο Γκιλγκαμές το θάνατο, το ίδιο συμβαίνει σε όλους.

Με το θάνατο έχουν ασχοληθεί τόσο φιλόσοφοι όσο και ψυχίατροι – ψυχοθεραπευτές προσπαθώντας όλοι από την πλευρά τους άλλοτε να τον κατανοήσουν και άλλοτε να προσφέρουν τρόπους διαχείρισης του. Ο Γιάλομ αναφέρει ότι το άγχος θανάτου περνά φάσεις εξάρσεων και υφέσεων σε όλη τη διάρκεια του κύκλου της ζωής με αποτέλεσμα άλλοτε να υποβαθμίζεται, να μετατίθεται στο μέλλον και άλλοτε να ξεσπά με ένταση ενώ προς το τέλος της ζωής συρρικνώνεται με τη βοήθεια μεθόδων ή και θρησκευτικών τελετουργιών όπου το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει το πεπερασμένο της ύπαρξής του [13]. Την ανάγκη υποβάθμισης του θανάτου υποστήριξε ο Freud ο οποίος επεσήμανε ότι «κανείς δε θα μπορούσε να συμπεράνει από τη συμπεριφορά του ατόμου ότι αναγνωρίζει το θάνατο ως αναγκαιότητα και ότι έχει τη βέβαιη πεποίθηση πως καθέννας είναι χρεωμένος στη φύση με το θάνατό του. Αντιθέτως, κάθε φορά έχει μια εξήγηση που υποβαθμίζει αυτή την αναγκαιότητα σε σύμπτωση»[14].

Ο κάθε άνθρωπος φοβάται το θάνατο με το δικό του τρόπο. Ο θάνατος και ο ύπνος στην αρχαία ελληνική μυθολογία ήταν αδέρφια. Ο Τσέχος συγγραφέας Μίλαν Κούντερα υποστηρίζει «η διαδικασία της λήθης είναι μια μορφή θανάτου» [13]. Σε

πολλούς ανθρώπους το άγχος θανάτου είναι έκδηλο και εύκολα αναγνωρίσιμο και σε άλλους συγκαλυμμένο πίσω από άλλα συμπτώματα. Ο θάνατος μπορεί να εμφανιστεί συχνά μέσα στα όνειρα με συμβολική μορφή, ενώ μερικές καταστάσεις στη ζωή μπορεί να ξυπνήσουν το άγχος θανάτου και τέτοιες μπορεί να είναι μια σοβαρή ασθένεια, ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου, η συχνή επαφή με το θάνατο[13].

Ο Έλληνας Φιλόσοφος Επίκουρος, ο οποίος είχε ως στόχο να ανακουφίσει την ανθρώπινη δυστυχία πίστευε ότι η ρίζα της εντοπίζεται στον αδιάλειπτο φόβο του ανθρώπου για το θάνατο[13]. Στην προσπάθεια τους οι ανθρώπινες κοινωνίες και ο ανθρώπινος πολιτισμός να υπερβούν και να μετριάσουν το φόβο ο οποίος προκύπτει από τη νομοτέλεια του θανάτου, διαμορφώνουν μια σειρά από φιλοσοφικά συστήματα τα οποία ερμηνεύουν το καθένα με διαφορετικό τρόπο το φαινόμενο του θανάτου, προσδίδοντάς του, άλλο λιγότερο και άλλο περισσότερο, οντολογική υπόσταση[15].

Ο θάνατος αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο δεν έχει μια διαχρονική αντιμετώπιση, αλλά αντιθέτως αποκτά την ιδιαίτερη εννοιολόγησή του σύμφωνα με την κοινωνία, αλλά και τη χρονική περίοδο στην οποία μελετάται. Οι θρησκείες καθ όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας και του πολιτισμού από την αρχαιότητα έχουν αναλωθεί προκειμένου να προσδιορίσουν τις διαστάσεις του θανάτου ως πνευματική έννοια, αξία ή κίνητρο για δράση. Στο πλαίσιο των δυτικών κοινωνιών, ο θάνατος γνώρισε διαφορετικές μορφές πρόσληψης σύμφωνα με τα ευρύτερα συστήματα ιδεών και τις εκάστοτε κοσμοθεωρίες. Η τομή στην εξέλιξη επήλθε με την ανάπτυξη της ανατομίας όπου για πρώτη φορά ο θάνατος αντιμετωπίστηκε ως ένα «αντικειμενικό» βιολογικό φαινόμενο το οποίο, στο πλαίσιο του μηχανιστικού μοντέλου, λειτουργεί βάσει συγκεκριμένων νομοτελειών. Ο προσδιορισμός αυτός του θανάτου οδηγεί στον εγκλεισμό του αρρώστου στο νοσοκομείο, την απόκρυψη του από την κοινωνία και στην αποκλειστική διαχείρισή του από τους γιατρούς που οδηγεί εντέλει στη λογική ότι ο ασθενής αποτελεί αντικείμενο προς διαχείριση σύμφωνα με τη γνώμη των «ειδικών» [15].

Στις σύγχρονες κοινωνίες επικράτησε ορθολογισμός και η εκκοσμίκευση πράγμα που οδήγησε στην τροποποίηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο και τη διαχείρισή του. Ενώ σε προηγούμενους αιώνες ο θάνατος αποτελούσε ένα δημόσιο κοινωνικό γεγονός κάτω από το μανδύα του θρησκευτικού δόγματος, πλέον η ιατρική αναλαμβάνει τη μονοπωλιακή διαχείρισή του [16-18].

Ο ιατρικός λόγος αποτελεί το μόνο αρμόδιο λόγο για το θάνατο και δίνει πλέον και τον επίσημο ορισμό του. Ο θάνατος ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορικής και αναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους [19].

Στο νοσοκομείο, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αποτελούν τους θεσμικά αρμόδιους χώρους οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με την εκλογίκευση στη διαχείριση του θανάτου. Ο θάνατος στη ΜΕΘ είναι δύσκολος και αφύσικος κατά τη διαχείριση του από τους νοσηλευτές, γιατί είναι μια επίπονη και στρεσογόνα διαδικασία [20]. Η τεχνολογία αποτελεί φραγμό για ένα αξιοπρεπή θάνατο και γίνεται εμπόδιο στη νοσηλευτική φροντίδα που περιλαμβάνει την εκπλήρωση των ψυχικών και πνευματικών αναγκών του ασθενή. Οι νοσηλευτές πρέπει να βρίσκουν τρόπο έτσι ώστε να είναι ο θάνατος του ασθενή να είναι ειρηνικός και αυτό αποτελεί υποχρέωση κάθε νοσηλευτή που παρέχει παρηγορητική φροντίδα [21].

Οι στάσεις απέναντι στο θάνατο αλλάζουν και τα άτομα στις σύγχρονες κοινωνίες τοποθετούν το θάνατο στο κοινωνικό περιθώριο κρύβοντας τους νεκρούς και τους ασθενείς σε ειδικά διαμορφωμένα γι' αυτό το σκοπό ιδρύματα. Η απόρριψη και η άρνηση του θανάτου στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης του τέλους της ύπαρξης από κοινωνίες οι οποίες έχουν καταρρίψει τα είδωλα της θρησκείας και της μεταφυσικής [20].

## **1.2 Η Ανακουφιστική/παρηγορητική φροντίδα**

Στην Ευρώπη, με την έννοια Ανακουφιστική φροντίδα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά διάφοροι όροι όπως «ξενώνας» (hospice), «φροντίδα ξενώνα» (hospice care), «συνεχιζόμενη φροντίδα» (continuing care), «φροντίδα τελικού σταδίου» (end of life care), «θανατολογία» (thanatology), «ανακουφιστική φροντίδα» (comfort care), «παρηγορητική ιατρική» (palliative medicine) και «υποστηρικτική φροντίδα» (supportive care) [22-23]. Στην Ελλάδα ο όρος «Ανακουφιστική Φροντίδα» χρησιμοποιείται όταν η παρεχόμενη φροντίδα αφορά στους χρόνιους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της αρρώστιας τους, ως μετάφραση του όρου «palliative care». Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε κάποιους βασικούς ορισμούς της Ανακουφιστικής Φροντίδας και στις αρχές και τη φιλοσοφία της, όπως και στις δομές στις οποίες παρέχεται ανάλογη φροντίδα.

### **1.2.1 Βασικές έννοιες και ορισμοί**

Η φροντίδα που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή που πεθαίνει εντάσσεται στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας παρηγορητική φροντίδα (palliative care) «είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή προοδευτικά επιδεινούμενα, μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών συνοδών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους» [24].

Άλλος ορισμός για την ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) την ορίζει ως "η μελέτη και η αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία, προοδευτική και πολύ προχωρημένη νόσο με δυσμενή πρόγνωση, κατά την οποία η παροχή της φροντίδας επικεντρώνεται στην ποιότητα της ζωής [25].

Ο όρος hospice αναφέρεται σε μια φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωής του σε ξενώνα που εξασφαλίζει ένα αξιοπρεπές, ειρηνικό περιβάλλον φροντίδας, ασφάλεια, άνεση και ποιότητα ζωής. Η κεντρική ιδέα στην οποία βασίστηκε η ανάπτυξη τους είναι ότι ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα ενός θανάτου απαλλαγμένου από πόνο, ενός θανάτου με αξιοπρέπεια και ότι οι οικογένειες έχουν δικαίωμα να λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη ώστε να επιτρέψουν να συμβεί αυτό. Στους ξενώνες προσφέρονται υπηρεσίες για την ανακούφιση και των συγγενών ασθενών που πεθαίνουν. Η διαφορά της φροντίδας σε ξενώνα και της ανακουφιστικής/παρηγορητικής φροντίδας έχει να κάνει κυρίως με το χώρο που παρέχεται δηλαδή σε νοσοκομειακή κλίνη ή σε ξενώνα, παρόλο που σε κάποιες χώρες μπορεί να αποδίδεται στους όρους η ίδια έννοια [23]. Επίσης ακόμη μια διαφορά μεταξύ τους είναι ότι η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε όλα τα στάδια της ασθένειας και ανεξαρτήτου διάγνωσης ενώ η φροντίδα hospice αφορά εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

### **1.2.2 Αρχές και φιλοσοφία**

Σύμφωνα με το Συμβόλιο της Ευρώπης οι εννιά βασικές αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας είναι οι εξής [26]:

1. Παρέχει ανακούφιση του πόνου και άλλων οδυνηρών συμπτωμάτων.

2. Δέχεται τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία.
3. Δεν επισπεύδει ή μεταθέτει το θάνατο
4. Συνενώνει τη σωματική και πνευματική φροντίδα του ασθενή.
5. Προσφέρει υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν με ενέργεια μέχρι το θάνατο
6. Προσφέρει υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθήσει την οικογένεια να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες κατά την ασθένεια του πελάτη και να τα καταφέρει όσον αφορά τη διαδικασία του θρήνου.
7. Χρησιμοποιεί την ομαδική προσέγγιση για να διευθύνει τις ανάγκες του ασθενή και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένου και της συμβουλευτικής για τη διαδικασία του θρήνου εάν χρειάζεται.
8. Ενισχύει την ποιότητα ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της νόσου.
9. Είναι εφαρμόσιμη στα αρχικά στάδια της ασθένειας σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες οι οποίες σκοπεύουν να επιτείνουν τη ζωή όπως η χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και περιλαμβάνει εκείνες τις έρευνες που χρειάζεται να γίνουν για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση κλινικών επιπλοκών».

Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από μια διεπιστημονική και πολύ-επαγγελματική ομάδα που απαρτίζεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας ιατρό, νοσηλευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή, ιερέα. Η άσκηση ανακουφιστικής φροντίδας παρέχεται από μια καλά συντονισμένη ομάδα, η οποία μπορεί να πλαισιωθεί και από άλλες ειδικότητες ανάλογα με τις ανάγκες. Η άρτια και αποτελεσματική παροχή ανακουφιστικής φροντίδας προϋποθέτει σχέση συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, επικοινωνία, κατανόηση από κάθε μέλος των υπευθυνότητων [27]. Αυτή η πολυσυλλεκτική ομάδα επαγγελματιών, πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με τους συγγενείς και τον πάσχοντα στην προσπάθεια αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του, αλλά και της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης αυτού και των οικείων του [28]. Το άτομο πρέπει να έχει την ευκαιρία να φθάσει στο τέλος της ζωής του διαφυλάττοντας την αξιοπρέπειά του. Η εξατομίκευση των αναγκών του ασθενούς, η συνεχής φυσική



παρουσία του προσωπικού και η διάθεση χρόνου βοηθούν τον ασθενή να προσεγγίσει τη στιγμή του θανάτου με σθένος και αξιοπρέπεια [29]. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστηρικτικό ρόλο στον ασθενή και στο περιβάλλον του, βρίσκεται σε 24ωρη βάση στο πλευρό του όχι μόνο εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας, αλλά και ένα κυρίαρχο ρόλο τόσο στη ζωή του όσο και στο θάνατο του. Η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή μπορεί να καταστεί ένα ισχυρό εργαλείο, διαμέσου του οποίου ο νοσηλευτής αποδίδει σεβασμό στην αξία του αρρώστου ως ανθρώπου, δείχνει προθυμία να μοιραστεί μαζί του αυτή τη δύσκολη εμπειρία και, γενικά, διατηρεί μια στάση συμπόνιας χωρίς επικριτική διάθεση.

Οι Κάρλου και Πατηράκη [30] αναφέρουν σε άρθρο τους ότι οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι ουσιαστική προσφορά φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει επιτυγχάνεται με την υπομονή, την επιμονή, τη συνεχή αξιολόγηση και την τεχνική γνώση για την υπέρβαση των δυσκολιών, την ακρόαση των αγωνιών του ασθενούς, την αποδοχή της σιωπής του, καθώς και την αντιμετώπιση με σύνεση των πιθανών διλημμάτων που ανακύπτουν.

### 1.2.3 Δομές και δίκτυα

Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο θα αναπτυχθούν οι δομές και τα δίκτυα στα οποία παρέχεται η ανακουφιστική φροντίδα. Η Ανακουφιστική Φροντίδα περιλαμβάνει ένα σύνολο υπηρεσιών οι οποίες μπορούν να διακριθούν σε μη εξειδικευμένες ή απλά συμβατικές, που παρέχονται χωρίς όμως να την περιλαμβάνουν στο κύριο έργο τους και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται και είναι πλήρως προσανατολισμένες στις αρχές και τη φιλοσοφία της Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Στις μη εξειδικευμένες υπηρεσίες στην Ανακουφιστική Φροντίδα περιλαμβάνονται: **α) η κατ' οίκον υπηρεσία β) τα νοσοκομεία κοινότητας γ) τα νοσηλευτικά κέντρα/στέγες ηλικιωμένων.**

Η κατ' οίκον υπηρεσία περιλαμβάνει την κατ' οίκον φροντίδα μέσω ειδικών προγραμμάτων - εθελοντική υπηρεσία, πρόγραμμα ημέρας, ομάδα διαχείρισης πόνου και συμπτώματος, ομάδα 24ωρης στήριξης επειγουσών αναγκών βραχυπρόθεσμα-δύναται να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα και υποστηρικτικές υπηρεσίες, ικανές να ενισχύσουν την παραμονή ασθενών στο σπίτι.

Τα νοσοκομεία κοινότητας: Η ύπαρξη κλινών σε νοσοκομεία της κοινότητας για την Α.Φ. ασθενών που χρειάζονται ένα ενδιάμεσο επίπεδο ενδονοσοκομειακής

φροντίδας, όπου μπορεί να συμβάλλει στη διαχείριση αυτών των ασθενών η ιατρική φροντίδα των οποίων εναπόκειται στην ευθύνη των γενικών γιατρών.

Τα νοσηλευτικά κέντρα/στέγες ηλικιωμένων: Ένα ποσοστό ασθενών στα κέντρα αυτά χρήζει ανακουφιστικής φροντίδας. Η γενική ανακουφιστική φροντίδα σε αυτή την περίπτωση πρέπει να προωθείται από το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος με την υποστήριξη του γενικού γιατρού [31-33].

Το 1986 ο ΠΟΥ διακήρυξε ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο και οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα (Ιατρεία Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας) και από πολυδύναμη ομάδα, κάτι που στην Ελλάδα δεν έγινε μέχρι το 2005 όπου και αναγνωρίστηκε νομοθετικά η παρηγορητική και ανακουφιστική φροντίδα με το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (Νόμος 3418/2005), δημοσιεύτηκε υπουργική απόφαση (ΔΥ 8/13/οικ.89126/17-8-07) περί δημιουργίας ξενώνων παρηγορητικής φροντίδας και υπουργική απόφαση (Υμα/οικ 162017/19-12-07) με την οποία για πρώτη φορά θεσμοθετείται στη χώρα μας πλαίσιο για την οργάνωση και λειτουργία μονάδων ανακούφισης χρόνιου πόνου. Επίσης ανακοινώθηκε το 1ο Σχέδιο Δράσης κατά του Καρκίνου (2008-2012) και το 2ο Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο (2012-2014) [34-35].

Αυτά που υπάρχουν από δω μέχρι στη χώρα μας αποτελούν συμβουλευτικές ομάδες ανακουφιστικής φροντίδας και διαχείρισης του πόνου σε 45 νοσοκομεία, 9 μονάδες κατοίκων φροντίδας και 3 κέντρα ημέρας και 5 ομάδες στήριξης ατόμων που θρηγούν [36]. Υπάρχουν επίσης 40 περίπου ιατρεία πόνου σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία [37]. Όσο αφορά την κατ' οίκον νοσηλεία στη χώρα μας δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα, δεδομένου ότι δεν έχει γίνει αντιληπτή η μεγάλη της συμβολή στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στα τέλος της ζωής τους από την πολιτεία, αλλά ούτε και η συμβολή της στη μείωση του κόστους της νοσηλευτικής περίθαλψης [32]. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέχρι και σήμερα δεν προσφέρει μονάδες για την ανακουφιστική φροντίδα στους ασθενείς οι οποίοι βιώνουν προχωρημένη μη αναστρέψιμη νόσο. Πολλοί ασθενείς τελικού σταδίου καταλαμβάνουν κλίνες οξείας νοσηλείας ιδιωτικών ή δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ενώ οι υπόλοιποι μένουν στο σπίτι και η οικογένεια αναλαμβάνει να αντιμετωπίσει τη δύσκολη αυτή κατάσταση [34].

Η παροχή παρηγορητικής φροντίδας, απαιτεί μια εσωτερική δέσμευση από τους επαγγελματίες που εμπλέκονται. Η δέσμευση εξαρτάται από το πώς αυτοί οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν το θάνατο και τα πρόσωπα που πεθαίνουν. Η

άποψη/θέση σχετικά με τη φροντίδα ενός ατόμου που πεθαίνει θα μπορούσε να χαρακτηριστεί στάση, μια πολύπλευρη έννοια, που περιλαμβάνει τις απόψεις, αντιλήψεις, αξίες σε πολλές πτυχές της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

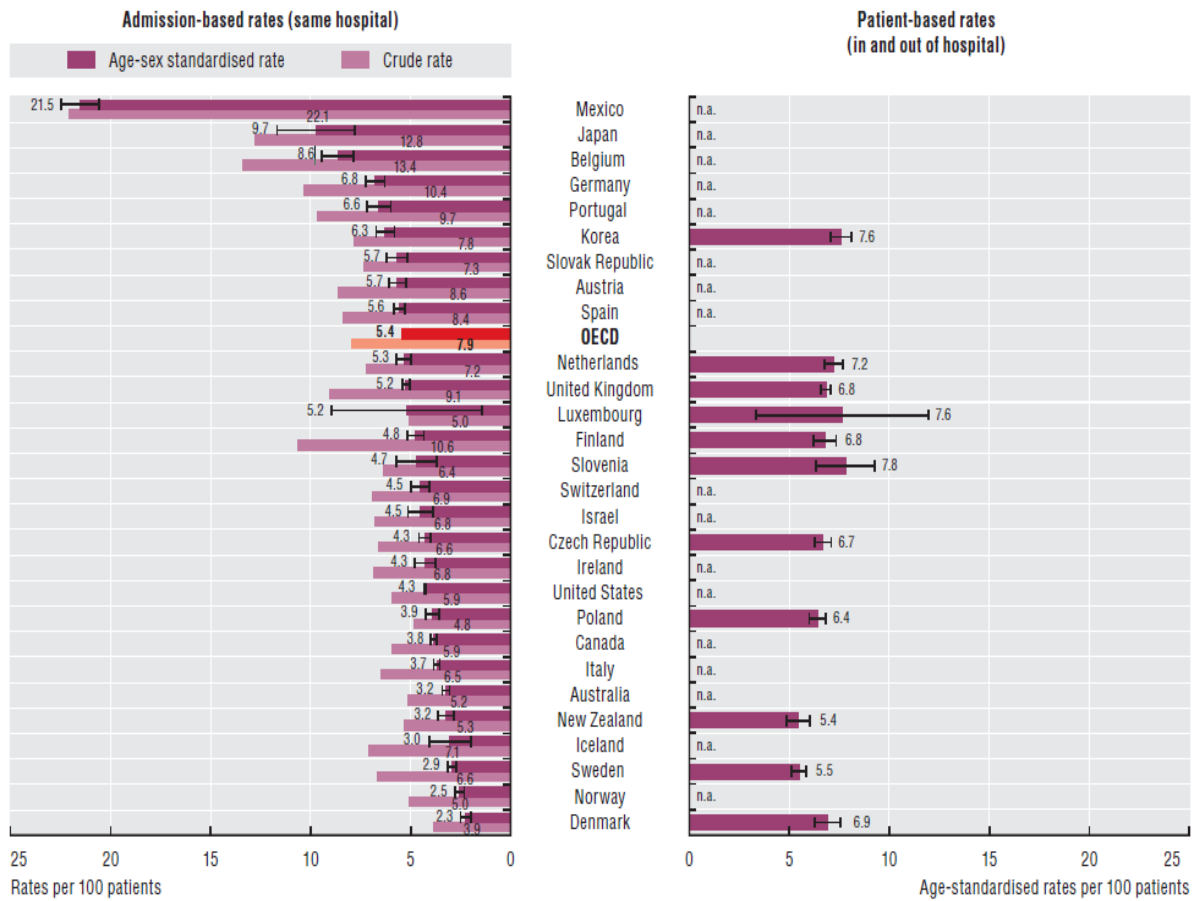
## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ**

Το νοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει ασθενείς που πεθαίνουν έχει τόσο να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών, όσο και να αντιμετωπίσει τους δικούς του φόβους και ανησυχίες που αυτή η διαδικασία αναδύει. Πλήθος ερωτημάτων που πρέπει να απαντηθούν καθώς και πλήθος συναισθημάτων που πρέπει να τα διαχειριστεί ο νοσηλευτής που φροντίζει ασθενείς που διανύουν το δύσκολο δρόμο προς το θάνατο. Ο προβληματισμός σε σχέση με τον τρόπο που πρέπει ο νοσηλευτής να αντιδράσει, ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισης έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, ζητήματα που αφορούν τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία είναι θέματα που απασχολούν το νοσηλευτικό προσωπικό [38]. Σε αυτό το κεφάλαιο πρόκειται να μελετηθούν τα ζητήματα που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που το νοσηλευτικό προσωπικό διαχειρίζεται το θάνατο και ποιοι είναι οι παράγοντες που τον διαμορφώνουν.

### **2.1 Ο θάνατος στο νοσοκομείο**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων θανάτων το 2005, τα 7,6 εκατομμύρια (ή 13%) αφορούσαν στον καρκίνο, αριθμός ο οποίος αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 αφού αναφέρεται ότι 4,3 εκ. πεθαίνουν από την εν λόγω νόσο. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα [39]. Στην Ελλάδα στις ηλικίες 45-59 ετών, πρώτη αιτία θανάτου είναι οι κακοήθειες νεοπλασίες ενώ μετά την ηλικία των 60 χρόνων, τα νοσήματα του κυκλοφορικού εκ των οποίων τη συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια [40].

Στην Αμερική οι κυριότερες αιτίες θανάτου στις ΜΕΘ είναι το σύνδρομο πολυοργανικής ανεπάρκειας (11-18%), τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η σήψη (25-30%) [41] ενώ μετά από 1 χρόνο από την εισαγωγή στη ΜΕΘ η πρώτη αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος [42]. Στην Αγγλία η συνολική θνητότητα στη ΜΕΘ είναι περίπου 25%. Σε έρευνα που έγινε σε διαφορετικές χώρες που έχουν εισαγάγει τις οδηγίες του ΠΟΥ για την ασφάλεια των ασθενών στο χειρουργείο βρέθηκε ότι οι θάνατοι μειώθηκαν κατά το 1/3 παρόλο που οι μετεγχειρητικοί θάνατοι στην έρευνα "European Surgical Outcomes Study" (EuSOS), σε 500 νοσοκομεία 28 ευρωπαϊκών χωρών βρέθηκαν να κυμαίνονται μεταξύ του 1,2 έως 21,5% [43].



Note: Rates age-sex standardised to 2005 OECD population (45+). 95% confidence intervals represented by I—I.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525115>

### Ποσοστό θνητότητας στο νοσοκομείο μετά από 30 ημ νοσηλείας

Πηγή : OECD Health Data 2011.

Με δεδομένο ότι το 80% των ασθενών με ανίατη νόσο πεθαίνει στο νοσοκομείο, όπου πρέπει και να παρέχεται ανακουφιστική φροντίδα [27] ερευνητικό ενδιαφέρον υπάρχει για τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ο θάνατος από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό αφού είναι αυτοί οι οποίοι φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου, σε εξειδικευμένα κέντρα παρηγορητικής φροντίδας, αλλά κυρίως στο νοσοκομείο όπου έρχονται σε επαφή με τις ανησυχίες και τις ελπίδες τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους [44].

Οι νοσηλευτές είναι σε καθημερινή βάση κοντά στον ασθενή για να τον βοηθήσουν, εφόσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24ωρο. Ακόμη και όταν η περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία σταματά, η νοσηλευτική φροντίδα συνεχίζεται, για να πραγματοποιήσει τους σκοπούς της, οι οποίοι αφορούν (α) στην ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, (β) στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής που του απομένει, (γ) στην προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του και (δ) στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου [29, 45-46]. Σε έρευνα των Steffen et al [47] οι νοσηλευτές προσδιορίζουν το ρόλο τους ως «καταλύτες» στην παροχή φροντίδας ασθενών που πεθαίνουν, αφού αυτοί είναι που γνωρίζουν πότε ο ασθενής έχει ανάγκη τη συντροφιά, την επαφή, την ενεργητική ακρόαση, αλλά και πότε τη σιωπή.

## **2.2 Στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο**

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών και των οικογενειών τους και αυτή η φροντίδα μπορεί να επηρεαστεί από τη δική τους προσωπική στάση απέναντι στο θάνατο [48]. Σύμφωνα με τους ερευνητές Rooda et al καθοριστικοί παράγοντες για τη στάση απέναντι στο θάνατο αποτελούν όχι μόνο πολιτιστικές, κοινωνικές, φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά και προσωπικά και γνωστικά πλαίσια τα οποία διαμορφώνουν και εξηγούν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο [27,48]. Ο θάνατος του ασθενή εγείρει σκέψεις, συναισθήματα και συμβολισμούς τέτοιους ώστε να αναδύονται ταυτίσεις προσωπικού θανάτου και προσωπικές εικόνες των επαγγελματιών οι οποίες συνδέονται με το πένθος και προσωπικά τους βιώματα[49]. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας [50] διαπιστώνεται ότι τα μοντέλα αντιμετώπισης του πένθους έχουν τις ρίζες τους σε ψυχοθεραπευτικές τεχνικές με προεκτάσεις στην οικογενειακή και ομαδική θεραπεία. Η σωστή προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας μειώνει την πιθανότητα ανικανότητας διαχείρισης του πένθους

τους.

Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας που μπορεί να προσφέρουν. Θετική στάση απέναντι στο θάνατο περιγράφεται ως η ευελιξία στις διαπροσωπικές σχέσεις, η επιθυμία για ανοικτή επικοινωνία σχετικά με κρίσιμα ζητήματα και συμπαράσταση στους ασθενείς και τις οικογένειες των ασθενών που πεθαίνουν. Οι νοσηλευτές που έχουν αρνητική στάση απέναντι στο θάνατο αποφεύγουν τους ασθενείς που πεθαίνουν και είναι ανίκανοι να προσφέρουν αποτελεσματική φροντίδα [51]. Η φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών μπορεί να είναι συναισθηματικά επίπονη, στρεσογόνα και απειλητική εμπειρία για το νοσηλευτή [52-53]. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, αντανακλούν τα προσωπικά τους κίνητρα και εκδηλώνονται κατά την αλληλεπίδρασή τους με ανθρώπους που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους [54].

Παρόλο που ο νοσηλευτής μπορεί να έχει διαφορετικές αξίες και πεποιθήσεις από τον ασθενή και την οικογένεια του πρέπει να σέβεται και να δείχνει ευαισθησία κατά την προετοιμασία του ασθενή προς το θάνατο. Η παροχή καλής φροντίδας σε ασθενείς που πεθαίνουν απαιτεί τη μέγιστη προσοχή του νοσηλευτή και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο αφού ο νοσηλευτής αναγνωρίσει τη δική του στάση απέναντι στο θάνατο.

Το 1997, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών θεώρησε ότι οι νοσηλευτές έχουν την πρωταρχική ευθύνη για τη διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς εμπειρίας θανάτου [55]. Καθώς οι νοσηλευτές είναι αυτοί που βρίσκονται στο πλάι του ασθενή που πεθαίνει και έχουν τη μεγαλύτερη επαφή μαζί του, η κοινωνία αναμένει από τους νοσηλευτές να μπορούν να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα [56]. Η Holloway αναφέρει ότι οι πεποιθήσεις και οι αξίες των νοσηλευτών γύρω από το θάνατο μπορεί να επηρεάσει τη σχέση με τους ανθρώπους που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους [57].

Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής και δεν καλύπτει μόνο την ανάγκη του ασθενή για φυσική φροντίδα [33]. Κατά τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν ο στόχος είναι η προώθηση της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευημερίας του ασθενή, η δημιουργία καλής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της αποτελεσματικής παρηγορητικής φροντίδας που επεκτείνεται πέρα από την ακρόαση και τη συζήτηση. Η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν είναι πολύ απαιτητική, λόγω

του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στην προσπάθεια του να βοηθήσει στη συμφιλίωση του ασθενή και της οικογένειας του με τον επικείμενο θάνατο [33].

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το θάνατο, πρέπει πρώτα να συμβιβαστεί με το θάνατο μέσα του. Πολλές φορές οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς στο τέλος της ζωής τους αποσυνδέουν τον εαυτό τους από το θάνατο έτσι ώστε να αποφύγουν τη συναισθηματική αναστάτωση [58]. Αυτή η συναισθηματική αναστάτωση προκαλείται από το φόβο τους για το θάνατο [59]. Οι νοσηλευτές αποφεύγουν τις σκέψεις γύρω από το θάνατο μέχρι να έρθουν αντιμέτωποι με αυτόν. Η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν επιβάλλει στο νοσηλευτή να έρθει αντιμέτωπος με τους φόβους του, παρόλο που δεν επιστρατεύονται πάντα οι σωστοί μηχανισμοί αντιμετώπισής του.

Οι άνθρωποι που θεωρούν ότι ο θάνατος είναι «αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής» αποδέχονται ανοικτά την προοπτική του θανάτου, ενώ αυτοί που αποφεύγουν συνολικά το θέμα του θανάτου, το κάνουν έχοντας την ελπίδα ότι το να μην τον σκέπτονται ή το να μην μιλούν γι' αυτόν θα μειώσει και το άγχος που τους προκαλεί [60]. Οι διαφορές αυτές στις στάσεις των ανθρώπων σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαχειρίζεται θεμελιώδη υπαρξιακά ερωτήματα [61]. Θεωρίες των Frankl [62] και Yalom και Lieberman [63] υπέθεταν αυτό που τελικά η έρευνα [64-67] επιβεβαίωσε, δηλαδή την ιδέα ότι τα άτομα που βρίσκουν νόημα στη ζωή αποδέχονται περισσότερο τη δική τους θνητότητα. Η αλληλεπίδραση με τον ετοιμοθάνατο ασθενή προκαλεί συνήθως αρνητικά, ανεπιθύμητα συναισθήματα και σπανιότερα θετικά διαμορφώνοντας συμπεριφορές όπως η αποφυγή ή η αποδοχή [64,68]. Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί στο νοσηλευτή η φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενή όπως θλίψη [69-71], λύπη [49,65], ανικανότητα και άγχος [49], αισθήματα απογοήτευσης, απώλειας [47-48], κατάθλιψης και θυμού [48-49], ενοχής [**Error! Bookmark not defined.**,66]. Το απρόβλεπτο τέλος της σχέσης με τον ετοιμοθάνατο ασθενή μπορεί να βιώνεται ως μια επιπλέον επιβάρυνση [47]. Αυτά τα συναισθήματα απέναντι στο θάνατο αντανακλώνται θετικά ή αρνητικά στην ικανότητα τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας [67-68].

Η επίγνωση των στάσεων και των συναισθημάτων του βοηθά το νοσηλευτή να παρέχει ολιστική φροντίδα στον ασθενή.



### 2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών έναντι στο θάνατο

Παράγοντες που έχουν βρεθεί στη βιβλιογραφία να συσχετίζονται με τη στάση των νοσηλευτών έναντι στο θάνατο είναι το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και η εμπειρία του νοσηλευτή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η προηγούμενη εμπειρία θανάτου, η προηγούμενη εκπαίδευση σχετική με το θάνατο, η εκπαίδευση γύρω από τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου [69-71].

Έτσι οι γυναίκες βρέθηκε ότι αναφέρουν μεγαλύτερο άγχος θανάτου από τους άνδρες, ενώ τα άτομα σε μικρή και πολύ μεγάλη ηλικία αναφέρουν μικρότερα επίπεδα άγχους θανάτου από αυτά που βρίσκονται στη μέση ηλικία [61,72-74]. Οι Thorson και Powell [75], κατέληξαν ότι οι νέοι σε ηλικία φοβούνται θέματα όπως η αποσύνθεση του σώματος, ο πόνος, η ανικανότητα και η απομόνωση ενώ οι γηραιότεροι ανησυχούν περισσότερο για την απώλεια ελέγχου και την ύπαρξη της μετά θάνατο ζωής.

Σε έρευνα στην Καταλονία της Ισπανίας οι Roman et al [76] συμπέραναν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές, αυτοί που εργάζονται σε ημερήσια βάρδια και με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία αλλά και μεγαλύτερα βιώματα με ετοιμοθάνατους ασθενείς είχαν θετικότερες στάσεις απέναντι στη φροντίδα τους και ότι αυτοί που έχουν πάρει μέρος σε οποιοδήποτε εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από το θάνατο έχουν επίσης θετική στάση απέναντι σε αυτούς. Ενώ υπάρχει πλήθος ερευνών που δείχνουν τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της στάσης απέναντι στο θάνατο και την ηλικία [77-78] δεν έχουν όλες τα ίδια αποτελέσματα. Έτσι άλλη έρευνα καταλήγει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον τομέα της γηριατρικής και έχουν καθημερινή επαφή με ηλικιωμένους ασθενείς σημειώνουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «φόβο θανάτου» και «αποφυγή θανάτου» από τους νεαρότερους επαγγελματίες υγείας. Η ίδια έρευνα των De Paola et al [71] συνδέει τη στάση απέναντι στο θάνατο με την ηλικία και την εθνικότητα, διαπιστώνοντας ότι οι γηραιότεροι Καυκάσιοι εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο για τη διαδικασία του θανάτου, ενώ οι Αφροαμερικανοί φοβούνται το άγνωστο και την κατάσταση του σώματος μετά το θάνατο. Αυτό δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι διαφέρουν ως προς την ποιότητα των ανησυχιών του θανάτου τους, ένας παράγοντας που έχει λάβει πολύ λίγη προσοχή από τους ερευνητές.

Οι ερευνητές Payne et al [79] συνέκριναν το επίπεδο του άγχους θανάτου μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και

νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας και βρήκαν ότι οι νοσηλευτές στα Επείγοντα ήταν περισσότερο πιθανό να αποφεύγουν σκέψεις γύρω από το θάνατο, είχαν μεγαλύτερο άγχος θανάτου και τον αποδέχονταν σε λιγότερο βαθμό από τους νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας. Οι ίδιοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές των επειγόντων είχαν ελάχιστη επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειες τους. Στους χώρους των Επειγόντων στο επίκεντρο μπαίνει η θεραπεία της ασθένειας και ένας θάνατος αντιμετωπίζεται από τους νοσηλευτές ως αποτυχία ενώ οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας αντιμετωπίζουν ασθενείς που πεθαίνουν σε καθημερινή βάση.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα αντιμετωπίζουν καθημερινά ασθενείς που παρά την σημαντική πρόοδο γύρω από τη θεραπεία των νεοπλασμάτων, θα καταλήξουν στο θάνατο. Οι νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων φροντίζουν ασθενείς σε κάθε στάδιο της ασθένειας, από τη διάγνωση έως το θάνατο ή την επιβίωση. Αποτελεί πρόκληση για κάθε νοσηλευτή το να μπορεί να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της φροντίδας ασθενών που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια της νόσου, που αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα και έχουν διαφορετικές ανάγκες.

Εκτός από το ζήτημα του κατά πόσον οι επαγγελματίες φροντιστές παρουσιάζουν ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους του θανάτου το ερώτημα είναι πώς η διακύμανση του άγχους θανάτου μεταξύ των φροντιστών προβλέπει, και πιθανώς επηρεάζει τη στάση τους και την απόδοσή τους στην εργασία. Για παράδειγμα, οι Vickio και Cavanaugh [80] βρήκαν ότι οι εργαζόμενοι σε γηροκομείο με υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας θανάτου έτειναν να έχουν πιο αρνητικές απόψεις προς τους ηλικιωμένους και τη γήρανση και ήταν λιγότερο πρόθυμοι να μιλήσουν για το θάνατο. Αυτό το εύρημα έχει επαναληφτεί από την έρευνα των Eakes [81] και DePaola et al [82]. Η τελευταία αυτή μελέτη ήταν χρήσιμη για την περαιτέρω διευκρίνιση του ποιες πτυχές του άγχους θανάτου συνδέονται με την κακή σχέση με τους ηλικιωμένους και παράγοντες που αφορούν το φόβο για το άγνωστο, το φόβο της συνείδησης των νεκρών, και το φόβο για το σώμα μετά το θάνατο.

Οι Ablett και Jones [83] αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας και επομένως με μεγαλύτερη εμπειρία στην παρηγορητική φροντίδα από νοσηλευτές άλλων τμημάτων φροντίδας έχουν περισσότερο θετική στάση απέναντι στην φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα που έχουν μεγαλύτερη εμπειρία μαθαίνουν να

διαχειρίζονται το άγχος και έτσι καταλήγουν να έχουν θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών [32,84]. Οι Dunn et al [52] μελέτησαν την εμπειρία και τη φροντίδα σε ογκολογικό τμήμα με δείγμα 58 ογκολογικών και χειρουργικών νοσηλευτών και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερη επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν έχουν θετικότερη στάση. Άλλους παράγοντες που βρήκαν να επηρεάζουν είναι ο θάνατος σημαντικού προσώπου, η θρησκεία και την επιθανάτια εμπειρία.

Ο Stoller [85] αναφέρει στα ευρήματα της έρευνας του ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών δεν δυσκολεύονται στην αλληλεπίδραση μαζί τους συγκριτικά με αυτούς με λιγότερη ανάλογη εμπειρία και υπέθεσε ότι οι νοσηλευτές με τη μεγαλύτερη εμπειρία στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών ανέπτυξαν μηχανισμούς άμυνας για να αντιμετωπίσουν το άγχος θανάτου.

Ο Irvin [86] σε άρθρο του τονίζει ότι οι νοσηλευτές που φρόντιζαν ενήλικες με καρκίνο ανέφεραν ότι ανέπτυσαν τόσο θετικές (π.χ. ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη) όσο και αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (π.χ. αποφυγή) για να αντιμετωπίσουν το άγχος θανάτου. Ορισμένοι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα άγχους είναι στατιστικά ψηλότερα στους νοσηλευτές που έχουν συχνή επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν [87] εξηγώντας το φαινόμενο ως αποτέλεσμα έλλειψης εμπιστοσύνης στην παροχή κατάλληλης φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει [65]. Έρευνα για τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να διαχειριστούν τη στρεσογόνα γι' αυτούς κατάσταση που προκαλεί ο θάνατος των ασθενών τους έδειξε ότι μπορεί απλά να επικεντρώνονται σε άλλες διαδικασίες για να αποσπάται η προσοχή τους από το συναισθηματικό βάρος με το οποίο τους φορτίζει ο θάνατος [88].

Η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας συσχετίστηκε αρνητικά με τις διαστάσεις φόβο θανάτου, την «αποφυγή θανάτου», τη «διαφυγή». Ο «φόβος θανάτου» αναφέρεται σε συγκεκριμένες ενσυνείδητες σκέψεις για το θάνατο και υπονοεί την τεχνηέντως αποφυγή του θέματος [60]. Έχει αποδειχτεί ότι συζητήσεις γύρω από το θάνατο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών εγείρουν βαθιά ριζωμένες προσωπικές πεποιθήσεις [89-90] και προκαλούν την ανάκληση προσωπικών εμπειριών με την ασθένεια και το θάνατο [91]. Η αντικειμενικότητα του επαγγελματία υγείας μπορεί να διαταραχτεί καθώς η συζήτηση για την πιθανότητα του θανάτου μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη παλιότερα γεγονότα γύρω από το θάνατο [92]. Η προβολή των συναισθημάτων του ασθενή στον επαγγελματία μπορεί

επίσης να διαταράξει την αντικειμενικότητα του κάτι που είναι θεμελιώδες και προαπαιτούμενο στη σχέση μεταξύ τους.

Πολύ αργότερα οι ερευνητές αναγνώρισαν ότι η εστίαση μόνο στο άγχος θανάτου δεν αντιπροσωπεύει πλήρως τις στάσεις των ατόμων απέναντι στο θάνατο αφού υπάρχουν ερευνητικά αποτελέσματα που καταδεικνύουν ότι ιδιαίτερα οι γηραιότεροι μπορεί να μην φοβούνται το θάνατο καθόλου ή δεν έχουν πρόβλημα να μιλούν γι' αυτόν [60,93-94].

Ο εσωτερικός έλεγχος (personal control) έχει αναγνωριστεί ως μια μεταβλητή η οποία μπορεί να επηρεάσει τη διάδραση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή που πεθαίνει. Στοιχεία ερευνών αποδεικνύουν ότι η ισχυρή αίσθηση ελέγχου αποτελεί πλεονέκτημα στην παροχή φροντίδας ασθενή που πεθαίνει [95]. Οι Vargo και Black κατέληξαν ότι οι φοιτητές ιατρικής με ισχυρό εσωτερικό έλεγχο διαχειρίζονταν πιο αποτελεσματικά τον ετοιμοθάνατο ασθενή [96].

Οι Taylor και Reznikoff απέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ εσωτερικού ελέγχου και άγχους θανάτου, με τα άτομα με ισχυρότερο εσωτερικό έλεγχο να βιώνουν χαμηλότερο άγχος θανάτου [97]. Περαιτέρω έρευνα βασίστηκε στην κλινική υπόθεση ότι το άγχος θανάτου, ο «φόβος θανάτου» και η αίσθηση εσωτερικού ελέγχου είναι σημαντικοί παράγοντες στη δημιουργία σχέσης με τον ασθενή που πεθαίνει. Διερεύνησε αυτά τα χαρακτηριστικά μεταξύ δυο ομάδων νοσηλευτών, εκείνων που ειδικεύονται στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και αυτών που το κάνουν σπάνια [95, 98-99]. Οι διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε συνεχή βάση με τον ετοιμοθάνατο ασθενή και εκείνων που σπάνια έχουν επαφή με τον ετοιμοθάνατο εξετάστηκαν σε σχέση με τις τρεις μεταβλητές, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι οι νοσηλευτές με συνεχή επαφή με τον ασθενή που πεθαίνει είναι πιθανότερο να κατέχουν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά για παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στο συγκεκριμένο πληθυσμό συγκριτικά με αυτούς που σπάνια δουλεύουν μαζί τους, δηλαδή έχουν θετικότερη στάση απέναντι στον ετοιμοθάνατο, βιώνουν λιγότερο άγχος θανάτου και έχουν μεγαλύτερο εσωτερικό έλεγχο [100-101].

#### **2.4 Θρησκευτικότητα και θάνατος**

Ένας παράγοντας που έχει ευρέως μελετηθεί και βρέθηκε να συσχετίζεται με το άγχος θανάτου είναι η θρησκευτικότητα. Η χρησιμοποίηση της θρησκείας για να

ανταπεξέλθει το άτομο απέναντι στο θάνατο αναφέρεται στο κατά πόσο ένας ασθενής με τη βοήθεια των θρησκευτικών πεποιθήσεων του μπορεί να προσαρμοστεί στο στρες. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορεί να βοηθήσουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν το θάνατο να πλαισιώσουν τις εμπειρίες τους με ένα διαφορετικό, πιο ελπιδοφόρο πρίσμα όπου ο θάνατος θα αποτελεί θέλημα Θεού ή πεπρωμένο συμβάλλοντας θετικά στην ψυχολογία των ασθενών (μείωση του αισθήματος απομόνωσης, περιορισμό της εμφάνισης άγχους), ενώ η αμφισβήτηση εάν η νόσος θεωρηθεί ότι είναι τιμωρία από το Θεό σχετίζεται με μειωμένη προσαρμογή στη νόσο και στη θεραπεία [102-103]. Αυτή η εξήγηση αποδεικνύει και τον τρόπο που η θρησκευτικότητα του ατόμου, οι αξίες και τα νοήματα με τα οποία οριοθετεί τη ζωή του σχετίζονται με το μειωμένο άγχος θανάτου που βιώνουν τόσο οι θρησκευόμενοι ασθενείς αλλά και οι θρησκευόμενοι νοσηλευτές [61,104]. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους τις πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών και να τις ενισχύουν, αν χρειαστεί.

Οι Mickey et al [105] ορίζουν τη θρησκευτικότητα ως «την προσωπική σημασία που το κάθε άτομο προσδίδει σε ένα σύνολο πεποιθήσεων, αξιών, κανόνων συμπεριφοράς και τελετών». Θεωρούν την πνευματική ευεξία πολυδιάστατη έννοια, επικεντρώνονται όμως στη μελέτη δυο βασικών θεμάτων: το υπαρξιακό και το θρησκευτικό. Στον υπαρξιακό τομέα αναλύεται ο σκοπός και η έννοια της ζωής, ενώ ο θρησκευτικός τομέας εξετάζει τη σχέση του ατόμου με το Θεό. Οι ίδιοι συμφωνούν ότι η πνευματικότητα είναι πιο ευρεία έννοια από τη θρησκεία, από τη στιγμή που η θρησκεία περιορίζεται σε ένα δόγμα. Ο Narayanasamy [106] επισημαίνει ότι η πνευματική διάσταση είναι ευρύτερη σε σχέση με τις καθιερωμένες θρησκείες αν και οι στόχοι της μπορούν να ενσωματωθούν στις θρησκευτικές δραστηριότητες. Η Cornette ορίζει την πνευματικότητα ως μια δυναμική μέσα σε κάθε άνθρωπο, η οποία τοποθετεί τον καθένα σε ένα ορίζοντα και δίνει νόημα στις εμπειρίες της ζωής [107]. Η θρησκεία ασχολείται με μια μορφή πνευματικότητας που συσχετίζει τον άνθρωπο με το Θεό, χρησιμοποιώντας ιερά βιβλία, προσευχές, περισυλλογή και λειτουργίες.

Θρησκευτικότητα ονομάζεται ο βαθμός «εμπλοκής» και η προσωπική σημασία που αποδίδει το άτομο σε ένα τέτοιο σύστημα. Ωστόσο και αυτές οι απόπειρες ορισμού μάλλον δεν μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις μη θεϊστικές θρησκείες και γι' αυτό αρκετοί ερευνητές, όπως οι Nielsen et al, [108] προτείνουν την παραίτηση από κάθε φιλοδοξία αμιγούς ορισμού και την απλή καταγραφή κάποιων χαρακτηριστικών που διαχωρίζουν το θρησκευτικό από το

«εγκόσμιο» και τα οποία μπορούν να ομαδοποιηθούν αδρώς σε τρεις βασικούς παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται ότι αποτελούν απαραίτητα συστατικά του θρησκευτικού φαινομένου, (α) πίστη σε μια πνευματική διάσταση, (β) τήρηση ενός συνόλου πνευματικών τελετουργιών ή πρακτικών, (γ) προσήλωση σε ένα δόγμα ηθικής διαγωγής που απορρέει από πνευματικές διδαχές [109].

Το International Workgroup on Death and dying θεωρεί ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν μια πνευματική διάσταση, αλλά δε νιώθουν όλοι την ανάγκη να την εκφράσουν μέσω μιας θρησκείας. Οι Kearney και Mount διαχώρισαν το "πνευματικό" από το "θρησκευτικό"[110]. Το πνεύμα είναι μια διάσταση της προσωπικότητας του ατόμου, μέρος της ύπαρξής του, ενώ η θρησκεία είναι η δομή της ανθρώπινης φύσης μέσω της οποίας γίνεται αντιληπτή και εκφράζεται η πνευματικότητα [111]. Σύμφωνα με τον Rousseau «η θρησκεία περικλείει δομημένα συστήματα πεποιθήσης που απευθύνονται σε πνευματικά ζητήματα, συχνά με ένα κώδικα ηθικής συμπεριφοράς και μια φιλοσοφία»[112].

Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τη θρησκεία για να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους την αντιμετωπίζουν θετικά. Η θετική αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από μια εποικοδομητική εξάρτηση από την πίστη για την προώθηση της υγιούς προσαρμογής (π.χ. μέσω της αναζήτησης της αγάπης του Θεού και τη φροντίδα)[113-114]. Η θετική αντιμετώπιση μέσω της θρησκείας έχει συσχετιστεί με τη βελτιωμένη ψυχολογική προσαρμογή σε στρεσογόνους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της σοβαρής ασθένειας [115]. Η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση είναι ασυνήθιστη, τείνει να προβάλλει την ασθένεια σαν μια θεϊκή τιμωρία και μπορεί να σημάνει την υπαρξιακή κρίση [116-117].

Συμπληρωματικό εύρημα αποτελεί η έμμεση σχέση μεταξύ της θρησκείας και της συναισθηματικής εξάντλησης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές που βλέπουν τη θρησκεία ως σημαντικό κομμάτι στη ζωή τους βιώνουν λιγότερα αισθήματα συναισθηματικής εξάντλησης, όταν αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα σε σχέση με αυτούς που η θρησκεία δεν ήταν τόσο σημαντική. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι ότι οι νοσηλευτές με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις βλέπουν την ελπίδα και το τέλος της ζωής με διαφορετικό τρόπο από ό, τι οι νοσηλευτές χωρίς θρησκευτικές πεποιθήσεις [118]. Τα πιο συχνά ηθικά ζητήματα στην ανακουφιστική φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών σχετίζονται με: αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής, παροχή πληροφοριών στους ασθενείς, ανακούφιση συμπτωμάτων [119].

Υπάρχουν όμως και έρευνες σε σχέση με τη θρησκευτικότητα και το θάνατο, όπως αυτή του Feifel [120], που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το θρησκευόμενο άτομο σε σύγκριση με το μη θρησκευόμενο φοβάται περισσότερο το θάνατο, ως συνάρτηση με τους φόβους του που αφορούν όχι μόνο το τέλος της ζωής αλλά και τις ανησυχίες του σχετικά με τη μεταθάνατο ζωή. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε κατά καιρούς και από άλλους ερευνητές, έτσι οι Florian και Kravetz [121] το 1983, βρήκαν ότι 178 εβραίοι, μέτρια θρησκευόμενοι ήταν περισσότερο ανήσυχοι για θέματα όπως οι συνέπειες του θανάτου ενός ατόμου στην οικογένεια και τους φίλους, ενώ οι εξαιρετικά θρησκευόμενοι ήταν περισσότερο ανήσυχοι για θέματα όπως η τιμωρία στη μεταθάνατο ζωή. Ο Downey [122] βρήκε ότι οι άνδρες μέσης ηλικίας και μέτρια θρησκευόμενοι είχαν μεγαλύτερο άγχος θανάτου από τους μη θρησκευόμενους.

Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών έχει εξετάσει τη θρησκευτικότητα στο πλαίσιο της χριστιανικής ή της εβραϊκής θρησκείας. Ωστόσο, οι αναδυόμενες μη δυτικές θρησκείες υποθέτουν ότι η θρησκευτικότητα μπορεί να συσχετιστεί και σε άλλο πλαίσιο καθώς άγχος θανάτου αναφέρουν και οι μουσουλμάνοι οι οποίοι το συνδέουν με “το βασανιστήριο του θανάτου” (ένα σύνολο μαρτυριών στο σώμα των νεκρών σύμφωνα με ορισμένα εδάφια του Κορανίου) [123]. Ισχυρά ταμπού για τη συζήτηση γύρω από το θάνατο υπάρχουν στην Ιαπωνία και στην Κίνα. Αυτό συμβαίνει και στην Ινδία παρόλο που ο θάνατος είναι ένα θέμα που συζητιέται πιο ανοιχτά, ενώ η ινδουιστική φιλοσοφία της μετενσάρκωσης θα έπρεπε, θεωρητικά, να περιορίσει το φόβο σχετικά με το θάνατο [124]. Οι Alvarado et al [125] διαπίστωσαν ότι τα άτομα με ισχυρή πίστη στη μετά θάνατο ζωή ανέφεραν λιγότερο άγχος θανάτου. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι άτομα που είτε έχουν ισχυρή πίστη ή καθόλου πίστη στη μεταθάνατο ζωή έχουν λιγότερο φόβο θανάτου από τα άτομα που αμφιταλαντεύονται με την πίστη τους [126-127]. Το 2003 ο Ardelt [128] καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις αναφέρουν λιγότερο άγχος θανάτου και είναι πιο δεκτικοί απέναντι στο θάνατο.

## 2.5 Εργαλεία εκτίμησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι στο θάνατο

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν 8 εργαλεία τα οποία διερευνούν τη στάση απέναντι στο θάνατο καθώς και το άγχος θανάτου. Αναλυτικότερα βρέθηκαν τα εξής [129-130]:

α) το Collett-Lester Fear of Death Scale, β) Spilka's Death Perspective Scale, γ) το Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F), δ) το Death Anxiety Scale, ε) το Multidimensional Fear of Death Scale (MFDS), ζ) το Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD), στ) το Death Attitude Profile- Revised (DAP-R).

β) Το ερωτηματολόγιο Collett-Lester Fear of Death of Self Scale διερευνά το φόβο θανάτου. Περιέχει 36 ερωτήματα στα οποία ο ερωτώμενος απαντά σε μια 6 βαθμη κλίμακα Likert η οποία κυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα στο συμφωνώ απόλυτα. Έχει 4 υποκλίμακες και οι ερωτήσεις παίρνουν θετική η αρνητική βαθμολόγηση. Αυτές οι κλίμακες είναι: death of self - θάνατος εαυτού (θετική βαθμολόγηση λαμβάνουν οι ερωτήσεις 1, 4, 17, 20 και αρνητική βαθμολόγηση παίρνουν οι ερωτήσεις 6, 14, 23, 26, 28), death of others – θάνατος σημαντικών άλλων (θετική βαθμολόγηση λαμβάνουν οι ερωτήσεις 2, 13, 19, 27, 32, 33 και αρνητική βαθμολόγηση παίρνουν οι ερωτήσεις 7, 9, 18, 21), dying of self (θετική βαθμολόγηση λαμβάνουν οι ερωτήσεις 5, 15, 30, 36 και αρνητική βαθμολόγηση παίρνουν οι ερωτήσεις 12, 24), dying of others (θετική βαθμολόγηση λαμβάνουν οι ερωτήσεις 11, 22, 29, 31, 34, 35 και αρνητική βαθμολόγηση παίρνουν οι ερωτήσεις 3, 8, 10, 16, 25).

γ) Το ερωτηματολόγιο Spilka's Death Perspective Scale εκτιμά 8 στάσεις απέναντι στο θάνατο, που περιλαμβάνουν τις εξής κλίμακες: “ο θάνατος ως πόνος και μοναξιά, ο θάνατος ως μεταθάνατο ως επιβράβευση - afterlife-of-reward, θάνατος ως συγχώρεση και ενοχή - forsaking dependents plus guilt, θάνατος ως κουράγιο ως αποτυχία και τέλος ως φυσικό τέλος” [131]. Το ερωτηματολόγιο Death Anxiety Scale περιέχει 15 ερωτήσεις που διερευνούν εσωτερικούς (ψυχολογικούς) παράγοντες και εξωτερικούς (εμπειρίες ζωής) που διαμορφώνουν το άγχος θανάτου. Αφορά κυρίως πληθυσμούς που αντιμετωπίζουν απειλητικές για την ζωή ασθένειες [132-133].

δ) Το ερωτηματολόγιο Multidimensional Fear of Death Scale (MFDS) [134] περιέχει 48 ερωτήματα με 8 υποκλίμακες που διερευνούν «το φόβο της διαδικασίας θανάτου - fear of the dying process» (DP), «φόβο θανάτου - fear of the dead» (D), «φόβο καταστροφής -fear of being destroyed» (BD), «φόβο σημαντικών άλλων -fear for



significant others» (SO), «φόβο αγνώστου - fear for the unknown» (U), «φόβο συνειδητού θανάτου - fear of conscious death» (CD), «φόβο για το σώμα μετά τον θάνατο - fear for the body after death» (BAD), «φόβο πρόιμου θανάτου - fear of premature death» (PD). Οι απαντήσεις δίνονται σε πεντάβαθμη κλίμακα και υψηλότερα σκορ δείχνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου. Το ερωτηματολόγιο Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory (MODDI-F) διερευνά στην έννοια της αποδοχής η οποία αναφέρεται τόσο στη διαδικασία θανάτου όσο και τον ίδιο τον θάνατο. Περιέχει 47 ερωτήματα και δομείται σε 8 υποκλίμακες. Η αποδοχή υπογραμμίζει την τάση θεώρησης της διαδικασίας θανάτου από την μια πλευρά και την προοπτική του θανάτου του από την άλλη ως φυσιολογικό μέρος της ζωής [135].

ε) Το ερωτηματολόγιο Frommelt Attitudes κατασκευάστηκε από την Katherine Frommelt το 1988, περιλαμβάνει 30 ερωτήματα στα οποία ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει το επίπεδο συμφωνίας του σε συγκεκριμένα ερωτήματα που διαμορφώνουν τη στάση του απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert η οποία κυμαίνεται από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα. Τα 2/3 των ερωτημάτων διερευνούν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει και το υπόλοιπο 1/3 τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην οικογένεια του ασθενή [136].

Καθώς το ενδιαφέρον γύρω από το πεδίο της θανατολογίας είναι μεγάλο πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να δημιουργήσουν εργαλεία. Σύμφωνα με τον Neimeyer et al [61], τα πρώτα ερευνητικά εργαλεία που δημιουργήθηκαν δεν μπορούσαν να οριοθετήσουν ποιοτικές διαφορές στις σχετιζόμενες με το θάνατο ανησυχίες [137] και ήταν σχεδιασμένα με τρόπο που να μετρούν μόνο συγκεκριμένες πλευρές του θανάτου όπως το άγχος θανάτου [138], αμελώντας ότι μπορεί να υπάρχουν και θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο όπως η αποδοχή του. Οι ερευνητές Wong et al [60] δημιούργησαν το εργαλείο Death Attitude Profile- Revised (DAP-R) το οποίο μετρά αξιόπιστα όλες τις διαστάσεις των στάσεων απέναντι στο θάνατο τόσο τις αρνητικές όσο και τις θετικές και περιγράφεται στη συνέχεια.

### **2.5.1. Στάση απέναντι στο θάνατο (Death Attitude Profile- Revised: DAP-R)**

Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 5 διαστάσεις, τις εξής: α) «ουδέτερη αποδοχή» (Neutral Acceptance), β) «αποδοχή θανάτου» - Approach Acceptance, γ) «διαφυγή» - Escape Acceptance, δ) «φόβος θανάτου» - Fear of Death, ε) «αποφυγή θανάτου» - Death Avoidance. Αναλυτικότερα:

#### **α) Διάσταση «ουδέτερη αποδοχή» - Neutral acceptance.**

Η «ουδέτερη αποδοχή» υπονοεί μια αμφίσημη ή αδιάφορη στάση απέναντι στο θάνατο όπου το άτομο ούτε φοβάται ούτε καλωσορίζει το θάνατο [60]. Έρευνα σε ενήλικες βρήκε ότι η «ουδέτερη αποδοχή» είχε θετική συσχέτιση με την ψυχολογική και σωματική ευεξία και αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη [60]. Οι Wong et al (1994) προσθέτει ότι τα άτομα που πιστεύουν ότι διάγουν μια ζωή με νόημα και αξία είναι περισσότερο πιθανό να αποδεχτούν το θάνατο χωρίς φόβο [60]. Ο ίδιος υποστήριξε ότι η στάση της ουδέτερης αποδοχής είναι πιθανότερο να υπάρχει σε ένα άτομο το οποίο ευημερεί συνολικά [139].

#### **β) Διάσταση «αποδοχή θανάτου» - Approach acceptance:**

Η διάσταση «αποδοχή θανάτου» - Approach Acceptance υπονοεί πίστη σε μια ευτυχισμένη μεταθάνατο ζωή, στην οποία το άτομο καλωσορίζει την προοπτική του θανάτου καθώς η ζωή μετά το θάνατο έχει εξασφαλιστεί. Τα άτομα που πιστεύουν στη μεταθάνατο ζωή αναφέρουν λιγότερο φόβο θανάτου [86-87]. Επιπλέον η έρευνα έδειξε ότι η πίστη στη μεταθάνατο ζωή σχετίζεται με την αισιοδοξία και τη μακροζωία [88,140]. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι έχουν υψηλότερο επίπεδο στη διάσταση «αποδοχή θανάτου» συσχετίστηκαν με μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επιπλέον ο Dezutter et al [141] βρήκε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας ήταν πιο πιθανό να τηρούν αυτή τη στάση απέναντι στο θάνατο αφού η θρησκευτικότητα μπορεί να σχετίζεται με πίστη για τη μεταθάνατο ζωή.

#### **γ) Διάσταση «διαφυγή» - Escape acceptance**

Οι Wong et al προσδιορίζουν τη διάσταση «διαφυγή» - Escape Acceptance ως μια στάση που λαμβάνεται από τα άτομα τα οποία η προοπτική του θανάτου αποτελεί εναλλακτική σε μια ζωή γεμάτη πόνο και δυστυχία [60]. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα

άτομα που αναφέρουν ισχυρό θρησκευτικό προσανατολισμό αναφέρουν υψηλά επίπεδα στις διαστάσεις «αποδοχή θανάτου» και «διαφυγή» (Approach - Escape Acceptance) [142]. Σε δείγμα νεαρών ενηλίκων οι Wong et al βρήκανε ότι η διάσταση «διαφυγή» - Escape Acceptance σχετίζεται αρνητικά με τη φυσική ευεξία.

#### **δ) Διάσταση «φόβος θανάτου» - Fear of death**

Οι Wong et al προσδιορίζουν τη διάσταση «φόβο θανάτου» - Fear of Death ως το φόβο που προκαλείται από την ιδέα ή την αντιμετώπιση του θανάτου, ο φόβος που προκαλείται από τη συνειδητοποίηση της θνητότητας ως αποτυχία να ζεις μια ζωή όλο νόημα [60]. Επιπλέον, οι Wong et al βρήκε ότι ο «φόβος θανάτου» σχετίζεται με την κατάθλιψη ιδιαίτερα με τους μεγαλύτερους ενήλικες. Τα άτομα που είναι λιγότερο πρόθυμα να μιλούν για το θάνατο έχουν υψηλότερα επίπεδα στη διάσταση «φόβος θανάτου» [143].

#### **ε) Διάσταση «αποφυγή θανάτου» - Death avoidance**

Για τον προσδιορισμό της διάστασης «αποφυγή θανάτου» - Death Avoidance, οι Wong et al εξηγεί ότι το άτομο αποφεύγει να σκέπτεται ή να μιλά για το θάνατο για να μειώσει το άγχος θανάτου [60]. Οι Wong et al βρήκε ότι η διάσταση «αποφυγή θανάτου» - Death Avoidance σχετίζεται με παράγοντες όπως το στρες και η κατάθλιψη [60].

Όπως διαπιστώνεται από την παραπάνω ανάλυση, πλήθος παραγόντων επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο και ένας από αυτούς είναι και η εκπαίδευση αλλά και η συχνότητα της επαφής που έρχεται ο νοσηλευτής με ανάλογα περιστατικά. Έτσι στο επόμενο κεφάλαιο θα τεκμηριωθεί η σχετιζόμενη βιβλιογραφία που δείχνει το πόσο σημαντική είναι η εκπαίδευση γύρω από το θέμα του θανάτου για τη βελτίωση της διαχείρισής του.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ζει καθημερινά την ύπαρξη του θανάτου. Παρόλο που είναι σίγουρο για το νοσηλευτή ότι θα φροντίσει ασθενείς που πεθαίνουν, πολλοί είναι οι ερευνητές που αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου και αυτό γιατί τα βασικά προγράμματα σπουδών δεν συμπεριλαμβάνουν ανάλογη θεματολογία. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθεί το πώς επηρεάζει η ύπαρξη σχετικής εκπαίδευσης το νοσηλευτή και θα αναλυθεί το αν αυτή βοηθά στη βελτίωση και στην προώθηση της ποιοτικής φροντίδας υγείας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

### **3.1 Ικανότητα νοσηλευτών στη διαχείριση του θανάτου**

Απαιτείται όπως ο νοσηλευτής κατέχει τόσο τεχνική όσο και επιστημονική γνώση. Το πεδίο της νοσηλευτικής συνεχώς αλλάζει και η έρευνα ποτέ δεν καλύπτει ολοκληρωτικά την κλινική πράξη. Η κλινική πράξη είναι ανοικτή και συνεχώς μεταβαλλόμενη, πράγμα που σημαίνει ότι περισσότερα από ένα γεγονότα μπορεί να συμβαίνουν ταυτόχρονα και περισσότερα από ένα αποτελέσματα μπορεί να υπάρξουν. Κάθε νοσηλευτική πράξη μπορεί να αλλάξει την πορεία και την έκβαση της κατάστασης, με τρόπο που δεν είναι αναγκαστικά προκαθορισμένος, ή ανεπηρέαστος από την ανταπόκριση του ασθενούς και τη χρονική στιγμή της παρέμβασης [144]. Η γνώση και η ικανότητα που αποκτάται μέσω της κλινικής πρακτικής αποκτάται μέσα από τη βιωματική μάθηση. Οι δεξιότητες που αποκτώνται μέσα από την επαφή με τον ασθενή, από τις αντιδράσεις του στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελούν παραδείγματα βιωματικής κλινικής μάθησης. Η προσαρμογή του νοσηλευτή στις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις ανησυχίες του ασθενούς αλλά και η εκμάθηση του τρόπου επικοινωνίας και ανακούφισης των ανησυχιών και

των συναισθημάτων που συνδέονται με την ασθένεια και την ανάρρωση του ασθενή απαιτεί βιωματική μάθηση. Η ικανότητα της αντίληψης, της παρατήρησης σχετικών αλλαγών στην κλινική εικόνα του ασθενή αποτελεί μέρος της γνώσης που αποκτάται κατά την κλινική πρακτική και έτσι αποτελεί βιωματική μάθηση. Η βιωματική μάθηση δεν είναι αυτόματη αλλά απαιτεί προσοχή, προβληματισμό, ανοικτό μυαλό, ενεργητική ακρόαση, δεξιότητες επικοινωνίας [145]. Το μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων Dreyfus βασίζεται στη βιωματική μάθηση. Η απόκτηση ικανοτήτων είναι η ενσωμάτωση και εφαρμογή των θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων με την πάροδο του χρόνου που οδηγεί σε αυξημένη απόδοση σε συγκεκριμένους τομείς.

### **3.2 Μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων νοσηλευτή - Dreyfus Model of Skill Acquisition**

Η Dr. Patricia Benner έδειξε ότι το Dreyfus model of skill acquisition είναι άμεσα προσαρμόσιμο στη νοσηλευτική [146-147]. Η δουλειά της στην ανάπτυξη των ικανοτήτων έδειξε ότι η νοσηλευτική ανάπτυξη της γνώσης γίνεται μέσα σε ένα αξιόπιστο, βασισμένο στην έρευνα πλαίσιο που χρησιμοποιείται ευρέως για την κατανόηση και την προώθηση της ατομικής και οργανωσιακής μάθησης της νοσηλευτικής πρακτικής σε εθνικό και διεθνές επίπεδο [148-150].

Η Benner υιοθέτησε και διαφοροποίησε το μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων Dreyfus Model of Skill Acquisition [151], το οποίο εξηγεί πως οι νοσηλευτές φθάνουν να γίνουν ειδικοί στην κλινική πρακτική. Η συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει [152-153] μπορεί να θεωρηθεί ως μια πτυχή κατάκτησης κλινικής γνώσης και εμπειρίας έτσι όπως την περιγράφει η Benner [154]. Η κλινική γνώση που ο επαγγελματίας κατακτά μέσα από την προσωπική και επαγγελματική εμπειρία διαφέρει από αυτή που κατακτιέται μέσα στο θεωρητικό πλαίσιο επίσημων νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Σύμφωνα με την Benner, οι νοσηλευτές αποκτούν κλινική γνώση μέσα από την βιωματική μάθηση, την οποία κατατάσσει σε πέντε στάδια – αρχάριος (novice), (advanced beginner - προχωρημένος), (competent-ικανός), (proficient - ειδήμων) και (expert – ειδικός). Στο στάδιο του αρχάριου ο νοσηλευτής δεν έχει καθόλου εμπειρία, έτσι στηρίζεται πλήρως σε κανόνες και οδηγίες για να αποδώσει. Ο προχωρημένος (Advanced beginner) αρχίζει να χρησιμοποιεί τη γνώση που απέκτησε κατά τη διεξαγωγή διαδικασιών και πραγματικών κλινικών περιστατικών. Ο ικανός (Competent) νοσηλευτής έχει

στρατηγικές αντιμετώπισης για να αντιμετωπίσει κλινικά προβλήματα και θέτει στόχους ή αναπτύσσει δράση οργανωμένα και αποτελεσματικά. Ο proficient - ειδήμων νοσηλευτής είναι ικανός να αναγνωρίσει σημαντικές πτυχές κλινικών προβλημάτων και να τα αντιμετωπίσει ολιστικά. Στο τελικό στάδιο του (expert) ειδικού ο νοσηλευτής γίνεται εξαιρετικός σε κάθε τι που εκτελεί και η προηγούμενη του πείρα και θεωρητική γνώση επηρεάζει την παρεχόμενη φροντίδα αλλά και την καθοδήγηση άλλων νοσηλευτών έτσι ώστε να κατανοήσουν τις εκτελούμενες διαδικασίες. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί το ένστικτο του και μπορεί άμεσα και με ακρίβεια να διαγνώσει προβλήματα και να θέσει προτεραιότητες. Η επίτευξη ανώτερης απόδοσης μπορεί να έχει πολλά επιθυμητά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένου της αναγνώρισης του νοσηλευτή ως επαγγελματία, μεγαλύτερη ικανοποίηση για το παρεχόμενο έργο [155], αυξημένη αυτονομία [156]. Στον τομέα παροχής φροντίδας ο νοσηλευτής που βρίσκεται στο επίπεδο απόδοσης expert - ειδικού είναι ικανός να προσφέρει ευρύ φάσμα θεραπευτικών δυνατοτήτων και φροντίδας στους ασθενείς συγκριτικά με το νοσηλευτή στο χαμηλότερο επίπεδο απόδοσης [154Error! Bookmark not defined.]. Η απόδοση σε επίπεδο ειδικού συνεπάγεται τη χρήση προηγμένων δεξιοτήτων παρακολούθησης για την ανίχνευση των προειδοποιητικών σημείων στην κατάσταση του ασθενούς [157] την εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την αποφυγή επιπλοκών [158]. Ο ειδικός νοσηλευτής είναι σε θέση να χειριστεί τις ανησυχίες του ασθενή και της οικογένειας του [159], είναι πολύ πιο ευέλικτος και ικανός στο να ενσωματώνει όλα τα στοιχεία που απαιτούνται για την παροχή ποιοτικής φροντίδας συμπεριλαμβανομένων: (α) έγκαιρη εκτέλεση (β) ηθική και δεοντολογική συμπεριφορά (γ) σεβασμό της ατομικότητας του ασθενή (δ) επικοινωνία και ενσυναίσθηση (η) πολιτισμική προσαρμογή [160]. Ο νοσηλευτής που έχει κατακτήσει αυτό το επίπεδο αναγνωρίζεται και από τους συναδέλφους του ως ειδικός και δρα ως «ρόλος πρότυπο». Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο ο ειδικός βασίζει την πράξη του σε ένα συγκεκριμένο γνώσης, εμπειρίας αλλά κυρίως στη διαίσθηση του. Η διαίσθηση αυτή είναι μοναδική, δημιουργική, δεν μπορεί να διδαχτεί αλλά ούτε και να μετρηθεί αλλά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθοδήγησης του νοσηλευτή στο τρόπο λήψης των αποφάσεων του στο κλινικό χώρο. Η διαίσθηση αυτή μπορεί να σημαίνει ότι ο νοσηλευτής βγάζει κάποιο συμπέρασμα όχι μόνο στηριζόμενος στην πληροφορία που μέχρι τώρα έχει, αλλά και την αναγνώριση ενδείξεων που θα καθοδηγήσουν την σκέψη προς συγκεκριμένη κατεύθυνση [161]. Είναι αξιόπιστος

επαγγελματίας και οι νεότεροι συνάδελφοι του, τον συμβουλεύονται. Το λιγότερο 5 έτη πλήρους εργασίας στην νοσηλευτική πράξη είναι απαραίτητη για να φτάσει ο νοσηλευτής σε επίπεδο expert-ειδικού [158]. Πολύχρονη εμπειρία και μόνο, ωστόσο, δεν μπορεί να εγγυηθεί την επίτευξη του συγκεκριμένου επιπέδου απόδοσης [158-159]. Επίσης σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο δεν υπάρχει δυνατότητα αναγνώρισης του ποιος είναι καλύτερος ειδικός σε σύγκριση με κάποιον άλλο αλλά σίγουρα θέτει το πλαίσιο για οριοθέτηση των ικανοτήτων των νοσηλευτών και αποτελεί ένα εργαλείο συσχέτισης του επιπέδου του νοσηλευτικού προσωπικού και της ποιότητας της παρεχόμενης εργασίας.

Οι Farber et al [162] αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές με λιγότερη εμπειρία επικεντρώνονται στα τεχνικά κομμάτια της φροντίδας, ενώ αυτοί με περισσότερο από δέκα χρόνια εμπειρία αφοσιώνονται στον ασθενή και την οικογένεια του και στη δημιουργία ανοικτής, θεραπευτικής σχέσης. Οι πιο έμπειροι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη στρεσογόνα φύση της φροντίδας του ετοιμοθάνατου ασθενή και είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν αυτή την εμπειρία προς όφελος του ασθενή και της οικογένειας του αλλά και να κατανοήσουν το νόημα του βιώματος του θανάτου τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επαγγελματικό [163].

**Πίνακας 3.1:** χαρακτηριστικά μοντέλου απόκτησης ικανοτήτων Dreyfus

	γνώση	Επίπεδο εργασίας	αυτονομία	Αντιμετώπιση πολυπλοκότητας	Αντίληψη
<b>1. novice-αρχάριος</b>	Ελάχιστη, γνώση χωρίς σύνδεση με πράξη	Απίθανο να είναι ικανοποιητικό εκτός αν υπάρχει στενή επίβλεψη	Απαιτείται στενή επίβλεψη	Καμιά ή ελάχιστη δυνατότητα	Τείνει να βλέπει τις ενέργειες μεμονωμένα
<b>2. Advanced Beginner – προχωρημένος</b>	Γνώση βασικών πτυχών που απαιτούνται για την πρακτική	Απλά καθήκοντα πιθανό να ολοκληρωθούν σε ένα αποδεκτό επίπεδο	Ικανός να φέρει εις πέρας ορισμένες ενέργειες χρησιμοποιώντας την κρίση του αλλά χρειάζεται επίβλεψη συνολικά	Είναι ικανός να εκτιμήσει σύνθετες καταστάσεις, αλλά είναι σε θέση να επιτύχει μερική επίλυση των προβλημάτων	Βλέπει τις ενέργειες ως σειρά από βήματα
<b>3. Competent – ικανός</b>	Καλό επαγγελματικό και γνωστικό υπόβαθρο στον τομέα της πρακτικής	Κατάλληλο για το σκοπό αλλά όχι τελειοποιημένο	Μπορεί να επιτύχει τις περισσότερες ενέργειες χρησιμοποιώντας τη δική του κρίση	Αντιμετωπίζει σύνθετες καταστάσεις μέσω ανάλυσης και προγραμματισμού	Βλέπει τις ενέργειες εν μέρει τουλάχιστον στα πλαίσια των μακροπρόθεσμων στόχων
<b>4. Proficient – ειδήμων</b>	Κατανόηση σε βάθος αρχών και πρακτικών	Πλήρως αποδεκτό επίπεδο επιτυγχάνεται συνήθως	Ικανός να αναλάβει πλήρως την ευθύνη για τη δουλειά του	Αντιμετωπίζει σύνθετες καταστάσεις ολιστικά – εμπιστοσύνη στη λήψη αποφάσεων	Βλέπει το συνολικό πλαίσιο και πως οι ενέργειες του ατόμου εντάσσονται σε αυτό
<b>5. Expert - Ειδικός</b>	Αυθεντική γνώση πειθαρχίας και κατανόηση εις βάθος στο χώρο της πράξης	Η τελειότητα επιτυγχάνεται με απίστευτη ευκολία	Ικανός να αναλαμβάνει την ευθύνη για δράση πέρα από τα υπάρχοντα standards και δημιουργία δικών του ερμηνειών	Ολιστική κατανόηση των πολύπλοκων καταστάσεων, κινείται μεταξύ διαισθητικών και αναλυτικών προσεγγίσεων με ευκολία	Βλέπει τη συνολική «εικόνα» και εναλλακτικές προσεγγίσεις, προβλέπει τι μπορεί να είναι δυνατόν να γίνει

Πηγή: Dreyfus, S., & Dreyfus, H. (1980). *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Unpublished report, University of California, Berkeley.



### 3.3 Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή στο θέμα του θανάτου

Η Parkes [164] αναφέρει ότι για να βοηθήσει ο νοσηλευτής τον άρρωστο που πεθαίνει, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να σταθεί κοντά του, να μοιραστεί τους φόβους του και να περιορίσει τον πανικό του. Αυτό περιλαμβάνει ένα βαθύ επίπεδο επικοινωνίας, το οποίο μπορεί να αποτελέσει προνόμιο αλλά και μια επώδυνη εμπειρία, η οποία μπορεί να εξαντλήσει φυσικά και συναισθηματικά τον επαγγελματία. Η συζήτηση με το φ ασθενείς γύρω από το θάνατο συχνά χαρακτηρίζεται ως πρόβλημα από τους νοσηλευτές [165-167].

Αναφέρουν ότι αισθάνονται ανασφαλείς όσο αφορά τον τρόπο που πρέπει να επικοινωνούν με τον ασθενή που πεθαίνει και τον τρόπο διαχείρισης των αντιστάσεων του. Το αίσθημα της ανασφάλειας σχετίζεται με το ό τι δεν θέλουν να καταστρέψουν την ελπίδα, με την επιθυμία τους να αποφύγουν τη συναισθηματική εμπλοκή και να δώσουν έμφαση πάνω απ 'όλα στις δυνατότητες για θεραπεία [107,168-172].

Η νοσηλευτική παρέμβαση στον ασθενή που πεθαίνει είναι πολύπλευρη, με πολλές διαφορετικές εκφάνσεις, από τη λήψη μέτρων για τη μείωση του πόνου ως το κράτημα του χεριού και την αντιμετώπιση των πολλαπλών συναισθημάτων που βιώνει. Ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης επικεντρώνεται στην αποτελεσματική επικοινωνία τόσο με τον ίδιο όσο και με την οικογένεια του, την ανακούφιση του πόνου, την προώθηση της συμμετοχής και του ελέγχου της λήψης αποφάσεων από τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο. Έτσι, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι αυτός του υποστηρικτή, διαμεσολαβητή, δικηγόρου και φροντιστή [173]. Η έρευνα των Wafaa et al [174] έδειξε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών αναφέρει ότι παρόλο που στο σύνολο τους οι νοσηλευτές είναι θετικοί στην παροχή φροντίδας και συναισθηματικής στήριξης σε ασθενείς τελικού σταδίου, οι μισοί από αυτούς είναι απρόθυμοι να μιλήσουν με τον ασθενή τους για θέματα γύρω από το θάνατο. Αυτό το εύρημα συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της έρευνας των Iranmanesh et al [175], η οποία έδειξε ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι ο θάνατος είναι φυσικό κομμάτι της ζωής και μια πύλη για τη ζωή μετά θάνατον.

Ακόμη και για τον έμπειρο νοσηλευτή η συζήτηση για το θάνατο αποτελεί πρόκληση [176]. Οι νοσηλευτές είναι συχνά απρόθυμοι να συζητήσουν για το θέμα του θανάτου με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους λόγω των δικών τους ανησυχιών [177]. Οι Emanuel et al, [178] αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν

συζητούν με τον ασθενή τους ζητήματα που σχετίζονται με το θάνατο γιατί προτιμούν να αφήσουν αυτό το θέμα να το διαχειριστεί ο γιατρός.

Είναι επίσης συχνό φαινόμενο να υπάρχει πλήρης σιωπή μεταξύ των συναδέλφων για το πόσο τους επηρεάζει ο θάνατος ενός ασθενή και τις συναισθηματικές μεταβολές που βιώνουν [179], καθώς ο φόβος αναγνωρίζεται συχνά ως ένα από τα εμπόδια για επικοινωνία και συμβουλευτική σε θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής [180]. Ο Kaplan όπως αναφέρει οι Shimoinaba et al και οι Zabran et al [181-182] δήλωσε ότι το να αποκαλύπτει ο επαγγελματίας τα συναισθήματα του, όταν πεθαίνει ένας ασθενής θεωρείται αντιεπαγγελματικό, επειδή η απώλεια ενός ασθενούς δεν θεωρείται ως μια απώλεια που μπορεί να προκαλέσει θλίψη σ'έναν εργαζόμενο.

### **3.4 Εκπαίδευση γύρω από το θάνατο**

Η συναισθηματική δυσφορία που έχουν οι νοσηλευτές όταν φροντίζουν ασθενείς που πεθαίνουν επιδεινώνεται όταν οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη γνώση γύρω από θέματα που αφορούν το θάνατο [183]. Πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν έχουν γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, κάτι που το συσχετίζουν με αρνητικές προσωπικές τους σκέψεις και προβληματισμούς όσον αφορά το θάνατο και τη διαδικασία αυτού [65-68-184] αλλά και με την ανεπαρκή τους προετοιμασία από το πρόγραμμα σπουδών κατά την βασική τους εκπαίδευση για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων [54, 185].

Σύμφωνα με το American Association of Colleges of Nursing, η προετοιμασία των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πεθαίνουν έχει παραμεληθεί από τα προγράμματα σπουδών [186]. Σύμφωνα με τον Mallory [187] η νοσηλευτική εκπαίδευση ιστορικά στερούταν μια αποτελεσματική προσέγγιση στην παροχή γνώσης γύρω από τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν ενώ θεωρούταν απαραίτητη είτε σε ακαδημαϊκό επίπεδο, είτε σε επίπεδο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Το 2007 οι Duke και Thompson αναφέρουν ότι μόνο το 2% του περιεχομένου των νοσηλευτικών εγχειριδίων αναπτύσσουν τέτοιου είδους θεματολογία παρόλο που η εκπαίδευση και η προετοιμασία για τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου της ζωής έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικό μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας ασθενών που πεθαίνουν [86, 188].

Μια έρευνα από την Frommelt [56] υποστήριξε ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης παρηγορητικής φροντίδας οδηγεί σε σημαντική βελτίωση στη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν ενώ η ίδια έρευνα αναφέρει ότι το 76,5% των νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ένιωθαν απροετοίμαστοι να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου. Έρευνα σε ογκολογικούς νοσηλευτές έδειξε ότι η συζήτηση με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους αποτελεί προτεραιότητα για περισσότερη εκπαίδευση [189].

Η φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών συχνά περιγράφεται από τους νοσηλευτές ως ένας ρόλος επίπονος και στρεσογόνος [55]. Το στρες μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη πεποίθησης ότι η παροχή φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει είναι η κατάλληλη [66,190]. Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου μπορεί να προκαλέσει στρες στο νοσηλευτή ο οποίος δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένος στη συγκεκριμένη διαδικασία [Error! Bookmark not defined.]. Έτσι η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας τελικού σταδίου είναι απαραίτητη.

Στο περιβάλλον εντατικής φροντίδας οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι να φροντίζουν ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση παρόλα αυτά πολλοί νοσηλευτές αισθάνονται ανέτοιμοι να προσφέρουν φροντίδα τελικού σταδίου στους ασθενείς της ΜΕΘ [120]. Οι νοσηλευτές το αποδίδουν στην έλλειψη υποστήριξης και εκπαίδευσης. Μια έρευνα που έγινε το 2008 στο Πακιστάν αναγνώρισε ελλείμματα στη γνώση και στις στάσεις απέναντι στο θάνατο [191]. Για παράδειγμα, υπήρχαν αποκλίσεις στη γνώση όρων όπως εγκεφαλικός θάνατος, υποστήριξη ζωής. Αυτή η έλλειψη γνώσης συχνά αντανακλάται στη φροντίδα που οι νοσηλευτές παρέχουν σε ασθενείς που πεθαίνουν. Σύμφωνα με τους Amenta και Bohnet [192], οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στην παροχή φροντίδας και αποκατάστασης και έτσι θεωρούν τον θάνατο ως προσωπική αποτυχία στο έργο τους και γι' αυτό τείνουν να τον αποφεύγουν. Έρευνα σε ογκολογικούς νοσηλευτές κατέδειξε ότι στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τον φόβο του θανάτου ή το άγχος του θανάτου, μπορεί να χρησιμοποιήσουν την αποφυγή, γεγονός που καθιστά δύσκολο να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς που πεθαίνουν [193]. Επομένως, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα να είναι σε επαφή με τις προσωπικές τους αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο γιατί αυτές μπορεί να επηρεάσουν την περίθαλψη που παρέχεται στους ασθενείς που πεθαίνουν [192].

Ο Costello [194] υποστηρίζει ότι οι θετικές εμπειρίες θανάτου έχουν θετική επίδραση στους ογκολογικούς νοσηλευτές, ενώ μια κακή εμπειρία του θανάτου έχει τραυματικές επιπτώσεις σε αυτούς. Καλή εμπειρία θανάτου χαρακτηρίζεται από ανοιχτή επικοινωνία με τον ασθενή που πεθαίνει και την οικογένεια του, ανακούφιση των συμπτωμάτων, εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του κάθε ασθενούς, σεβασμό και την αποδοχή του θανάτου [194]. Οι Dunn, et al [52] στην έρευνα τους απέδειξαν ότι ένα σεμινάριο σε νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας μειώνει τις αρνητικές στάσεις και τις συμπεριφορές αποφυγής. Σύμφωνα με τους Barrere et al, η παρέμβαση σε μικρότερες ηλικίες είναι πιο αποτελεσματική και οδηγεί σε αλλαγή συμπεριφοράς μετά από κάποια εκπαιδευτική διαδικασία στα θέματα γύρω από το θάνατο [195]. Η εκπαίδευση και η προετοιμασία για παροχή φροντίδας ετοιμοθάνατων ασθενών έχει αναγνωριστεί ως το σημαντικότερο μέσο αναβάθμισης της ποιότητας της φροντίδας στους ασθενείς που πεθαίνουν[52,196].

Η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης γύρω από το θάνατο έχει εξηγηθεί με διάφορους τρόπους. Μια εξήγηση είναι ότι απλά και μόνο η διατήρηση της επαφής στο πεδίο της θανατολογίας οδηγεί στην αυξημένη αίσθηση κυριαρχίας επί του θέματος όταν το άτομο χρειαστεί να αντιμετωπίσει το θρήνο, την απώλεια και το θάνατο [197]. Το ιατρικό προσωπικό αναφέρει συχνά δυσκολίες στην αναγνώριση, την κατανόηση, τη διαχείριση του πόνου των ασθενών που πεθαίνουν [198-199] και η κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει να βελτιώσουν αυτές τις δεξιότητες. Είναι πιθανό οι επαγγελματίες που δε διαθέτουν την αίσθηση της κυριαρχίας ή δε διαθέτουν επαρκή βάση γνώσεων να αισθάνονται ότι κατακλύζονται από γνωστικές καθώς και συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας τους. Τα άτομα που αμφιβάλουν για τις ικανότητες τους αισθάνονται να απειλούνται και αποφεύγουν συγκεκριμένες δραστηριότητες [200]. Εάν αυτές οι δραστηριότητες αφορούν στο εργασιακό περιβάλλον τότε το άτομο βιώνει στρες και εξάντληση και υιοθετεί αρνητική στάση απέναντι στη δουλειά του [201-202].

Ο Leiter [203] θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως κρίση αυτό-αποτελεσματικότητας. Αυτή η σχέση μεταξύ αυτό-αποτελεσματικότητας και επαγγελματικής εξουθένωσης τονίζει τη σημασία της εκπαίδευσης. Αυτό το εύρημα μπορεί να σχετίζεται με το ότι τα άτομα που λαμβάνουν οποιαδήποτε μορφή εκπαίδευσης γύρω από το θάνατο δουλεύουν πιο αποτελεσματικά και έχουν καλύτερη αντίληψη των περιστάσεων γύρω από το θάνατο, μειώνοντας έτσι τη μετέπειτα γνωστική και σωματική κόπωση που συνοδεύει το έργο τους. Ανεπαρκής εκπαίδευση

μπορεί να είναι ένας λόγος για την έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα ανεπάρκειας στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν [204].

Διάφοροι ερευνητές έδειξαν ότι το μειωμένο άγχος θανάτου, η αυξημένη γνώση και η βελτιωμένη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν συσχετίζονται με την ολοκλήρωση εκπαιδευτικού προγράμματος γύρω από το θάνατο στη διάρκεια των νοσηλευτικών σπουδών [205-207].

Υπάρχουν όμως και ερευνητές οι οποίοι αναφέρουν το αντίθετο δηλαδή ότι ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να αυξήσει το άγχος θανάτου επειδή το άγχος θανάτου και η προσωπική στάση απέναντι σε θέματα γύρω από το θάνατο στους φοιτητές διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των βασικών νοσηλευτικών σπουδών [208-209]. Πολλές προτάσεις έχουν γίνει για το περιεχόμενο ενός εκπαιδευτικού κύκλου εκπαίδευσης νοσηλευτών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου. Σύμφωνα με τον Ciccarello [210], το περιεχόμενο μπορεί να περιλαμβάνει “εκτίμηση αναγκών, θεραπευτική επικοινωνία, απώλεια και θρήνος, πνευματικές διαστάσεις ζωής και ασθένειας, εναλλακτικές θεραπείες”.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιείται για ένα ευρύτατο φάσμα επαγγελμάτων. Πολλοί ερευνητές συσχετίζουν την επαγγελματική εξουθένωση με το αποτέλεσμα επιβαρύνσεων στην εργασία, το στρες και την ψυχολογική προσαρμογή, έτσι θα μπορούσε κανείς να τη χαρακτηρίσει ως ένα είδος άμυνας, όπου το άτομο θωρακίζει τον εαυτό μέσα από την αλαζονεία, την απάθεια και τη συναισθηματική αποστασιοποίηση. Αυτό που επηρεάζει την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ειδικά χαρακτηριστικά όπως ατομικά, περιβαλλοντικά, διοικητικά, οργανωσιακά [211].

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούν ορισμένες γενικές έννοιες γύρω από το σύνδρομο και πώς αυτό σχετίζεται με τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και τη στάση του νοσηλευτή απέναντι στο θάνατο.

### 4.1 Γενικές έννοιες

Ο Freudenberger χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «επαγγελματική εξουθένωση» το 1974 στην προσπάθειά του να περιγράψει τις ομοιότητες στη συμπεριφορά των εργαζομένων και ειδικότερα των κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι βίωναν αποτυχία και εξάντληση μετά από ένα χρόνο ενασχόλησης στα ιδρύματα που εργαζόταν και ο ίδιος. Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας ήταν μεγάλο κάτι που επιβεβαιώνεται από το πλήθος δημοσιεύσεων επί του θέματος μέχρι και σήμερα [212].

Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και την απόδοσή του [213].

Το 1982, η Christine Maslach διατύπωσε έναν από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς, που περιγράφει ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου, ο εργαζόμενος «χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα για τους αρρώστους, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του» [214]. Η ίδια ερευνήτρια αργότερα περιγράφει το σύνδρομο ως έναν «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζομένου. Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται βαθμιαία και συνεχώς,

*βάζοντας τον εργαζόμενο σε ένα «φαύλο κύκλο», από τον οποίο είναι δύσκολο να ξεφύγει [215].*

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια από τις ψυχολογικές προκλήσεις που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μέσα σε ένα στρεσογόνο και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον [216-217]. Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύνδρομο το οποίο οδηγεί στη συναισθηματική εξουθένωση, τον κυνισμό και τη μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εργασία [218]. Το πλέον διαδεδομένο όργανο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το Maslach Burnout Inventory [219], συνιστώσες του οποίου είναι η συναισθηματική εξάντληση, η απρόσωπη φροντίδα και η μειωμένη προσωπική επίτευξη.

Σύμφωνα με τη Maslach [219], αναδεικνύονται τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται **«συναισθηματική εξάντληση»** και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Το άτομο έχει έλλειψη ενέργειας, διαψευσμένες προσδοκίες, και δεν είναι ικανό να προσφέρει.

Η δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης η **«παροχή απρόσωπης φροντίδας»** οδηγεί σε απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους ασθενείς του και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς. Ο νοσηλευτής έχει κυνική, αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς του.

Η τρίτη διάσταση ονομάζεται **«έλλειψη προσωπικής επιτευγμάτων»** και αναφέρεται στην αίσθηση που αποκτά ο εργαζόμενος ότι είναι ανίκανος να προσφέρει στον χώρο εργασίας του και στη συνεπαγόμενη μείωση της απόδοσής του. Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία υγείας σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες συνεπάγεται την υπερκόπωση και εξάντλησή του.

Οι Browning et al [220] αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών σε ειδικά τμήματα όπως ογκολογική κλινική, ψυχιατρική κλινική, Τμήμα Επειγόντων και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι υψηλότερος. Κάποιοι από τους παράγοντες που αναγνωρίστηκαν και εμπλέκονται στην εμφάνιση του συνδρόμου είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η σύγκρουση με τους συναδέλφους, ανεπαρκές προσωπικό, η δυσκολία επίλυσης των προβλημάτων, το έντονο αίσθημα ευθύνης, η αίσθηση μη επιτυχημένης παρέμβασης και η έλλειψη υποστήριξης, συναισθηματικές απαιτήσεις των ασθενών και των

οικογενειών τους, η ενασχόληση με τις ηθικές πτυχές της υποστήριξης της ζωής και η έκθεση στο θάνατο και στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν [221-226].

#### **4.2 Εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει ασθενείς που πεθαίνουν**

Ο θάνατος ενός ασθενούς για το νοσηλευτή υπάρχει πιθανότητα να γίνει αντιληπτός ως ένα ψυχοπαιστικό αγχογόνο γεγονός. Πρέπει να τονιστεί η πιθανότητα και όχι η βεβαιότητα γιατί τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη γνωστική εκτίμηση ενός γεγονότος είναι πέντε: α) η αντιλαμβανόμενη αβεβαιότητα του ατόμου για τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται ή αντιμετωπίζει το γεγονός β) η απειλή προς τον εαυτό που προκαλείται από το ψυχοπαιστικό γεγονός γ) η δυνατότητα πρόβλεψης του γεγονότος δ) ο βαθμός ελέγχου του στρεσογόνου γεγονότος ε) η συχνότητα εμφάνισης του γεγονότος [227].

Οι επαγγελματίες υγείας υπόκεινται σε μοναδικούς στρεσογόνους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην επαγγελματική εξουθένωση και η έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα που εργάζονται με ασθενείς που πεθαίνουν μπορεί να βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη του συνδρόμου [228]. Έρευνα που έγινε το 1991 μεταξύ 598 ογκολόγων 56% του δείγματος βρισκόταν σε κατάσταση επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ το 53% από αυτούς το απέδωσαν στην υπερβολική επαφή με ασθενείς που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ζωής [229]. Οι νοσηλευτές ΜΕΘ αντιμετωπίζουν πιο συχνά ηθικά διλήμματα συγκριτικά με νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα [230]. Βαθιά συναισθήματα απογοήτευσης και η εξάντληση έχουν περιγραφεί ως αποτέλεσμα της ανικανότητας επίλυσης ηθικών ζητημάτων που αντιμετωπίζει ο ετοιμοθάνατος ασθενής [231-232].

Η εργασία σε τέτοια συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα όπου τα ζητήματα ζωής και θανάτου αντιμετωπίζονται σε καθημερινή βάση θα μπορούσε να γίνει εξαιρετικά οδυνηρή, στρεσογόνα και θα μπορούσε να συμβάλλει στην ανάπτυξη του συνδρόμου [233]. Σύμφωνα με τους Feldstein and Gemma [234], τα επίπεδα στρες των ογκολογικών νοσηλευτών εκτιμώνται να είναι διπλάσια από αυτά που ανευρίσκονται σε νοσηλευτές άλλων τμημάτων γιατί έρχονται συχνότερα σε επαφή με το θάνατο. Αυτό συμβαίνει γιατί το στρες καθώς και το αίσθημα αδυναμίας



και η απογοήτευση, όλα αποτελούν συνέπεια της αδυναμίας των νοσηλευτών να ανταποκριθούν στα ηθικά ζητήματα των ασθενών [235-240]. Σε μελέτη που εξέτασε τις πηγές του άγχους στην ιατρική, ασκούμενοι γιατροί αναφέρουν ως την πιο συχνά αναφερθείσα πηγή άγχους την ενασχόληση με το θάνατο [241]. Οι γιατροί έχουν περιγράψει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια βαθιά αίσθηση απογοήτευσης και αποτυχίας, και πολλοί από αυτούς αναφέρουν ότι το χαμηλό ποσοστό επιτυχίας των θεραπειών σε ασθενείς που πεθαίνουν συμβάλλει σημαντικά στο επίπεδο της επαγγελματικής τους εξουθένωσης [229].

Όταν ο νοσηλευτής βιώνει επαγγελματική εξουθένωση τότε τα συναισθήματα του έναντι στον ασθενή και την οικογένεια του μπορεί να περιλαμβάνουν αμφιθυμία, απογοήτευση και περιφρόνηση. Οι νοσηλευτές συχνά θρηνούν την απώλεια των ασθενών τους και το πένθος τους παραμένει ανολοκλήρωτο μέχρι να συμβεί ο επόμενος θάνατος ασθενούς. Οι συσσωρευμένες απώλειες μπορεί να οδηγήσουν σε θυμό, ενοχή, ευερεθιστότητα, απογοήτευση, αίσθημα αδυναμίας και ανεπάρκειας, αϋπνία και κατάθλιψη. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως αποτέλεσμα ο νοσηλευτής να χάσει το ενδιαφέρον για τους άλλους να μην μπορεί να δημιουργήσει σχέση με τον ασθενή, να κάνει δηλώσεις υποτιμητικές ή ακατάλληλα αστεία, να μην μπορεί να επικοινωνήσει ούτε με τους συναδέλφους του, μειώνοντας την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας. Ανεπαρκής υποστήριξη από τους συναδέλφους μετά το θάνατο ασθενούς καθώς και η μη αναγνώριση της ανάγκης για λίγο χρόνο ξεκούρασης ή για αλλαγή καθηκόντων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση και ενδεχόμενη επιθυμία να εγκαταλείψουν το περιβάλλον εργασίας. Η Vachon αναγνώρισε ότι η έλλειψη υποστηρικτικών συνεργατικών σχέσεων στο περιβάλλον εργασίας μειώνει την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και την επαγγελματική τους αποτελεσματικότητα [242]. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την αντιμετώπιση του πόνου, του ασθενή που υποφέρει και του θανάτου [243-245].

Άλλοι ερευνητές επεσήμαναν ότι η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με τη διάρκεια της επαγγελματικής εμπειρίας. Τα υψηλότερα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν σε επαγγελματίες οι οποίοι δουλεύουν στο ίδιο νοσηλευτικό τμήμα για πέντε ή περισσότερα έτη, ιδίως όσον αφορά τη συναισθηματική εξάντληση και την απρόσωπη φροντίδα [246-247]. Έρευνες που έγιναν σε κέντρα παρηγορητικής φροντίδας έδειξαν ότι η ενασχόληση με το θάνατο και τους ασθενείς που πεθαίνουν, η σύγκρουση μέσα στην ομάδα, η αύξηση ευθύνης,

τα υψηλότερα επαγγελματικά προσόντα, η χρονική πίεση και η υπερβολική γραφειοκρατία ήταν οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για τη συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών σε ξενώνα [245]. Αντίθετα, άλλες έρευνες απέκλυσαν ότι η εργασία στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας κάνει το άτομο να αισθάνεται σημαντικό. Αυτοί οι επαγγελματίες αναπτύσσουν ως εκ τούτου μια αίσθηση προσωπικής ικανοποίησης, η οποία οδηγεί σε μεγαλύτερη προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση. Αυτό μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις και να παρέχει ένα προστατευτικό παράγοντα κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης [248-249].

Οι Kelly και Tibbles [250] σε μελέτη τους καταδεικνύουν την αξία και την αναγκαιότητα της συμβουλευτικής από ειδικούς ώστε να διευκολυνθούν οι επαγγελματίες υγείας στην έκφραση επώδυνων συναισθημάτων και την αποτελεσματική διαχείριση της απώλειας και του θρήνου. Επίσης, κρίνεται αρκετά σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας διαμέσου οργανωμένων προγραμμάτων, ομάδων και εποπτείας υπό την επίβλεψη ψυχολόγου ή ψυχιάτρου. Σκοπός είναι η αναγνώριση, επεξεργασία και έκφραση επώδυνων συναισθημάτων και σκέψεων από το προσωπικό υγείας, αλλά και των εμπειριών στην επαγγελματική πράξη.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **5.1 Σχεδιασμός μελέτης**

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross-sectional analytical study) που πραγματοποιήθηκε από το Μάιο του 2012, έως τον Ιούλιο του 2012.

### **5.2 Σκοπός και στόχοι**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτύπωση και μελέτη των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι των ασθενών τελικού σταδίου και έναντι του θανάτου γενικότερα και παράλληλα, να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους.

Οι παράγοντες που μελετήθηκαν συμπεριλάμβαναν α) προσωπικούς παράγοντες (ηλικία, θέση εργασίας, χώρος εργασίας, εκπαίδευση, θρησκευτικότητα, στάση έναντι στο θάνατο) και β) παράγοντες που σχετίζονται με την άσκηση της νοσηλευτικής (κλινική εμπειρία, κλινική επάρκεια, έκθεση σε θανάτους ασθενών, επαγγελματική εξουθένωση). Η επεξεργασία των στοιχείων θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα αφορούν στη λήψη μέτρων σχετικά με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν τόσο στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών, όσο και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού που διαχειρίζεται ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου σύμφωνα με τις ανάγκες που θα έχουν εμπειρικά τεκμηριωμένα διατυπωθεί.

#### **Επιμέρους στόχοι:**

- η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στο θάνατο
- το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών
- οι συσχετίσεις των δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων όπως η ηλικία, η προϋπηρεσία, η θέση εργασίας, ο χώρος εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και η έκθεση του νοσηλευτή με ασθενείς που πεθαίνουν με τη στάση απέναντι στο θάνατο
- η συσχέτιση του επιπέδου της κλινικής εμπειρίας με τη στάση έναντι στο θάνατο.
- η συσχέτιση της θρησκευτικότητας με τη στάση του νοσηλευτή έναντι στο θάνατο
- η συσχέτιση της επαγγελματική εξουθένωσης με τη στάση έναντι στο θάνατο.

### 5.3 Εργαλεία μέτρησης

Για το σκοπό της παρούσας μελέτης κατασκευάστηκε εργαλείο που αποτελείται από δύο μέρη:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αποσκοπούν στην περιγραφή των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, θέση εργασίας, τμήμα εργασίας, έτη προϋπηρεσίας, με αριθμό ασθενών τελικού σταδίου που φρόντισαν οι νοσηλευτές το τελευταίο έτος, θρησκευτικότητα.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

#### **Death Attitude Profile- Revised (DAP-R)**

Το DAP-R κατασκευάστηκε από τους Wong et al το 1964. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Οι υποκλίμακες είναι α) Fear of death - «φόβος θανάτου», στάση που προκαλείται από την ιδέα ή την αντιμετώπιση του θανάτου και σχετίζεται με το φόβο που προκαλείται από τη συνειδητοποίηση της θνητότητας ως αποτυχία να ζεις μια ζωή όλο νόημα (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32)

β) death avoidance - «αποφυγή θανάτου», στάση όπου το άτομο αποφεύγει να σκέπτεται ή να μιλά για το θάνατο για να μειώσει το άγχος θανάτου (3, 10, 12, 19, 26)

γ) neutral acceptance - «ουδέτερη αποδοχή», στάση η οποία υπονοεί μια αμφίσημη ή αδιάφορη στάση έναντι στο θάνατο όπου το άτομο ούτε φοβάται, ούτε καλωσορίζει το θάνατο (6, 14, 24, 17, 30)

δ) approach acceptance - «αποδοχή θανάτου», στάση η οποία υπονοεί πίστη σε μια ευτυχισμένη μεταθανάτο ζωή, στην οποία το άτομο καλωσορίζει την προοπτική του θανάτου καθώς η ζωή μετά το θάνατο έχει εξασφαλιστεί (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31)

ε) escape acceptance - «διαφυγή», στάση που λαμβάνεται από τα άτομα τα οποία η προοπτική του θανάτου αποτελεί εναλλακτική σε μια ζωή γεμάτη πόνο και δυστυχία (5, 9, 11, 23, 29).

Στην Ελλάδα η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από τους Μαλλιαρού και συν [251-252]. Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) των ερωτήσεων ανά ομάδες και συνολικά έγινε με τη

χρησιμοποίηση του συντελεστή άλφα (Cronbach's alpha Coefficient). Προσδιορίστηκε στην παρούσα έρευνα η αξιοπιστία με το συντελεστή Cronbach's alpha των κλιμάκων να είναι για το «φόβο θανάτου»  $a=0,71$ , για την «αποφυγή θανάτου»  $a=0,85$ , για την «ουδέτερη αποδοχή»  $a=0,65$ , για την «διαφυγή»  $a=0,86$ , για την «αποδοχή θανάτου»  $a=0,76$ . Σύμφωνα με τη στάθμιση του ερωτηματολογίου ο παράγοντας «αποφυγή θανάτου» συμπίπτει με τη διάσταση death avoidance, ο παράγοντας «φόβος θανάτου» με τη διάσταση fear of death καθώς και ο παράγοντας «ουδέτερη αποδοχή» με τη διάσταση neutral acceptance. Οι ερωτήσεις 4,8,13,16 και 31 περιέχονται στη διάσταση «διαφυγή» αντί να περιέχονται στη διάσταση approach acceptance [50].

### **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Το όργανο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε με σκοπό να καταγράψει τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory) [253-254]. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 ερωτήματα που μετρούν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: (1) τη συναισθηματική εξάντληση, (9 ερωτήσεις), (2) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (8 ερωτήσεις) και (3) την απρόσωπη φροντίδα (5 ερωτήσεις), σε επταβάθμια κλίμακα Likert, που εκτείνεται από το βαθμό 0 (ποτέ) έως το βαθμό 6 (κάθε ημέρα).

Για την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης απαιτούνται υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπη φροντίδας και χαμηλές στην υποκλίμακα προσωπικά επιτεύγματα. Μέτρια χαρακτηρίζεται η επαγγελματική εξουθένωση όταν εμφανίζονται μέτριες τιμές και στις τρεις κλίμακες και χαμηλή όταν εμφανίζονται χαμηλές τιμές στις κλίμακες συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας και υψηλές τιμές στην κλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων. Κάθε κλίμακα βαθμολογείται αθροίζοντας τους βαθμούς των απαντήσεων στις ερωτήσεις που περιλαμβάνει η κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο της Maslach είναι έγκυρο και αξιόπιστο, αποτυπώνει σε πολύ καλό βαθμό τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, ενώ η πολύ δημοφιλής χρήση του από ερευνητές όλου του κόσμου το έχει καταστήσει χρήσιμο εργαλείο σύγκρισης [255].

Στην Ελλάδα η στάθμιση έγινε από τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο [254] όπου δημοσιεύτηκε στο άρθρο με τίτλο Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου καταγραφής Επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα

νοσηλευτριών. Η τιμή του δείκτη Cronbach's alpha των κλιμάκων συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται να είναι  $a=0,81$ , των προσωπικών επιτευγμάτων  $a=0,71$  και της απρόσωπης φροντίδας  $a=0,55$ .

### **Dreyfus Model of Skill Acquisition / Novice - to - expert scale**

Το μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων Dreyfus Model of Skill Acquisition [256], εφαρμόστηκε για τη διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εμπειρίας του δείγματος. Αρχικά δημιουργήθηκε από τους αδελφούς Dreyfus το 1980 για τη διερεύνηση του τρόπου κατάκτησης της επαγγελματικής εμπειρίας από τους πιλότους αεροσκαφών. Η Benner το 1984 εφάρμοσε το μοντέλο στους νοσηλευτές, αφού η ίδια με τους συνεργάτες της υποστήριξαν σθεναρά ότι η διαίσθηση και η ολιστική αντίληψη είναι απαραίτητες για την εκτέλεση της κλινικής πράξης σε επίπεδο εμπειρογνώμονα - ειδικού. Σύμφωνα με τη θεωρία, για να γίνει ο νοσηλευτής ειδικός προϋποθέτει ότι η γνώση ενός ατόμου κινείται πάνω σε δύο άξονες: από ρητή σε σιωπηρή, και από το αφηρημένο στο συγκεκριμένο [140].

Το μοντέλο κατατάσσει το νοσηλευτή σε πέντε στάδια – αρχάριος (novice), (advanced beginner - προχωρημένος), (competent- ικανός), (proficient - ειδήμων) και (expert – ειδικός) και εξηγεί το πώς οι νοσηλευτές φθάνουν να γίνουν ειδικοί στην κλινική πρακτική. Το πρώτο στάδιο είναι αυτό του *αρχαρίου* κατά το οποίο το άτομο δεν έχει κλινική εμπειρία και στη φάση αυτή προσπαθεί να αναπτύξει κλινικές δεξιότητες ώστε να κάνει σωστά τη δουλειά του. Δεν παίρνει πρωτοβουλίες και προσπαθεί να εφαρμόζει τους κανόνες και όσα έχει διδαχθεί. Χρειάζεται την εποπτεία και καθοδήγηση έμπειρων συναδέλφων. Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό του *προχωρημένου*, κατά το οποίο ο νοσηλευτής έχει κάποιες γνώσεις και δεξιότητες και περιορισμένη κλινική εμπειρία. Μπορεί να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών. Δυσκολεύεται όμως όταν καλείται να ανταποκριθεί σε πολλά καθήκοντα ταυτόχρονα. Του είναι πολύτιμη η βοήθεια πιο έμπειρων συναδέλφων όταν αναλαμβάνει ένα σύνολο εργασιών.

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό που ο νοσηλευτής χαρακτηρίζεται ως *ικανός* και έχει τις δεξιότητες εκείνες που του επιτρέπουν να διαχειρίζεται διάφορες κλινικές καταστάσεις μέσα από ένα σωστό νοσηλευτικό σχεδιασμό, τον οποίο προσπαθεί να εφαρμόσει με συνέπεια, οργανώνοντας καλά το χρόνο του. Τις περισσότερες μέρες της βδομάδας τα βγάζει πέρα μια χαρά, αλλά που και που, απογοητεύεται ή θυμώνει όταν οι δεξιότητες που διαθέτει δεν αρκούν για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση ή να

τη χειριστεί όπως θέλει. Έχει επίγνωση των ορίων του και δεν χρειάζεται πια καθοδήγηση στη διεκπεραίωση των καθηκόντων της καθημερινής ρουτίνας.

Το αμέσως επόμενο στάδιο είναι αυτό του *ειδήμονα* κατά το οποίο το άτομο διαθέτει κλινική εμπειρία που τον κάνει να κατανοεί σε βάθος μια ευρεία γκάμα κλινικών καταστάσεων, γεγονός που τον βοηθά να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε άρρωστο και την οικογένειά του. Έχει μια σφαιρική αντίληψη της κάθε κατάστασης, και είναι ικανός/ή να τροποποιεί τις νοσηλευτικές διαδικασίες ανάλογα με τις συνθήκες που προκύπτουν. Είναι σε θέση να συμβουλεύει και να καθοδηγεί λιγότερο έμπειρους συναδέλφους για το πώς να εκτελούν σωστά τα καθήκοντα τους.

Και τέλος στο τελευταίο στάδιο του *ειδικού*, ο νοσηλευτής χαρακτηρίζεται ως ένα άτομο με εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες που συνδυάζονται με μεγάλη εμπειρία και έτσι, είναι σε θέση να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις. Έχει πια την ικανότητα να αντιλαμβάνεται σε βάθος και να διαισθάνεται τις απαιτήσεις κάθε κατάστασης και να ανταποκρίνεται κατάλληλα. Δεν στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο στους κανόνες και τις κατευθυντήριες οδηγίες αλλά προσαρμόζει τις παρεμβάσεις του προβλέποντας την εξέλιξή τους. Με την πείρα που έχει καθοδηγεί ή εκπαιδεύει τους νεότερους συναδέλφους.

Το ερωτηματολόγιο αναφέρει τα πέντε στάδια επαγγελματικής εμπειρίας, περιγράφοντας ορισμένα βασικά στοιχεία του κάθε επιπέδου και ο συμμετέχων καταγράφει βάσει της υποκειμενικής του αντίληψης ποιο επίπεδο θεωρεί ότι κατέχει. Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα, έγινε από την ερευνήτρια σύμφωνα με την προτεινόμενη διαδικασία από την «Trust Scientific Advisory Committee» SAC (MAPI Research Institute 2002 και Medical Outcomes Trust Bulletin 1997), έτσι έγινε διγλωσσική μετάφραση προς δυο κατευθύνσεις (forward - backward translation). Έπειτα, ακολούθησε η διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) κατά την οποία το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε ένα μικρό αριθμό νοσηλευτών με σκοπό την αποκάλυψη γλωσσικών προβλημάτων, εναλλακτικών μετάφρασης και την εκτίμηση του επιπέδου κατανόησης των ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες. Οι προτάσεις τους ενσωματώθηκαν στη δεύτερη εκδοχή του ερωτηματολογίου και με τον τρόπο αυτό προέκυψε η τελική εκδοχή του Novice - to - expert scale στην Ελληνική γλώσσα.



#### **5.4 Το δείγμα της μελέτης**

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας από μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε 2 Γενικά Νοσοκομεία της Ελλάδας (Πανεπιστημιακό ΓΝ Λάρισας και ΓΝ «Κουτλιμπάνειο» Λάρισας).

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε νοσηλευτές και σε βοηθούς νοσηλευτών των δύο γενικών νοσοκομείων της Λάρισας. Το σύνολο των ερωτηματολογίων που δόθηκαν ήταν 165 (αναλυτικά στο Πανεπιστημιακό μοιράστηκαν 110 ερωτηματολόγια στο χειρουργείο (30), τη ΜΕΘ (25), στην ογκολογική κλινική (11), την παθολογική κλινική (10), την Α χειρουργική κλινική (8), την Β χειρουργική κλινική (6) στο ΤΕΠ (13), την Καρδιολογική Μονάδα (7) και στο Γενικό Νοσοκομείο μοιράστηκαν 55 στο ΤΕΠ (17), στη ΜΕΘ (15), στο χειρουργείο (15) και στην ογκολογική κλινική (8) από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 110 (ποσοστό ανταπόκρισης 66,6%). Ο τελικός αριθμός των ερωτηματολογίων που συμπεριλήφθησαν στη στατιστική μελέτη ήταν 107, αφού 3 άτομα συμπλήρωσαν μόνο τα δημογραφικά τους στοιχεία και αποφάσισαν να μη συνεχίσουν και να ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

#### **Κριτήρια επιλογής δείγματος**

Μοναδικό κριτήριο για την επιλογή των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη είναι η κατ' ελάχιστο 6μηνη προϋπηρεσία τους στο χώρο της υγείας.

#### **5.5 Ηθικά θέματα**

Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, είχε σταλεί έγγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου του κάθε Νοσοκομείου για άδεια έναρξης της συγκεκριμένης έρευνας στο χώρο τους. Στο έγγραφο αναφέρονταν τα στοιχεία της ερευνήτριας, ο σκοπός της έρευνας, το ερευνητικό ίδρυμα, η μορφή της έρευνας και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων με τη διαβεβαίωση διαφύλαξης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Συνολικά συμμετείχαν δυο (α) Νοσοκομεία της Λάρισας, ένα Πανεπιστημιακό και ένα Γενικό. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο έδωσε την άδεια διεξαγωγής της μελέτης εγγράφως (Παράρτημα), ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε με προφορική συναίνεση της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

### **5.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Μετά τη σχετική έγκριση για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, η διανομή των ερωτηματολογίων προγραμματίστηκε με την αρωγή των προϊστάμενων των Τμημάτων όπου δίνονταν τα ερωτηματολόγια σε φάκελο και η ερευνήτρια διένειμε τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες μετά από ενημέρωσή τους, τόσο για το σκοπό της μελέτης, όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας. Από όλο το φ το φ συμμετέχοντες ζητήθηκε προφορική πληροφορημένη συναίνεση.

### **5.7 Ανάλυση δεδομένων**

Για την επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows (version 19). Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε:

- *Μονομεταβλητή ανάλυση* Κατανομή συχνότητας των μεταβλητών για τη μελέτη των τιμών της κάθε μεταβλητής τόσο χωριστά όσο και σε σύνολα. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation/ SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών και την περιγραφική ανάλυση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της στάσης απέναντι στο θάνατο. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test.

- *Διμεταβλητή ανάλυση* για τη μελέτη των σχέσεων που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις μεταβλητές. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες t-test, ANOVA αφού οι μεταβλητές πληρούσαν τα κριτήρια για εφαρμογή παραμετρικών μεθόδων. Για τον έλεγχο συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής Pearson's r. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,50 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,50.

Το χρησιμοποιούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε στο 0,05. Έτσι τιμή  $p < 0,05$  θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1 Χαρακτηριστικά δείγματος (Δημογραφικά- εργασιακά)

Από τους 107 ερωτηθέντες οι 98 ήταν γυναίκες και οι 9 άνδρες με ποσοστά 91,6% και 8,4% αντίστοιχα, ενώ η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι σε ποσοστό 60,7% (n=65) με παιδιά 61,7% (n=66). Σε ισάξιο ποσοστό (40%) κατανεμήθηκαν στις ηλικιακές ομάδες 31-40 και άνω των 40 ετών. Η μέση τιμή της προϋπηρεσία τους ήταν κατά μέσο όρο τα 13,34 έτη. Η θέση την οποία κατείχαν ήταν σε ποσοστό 4,3% προϊστάμενοι, 3,7% ήταν αναπληρωτές προϊστάμενοι και το 15% ήταν βοηθοί νοσηλευτών και το υπόλοιπο 76,6% (n=82) του δείγματος ήταν νοσηλεύτές και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων 69,2% (n=74). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εργαζόνταν σε χειρουργεία 23,4% (n= 25) και ΜΕΘ 25,2% (n= 27), ενώ ο χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν 7,10 έτη. (πίνακας 6.1)

**Πίνακας 6.1:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) δημογραφικών στοιχείων

	N	%	
<b>ΦΥΛΟ</b>			
Γυναίκα	98	91,6	
Άνδρας	9	8,4	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>			
Άγαμος/η	39	36,4	
Έγγαμος/η	65	60,7	
Διαζευγμένος/χήρος	3	2,8	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>			
Ναι	66	61,7	
Όχι	41	38,3	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>			
ΠΕ	7	6,5	
ΤΕ	74	69,2	
ΔΕ	16	15,0	
Μεταπτυχιακές σπουδές	10	9,3	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>			
προϊστάμενος	5	4,7	
αναπληρωτής	4	3,7	
νοσηλεύτης	82	76,6	
βοηθός νοσηλεύτη	16	15,0	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>ΗΛΙΚΙΑ (έτη)</b>			
20-30	18	16,8	
31-40	43	40,2	
41-50	44	41,1	
άνω των 50	2	1,9	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
<b>Τμήμα εργασίας στο νοσοκομείο</b>			
Παθολογική/χειρουργική κλινική	20	18,7	
Ογκολογική κλινική	14	13,1	
Καρδιολογική μονάδα	5	4,7	
ΜΕΘ	27	25,2	
ΤΕΠ	16	15,0	
Χειρουργείο	25	23,4	
<b>Σύνολο</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	
	<b>N</b>	<b>mean</b>	<b>SD</b>
<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ (ΕΤΗ)</b>	107	13,34	7,055
<b>Χρόνος εργασίας στο συγκεκριμ. Τμήμα (έτη)</b>	107	7,10	5,408

## 6.2 Επίπεδο κλινικής εμπειρίας

Στον πίνακα 6.2 φαίνεται η κατανομή συχνότητας της επαγγελματικής εμπειρίας του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 32,7% (n= 35) χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως «ειδήμων».

**Πίνακας 6.2:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ανάλογα με την κλινική εμπειρία

Επίπεδο κλινική εμπειρίας	N	%
<b>Α. αρχάριος (novice)</b> Δεν έχω κλινική εμπειρία και στη φάση αυτή προσπαθώ να αναπτύξω κλινικές δεξιότητες ώστε να κάνω σωστά τη δουλειά μου. Δεν παίρνω πρωτοβουλίες και προσπαθώ να εφαρμόζω τους κανόνες και όσα έχω διδαχθεί. Χρειάζομαι την εποπτεία και καθοδήγηση έμπειρων συναδέλφων. Έχω αγωνία να κάνω καλά τη δουλειά μου	6	5,6
<b>Β. προχωρημένος (advanced beginner)</b> Έχω κάποιες γνώσεις και δεξιότητες και περιορισμένη κλινική εμπειρία. Μπορώ να αναγνωρίζω και να αξιολογώ τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών. Δυσκολεύομαι όμως όταν καλούμαι να ανταποκριθώ σε πολλά καθήκοντα ταυτόχρονα. Μου είναι πολύτιμη η βοήθεια πιο έμπειρων συναδέλφων όταν αναλαμβάνω ένα σύνολο εργασιών	17	15,9
<b>Γ. ικανός (competent)</b> Έχω τις δεξιότητες εκείνες που μου επιτρέπουν να διαχειρίζομαι διάφορες κλινικές καταστάσεις μέσα από ένα σωστό νοσηλευτικό σχεδιασμό, τον οποίο προσπαθώ να εφαρμόσω με συνέπεια, οργανώνοντας καλά το χρόνο μου. Τις περισσότερες μέρες της βδομάδας τα βγάζω πέρα μια χαρά, αλλά που και που, απογοητεύομαι ή θυμώνω όταν οι δεξιότητες που διαθέτω δεν αρκούν για να αντιμετωπίσω μια κατάσταση ή να τη χειριστώ όπως εγώ θέλω. Έχω επίγνωση των ορίων μου και δεν χρειάζομαι πια καθοδήγηση στη διεκπεραίωση των καθηκόντων της καθημερινής ρουτίνας.	24	22,4
<b>Δ. ειδήμων (proficient)</b> Διαθέτω κλινική εμπειρία που με κάνει να κατανοώ σε βάθος μια ευρεία γκάμα κλινικών καταστάσεων, γεγονός που με βοηθά να παρέχω εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε άρρωστο και την οικογένειά του. Έχω μια σφαιρική αντίληψη της κάθε κατάστασης, και είμαι ικανός/ή να τροποποιώ τις νοσηλευτικές διαδικασίες ανάλογα με τις συνθήκες που προκύπτουν. Είμαι σε θέση να συμβουλευώ και να καθοδηγώ λιγότερο έμπειρους συναδέλφους για το πώς να εκτελούν σωστά τα καθήκοντα τους.	35	32,7
<b>Ε. ειδικός (expert)</b> Έχω εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες που συνδυάζονται με μεγάλη εμπειρία και έτσι, είμαι σε θέση να αντιμετωπίζω δύσκολες καταστάσεις. Έχω πια την ικανότητα να αντιλαμβάνομαι σε βάθος και να διαισθάνομαι τις απαιτήσεις κάθε κατάστασης και να ανταποκρίνομαι κατάλληλα. Δεν στηρίζομαι αποκλειστικά και μόνο στους κανόνες και τις κατευθυντήριες οδηγίες αλλά προσαρμόζω τις παρεμβάσεις μου προβλέποντας την εξέλιξή τους. Με την πείρα που έχω καθοδηγώ ή εκπαιδεύω τους νεότερους συναδέλφους	25	23,4
Σύνολο	107	100

## 6.3 Επαφή με τον ασθενή και την εκπαίδευση γύρω από το θάνατο

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6.3 το 25,2% των νοσηλευτών του δείγματος έρχεται σε 2-3 φορές την εβδομάδα με ασθενή που πεθαίνει ενώ το 40,2% του δείγματος φρόντισε έως 10 ασθενείς που πεθαίνουν τους τελευταίους 12 μήνες. Το 32,7% του δείγματος έχει λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση ασθενών που πεθαίνουν και των οικογενειών τους. Από αυτούς αναφέρουν ότι η εκπαίδευση την οποία έλαβαν ήταν σε μάθημα στις προπτυχιακές σπουδές σε ποσοστό 37,4%, σε Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην ανακουφιστική φροντίδα σε ποσοστό 2,9%, σε Πρόγραμμα κατάρτισης (50-100 ώρες) σε ποσοστό 20%, σε

Σεμινάριο (<50 ώρες) σε ποσοστό 40%. Αυτή η εκπαίδευση προετοίμασε «αρκετά» τους νοσηλευτές να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που πεθαίνουν σε ποσοστό 54.3% και «λίγο» να υποστηρίζουν τους συγγενείς των ασθενών που πεθαίνουν σε ποσοστό 40%.

Οι τομείς στους οποίους ζητούν περισσότερη εκπαίδευση είναι «Διαχείριση πόνου και άλλων συμπτωμάτων ασθενών που πεθαίνουν» σε ποσοστό 37,4 %, ενώ σε ποσοστό 23,4 ζήτησαν περισσότερη εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογικής στήριξης του ασθενή που πεθαίνει και σε ποσοστό 10,3% ζήτησαν περισσότερη εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με ασθενείς και συγγενείς. Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 45,8% νοσηλεύουν περίπου 4 ασθενείς που πεθαίνουν, κατά το στάδιο διεξαγωγής της έρευνας.

**Πίνακας 6.3:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την επαφή με τον ασθενή και την εκπαίδευση γύρω από το θάνατο

Συχνότητα επαφής με ασθενή που πεθαίνει			Τομείς στους οποίους ο νοσηλευτής επιθυμεί περισσότερη εκπαίδευση		
	N	%		N	%
Καμία	12	11,2	Διαχείριση πόνου και άλλων συμπτωμάτων ασθενών που πεθαίνουν	40	37,4
2-3 φορές το χρόνο	11	10,3	Ψυχολογική στήριξη του ασθενή που πεθαίνει	25	23,4
Μια φορά κάθε 2-3 μήνες	9	8,4	Επικοινωνία με ασθενείς και συγγενείς	11	10,3
Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	15,9	Στήριξη συγγενών	2	1,9
Μια φορά περίπου κάθε εβδομάδα	23	21,5	Αρχές και εφαρμογές ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου	4	3,7
2-3 φορές την εβδομάδα	27	25,2	Κατανόηση των αντιδράσεων του προσωπικού υγείας	12	11,2
Σχεδόν καθημερινά	8	7,5	Σε όλα τα παραπάνω	11	10,3
σύνολο	107	100,0	Σε κανένα τομέα/γνωρίζω αρκετά	2	1,9
			Σύνολο	107	100,0
<b>Αριθμός ασθενών που φρόντισε το νοσηλευτικό προσωπικό και τελικά πέθανε τους τελευταίους 12 μήνες</b>			<b>Πόσο σας προετοίμασε αυτή η εκπαίδευση να αντιμετωπίσετε τους ασθενείς που πεθαίνουν</b>		
0	19	17,8	Καθόλου	0	0
1-10	43	40,2	Λίγο	8	22,9
11-20	13	12,1	Αρκετά	19	54,3
21-30	10	9,3	Πολύ	3	8,6
Άνω των 30	22	20,6	Πάρα πολύ	5	14,3
σύνολο	107	100,0	σύνολο	35	100,0
<b>Έχετε λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση ασθενών που πεθαίνουν και των οικογενειών τους</b>			<b>Πόσο σας προετοίμασε αυτή η εκπαίδευση να αντιμετωπίσετε τους συγγενείς ασθενών που πεθαίνουν</b>		
Ναι	35	32,7	Καθόλου	1	2,9
Όχι	72	67,3	Λίγο	14	40,0
Σύνολο	107	100,0	Αρκετά	12	34,3
			Πολύ	5	14,3
			Πάρα πολύ	3	8,6
			σύνολο	35	100,0
<b>Είδος εκπαίδευσης</b>			<b>Νοσηλεύετε ασθενείς που πεθαίνουν την παρούσα στιγμή;</b>		
Σε μάθημα στις προπτυχιακές σπουδές	13	37,1	Ναι	49	45,8
Μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην ανακουφιστική φροντίδα	1	2,9	Όχι	57	54,2
Πρόγραμμα κατάρτισης (50-100 ώρες)	7	20,0	Σύνολο	107	100,0
Σεμινάριο (<50 ώρες)	14	40,0			
σύνολο	35	100,0			
			<b>Αριθμός ασθενών που πεθαίνουν και νοσηλεύετε την παρούσα στιγμή</b>		
			Ελαχ-Μεγ	MT	TA
Αριθμός ασθενών			1-15	3,8	2,777



#### 6.4 Στάση νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στο θάνατο

Η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου DAP-R δηλαδή η συνέπειά του και ο βαθμός συνοχής των ερωτήσεων, εκτιμήθηκε με το συντελεστή αξιοπιστίας *άλφα* (alpha coefficient reliability) γνωστός και ως συντελεστής *Cronbach*, ο οποίος ήταν  $\alpha=0,850$ . Έγινε υπολογισμός του ίδιου συντελεστή και για την κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου και αυτός βρέθηκε να είναι για την υποκλίμακα «φόβος θανάτου» *Cronbach*  $\alpha=0,860$ , για την υποκλίμακα «αποφυγή θανάτου» *Cronbach*  $\alpha=0,877$ , για την υποκλίμακα «ουδέτερη αποδοχή» *Cronbach*  $\alpha=0,562$ , για την κλίμακα «αποδοχή θανάτου» *Cronbach*  $\alpha=0,889$ , για την κλίμακα ««διαφυγή» *Cronbach*  $\alpha=0,790$ .

Στον πίνακα 6.4 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R όπου φαίνεται ότι η μέση τιμή της κλίμακας «φόβος θανάτου» ήταν 4,68 (min-max=1,86-6,71), η μέση τιμή της κλίμακας «αποφυγή θανάτου» ήταν 4,61 (min-max=1,20-7,00), η μέση τιμή της κλίμακας «ουδέτερη αποδοχή» *Cronbach* ήταν 5,25 (min-max=2,00-6,80), η μέση τιμή της κλίμακας «αποδοχή θανάτου» ήταν 4,03 (min-max=1,00-6,60) και η μέση τιμή της κλίμακας «διαφυγή» ήταν 2,77 (min-max=1,00-9,80).

**Πίνακας 6.4:** Παράμετροι θέσης και διασποράς και *Cronbach*  $\alpha$  των διαστάσεων του ερωτηματολογίου DAP-R

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	TA	95%ΔΕ	<i>Cronbach</i> $\alpha$
«φόβος θανάτου»	107	1,86	6,71	4,68	1,311	4,42-4,93	0,860
«αποφυγή θανάτου»	107	1,20	7,00	4,61	1,505	4,32-4,89	0,877
«ουδέτερη αποδοχή»	107	2,00	6,80	5,25	0,887	5,08-5,42	0,562
«αποδοχή θανάτου»	107	1,00	9,80	4,03	1,302	3,78-4,28	0,889
«διαφυγή»	107	1,00	6,60	2,77	1,264	2,52-3,01	0,790

Στον πίνακα 6.5 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των ίδιων ερωτημάτων όπου φαίνεται ότι η μέση τιμή διακυμάνθηκε μεταξύ του 2,34 και 5,66.

**Πίνακας 6.5:** Παράμετροι θέσης και διασποράς DAP-R

	N	MIN	MAX	Mean	SD
1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	107	1	7	5,66	1,345
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου προκαλεί άγχος	107	1	7	5,18	1,852
3. Αποφεύγω με κάθε τρόπο τις σκέψεις θανάτου	107	1	7	4,62	1,763
4. Πιστεύω ότι θα πάω στον παράδεισο μετά το θάνατό μου	107	1	7	3,67	1,406
5. Ο θάνατος θα δώσει ένα τέλος σε όλα μου τα προβλήματα	107	1	7	2,36	1,678
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	107	1	7	5,88	,959
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	107	1	7	4,60	1,878
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα τόπο ύμησης απόλαυσης	107	1	7	3,55	1,797
9. Ο θάνατος είναι μια απόδραση από τον απαίσιο τούτο κόσμο	107	1	6	2,34	1,560
10. Κάθε φορά που μου περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου, προσπαθώ να την αποθήσω	107	1	7	4,80	1,896
11. Ο θάνατος είναι λύτρωση από τον πόνο και τα βάσανα	107	1	7	3,39	1,862
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	107	1	7	4,64	1,829
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	107	1	7	3,93	1,973
14. Ο θάνατος αποτελεί μια φυσική πτυχή της ζωής	107	1	7	5,71	1,428
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία	107	1	7	4,37	1,533
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	107	1	7	3,60	1,748
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλοδέχομαι το θάνατο	107	1	7	4,82	1,736
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	107	1	7	4,15	1,951
19. Αποφεύγω εντελώς να σκέφτομαι το θάνατο	107	1	7	4,72	1,897
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	107	1	7	4,33	1,842
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	107	1	7	4,46	1,728
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	107	1	7	4,14	1,645
23. Βλέπω το θάνατο ως λύτρωση από τα βάσανα αυτής της ζωής	107	1	7	2,93	1,829
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα μέρος του κύκλου της ζωής	107	1	7	5,29	1,620
25. Θεωρώ το θάνατο ως πέρας σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	107	1	7	4,03	1,657
26. Προσπαθώ να μην έχω σχέση με το θέμα του θανάτου	107	1	7	4,27	1,810
27. Ο θάνατος δίνει με θαυμαστό τρόπο τη δυνατότητα απελευθέρωσης της ψυχής	107	1	7	4,35	1,428
28. Ένα πράγμα που με ανακουφίζει στην αντιμετώπιση του θανάτου είναι η πίστη μου στη μετά θάνατον ζωή	107	1	7	4,06	1,624
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	107	1	7	2,84	1,626
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	107	1	7	4,59	1,498
31. Προσδοκώ τη μετά θάνατο ζωή	107	1	7	4,21	1,759
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	107	1	7	4,39	1,790

### 6.5 Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού

Ο έλεγχος για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έγινε με το δείκτη Cronbach  $\alpha$ . που βρέθηκε να είναι 0,752 για το ερωτηματολόγιο MBI.

Στον πίνακα 6.6 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των κλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρατηρείται ότι η μέση τιμή της συναισθηματικής εξάντλησης ήταν 25,87 δηλαδή μέτρια, των προσωπικών επιτευγμάτων 34,52 δηλαδή χαμηλή και της παροχής απρόσωπης φροντίδας ήταν 11,15 δηλαδή υψηλή.

**Πίνακας 6.6:** Παράμετροι θέσης και διασποράς και Cronbach  $\alpha$  των κλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	ΤΑ	95%ΔΕ	Cronbach $\alpha$
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	107	3,00	50,00	25,87	10,567	23,85-27,90	0,799
Χαμηλή <=20							
Μέτρια 21-30							
Υψηλή >=31							
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	107	11,00	50,00	34,52	9,247	32,75-36,29	0,864
Χαμηλά <=35							
Μέτρια 36-41							
Υψηλά >=42							
<b>απρόσωπη φροντίδα</b>	107	,00	25,00	11,15	6,587	9,89-12,42	0,620
Χαμηλή <=5							
Μέτρια 6-10							
Υψηλή >=11							

Στον πίνακα 6.7 παρουσιάζονται οι παράμετροι θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης όπου φαίνεται ότι η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ του 1,49 και 4,90.

**Πίνακας 6.7:** Παράμετροι θέσης και διασποράς των ερωτημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης

MASLACH BURNOUT INVENTORY	N	MIN	MAX	Mean	SD
1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	107	0	6	3.46	1.739
2. Νιώθω άδειος/α, σα να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά	107	0	6	2.38	1.960
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά	107	0	6	3.01	1.840
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	107	1	6	4.90	1.352
5. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν αντικείμενα	107	0	6	2.08	1.967
6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα	107	0	6	2.18	2.037
7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου	107	0	6	4.35	1.579
8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	107	0	6	3.52	2.011
9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	107	0	6	4.04	1.812
10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	107	0	6	2.69	2.284
11. Με προβληματίζει ότι σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	107	0	6	3.04	2.154
12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	107	0	6	3.88	1.725
13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	107	0	6	2.44	1.929
14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	107	0	6	4.52	1.840
15. Στην ουσία, δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου	107	0	6	1.49	1.925
16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	107	0	6	2.35	1.986
17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου	107	1	6	4.69	1.363
18. Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	107	1	6	4.41	1.466
19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά	107	0	6	4.46	1.633
20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	107	0	6	2.02	1.682
21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	107	0	6	3.77	1.830
22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους	107	0	6	1.86	2.108

Στον πίνακα 6.8 παρουσιάζεται η κατανομή της απολυτής και σχετικής συχνότητας των κλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Υψηλή επαγγελματική εξουθένωση δηλαδή αυτοί που είχαν υψηλή συναισθηματική εξάντληση και υψηλή απρόσωπη φροντίδα και χαμηλά προσωπικά επιτεύγματα παρουσίασε μόνο το 1,8% του δείγματος. Μέτρια επαγγελματικής εξουθένωση παρουσίασε το 92,7% του δείγματος και χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση παρουσίασε το 5,5% του δείγματος.

**Πίνακας 6.8:** Κατανομή της συχνότητας (απόλυτης, σχετικής) ανάλογα με τις κλίμακες της επαγγελματικής εξουθένωσης

MBI	Χαμηλή/α		Μέτρια		Υψηλή/α	
	N	%	N	%	N	%
Συναισθηματική εξάντληση	37	34,6	28	26,2	42	39,3
Προσωπικά επιτεύγματα	23	21,5	31	29,0	53	49,5
απρόσωπη φροντίδα	22	20,6	34	31,8	51	47,7

### 6.6 Γραμμική συσχέτιση υποκλιμάκων DAP-R με τις υποκλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης

Στον πίνακα 6.9 παρουσιάζεται η γραμμική συσχέτιση των κλιμάκων του DAP-R και του MBI. Η υποκλίμακα «φόβος θανάτου» βρέθηκε να σχετίζεται με μια ασθενή αρνητική γραμμική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα ( $r=-0.249$ ,  $p=0.010$ ). Η «αποφυγή θανάτου» παρουσιάζει μια ασθενή αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική εξάντληση ( $r=-.268$   $p=0.005$ ) αλλά και μια ασθενή αρνητική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα ( $r=-0.317$   $p=0.001$ ). Η υποκλίμακα «ουδέτερη αποδοχή» παρουσιάζει μια ασθενή θετική γραμμική συσχέτιση με την υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης ( $r=0.198$   $p=0.041$ ) ενώ η υποκλίμακα «αποδοχή θανάτου» βρέθηκε να έχει θετική γραμμική συσχέτιση με τα προσωπικά επιτεύγματα ( $r=0.395$   $p=0.000$ ), καθώς και η «διαφυγή» να έχει θετική γραμμική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση ( $r=0.330$   $p=0.001$ ).

**Πίνακας 6.9:** γραμμική συσχέτιση μεταξύ υποκλιμάκων DAP-R με κλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης

	Συναισθηματική εξάντληση	Προσωπικά Επιτεύγματα	Απρόσωπη φροντίδα
<b>«φόβος θανάτου»</b>	<b>-.186</b>	<b>.055</b>	<b>-.249**</b>
Sig. (2-tailed)	<b>.055</b>	<b>.576</b>	<b>.010</b>
<b>«αποφυγή θανάτου»</b>	<b>-.268**</b>	<b>-.095</b>	<b>-.317**</b>
Sig. (2-tailed)	<b>.005</b>	<b>.332</b>	<b>.001</b>
<b>«ουδέτερη αποδοχή»</b>	<b>.198*</b>	<b>.056</b>	<b>.065</b>
Sig. (2-tailed)	<b>.041</b>	<b>.570</b>	<b>.507</b>
<b>«αποδοχή θανάτου»</b>	<b>.019</b>	<b>.395**</b>	<b>.170</b>
Sig. (2-tailed)	<b>.847</b>	<b>.000</b>	<b>.080</b>
<b>«διαφυγή»</b>	<b>.330**</b>	<b>.003</b>	<b>.178</b>
Sig. (2-tailed)	<b>.001</b>	<b>.973</b>	<b>.066</b>

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 6.7 Διμεταβλητή ανάλυση

### 6.7.1 Κλίμακα DAP-R με δημογραφικούς παράγοντες

Η Διμεταβλητή ανάλυση των υποκλιμάκων του DAP-R με την ηλικία ανάδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με το φόβο θανάτου ( $p=0,028$ ). Δηλαδή, τα άτομα ηλικίας 31 έως 40 έχουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου ( $mean=5,07$ ), ακολουθούν οι νεότερης ηλικίας 20-30 ( $mean=4,57$ ) και αυτοί με λιγότερο φόβο θανάτου είναι οι μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 40 ετών ( $mean=4,35$ ) (Πίνακας 6.10).

**Πίνακας 6.10:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την ηλικία

DAP-R subscales	Ηλικία	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	20-30	18	4,57	1,225	<b>,028</b>
	31-40	43	5,07	1,213	
	41-50	46	4,35	1,356	
«αποφυγή θανάτου»	20-30	18	4,36	1,431	,624
	31-40	43	4,55	1,540	
	41-50	46	4,91	1,338	
«ουδέτερη αποδοχή»	20-30	18	5,21	1,043	,633
	31-40	43	5,17	0,947	
	41-50	46	5,34	0,784	
«αποδοχή θανάτου»	20-30	18	4,31	0,690	,134
	31-40	43	4,22	1,276	
	41-50	46	3,87	1,368	
«διαφυγή»	20-30	18	2,61	1,004	,840
	31-40	43	2,81	1,438	
	41-50	46	2,79	1,228	

Στον πίνακα 6.11 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,039$ ). Οι έγγαμοι είναι αυτοί που αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο αφού η μέση τιμή της

κλίμακας «αποδοχή θανάτου» είναι μεγαλύτερη (mean=4,14) από αυτή των άγαμων και διαζευγμένων ατόμων (mean=3,87).

**Πίνακας 6.11** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την οικογενειακή κατάσταση

DAP-R subscales	Οικογενειακή κατάσταση	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Άγαμος-διαζευγμένος	42	4,32	1,219	0,550
	έγγαμος	65	4,91	1,325	
«αποφυγή θανάτου»	Άγαμος-διαζευγμένος	42	4,15	1,252	0,075
	έγγαμος	65	4,90	1,588	
«ουδέτερη αποδοχή»	Άγαμος-διαζευγμένος	42	5,35	0,773	0,269
	έγγαμος	65	5,19	0,954	
«αποδοχή θανάτου»	Άγαμος-διαζευγμένος	42	3,87	0,980	<b>0,039</b>
	έγγαμος	65	4,14	1,470	
«διαφυγή»	Άγαμος-διαζευγμένος	42	2,58	1,116	0,252
	έγγαμος	65	2,89	1,346	



Στον πίνακα 6.12 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της κλίμακας «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,047$ ). Τα άτομα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (πανεπιστημιακής) ( $mean=4,38$ ) συγκριτικά με τους τεχνολογικής ( $mean=4,10$ ) και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ( $mean=3,33$ ) έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «αποδοχή θανάτου».

**Πίνακας 6.12:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με το επίπεδο εκπαίδευσης

DAP-R subscales	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	17	4,72	1,161	0,263
	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	74	4,77	1,190	
	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	16	4,18	1,874	
«αποφυγή θανάτου»	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	17	4,01	1,634	0,196
	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	74	4,74	1,314	
	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	16	4,63	2,064	
«ουδέτερη αποδοχή»	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	17	5,11	0,833	0,780
	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	74	5,28	0,864	
	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	16	5,28	1,078	
«αποδοχή θανάτου»	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	17	4,38	0,948	<b>0,047</b>
	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	74	4,10	1,252	
	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	16	3,33	1,643	
«διαφυγή»	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	17	2,36	1,022	0,354
	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	74	2,85	1,245	
	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	16	2,83	1,554	

Στον πίνακα 6.13 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής θέσης και της κλίμακας «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,022$ ). Οι προϊστάμενοι και αναπληρωτές προϊστάμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή στην κλίμακα «αποδοχή θανάτου» ( $mean=4,68$ ) συγκριτικά με τους νοσηλευτές ( $mean=4,10$ ) και τους βοηθούς νοσηλευτές ( $mean=3,30$ ).

**Πίνακας 6.13:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την επαγγελματική θέση

DAP-R subscales	Επαγγελματική θέση	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Προϊστάμενος –αναπλ. προϊστάμενος	9	4,58	1,422	0,063
	νοσηλευτής	86	4,82	1,158	
	Βοηθός νοσηλευτή	16	3,99	1,788	
«αποφυγή θανάτου»	Προϊστάμενος –αναπλ. προϊστάμενος	9	4,73	1,529	0,728
	νοσηλευτής	86	4,65	1,381	
	Βοηθός νοσηλευτή	16	4,33	2,088	
«ουδέτερη αποδοχή»	Προϊστάμενος –αναπλ. προϊστάμενος	9	5,46	0,685	0,681
	νοσηλευτής	86	5,26	0,876	
	Βοηθός νοσηλευτή	16	5,33	1,062	
«αποδοχή θανάτου»	Προϊστάμενος –αναπλ. προϊστάμενος	9	4,68	0,980	<b>0,022</b>
	νοσηλευτής	86	4,10	1,217	
	Βοηθός νοσηλευτή	16	3,30	1,617	
«διαφυγή»	Προϊστάμενος –αναπλ. προϊστάμενος	9	3,62	1,372	0,108
	νοσηλευτής	86	2,69	1,248	
	Βοηθός νοσηλευτή	16	2,67	1,186	

Στον πίνακα 6.14 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τμήματος στο οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές και των κλιμάκων «φόβος θανάτου» ( $p=0,005$ ), «ουδέτερη αποδοχή» ( $p=0,011$ ), «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,000$ ) και «διαφυγή» ( $p=0,041$ ). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου ( $mean=5,21$ ) συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται στο ΤΕΠ όπου είναι αυτοί με το μικρότερο φόβο θανάτου ( $mean=4,13$ ).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογική/χειρουργική κλινική παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή στην κλίμακα «ουδέτερη αποδοχή» ( $mean=5,66$ ) συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική και παρουσιάζουν τη χαμηλότερη τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα ( $mean=4,68$ ). Οι ίδιοι παρουσιάζουν επίσης υψηλότερη τιμή στην κλίμακα «διαφυγή» ( $mean=3,33$ ) συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ΤΕΠ που παρουσιάζουν τη χαμηλότερη τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα ( $mean=2,26$ ). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική παρουσιάζουν την υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «αποδοχή θανάτου» ( $mean=4,73$ ) συγκριτικά με τους νοσηλευτές που

εργάζονται στο χειρουργείο και παρουσιάζουν τη χαμηλότερη τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα (mean=3,15).

**Πίνακας 6.14:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με το τμήμα εργασίας

DAP-R subscales	Τμήμα εργασίας	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	4,98	1,424	<b>0,005</b>
	Μονάδα	32	4,16	1,267	
	Τμήμα επειγόντων	16	4,13	1,540	
	Ογκολογική κλινική	14	5,21	1,090	
	Χειρουργείο	25	5,14	0,872	
«αποφυγή θανάτου»	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	4,47	1,502	0,155
	Μονάδα	32	4,13	1,743	
	Τμήμα επειγόντων	16	4,67	1,598	
	Ογκολογική κλινική	14	5,02	1,598	
	Χειρουργείο	25	5,05	0,984	
«ουδέτερη αποδοχή»	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	5,66	0,629	<b>0,011</b>
	Μονάδα	32	5,45	0,920	
	Τμήμα επειγόντων	16	5,07	0,984	
	Ογκολογική κλινική	14	4,68	0,991	
	Χειρουργείο	25	5,12	0,720	
«αποδοχή θανάτου»	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	4,68	1,350	<b>0,000</b>
	Μονάδα	32	3,94	1,228	
	Τμήμα επειγόντων	16	4,18	0,954	
	Ογκολογική κλινική	14	4,73	1,727	
	Χειρουργείο	25	3,15	0,663	
«διαφυγή»	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	3,33	1,241	<b>0,041</b>
	Μονάδα	32	2,76	1,184	
	Τμήμα επειγόντων	16	2,26	0,863	
	Ογκολογική κλινική	14	3,18	1,563	
	Χειρουργείο	25	2,43	1,260	

Στον πίνακα 6.15 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών και της κλίμακας «φόβος θανάτου» ( $p=0,045$ ) καθώς και της κλίμακας «αποφυγή θανάτου» ( $p=0,044$ ). Οι νοσηλευτές με τη μικρότερη επαγγελματική εμπειρία σε επίπεδο δηλαδή αρχαρίου παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου αφού φαίνεται να έχουν στη συγκεκριμένη κλίμακα τη μεγαλύτερη μέση τιμή (mean=5,95) συγκριτικά με τους νοσηλευτές με τη μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία σε επίπεδο expert οι οποίοι παρουσιάζουν τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα (mean=4,26). Επίσης οι νοσηλευτές με τη μικρότερη επαγγελματική εμπειρία σε επίπεδο δηλαδή αρχαρίου αποφεύγουν σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο αφού έχουν στη συγκεκριμένη κλίμακα τη μεγαλύτερη μέση τιμή (mean=5,80) συγκριτικά με τους νοσηλευτές με τη μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία σε επίπεδο expert οι οποίοι παρουσιάζουν τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα (mean=3,95).

**Πίνακας 6.15:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την επαγγελματική εμπειρία

DAP-R subscales	Επαγγελματική εμπειρία	N	ΜΤ	ΤΑ	p-value
«φόβος θανάτου»	αρχάριος	6	5,95	0,379	<b>0,045</b>
	προχωρημένος	17	4,90	1,338	
	ικανός	24	4,47	1,274	
	ειδήμων	35	4,79	1,307	
«αποφυγή θανάτου»	ειδικός	25	4,26	1,306	0,044
	αρχάριος	6	5,80	0,954	
	προχωρημένος	17	4,97	1,649	
	ικανός	24	4,64	1,381	
«ουδέτερη αποδοχή»	ειδήμων	35	4,68	1,459	0,451
	ειδικός	25	3,95	1,499	
	αρχάριος	6	5,36	0,823	
	προχωρημένος	17	5,03	0,778	
«αποδοχή θανάτου»	ικανός	24	5,30	0,970	0,321
	ειδήμων	35	5,14	1,068	
	ειδικός	25	5,50	0,538	
	αρχάριος	6	3,63	1,180	
«διαφυγή»	προχωρημένος	17	3,68	1,566	0,704
	ικανός	24	4,15	1,001	
	ειδήμων	35	4,35	1,385	
	ειδικός	25	3,82	1,243	
«διαφυγή»	αρχάριος	6	3,10	1,164	0,704
	προχωρημένος	17	2,40	0,689	
	ικανός	24	2,85	1,655	
	ειδήμων	35	2,75	1,355	
«διαφυγή»	ειδικός	25	2,89	1,042	

Στον πίνακα 6.16 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας επαφής των νοσηλευτών με ασθενή που πεθαίνει και της κλίμακας «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,039$ ). Οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν 1 φορά το μήνα έχουν μεγαλύτερη «αποδοχή θανάτου» ( $mean=4,65$ ) ενώ εκείνοι που έπονται είναι οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν από μια φορά την εβδομάδα έως και καθημερινά με μέση τιμή στην κλίμακα ( $mean=4,10$ ) και τέλος εκείνοι που δεν έχουν καμιά επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν έχουν τη χαμηλότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα ( $mean=3,15$ ) και δεν αποδέχονται το θάνατο.

**Πίνακας 6.16:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την συχνότητα επαφής με ασθενή που πεθαίνει

DAP-R subscales	Συχνότητα επαφής με ασθενή που πεθαίνει	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	καμία	12	5,34	0,769	0,149
	Από 2-3 φορές το χρόνο έως 1 φορά κάθε 2-3 μήνες	20	4,90	1,009	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	4,84	1,442	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	4,27	1,278	
	2-3 φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά	35	4,50	1,491	
«αποφυγή θανάτου»	καμία	12	4,88	0,896	0,569
	Από 2-3 φορές το χρόνο έως 1 φορά κάθε 2-3 μήνες	20	4,91	1,386	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	4,84	1,299	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	4,43	1,525	
	2-3 φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά	35	4,34	1,797	
«ουδέτερη αποδοχή»	καμία	12	5,21	0,623	0,524
	Από 2-3 φορές το χρόνο έως 1 φορά κάθε 2-3 μήνες	20	5,21	0,623	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	5,07	0,681	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	5,46	1,057	
	2-3 φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά	35	5,16	0,907	
«αποδοχή θανάτου»	καμία	12	3,15	0,540	0,039
	Από 2-3 φορές το χρόνο έως 1 φορά κάθε 2-3 μήνες	20	3,84	1,651	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	4,65	0,879	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	4,10	1,008	
	2-3 φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά	35	4,10	1,466	
«διαφυγή»	καμία	12	2,80	0,649	0,772
	Από 2-3 φορές το χρόνο έως 1 φορά κάθε 2-3 μήνες	20	2,63	1,819	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	3,03	0,998	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	2,92	1,241	
	2-3 φορές την εβδομάδα έως και καθημερινά	35	2,61	1,203	

Εφαρμόζοντας τη στατιστική δοκιμασία Pearson δε βρέθηκε να υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων του DAP-R με τα χρόνια υπηρεσίας.

Στον πίνακα 6.17 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τον αριθμό των ασθενών που πεθαίνουν και με τους οποίους ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή και της κλίμακας «φόβος θανάτου» ( $p=0,038$ ) καθώς και της κλίμακας «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,009$ ). Τόσο αυτοί που δεν έρχονται σε επαφή με κανένα ασθενή που πεθαίνει ( $mean=5,30$ ) όσο και αυτοί που έρχονται σε επαφή με 21-30 ασθενείς που πεθαίνουν ( $mean=5,24$ ) έχουν σημαντικό φόβο θανάτου με τη μεγαλύτερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα συγκριτικά με τους νοσηλευτές που νοσηλεύουν άνω των 30 ασθενών που πεθαίνουν και έχουν τη χαμηλότερη μέση τιμή ( $mean=4,23$ ). Οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με 1-10 ασθενείς που πεθαίνουν αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο ( $mean=4,32$ ) από εκείνους που δε νοσηλεύουν κανένα ( $mean=3,07$ ).

**Πίνακας 6.17:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με τον αριθμό των ασθενών που πεθαίνουν και έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής

DAP-R subscales	Αριθμός ασθενών με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	0	19	5,30	0,797	<b>0,038</b>
	1-10 ασθενείς	43	4,61	1,259	
	11-20 ασθενείς	13	4,29	0,981	
	21-30 ασθενείς	10	5,24	0,838	
	Άνω των 30 ασθενών	22	4,23	1,815	
«αποφυγή θανάτου»	0	19	5,08	1,126	0,054
	1-10 ασθενείς	43	4,64	1,269	
	11-20 ασθενείς	13	3,84	1,499	
	21-30 ασθενείς	10	5,38	1,140	
	Άνω των 30 ασθενών	22	4,24	2,072	
«ουδέτερη αποδοχή»	0	19	5,07	0,733	0,164
	1-10 ασθενείς	43	5,27	0,935	
	11-20 ασθενείς	13	5,58	0,608	
	21-30 ασθενείς	10	4,76	1,404	
	Άνω των 30 ασθενών	22	5,41	0,684	
«αποδοχή θανάτου»	0	19	3,07	0,604	<b>0,009</b>
	1-10 ασθενείς	43	4,32	1,352	
	11-20 ασθενείς	13	4,24	1,223	
	21-30 ασθενείς	10	4,11	0,849	
	Άνω των 30 ασθενών	22	4,13	1,541	
«διαφυγή»	0	19	2,52	0,982	0,860
	1-10 ασθενείς	43	2,86	1,521	
	11-20 ασθενείς	13	2,96	1,382	
	21-30 ασθενείς	10	2,72	1,313	
	Άνω των 30 ασθενών	22	2,70	0,825	

Στον πίνακα 6.18 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της λήψης συγκεκριμένης εκπαίδευσης γύρω από το θάνατο και της κλίμακας «διαφυγή» ( $p=0,003$ ) και βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που δεν έχουν λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «διαφυγή» ( $mean=2,88$ ).

**Πίνακας 6.18:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με το εάν ο νοσηλευτής έχει λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο

DAP-R subscales	Εάν ο νοσηλευτής έχει λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Ναι	35	4,43	1,425	0,197
	Όχι	72	4,79	1,245	
«αποφυγή θανάτου»	Ναι	35	4,22	1,657	0,070
	Όχι	72	4,79	1,399	
«ουδέτερη αποδοχή»	Ναι	35	5,28	0,983	0,525
	Όχι	72	5,24	0,844	
«αποδοχή θανάτου»	Ναι	35	4,34	1,009	0,184
	Όχι	72	3,88	1,405	
«διαφυγή»	Ναι	35	2,53	0,851	0,003
	Όχι	72	2,88	1,413	

Στον πίνακα 6.19 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους της εκπαίδευσης γύρω από το θάνατο και της κλίμακας «φόβος θανάτου» ( $p=0,010$ ) καθώς και της «αποφυγής θανάτου» ( $p=0,002$ ). Οι νοσηλευτές που έχουν λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο σε σεμινάριο <50 ωρών έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «φόβο θανάτου» ( $mean=4,89$ ) ενώ τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν κάνει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ωρών ( $mean=3,04$ ).

Επίσης, οι νοσηλευτές που έχουν λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο σε σεμινάριο <50 ωρών έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «αποφυγή θανάτου» ( $mean=5,02$ ) ενώ τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν κάνει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ωρών ( $mean=2,51$ ).

**Πίνακας 6.19:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με το είδος της εκπαίδευσης γύρω από το θάνατο

DAP-R subscales	Είδος εκπαίδευσης	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	Προπτυχιακό μάθημα	14	4,67	1,255	0,010
	Πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ώρες	7	3,04	1,305	
	Σεμινάριο <50 ώρες	14	4,89	1,269	
«αποφυγή θανάτου»	Προπτυχιακό μάθημα	14	4,28	1,930	0,002
	Πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ώρες	7	2,51	0,323	
	Σεμινάριο <50 ώρες	14	5,02	1,066	
«ουδέτερη αποδοχή»	Προπτυχιακό μάθημα	14	5,21	1,124	0,441
	Πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ώρες	7	5,71	0,807	
	Σεμινάριο <50 ώρες	14	5,14	0,916	
«αποδοχή θανάτου»	Προπτυχιακό μάθημα	14	4,46	0,844	0,250
	Πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ώρες	7	3,77	0,576	
	Σεμινάριο <50 ώρες	14	4,50	1,255	
«διαφυγή»	Προπτυχιακό μάθημα	14	2,30	0,682	0,297
	Πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ώρες	7	2,45	1,004	
	Σεμινάριο <50 ώρες	14	2,80	0,908	

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προετοιμασίας που η εκπαίδευση που έχει λάβει το άτομο για την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και των κλιμάκων του DAP-R (πίνακας 6.20).

**Πίνακας 6.20:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την προετοιμασία που κάνει η εκπαίδευση για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου

DAP-R subscales	Σας προετοίμασε η εκπαίδευση για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	λίγο	8	4,71	1,686	0,218
	αρκετά	19	4,64	1,209	
	πολύ	8	3,66	1,538	
«αποφυγή θανάτου»	λίγο	8	4,02	1,907	0,765
	αρκετά	19	4,42	1,690	
	πολύ	8	3,97	1,463	
«ουδέτερη αποδοχή»	λίγο	8	5,35	0,866	0,657
	αρκετά	19	5,37	0,970	
	πολύ	8	5,00	1,185	
«αποδοχή θανάτου»	λίγο	8	4,66	0,686	0,388
	αρκετά	19	4,36	1,140	
	πολύ	8	3,96	0,921	
«διαφυγή»	λίγο	8	2,37	0,810	0,783
	αρκετά	19	2,62	0,717	
	πολύ	8	2,47	1,218	



Στον πίνακα 6.21 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προετοιμασίας των νοσηλευτών που εκπαιδεύτηκαν για την αντιμετώπιση των συγγενών ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας «ουδέτερη αποδοχή» ( $p=0,035$ ). Οι νοσηλευτές που αισθάνονται ότι η εκπαίδευση που έχουν λάβει, τους έχει προετοιμάσει «λίγο» για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών τελικού σταδίου παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή ( $mean=5,64$ ) στην κλίμακα «ουδέτερη αποδοχή» ενώ εκείνοι που αισθάνονται ότι η συγκεκριμένη εκπαίδευση τους έχει προετοιμάσει «πολύ» για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών τελικού σταδίου παρουσιάζουν την μικρότερη μέση τιμή ( $mean=4,55$ ) στην κλίμακα «ουδέτερη αποδοχή».

**Πίνακας 6.21:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με την προετοιμασία που κάνει η εκπαίδευση για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών τελικού σταδίου

DAP-R subscales	Σας προετοίμασε η εκπαίδευση για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών τελικού σταδίου	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	λίγο	15	4,69	1,502	0,077
	αρκετά	12	4,77	1,097	
	πολύ	8	3,44	1,417	
«αποφυγή θανάτου»	λίγο	15	4,16	1,737	0,927
	αρκετά	12	4,38	1,695	
	πολύ	8	4,12	1,652	
«ουδέτερη αποδοχή»	λίγο	15	5,64	0,825	<b>0,035</b>
	αρκετά	12	5,33	0,678	
	πολύ	8	4,55	1,312	
«αποδοχή θανάτου»	λίγο	15	4,74	0,810	0,118
	αρκετά	12	4,08	1,252	
	πολύ	8	3,97	0,740	
«διαφυγή»	λίγο	15	2,29	0,446	0,345
	αρκετά	12	2,76	0,803	
	πολύ	8	2,62	1,370	

Στον πίνακα 6.22 παρουσιάζεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και των κλιμάκων «φόβος θανάτου» ( $p=0,000$ ), αποφυγή αποδοχή ( $p=0,012$ ) και «αποδοχή θανάτου» ( $p=0,000$ ). Οι νοσηλευτές που απαντούν ότι δεν τους επηρεάζει «καθόλου» η θρησκευτικότητα στη στάση τους απέναντι στο θάνατο έχουν τον υψηλότερο φόβο θανάτου ( $mean=5,47$ ), ακολουθούν αυτοί που απαντούν ότι τους επηρεάζει «πολύ» ( $mean=5,36$ ) και το μικρότερο φόβο θανάτου ( $mean=3,80$ ) έχουν οι νοσηλευτές που απαντούν ότι η θρησκευτικότητα τους επηρεάζει «λίγο». Οι νοσηλευτές που λένε ότι η θρησκευτικότητα δεν επηρεάζει «καθόλου» τη στάση τους απέναντι στο θάνατο έχουν την υψηλότερη «αποφυγή

θανάτου» (mean=5,70) ενώ τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζουν οι νοσηλευτές που απαντούν ότι η θρησκευτικότητα επηρεάζει «πάρα πολύ» τη στάση τους απέναντι στο θάνατο (mean=3,76).

Οι νοσηλευτές που απαντούν ότι η θρησκευτικότητα επηρεάζει «πολύ» τη στάση τους έναντι στο θάνατο παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη «αποδοχή θανάτου» (mean=4,94) σε αντίθεση με αυτούς που δεν επηρεάζεται «καθόλου» η στάση τους έναντι στο θάνατο από αυτή (mean=2,93).

**Πίνακας 6.22:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων του DAP-R με το κατά πόσο επηρεάζει η θρησκευτικότητα τη στάση έναντι στο θάνατο

DAP-R subscales	Πόσο επηρεάζει η θρησκευτικότητα τη στάση απέναντι στο Θάνατο	N	MT	TA	p-value
«φόβος θανάτου»	καθόλου	10	5,47	0,776	<b>0,000</b>
	λίγο	31	3,80	1,387	
	αρκετά	29	4,66	1,162	
	πολύ	26	5,36	1,072	
«αποφυγή θανάτου»	Πάρα πολύ	11	4,84	1,002	<b>0,012</b>
	καθόλου	10	5,70	0,694	
	λίγο	31	4,30	1,772	
	αρκετά	29	4,50	1,350	
«ουδέτερη αποδοχή»	πολύ	26	5,03	1,280	0,270
	Πάρα πολύ	11	3,76	1,463	
	καθόλου	10	5,22	0,818	
	λίγο	31	5,45	0,697	
«αποδοχή θανάτου»	αρκετά	29	5,12	0,921	<b>0,000</b>
	πολύ	26	5,04	1,134	
	Πάρα πολύ	11	5,58	0,532	
	καθόλου	10	2,93	0,707	
«διαφυγή»	λίγο	31	3,50	1,268	0,259
	αρκετά	29	3,92	0,827	
	πολύ	26	4,94	1,437	
	Πάρα πολύ	11	4,69	0,922	
	καθόλου	10	2,68	0,953	
	λίγο	31	2,87	1,325	
	αρκετά	29	2,35	1,027	
	πολύ	26	2,97	1,306	
	Πάρα πολύ	11	3,18	1,672	

### 6.7.2 Συσχέτιση επαγγελματικής εξουθένωσης με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες

Δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους δημογραφικούς παράγοντες.

Στον πίνακα 6.23 παρουσιάζεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με την επαγγελματική εμπειρία (Novice-to-Expert scale) όπου παρατηρείται να υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και της επαγγελματικής εμπειρίας ( $p=0,029$ ). Οι νοσηλευτές που κατατάσσουν τον εαυτό τους στην 4<sup>η</sup> κατηγορία της επαγγελματικής εμπειρίας (ειδήμων - Proficient) έχουν την υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση (mean=28,37), ενώ οι αρχάριοι έχουν τη μικρότερη συναισθηματική εξάντληση (mean=14,16).

**Πίνακας 6.23:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με την επαγγελματική εμπειρία

MBI	Επαγγελματική εμπειρία	N	MT	TA	p-value
Συναισθηματική εξάντληση	αρχάριος	6	14,16	3,371	<b>0,029</b>
	προχωρημένος	17	23,23	10,096	
	ικανός	24	26,25	12,932	
	ειδήμων	35	28,37	8,768	
	ειδικός	25	26,64	10,230	
απρόσωπη φροντίδα	αρχάριος	6	6,50	1,643	0,075
	προχωρημένος	17	9,29	6,574	
	ικανός	24	11,50	6,833	
	ειδήμων	35	11,97	7,126	
	ειδικός	25	12,08	5,978	
Προσωπικά επιτεύγματα	αρχάριος	6	25,33	11,893	0,246
	προχωρημένος	17	33,88	9,545	
	ικανός	24	33,79	7,812	
	ειδήμων	35	34,97	9,369	
	ειδικός	25	37,24	8,642	

Στον πίνακα 6.24 παρουσιάζεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με το τμήμα εργασίας όπου διαπιστώνεται στατιστική συσχέτιση μεταξύ της απρόσωπης φροντίδας ( $p=0,002$ ) και των προσωπικών επιτευγμάτων ( $p=0,000$ ) με το τμήμα εργασίας. Η μεγαλύτερη απρόσωπη φροντίδα εμφανίζεται στο ΤΕΠ με μέση τιμή 14,56 και τη μικρότερη στο χειρουργείο με μέση τιμή 7,08. Η μικρότερη μέση τιμή των προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζεται στο χειρουργείο 27,48 ενώ η μεγαλύτερη μέση

εμφανίζεται από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογική ή χειρουργική κλινική.

**Πίνακας 6.24:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με το τμήμα εργασίας

<b>MBI</b>	<b>ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>N</b>	<b>ΜΤ</b>	<b>ΤΑ</b>	<b>p-value</b>
Συναισθηματική εξάντληση	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	28,45	9,207	0,440
	Μονάδα	32	25,84	11,681	
	Τμήμα επειγόντων	16	25,81	11,220	
	Ογκολογική κλινική	14	27,85	11,400	
Προσωπικά επιτεύγματα	Χειρουργείο	25	22,80	9,115	<b>0,000</b>
	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	39,50	6,411	
	Μονάδα	32	34,62	9,421	
	Τμήμα επειγόντων	16	36,62	9,010	
απρόσωπη φροντίδα	Ογκολογική κλινική	14	38,50	6,123	<b>0,002</b>
	Χειρουργείο	25	27,48	8,780	
	Παθολογ/χειρουργ κλινική	20	11,10	5,609	
	Μονάδα	32	11,43	5,186	
	Τμήμα επειγόντων	16	14,56	9,430	
	Ογκολογική κλινική	14	14,00	7,635	
	Χειρουργείο	25	7,08	3,872	

Στον πίνακα 6.25 παρουσιάζεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τη συχνότητα επαφής με τον ασθενή τελικού σταδίου. Υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ της απρόσωπη φροντίδας ( $p=0,002$ ) και των προσωπικών επιτευγμάτων ( $p=0,003$ ) με τη συχνότητα επαφής με τον ασθενή τελικού σταδίου. Η μεγαλύτερη απρόσωπη φροντίδα εμφανίζεται στους νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενή τελικού σταδίου 1 φορά κάθε 2-3 μήνες με μέση τιμή 15,00 και τη μικρότερη στους νοσηλευτές που δεν έχουν καμία επαφή με ασθενή τελικού σταδίου με μέση τιμή 6,50. Η μεγαλύτερη μέση τιμή των προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζεται από τους νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενή τελικού σταδίου 2-3 φορές την εβδομάδα με μέση τιμή 37,74 ενώ η μικρότερη μέση τιμή εμφανίζεται από τους νοσηλευτές που δεν έχουν καμία επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου.

**Πίνακας 6.25:** συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τη συχνότητα επαφής με τον ασθενή τελικού σταδίου

MBI	Συχνότητα επαφής με ασθενή τελικού σταδίου	N	MT	TA	p-value
Συναισθηματική εξάντληση	καμία	12	25,66	8,488	0,066
	2-3 φορές το χρόνο	11	17,72	7,656	
	1 φορά κάθε 2-3 μήνες	9	31,33	10,307	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	24,58	8,718	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	27,04	11,659	
	2-3 φορές την εβδομάδα	27	28,25	11,736	
Προσωπικά επιτεύγματα	καμία	12	25,58	8,691	0,003
	2-3 φορές το χρόνο	11	29,81	9,020	
	1 φορά κάθε 2-3 μήνες	9	36,33	7,632	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	35,23	8,940	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	35,65	9,865	
	2-3 φορές την εβδομάδα	27	37,74	7,251	
απρόσωπη φροντίδα	καμία	12	6,50	1,566	0,002
	2-3 φορές το χρόνο	11	6,54	4,803	
	1 φορά κάθε 2-3 μήνες	9	15,00	8,139	
	Μια φορά περίπου κάθε μήνα	17	12,88	6,735	
	Μια φορά κάθε εβδομάδα	23	12,73	5,495	
	2-3 φορές την εβδομάδα	27	12,40	6,946	
	καθημερινά	8	7,75	6,519	

Στον πίνακα 6.26 παρουσιάζεται η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τον αριθμό των ασθενών τελικού σταδίου με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής. Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης ( $p=0,047$ ), της απρόσωπης φροντίδας ( $p=0,007$ ) και των προσωπικών επιτευγμάτων ( $p=0,000$ ) με τον αριθμό των ασθενών τελικού σταδίου με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής. Τη μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση εμφανίζουν οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με 21-30 ασθενείς το χρόνο και τη μικρότερη αυτοί που δεν έρχονται καθόλου σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου. Στις ίδιες ομάδες νοσηλευτών εμφανίζεται η μεγαλύτερη ( $mean=13,50$ ) και η μικρότερη μέση τιμή ( $mean=6,21$ ) της απρόσωπης φροντίδας. Η μεγαλύτερη μέση τιμή των προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζεται σε νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με 11-20 ασθενείς τελικού σταδίου το χρόνο ενώ τη μικρότερη τιμή εμφανίζουν αυτοί που δεν έχουν καμία επαφή.

**Πίνακας 6.26:** Συσχέτιση των υποκλιμάκων της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) με τον αριθμό των ασθενών τελικού σταδίου με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής

<b>MBI</b>	<b>Αριθμός ασθενών με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής</b>	<b>N</b>	<b>MT</b>	<b>TA</b>	<b>p-value</b>
Συναισθηματική εξάντληση	0	19	22,10	8,484	<b>0,047</b>
	1-10 ασθενείς	43	25,58	10,493	
	11-20 ασθενείς	13	27,53	14,666	
	21-30 ασθενείς	10	34,40	8,369	
	Άνω των 30 ασθενών	22	24,86	8,854	
Προσωπικά επιτεύγματα	0	19	26,73	9,302	<b>0,000</b>
	1-10 ασθενείς	43	35,34	8,222	
	11-20 ασθενείς	13	40,23	8,338	
	21-30 ασθενείς	10	31,90	7,109	
	Άνω των 30 ασθενών	22	37,45	8,494	
απρόσωπη φροντίδα	0	19	6,21	1,474	<b>0,007</b>
	1-10 ασθενείς	43	11,93	6,783	
	11-20 ασθενείς	13	12,53	6,091	
	21-30 ασθενείς	10	13,50	6,603	
	Άνω των 30 ασθενών	22	12,04	7,568	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι των ασθενών τελικού σταδίου και στο θάνατο γενικότερα και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν περιελάμβαναν α) προσωπικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, ιστορικό απωλειών, εκπαίδευση, στάση απέναντι στο θάνατο) και β) παράγοντες που σχετίζονται με την άσκηση της νοσηλευτικής (κλινική εμπειρία, έτη προϋπηρεσίας, έκθεση σε θανάτους ασθενών, επαγγελματική εξουθένωση).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού έναντι στο θάνατο ήταν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η θέση και το τμήμα εργασίας, καθώς και η επαγγελματική εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου από αυτούς νεότερης ηλικίας, εύρημα που επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Roman et al [257] που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 175 νοσηλευτών 18 νοσοκομείων και κέντρων παρηγορητικής φροντίδας στην Καταλονία της Ισπανίας. Παρομοίως, η έρευνα των De Paola et al [71] καταλήγει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον τομέα της γηριατρικής και έχουν καθημερινή επαφή με ηλικιωμένους ασθενείς σημειώνουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «φόβο θανάτου» και «αποφυγή θανάτου» από τους νεαρότερους επαγγελματίες υγείας. Η ίδια έρευνα συνδέει τη στάση έναντι στο θάνατο με την ηλικία, διαπιστώνοντας ότι οι γηραιότεροι εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο για τη διαδικασία του θανάτου. Πιθανά αυτό να συμβαίνει γιατί οι μεγαλύτεροι σε ηλικία διακατέχονται από συχνότερες σκέψεις που αφορούν στον προσωπικό τους θάνατο, κάτι που συνάδει με τη φυσική πορεία της εξέλιξης του ανθρώπου.

Οι έγγαμοι παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό αποδοχής θανάτου από τους άγαμους και διαζευγμένους. Σε έρευνα του Kock στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας όπου έγινε το 2011 σε 127 ογκολογικούς νοσηλευτές στο Western Cape Metropole στην Αμερική δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της στάσης απέναντι στο θάνατο, αλλά ούτε και άλλη έρευνα βρέθηκε που να συσχετίζει τους συγκεκριμένους παράγοντες [258].

Τα άτομα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (πανεπιστημιακής) συγκριτικά με τους τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρουσίασαν υψηλότερη «αποδοχή θανάτου». Οι προϊστάμενοι και αναπληρωτές προϊστάμενοι παρουσίασαν

υψηλότερη «αποδοχή θανάτου» συγκριτικά με τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με τα ευρήματα της μελέτης του Kock που προαναφέρθηκε, ο οποίος δικαιολογεί το εύρημα υποστηρίζοντας ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι ικανοί να παρέχουν πιο εξειδικευμένη φροντίδα και αυτό τους δίνει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση [258].

Όσο αφορά στο τμήμα εργασίας η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογική ή χειρουργική κλινική παρουσιάζουν υψηλότερη «ουδέτερη αποδοχή» συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική και παρουσιάζουν τη χαμηλότερη τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα. Οι ίδιοι παρουσιάζουν επίσης υψηλότερη τιμή στην κλίμακα «διαφυγή» συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ΤΕΠ.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική παρουσιάζουν υψηλότερη «αποδοχή θανάτου» συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο χειρουργείο. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Wessel and Rutledge [259] οι οποίοι μελέτησαν την εμπειρία και τη φροντίδα σε ογκολογικό τμήμα με δείγμα 58 ογκολογικών και χειρουργικών νοσηλευτών και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερη επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν είχαν θετικότερη στάση, πιθανόν λόγω του ότι είχαν την ευκαιρία να «επεξεργαστούν» το θέμα του θανάτου που είναι ενσωματωμένο στη φύση της δουλειάς τους.

Η παρούσα έρευνα επίσης έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται στο ΤΕΠ όπου είναι αυτοί με το μικρότερο φόβο θανάτου, ίσως γιατί στους χώρους των Επειγόντων στο επίκεντρο μπαίνει η θεραπεία της ασθένειας και ο θάνατος αποφεύγεται, καθώς αντιμετωπίζεται από τους νοσηλευτές ως αποτυχία. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να εξηγηθεί και από τα ευρήματα του Irvin [260], ο οποίος αναφέρει ότι οι νοσηλευτές που φρόντιζαν ενήλικες με καρκίνο ανέφεραν ότι ανέπτυσαν τόσο θετικές (π.χ. ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη), όσο και αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (π.χ. αποφυγή) για να αντιμετωπίσουν το άγχος θανάτου. Ορισμένοι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα άγχους είναι στατιστικά ψηλότερα στους νοσηλευτές που έχουν συχνή επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν [261], εξηγώντας το φαινόμενο ως αποτέλεσμα έλλειψης εμπιστοσύνης στην παροχή κατάλληλης φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει [65].



Ο Groszek [262] αναφέρει ότι οι νοσηλευτές που έχουν μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία με ασθενείς με καρκίνο τείνουν στο να έχουν μια πιο αρνητική στάση έναντι στο θάνατο συγκριτικά με αυτούς που είχαν μικρότερη εμπειρία με καρκινοπαθείς. Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα της μελέτης των Roman et al στην Καταλονία όπου έγινε σύγκριση της στάσης των νοσηλευτών έναντι στο θάνατο μεταξύ αυτών που δουλεύουν σε ξενώνες και αυτούς που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου νοσοκομείων της χώρας, το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν ήταν ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ τους [76, 263]. Αντίθετα η έρευνα των Dunn et al [52] που έγινε σε ογκολογικό τμήμα με δείγμα 58 ογκολογικών και χειρουργικών νοσηλευτών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερη επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου έχουν θετικότερη στάση. Τα αντικρουόμενα αυτά αποτελέσματα ίσως δείχνουν ότι η στάση απέναντι στο θάνατο επηρεάζεται όχι μόνο από την επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου αλλά και με την πρόγνωση της ασθένειας αυτών. Γι' αυτό οι έρευνες που έχουν γίνει σε ξενώνες παρουσιάζουν αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή ότι οι νοσηλευτές στους ξενώνες έχουν θετικότερη στάση έναντι στο θάνατο από αυτούς που εργάζονται σε νοσοκομεία [263]. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί η φιλοσοφία Hospice όπου παρέχεται η παρηγορητική φροντίδα προσεγγίζει το θάνατο ως ένα απαραίτητο συστατικό της ζωής και αντιμετωπίζει με τον ίδιο τρόπο τα θέματα που σχετίζονται με την παρουσία του θανάτου. Αντίθετο αποτέλεσμα από την παρούσα έρευνα όσο αφορά το τμήμα εργασίας βρέθηκε στην έρευνα των Payne et al [264] κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές των ΤΕΠ ήταν περισσότερο πιθανό να αποφεύγουν σκέψεις γύρω από το θάνατο, είχαν μεγαλύτερο άγχος θανάτου και τον αποδέχονταν σε λιγότερο βαθμό από τους νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι νοσηλευτές που χάνουν ένα ασθενή το μήνα, έχουν μεγαλύτερη «αποδοχή θανάτου» συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν καμιά επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου και πιθανόν δεν αποδέχονται το θάνατο. Με όσο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών τελικού σταδίου έρχονται σε επαφή οι νοσηλευτές, τόσο λιγότερο φόβο θανάτου παρουσιάζουν. Οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με 1-10 ασθενείς τελικού σταδίου αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο από εκείνους που δεν νοσηλεύουν κανένα. Ο Stoller [265] είχε καταλήξει και αυτός στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών δεν δυσκολεύονται στην αλληλεπίδραση μαζί τους συγκριτικά με αυτούς με λιγότερη ανάλογη εμπειρία.

Όσον αφορά στον παράγοντα της επαγγελματικής εμπειρίας, η παρούσα έρευνα επίσης έδειξε ότι οι νοσηλευτές που κατέτασαν τον εαυτό στη χαμηλότερη βαθμίδα επαγγελματικής εμπειρίας σε επίπεδο δηλαδή αρχαρίου παρουσίασαν μεγαλύτερο φόβο θανάτου και απέφευγαν σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο. Το ίδιο εύρημα υποστηρίχθηκε και από τους Roman et al [266] οι οποίοι κατέληξαν ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, είχαν θετικότερες στάσεις απέναντι στη φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σε σχέση με το ρόλο της εκπαίδευσης στη διαμόρφωση της στάσης απέναντι στο θάνατο βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που δεν έχουν εκπαίδευση γύρω από το θάνατο έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «διαφυγή».

Οι νοσηλευτές που έχουν λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο σε σεμινάριο <50 ωρών έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «φόβο θανάτου», ενώ τη μικρότερη μέση τιμή στη συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν κάνει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ωρών. Στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης που έχει ο νοσηλευτής ότι η εκπαίδευση που έχει λάβει τον έχει προετοιμάσει για να φροντίζει ασθενείς τελικού σταδίου και των κλιμάκων του DAP-R. Οι νοσηλευτές που αισθάνονται ότι η εκπαίδευση που έχουν λάβει, τους έχει προετοιμάσει «λίγο» για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών που πεθαίνουν παρουσιάζουν μεγαλύτερη «ουδέτερη αποδοχή», δηλαδή μεγαλύτερη αμφίσημη ή αδιάφορη στάση απέναντι στο θάνατο όπου το άτομο ούτε φοβάται ούτε καλωσορίζει το θάνατο [60], ενώ εκείνοι που αισθάνονται ότι η συγκεκριμένη εκπαίδευση τους έχει προετοιμάσει «πολύ» για την αντιμετώπιση συγγενών ασθενών που πεθαίνουν παρουσιάζουν μικρότερη «ουδέτερη αποδοχή». Επίσης οι νοσηλευτές που έχουν εκπαίδευση γύρω από το θάνατο σε σεμινάριο <50 ωρών έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «αποφυγή θανάτου» ενώ τη μικρότερη μέση τιμή στην συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν κάνει κάποιο πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ωρών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνονται από την έρευνα της Frommelt [56], η οποία υποστήριξε ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης παρηγορητικής φροντίδας οδηγεί σε σημαντική βελτίωση στη στάση έναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγήθηκαν και οι Dunn et al το 2005 [52] οι οποίοι έδειξαν ότι ένα σεμινάριο σε νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας μειώνει τις αρνητικές στάσεις και τις συμπεριφορές αποφυγής είτε γιατί

οδηγεί σε αυξημένη αίσθηση κυριαρχίας επί του θέματος όταν το άτομο χρειαστεί να αντιμετωπίσει το θρήνο, την απώλεια και το θάνατο [267] είτε γιατί η κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των δεξιοτήτων της κατανόησης, της διαχείρισης του πόνου των ασθενών [268-269]. Οι Roman et al επίσης βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που έχουν πάρει μέρος σε οποιοδήποτε εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από το θάνατο έχουν επίσης θετική στάση απέναντί του [266]. Ωστόσο, μια άλλη έρευνα, των Claxton-Oldfield et al, συμπέρανε ότι η εκπαίδευση δεν επηρεάζει το άγχος θανάτου, παρόλο που οι συμμετέχοντες σε ανάλογο πρόγραμμα αισθάνονται περισσότερο προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τη νόσο τελικού σταδίου [270]. Οι νοσηλευτές με υψηλότερο άγχος θανάτου μπορεί να είναι απρόθυμοι να συζητήσουν θέματα θανάτου με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους [255]. Οι νοσηλευτές που εξειδικεύονται σε θέματα επικοινωνίας γύρω από το θάνατο συζητούν με μεγαλύτερη άνεση με τους ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειες τους τονίζοντας τη σημασία της εισαγωγής της διαχείρισης του θανάτου στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση [255].

Όσον αφορά στο κατά πόσο επηρεάζει η θρησκευτικότητα τη στάση απέναντι στο θάνατο η παρούσα έρευνα κατέληξε στο ότι οι νοσηλευτές που απάντησαν ότι δεν τους επηρεάζει «καθόλου» η θρησκεία στη στάση τους έναντι στο θάνατο έχουν τον υψηλότερο «φόβο θανάτου». Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές που απάντησαν ότι η θρησκεία επηρεάζει «πολύ» τη στάση τους έναντι στο θάνατο παρουσίασαν τη μεγαλύτερη «αποδοχή θανάτου». Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Dezutter et al [271], η οποία βρήκε ότι τα άτομα με ισχυρό θρησκευτικό προσανατολισμό ήταν πιο πιθανό να τηρούν στάση αποδοχής απέναντι στο θάνατο. Ομοίως και σε μια άλλη έρευνα των Ardelt και Koenig βρέθηκε ότι τα άτομα που αναφέρουν ισχυρό θρησκευτικό προσανατολισμό έχουν υψηλά επίπεδα στις διαστάσεις «αποδοχή θανάτου» και «διαφυγή» [272].

Η επαγγελματική εξουθένωση του δείγματος του νοσηλευτικού προσωπικού που μελετήθηκε βρέθηκε να κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα. Αυτό επιβεβαιώνεται από πλήθος μελετών που έγιναν στο νοσηλευτικό προσωπικό των ελληνικών νοσοκομείων σε διάφορες περιοχές της χώρας. [273-276].

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι επαγγελματικοί παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση ήταν η υποκειμενική εκτίμηση του νοσηλευτή για το

επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας στην οποία βρίσκεται, η συχνότητα της επαφής με ασθενείς που πεθαίνουν και ο αριθμός των ασθενών που ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή. Έτσι αυτό που η παρούσα έρευνα έδειξε είναι ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία έχουν την υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση συγκριτικά με τους αρχάριους, οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου που πεθαίνουν ένας κάθε 2-3 μήνες εμφάνισαν μεγαλύτερη τιμή στην απρόσωπη φροντίδα ενώ οι νοσηλευτές που έρχονταν συχνότερα σε επαφή με ασθενείς μεγαλύτερης θνησιμότητας δηλαδή 2-3 φορές την εβδομάδα είχαν υψηλότερα προσωπικά επιτεύγματα από αυτούς που δεν είχαν καμία επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου.

Τη μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα εμφάνισαν οι νοσηλευτές που ήρθαν σε επαφή με 21-30 ασθενείς το χρόνο και τη μικρότερη αυτοί που δεν ήρθαν καθόλου σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου. Η μεγαλύτερη μέση τιμή των προσωπικών επιτευγμάτων εμφανίζεται σε νοσηλευτές που ήρθαν σε επαφή με 11-20 ασθενείς το χρόνο τελικού σταδίου ενώ τη μικρότερη τιμή εμφάνισαν αυτοί που δεν έχουν καμία επαφή.

Η συναισθηματική εξάντληση παρουσίασε μια ασθενή αρνητική συσχέτιση με την «αποφυγή θανάτου» και μια θετική γραμμική συσχέτιση με τη «διαφυγή» και την «ουδέτερη αποδοχή». Η υποκλίμακα «φόβος θανάτου» και «αποφυγή θανάτου» παρουσίασε μια ασθενή αρνητική γραμμική συσχέτιση με την απρόσωπη φροντίδα και η υποκλίμακα «αποδοχή θανάτου» βρέθηκε να έχει θετική γραμμική συσχέτιση με τα προσωπικά επιτεύγματα. Σε έρευνα των Mallett et al οι οποίοι διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του άγχους θανάτου και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε 376 νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας και νοσηλευτές ΜΕΘ αναφέρθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ τους [276].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα ποσοτική μελέτη σχετικά με τη διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών έναντι στο θάνατο και τον προσδιορισμό των παραγόντων που την καθορίζουν και η οποία διενεργήθηκε σε δυο περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας σε δείγμα 107 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, έδειξε ότι οι παράγοντες που διαμόρφωσαν τη στάση τους έναντι στο θάνατο ήταν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η θέση και το τμήμα εργασίας, και η επαγγελματική εμπειρία. Συμπερασματικά τα πιο σημαντικά ευρήματα ήταν τα εξής:

1. Οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μικρότερο φόβο θανάτου από νεαρότερους συναδέλφους τους.
2. Οι νοσηλευτές υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και υψηλότερης θέσης στο χώρο εργασίας (προϊστάμενοι) αποδέχονται περισσότερο το θάνατο.
3. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογική κλινική αποδέχονται περισσότερο το θάνατο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονταν στο χειρουργείο και παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν στο ΤΕΠ.
4. Οι νοσηλευτές που έρχονταν συχνότερα σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου αποδέχονται περισσότερο το θάνατο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που δεν είχαν καμιά επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου.
5. Οι νοσηλευτές που έρχονταν σε επαφή με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών τελικού σταδίου παρουσιάζουν λιγότερο φόβο θανάτου και αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο συγκριτικά με εκείνους που δεν νοσήλευσαν τέτοια περιστατικά.
6. Οι νοσηλευτές που κατέταξαν τον εαυτό στη χαμηλότερη βαθμίδα επαγγελματικής εμπειρίας, δηλαδή σε επίπεδο αρχαρίου, παρουσιάζουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου και αποφεύγουν σε μεγαλύτερο βαθμό το θάνατο
7. Οι νοσηλευτές που δεν έχουν συγκεκριμένη εκπαίδευση γύρω από το θάνατο έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα «διαφυγή», θεωρώντας ότι η προσπτική του θανάτου αποτελεί εναλλακτική σε μια ζωή γεμάτη πόνο και δυστυχία.
8. Ένα πρόγραμμα κατάρτισης 50-100 ωρών είναι ικανό να θωρακίσει/ενδυναμώσει το νοσηλευτή έναντι στο φόβο θανάτου.

9. Οι νοσηλευτές που ανέφεραν ότι η εκπαίδευση τους προετοίμασε λίγο στην αντιμετώπιση συγγενών ασθενών τελικού σταδίου παρουσιάζουν μεγαλύτερη «ουδέτερη αποδοχή», δηλαδή μεγαλύτερη αμφίσημη ή αδιάφορη στάση έναντι στο θάνατο.

10. Οι νοσηλευτές που θεωρούν ότι η θρησκεία επηρεάζει «πολύ» τη στάση τους αποδέχονται το θάνατο σε μεγαλύτερο βαθμό.

Κατέστη σαφές από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας ότι η θετική στάση έναντι των ασθενών τελικού σταδίου είναι πολύ σημαντική και συμβάλλει ουσιαστικά παροχή ποιοτικής φροντίδας σε αυτούς. Οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τους ιθύνοντες, προκειμένου να επηρεάσουν τη στάση των νοσηλευτών προς μια θετική κατεύθυνση και που βασίζονται στα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι οι εξής:

1. Οι έννοιες του τέλους της ζωής και της παρηγορητικής φροντίδας να εισαχθούν στο βασικό πρόγραμμα σπουδών των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής έτσι ώστε ως επαγγελματίες πλέον να μπορούν να παρέχουν φροντίδα στο τέλος της ζωής, ψυχολογική υποστήριξη και να αντιμετωπίσουν τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν.
2. Η εισαγωγή προγράμματος εισαγωγικής εκπαίδευσης παρηγορητικής φροντίδας για όλους τους νέους νοσηλευτές που ξεκινούν να εργάζονται σε δομές υγείας και ιδιαίτερα σε όσους πρόκειται να εργαστούν σε ογκολογικές κλινικές, σε ΜΕΘ.
3. Η δημιουργία τυπικών και άτυπων ομάδων στήριξης για το προσωπικό στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Οι τυπικές ομάδες οργανώνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας όπου προωθούν την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης για τους νοσηλευτές που δυσκολεύονται να παρέχουν στήριξη σε ασθενείς που πεθαίνουν και στις οικογένειες τους. Οι άτυπες ομάδες στήριξης οργανώνονται μέσα στα ίδια τα νοσηλευτικά τμήματα προκειμένου να συζητιέται μεταξύ των νοσηλευτών πιο ανοικτά το θέμα του θανάτου, να παρέχονται κίνητρα για να εκφράσουν, αλλά και να αναγνωρίσουν τη στάση και τα συναισθήματα τους γύρω από το θάνατο.

Τέλος, παρά τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης η υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων για το επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας που θεωρούν

ότι βρίσκονται, το μικρό μέγεθος του δείγματος και η συλλογή των δεδομένων από δύο νοσοκομεία μιας μόνο αστικής περιοχής της Ελλάδας, επιβάλλει το να γίνουν περαιτέρω έρευνες σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα επαγγελματιών υγείας. Επίσης να γίνει σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομειακές δομές με νοσηλευτές δομών παρηγορητικής φροντίδας, δεδομένου ότι η παρούσα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια διερεύνησης του θέματος καθώς και ποιοτικές μελέτες με συνεντεύξεις νοσηλευτών που έρχονται σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου, προκειμένου να διερευνηθεί σε βάθος το βίωμά τους και πώς αυτό επηρεάζεται από τη στάση που διατηρούν έναντι στο θάνατο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---

- [1] Haisfield-Wolfe ME. End-of-life care: Evolution of the nurse's role. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23: 931–935.
- [2] Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. *J Cancer Educ* 1994; 9(2):77-81.
- [3] Servaty HL, Krejci MJ, Hayslip BJ. Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Stud* 1996 Mar-Apr; 20(2):149-61.
- [4] Hardwig J. Advance directives and the physician. Talking with healthy patients about dying. In Hackler C, Moseley R, Vawter DE, eds. *Studies in health and human values: Advance directives in medicine*. New York: Praeger Publishers; 1989. p. 111–120.
- [5] Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, Grambow S, Parker J, Tully JA et al. Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Sympt Manag* 2001; 22: 727–737.
- [6] Csikai EL. Euthanasia and assisted suicide: Issues for social work practice. *J Gerontological Social Work* 1999; 31: 49–63.
- [7] Katz RS, Genevay B. Our patients, our families, ourselves: The impact of the professional's emotional responses on end-of-life care. *American Behavioral Scientist* 2002; 46: 327–339.
- [8] Open Society Institute. *Transforming the culture of dying. Project on Death in America*. New York: Open Society Institute; 2004.
- [9] George LK. Research design in end-of-life research: State of science. *The Gerontologist* 2002; 42: 86–98.
- [10] Hobart KR. Death and dying and the social work role. *Journal of Gerontological Social Work* 2001; 36: 181–192.
- [11] Koenig HG. A commentary: The role of religion and spirituality at the end-of-life. *The Gerontologist* 2002; 42: 20–23.
- [12] Tennstedt SL. Commentary on Research design in end-of-life research: State of science. *The Gerontologist* 2002; 42: 99–103.
- [13] Γιάλομ Ι. *Στον κήπο του Επικούρου*. Αθήνα: Άγρα; 2008.
- [14] Φρόνυτ Σ. *Πέρα από την αρχή της ηδονής*. Αθήνα: εκδ Επικούρος; 2001.



- 
- [15] Αλεξιάς Γ. Η διαχείριση του θανάτου στο νοσοκομείο: η εργαλειοποίηση της ανθρώπινης ύπαρξης. Πρόσβαση στις 22 Μαΐου 2012. Διαθέσιμο [http://www.grsr.gr/preview.php?c\\_id=300](http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=300).
- [16] Ariès P. *The Hour of Our Death*. London: Penguin Books; 1981.
- [17] Ariès P. *Δοκίμια για το θάνατο στη Δύση*. Αθήνα: εκδ Γλάρος; 1988.
- [18] Ariès P. *Ο άνθρωπος ενώπιον του θανάτου: Η εποχή των κοιμωμένων*. Αθήνα: εκδ Εστία; 1997.
- [19] Staats R, Polland 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*. 6<sup>th</sup> ed. New York: Elsevier Science Publishers BV; 2004. p.160–171.
- [20] Beckstrand R, Kirchhoff K. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care* 2005; 14(5): 395-403.
- [21] Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work* (6th ed). St. Louis: Mosby; 2006.
- [22] Pastrana T, Juenger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition - key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* 2008; 22(3): 222–32.
- [23] Radbruch L, Payne S. 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.
- [24] World Health Organization. WHO definition of palliative care. cited 2012 May 22. Available from: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).
- [25] Pennel M, Corner J. Palliative Care and Cancer. In: Corner J, Bailey C, eds. *Cancer Nursing, Care in Context*. Oxford: Blackwell Science; 2001. p. 517–34.
- [26] Economist Intelligence Unit. Quality of Death Index .The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. Singapore: Lien foundation; 2010. Accessed on 21<sup>st</sup> May 2012. Available from [www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath](http://www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath)
- [27] Σουγλέρη Μ. Νοσηλευτικό management στην ανακουφιστική φροντίδα. Πρόσβαση στις 22 Μαΐου 2012. Διαθέσιμο από: <http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsouglerin.HTM>

- 
- [28] Καρσαλιάκος Π. Η φροντίδα του τέλους της ζωής. Πρόσβαση στις 22 Μαΐου 2012. Διαθέσιμο από: [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=572](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=572).
- [29] Volker DL, Limerick M. What constitutes a dignified death? The voice of oncology advanced practice nurses. Clin Nurs Spec 2007; 21:241–247.
- [30] Κάρλου Χ, Πατηράκη Ε. Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική Νοσηλευτική. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Νοσηλευτική 2011; 50(1): 35–48.
- [31] Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. National Advisory Committee on Palliative Care. Department of health and children. Dublin, Ireland. 2001 Accessed on 21<sup>st</sup> Oct 2012. Available from <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nacpc.pdf?direct=1>
- [32] Συστάσεις (2003) 24 της Επιτροπής των Υπουργών προς τα κράτη-μέλη για την οργάνωση της Παρηγορητικής Αγωγής. Accessed on 21<sup>st</sup> Oct 2012. Available from <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AUn1oLUmHh4%3d&tabid=1709>
- [33] Palliative Care. Cancer control: knowledge into action : WHO guide for effective programmes. Accessed on 25<sup>th</sup> Oct 2012. Available from <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>
- [34] Πρόσβαση στις 22 Οκτ 2012. Διαθέσιμο από: <http://www.agapan.gr/reality/>
- [35] Ελληνική εταιρεία παρηγορητικής & συμπτωματικής φροντίδας καρκινοπαθών και μη ασθενών ΠΑΡΗ.ΣΥΑ Accessed on 25<sup>th</sup> Oct 2012. Available from: [http://www.grpalliative.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=53&lang=el](http://www.grpalliative.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=53&lang=el)
- [36] Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand C, Centeno C. Palliative Care in the European Union. European Parliament Policy Department, Economic and Scientific Policy, 2007. (IP/A/ENVI/ST/2007-22) cited 2012 June 22. Available from: <http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/ep/08/EST21188.pdf>
- [37] Vadalouca A, Argyras E, Sifaka I. HSPSCCNCP: foster palliative care and pain management in Greece. Accessed on 25<sup>th</sup> Oct 2012. Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=JXoT-UVxsxU%3d&tabid=38>.
- [38] Κατσιμίγκας Γ, Μαραγκούτη Μ, Σπηλιοπούλου Χ, Γκίκα Μ. Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου. Νοσηλευτική 2007, 46(4):441–452.
- [39] International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer Mondial: France; 2008. Available from <http://www-dep.iarc.fr..>

- 
- [40] Τούντας Γ. Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Πρόσβαση στις 13 Μαΐου 2012. Διαθέσιμο από [http://www.neaygeia.gr/pdf/yeia\\_tou\\_elliniku\\_plithusmu.pdf](http://www.neaygeia.gr/pdf/yeia_tou_elliniku_plithusmu.pdf)
- [41] Society of critical care medicine. Accessed on 25<sup>th</sup> May 2012. Available from: [http://www.sccm.org/Public\\_Health\\_and\\_Policy/Pages/Statistics-Brochure.aspx](http://www.sccm.org/Public_Health_and_Policy/Pages/Statistics-Brochure.aspx)
- [42] Mayr VD, Dünser MW, Greil V, Jochberger S, Luckner G, Ulmer H, Friesenecker BE, Takala J, Hasibeder WR. Causes of death and determinants of outcome in critically ill Patients. *Critical Care* 2006, 10:R154 (doi:10.1186/cc5086) Accessed on 25<sup>th</sup> July 2012. Available from: <http://ccforum.com/content/10/6/R154>.
- [43] Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Villet B, Vincent JL, Hoesl A, Rhodes A. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet* 2012; 380(9847): 1059 – 1065. doi:10.1016/S0140-6736(12)61148-9.
- [44] De Araújo M, da Silva M, Francisco M. Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *Int Nursing Rev* 2004; 51: 149–158.
- [45] Αθανάτου Ε. Κλινική νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές νοσηλείες. 6η έκδ. Αθήνα: 1996.
- [46] Παϊκοπούλου Δ, Γέραλη Μ. Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της Ζωής του Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Ειδικό Άρθρο. *Νοσηλευτική* 2009;48(1): 19–29.
- [47] Steffen TS, Ramsenthaler C, Bausewein C, Krischke N, Geiss G. Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 15(8):
- [48] Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum* 1999; 26: 1683–1687.
- [49] Λαζαράτου Ε. Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου. *Ιατρική* 1990; 58 (5): 453-457.
- [50] Μαλλιαρού Μ. Ο νοσηλευτής αντιμετώπος με τους συγγενείς που μένουν πίσω μετά την αυτοκτονία, *Νοσηλευτική* 2006; 45(3):299–307.
- [51] Ζυγά Σ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Στο Μπαρμπαγιάννη Ε, Γκούβα Μ. Διαχείριση της Απώλειας και του Πένθους στην Καθημερινή Νοσηλευτική Πρακτική. Αθήνα: Εκδ. Βήτα; 2010.
- [52] Dunn K, Otten C, Stephens E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology nursing forum* 2005; 32, (1).

- 
- [53] Mok E, Lee W, Wong F. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today* 2002; 22(4):319–329.
- [54] Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(5):475-483.
- [55] International Council of Nurses. *Basic Principles of Nursing Care*. Washington DC: American Nurses Publishing; 1997.
- [56] Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice and Palliative Care* 1991; 8(5): 37-43.
- [57] Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *J Clin Nurs* 2006 Jul;15(7):833-9.
- [58] Samarel N. *Caring for life and death*. New York: Hemisphere Publishing Corporation; 1991.
- [59] Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2005; 7(4), 212-218.
- [60] Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile revised: A multidimensional measure of attitudes towards death. In Neimeyer RA (Ed.). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 121- 148.
- [61] Neimeyer RA, Moser RP, Wittkowski J. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies* 2004;28: 309-340.
- [62] Frankl VE. *The doctor and the soul*. New York: Knopf, Inc. Frankl VE. (1992/1946). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press; 1965.
- [63] Yalom ID, Lieberman MA. Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry* 1991; 54: 334-345.
- [64] Wong PTP, Watt L. What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging* 1991; 6: 272-279.
- [65] Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, Alain D, Fiset V. Providing direction for change: assessing Canadian nursing students' learning needs. *Intern J Palliat Nursing* 2007; 13(5): 213-221.
- [66] LeSergenta C, Haneyb C. Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: a survey. *Int J Nursing Stud* 2005; 42: 315–324.

- 
- [67] Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes toward death and dying in south east Iran. *Int J Palliat Nursing* 2008; 14(5): 214-219.
- [68] Wu HL, Volker D. Living with Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncol. Nursing Forum* 2009; 36(5):578-584.
- [69] Dattel AR, Neimeyer RA. Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies* 1990; 14: 1-11.
- [70] Davis SF, Bremer SA, Anderson BJ, Tramill JL. The interrelations of ego strength, self-esteem, death anxiety, and gender in undergraduate college students. *Journal of General Psychology* 1983; 108: 55-59.
- [71] DePaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies* 2003; 27: 335-354.
- [72] Cicirelli VG. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2002; 57B:358-366.
- [73] Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies* 1999; 23: 387-411.
- [74] Thorson JA, Powell FC. Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology* 1990; 46, 279-391.
- [75] Thorson JA, Powell FC. A Revised Death Anxiety Scale. In Neimeyer RA (Ed.), *Death anxiety handbook*. New York: Taylor & Francis; 1994. p. 31-43.
- [76] Román EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34, 338–345.
- [77] Gesser G, Wong PT, Reker GT. Death attitudes across the life span: The development and validation of the death attitude profile. *Omega: Journal of Death and Dying* 1987–1988; 18: 113–128.
- [78] Kaye J, Gracely E, Loscalzo G. Changes in students' attitudes following a course on death and dying: A controlled comparison. *Journal of Cancer Education* 1994; 9:77–81.
- [79] Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 700–706.
- [80] Vickio CJ, Cavanaugh JC. Relationships among death anxiety, attitudes toward aging, and experience with death in nursing home employees. *Journal of Gerontology* 1985; 40:347-349.

- 
- [81] Eakes GG. The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff. *Death Studies* 1985; 9:163-172.
- [82] De Paola SJ, Neimeyer RA, Ross SK. Death concerns and attitudes towards the elderly in nursing home personnel as a function of training. *Omega* 1994; 29: 231-248.
- [83] 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.
- [84] Cipriani J, Crea J, Cvrkel K. Coping with the death of clients: a pilot study of occupational therapy practitioners. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*. 2000; 17(4):65–77.
- [85] Stoller EP. Effect of experience on nurses' responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing Research* 1980; 29: 35–38.
- [86] 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.
- [87] Mitchell AM, Sakraida TJ, Dysart-Gale D, Gadmer N. Nurses' narratives of end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006; 8(4): 210-221.
- [88] Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42: 125-133.
- [89] Hardwig J. Advance directives and the physician. Talking with healthy patients about dying. In Hackler C, Moseley R, Vawter DE eds. *Studies in health and human values: Advance directives in medicine* New York: Praeger Publishers; 1989. p. 111–120.
- [90] Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, Grambow S, Parker J, Tulsky JA. Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 22:727–737.
- [91] Csikai EL. Euthanasia and assisted suicide: Issues for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work* 1999; 31: 49–63.
- [92] Katz RS, Genevay B. Our patients, our families, ourselves: The impact of the professional's emotional responses on end-of-life care. *American Behavioral Scientist* 2002; 46:327–339.

- 
- [93] Kastenbaum R, Aisenberg I. The psychology of death. New York: Springer; 1972.
- [94] Wass H, Berardo FM, Neimeyer RA. Dying: Facing the facts. 2nd ed. New York: Hemisphere; 1988.
- [95] Berman AL, Hayes JE. Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1973; 4(3): 18-321.
- [96] Vargo ME, Black FW. Attribution of control and the fear of death among first-year medical students. *Journal of Clinical Psychology* 1984; 40(6):1525–1528.
- [97] Taylor A, Reznikoff M. Relation between insight, repression-sensitization, internal-external control and death anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 1967;72: 426-430.
- [98] Dickstein S. Death concern: Measurement and correlates. *Psychological Report* 1972;30: 563-571.
- [99] Selvey CL. Concerns about death in relation to sex, dependency, guilt about hostility and feelings of powerlessness. *Omega* 1973: 209-219.
- [100] Scanlon C. Creating a vision of hope: The challenge of palliative care. *Oncology Nursing Forum* 1989; 16(4): 491-496.
- [101] Brockopp DY, King DB, Hamilton JE. The dying patient: A comparative study of nurse caregiver characteristics, *Death Studies* 1991; 15(3): 245-258.
- [102] Strang S, Strang P. Spiritual thoughts, coping, and “sense of coherence” in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine* 2001; 15: 127–134.
- [103] Smith A, Harkness J. Spirituality and meaning: A qualitative inquiry with caregivers of Alzheimer’s disease. *Journal of Family Psychotherapy* 2002; 13: 87–108.
- [104] Bivens AJ, Neimeyer RA, Kirchberg TM, Moore MK. Death concern and religious beliefs among gays and bisexuals of variable proximity to AIDS. *Omega* 1995;30: 105–120.
- [105] Mickey J, Sochen Belcher A. Spiritual well-being: religiousness and hope among women with breast cancer. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1992; 24(4):267-272.
- [106] Narayanasamy A. Nurses’ awareness and educational preparation in meeting their patients’ spiritual needs. *Nurse Education Today* 1993; 13:196-201.
- [107] Cornette K. Forever I am weak. I am strong. *International journal of palliative care* 1997;5(4):139-140.

- 
- [108] Nielsen NC, Hein N, Reynolds FE et al. *Religions of the World*. New York: St. Martin's Press; 1988.
- [109] Κιούλος Κ. Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και ψυχοθεραπεία. *Ψυχιατρική* 2010; 21:240–246.
- [110] Kearney M, Mount B: Spiritual care of the dying patient. In: Cochirov HM, Breitbart W (eds). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 357–373.
- [111] Τζο ύης Ε, Τζούνη Μ, Γκο βια Μ, Παπασταύρο υ Ε, Κο ρώτσιο υ Ε, Γουργουλιάνης Κ. Πνευματικότητα και Θρησκευτικότητα: Μια ποιοτική ανάλυση σε γενικό πληθυσμό της Θεσσαλίας. *Interscientific Health Care* 2009;1(2): 67-76.
- [112] Rousseau P. Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 2000;18:2000–2002.
- [113] Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007; 25(5):555-560.
- [114] Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
- [115] Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2001; 161(15):1881-1885.
- [116] Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *J Clin Psychol*. 1998; 54(1):77-89.
- [117] Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006; 9(3):646-657.
- [118] Meltzer LS, Huckabay LM. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *Am J Crit Care* 2004;13:202-208.
- [119] De Ridder D, Gastmans C. Dehydration among terminally ill patients: an integrated ethical and practical approach for caregivers. *Nurs Ethics* 1996; 3: 305–16.
- [120] Feifel H. Attitudes toward death in some normal and mentally ill populations. In Feifel H. (Ed.), *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill; 1959. p.114-130.



- 
- [121] Florian V, Kravetz S. Fear of personal death: Attribution, structure and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44: 600-607.
- [122] Downey AM. Relationship of religiosity to death anxiety in middle aged males. *Psychological Reports* 1984; 54: 811-822.
- [123] Khalek A, Ahmed M. Death Anxiety in Clinical and Non Clinical Groups. *Death Studies* 2005; 29 (3): 251-259.
- [124] Neimeyer RA, Wittkowski J Moser RP. Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 2004; 28(4): 309 - 340.
- [125] Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology* 1995; 51: 202-204.
- [126] McMordie WR. Religiosity and fear of death: Strength of belief system. *Psychological Reports* 1981;49: 921-922.
- [127] Smith DK, Nehemkis AM, Charter RA. Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *International Journal of Psychiatric Medicine* 1983-84; 13:221-232.
- [128] Ardelit M. Effects of religion and purpose in life on elder's subjective well-being and attitudes towards death. *Journal of Religious Gerontology* 2003; 14(4): 55-76.
- [129] Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology* 1969; 72:179-181.
- [130] Thorson JA, Powell FC. A revised death anxiety scale. In Neimeyer RA. (Ed), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 103-119.
- [131] Smith DK, Nehemkis AM, Charter RA. Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *International Journal of Psychiatric Medicine* 1983-1984; 13: 221-232.
- [132] Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology* 1970; 82:165-177.
- [133] Thorson JA, Powell FC. A revised death anxiety scale. In Neimeyer RA (Ed). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 103-119.
- [134] Neimeyer RA, Moore MK. Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In Neimeyer RA. (Ed). *Death anxiety handbook: Research,*

---

instrumentation, and application Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 103-119.

[135] Wittkowski J. The construction of the multidimensional orientation toward dying and death inventory (MODDI-F). *Death Stud* 2001;25(6):479-95.

[136] Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice and Palliative Care* 1991;8(5):37-43.

[137] Mikulincer M, Florian V. Fear of personal death. In Tomer A, Eliason T, Wong P eds. *Existential and spiritual issues in death attitudes*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 2008. p. 39-63.

[138] Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology* 1970; 82: 165-174.

[139] Flint GA, Gayton WF, Ozmon KL. Relationship between life satisfaction and acceptance of death by elderly persons. *Psychological Reports* 1983; 53:290.

[140] Steinitz LY. Religiosity, well-being, and weltanschauung among the elderly. *Journal of the Scientific Study of Religion* 1980, 19, 60-87.

[141] Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut, D. The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies* 2009; 33(1): 73-92.

[142] Ardel M, Koenig C. The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging* 2006;28: 184-215.

[143] DePaola SJ, Neimeyer RA, Ross SK. Death concerns and attitudes towards the elderly in nursing home personnel as a function of training. *Omega* 1994; 29: 231-248.

[144] Benner P, Chelsa C, Dreyfus HL, Dreyfus SE, Rubin J. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1996.

[145] Guignon CB. *Heidegger and the problem of knowledge*. Indianapolis, IN: Hackett; 1983.

[146] Dreyfus HL, Dreyfus SE. The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In Benner P, Tanner CA, Chesla CA eds. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics* New York: Springer, 1996. p. 29-47.

[147] Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press, 1986.

- 
- [148] Benner P, Benner RV. The clinical practice development model: Making the clinical judgment, caring, and collaborative work of nurses visible. In B. Haag-Heitman (Ed). *Clinical practice development using novice to expert theory* Gaithersburg: Aspen; 1999. p. 17-42.
- [149] Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking in action approach*. Philadelphia: WB. Saunders; 1999.
- [150] Benner P. (Ed). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- [151] Dreyfus SE, Dreyfus HL. A five-stage model of the mental activities involved in direct skill acquisition. Unpublished report, University of California at Berkeley, 1980.
- [152] Heidegger M. *Being and time*. New York: Harper and Row; 1962.
- [153] Rittmann M, Paige P, Rivera J, Sutphin L, Godown I. Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing* 1997; 20: 115–119.
- [154] Benner P. *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
- [155] Ericsson KA, Krampe RT, Tesch-Romer C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review* 1993; 100(3): 363-406.
- [156] McGregor RJ. *Expert practice and career progression in selected clinical nurse specialists*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University; 1991.
- [157] Clarke SP, Aiken LH. Failure to rescue. *American Journal of Nursing* 2003; 103(1): 42-47.
- [158] Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking in action approach*. Philadelphia: WB. Saunders; 1999.
- [159] Haag-Heitman B. *Clinical practice development using novice to expert theory*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999a.
- [160] Benner P, Tanner C, Chesla C. Becoming an expert nurse. *American Journal of Nursing* 1997; 97(6):16BBB -16DDD.
- [161] English I. Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18: 387-393.
- [162] Farber SJ, Egniew TR, Herman-Bertsch JL, Taylor TR, Guldin GE. Issues in end-of-life care: patient, caregiver, and clinician perceptions. *J Palliat Med* 2003; 6(1):19-31.

- 
- [163] Sherman DW. Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. <http://www.scribd.com/doc/40580833/Nurses-Stress-Burnout-How-to-Care-for-Yourself-When-Caring-for-Patients-and-Their-Families-Experiencing>.
- [164] Parkes M. Coping with loss, the dying adult. BMJ Publications, London; 1998.
- [165] Hart G, Yates P, Clinton M, Windsor C. Mediating conflict and control: practice challenges for nurses in palliative care. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 252–58.
- [166] McGrath P, Yates P, Clinton M, Hart G. 'What should I say?' Qualitative findings on dilemmas in palliative care nursing. *Hospice J* 1999; 14(2): 17–33.
- [167] Georges JJ, Grypdonck M. Moral Problems Experienced by Nurses when Caring for Terminally Ill People: a literature review. *Nurs Ethics* 2002; 9: 155.
- [168] 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.
- [169] Thomas AJ. Patient autonomy and cancer treatment decisions. *Int J Palliat Nurs* 1997; 3: 317–23.
- [170] Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Esteban MA, Luna A. The right to information for the terminally ill patient. *J Med Ethics* 1998; 24: 106–109.
- [171] The BAM. Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkanker patiënten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- [172] Kinghorn S, Gamlin R. Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2004.
- [173] Ebersole P, Hess P, Touhy T. Gerontological Nursing and Healthy Aging. 2nd ed, St Louis, Mosby; 2005. p.573-580.
- [174] Wafaa G. M. Ali, Nahed S. Ayoub. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences* 2010; 1(1): 16-23.
- [175] Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative and Supportive Care*. 3rd ed. Cambridge: University Press; 2008. p. 363-369.
- [176] Gauthier D. Challenges and Opportunities: Communication near the End of Life. *Medsurg. Nursing* 2008; 17(5): 291-296.

- 
- [177] Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing* 2007; 13(3): 109-115.
- [178] Emanuel L, von Gunten C, Ferris F. Gaps in end-of-life care. *Archives of Family Medicine*.2000; 9(10): 1176-1180.
- [179] 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.
- [180] Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics* 2008; 15(2): 174-185.
- [181] 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.
- [182] Zambrano 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.
- [183] Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing Nurses' Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum* 2008; 35(6):1888-1896.
- [184] Tan J, Low J, Yap P, Lee A, Pang W, Wu Y. Caring for Dying Patients and those Facing Death in an Acute-Care Hospital in Singapore. *J. Geront Nursing* 2006: 17-33.
- [185] Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care* 2005e, 14(5), 395-403.
- [186] American Association of Colleges of Nursing. Peaceful death: recommended competencies and curricular guidelines for end-of life nursing care; 1998. Accessed on May 12<sup>th</sup> , 2012, from <http://www.aacn.nche.edu/el nec/publications/peaceful-death>
- [187] 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.
- [188] Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing* 2007; 13(3): 109-115.

- 
- [189] White KR, Coyne PJ, Patel UB. Are nurses adequately prepared for end-of-life care? *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 33: 147- 151.
- [190] Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2010; 2(1):1-9.
- [191] Salahuddin N, Shafqat S, Mapara S, Khan S, Siddiqui S, Manasia R, Ahmad A. End of life in the intensive care unit: knowledge and practice of clinicians from Karachi, Pakistan. *Internal Medicine Journal* 2008; 38: 307-313.
- [192] Amenta MO. Death and dying in contemporary hospitals. In Amenta MO, Bohnet (eds). *Nursing care of the terminally ill*. Boston: Little, Brown and Company; 1986b.p. 35-48.
- [193] Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2010; 37(1):43-49.
- [194] Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(5):594-601.
- [195] Barrere CC, Durkin A, LaCoursiere S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. *International Journal of Nursing Education* 2008; 5(1): 1-18.
- [196] Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek Renal nurses' attitudes towards death. *Journal of Renal Care* 2011;37(2):100-107.
- [197] Yancik, R. Coping with hospice work stress. *Journal of Psychosocial Oncology* 1984; (2): 19–35.
- [198] Oliver D. Training in and knowledge of terminal care in medical students and junior doctors. *Palliative Medicine* 1989; 3: 293–297.
- [199] Moss MS, Braunschweig H, Rubinstein RL. Terminal care for nursing home residents with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2002; 3: 233–246.
- [200] Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: WH. Freeman; 1997.
- [201] Davies FW, Yates BT. Self-efficacy expectancies versus outcome expectancies as determinants of performance deficits and depressive affect. *Cognitive Therapy and Research* 1982; 6: 23–35.

- 
- [202] Usaf SO, Kavanagh DJ. Mechanisms of improvement in treatment for depression: Test of a self - efficacy and performance model. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1990; 4:51–70.
- [203] Leiter MP. Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work and Stress* 1992; 6: 107–115.
- [204] Vejlggaard T. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med* 2005; 19: 119-127.
- [205] Degner L, Gow C. Preparing nurses for care of the dying. *Cancer Nursing* 1988; 11: 160–169.
- [206] Lockard B. Immediate, residual and long-term effects of a death education instructional unit on the death anxiety level of nursing students. *Death Studies*, 1989, 13, 137–159.
- [207] Kurz JM, Hayes ER. End-of-life issues: Impact of education. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2006; 3: 1–13. The Berkeley Electronic Press. Retrieved November 15, 2006, from <http://www.bepress.com/ijnes/vol3/iss1/art18>
- [208] Johansson N, Lally T. Effectiveness of a death education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega* 1990; 22: 25–33.
- [209] Dickinson GE. End-of-Life and Palliative Care Issues in Medical and Nursing Schools in the United States, *Death Studies* 2007; 31(8): 713-726.
- [210] Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions in Critical Care Nursing* 2003; 22(5): 216-222.
- [211] Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χ, Πριάμη Μ, Πλατή Χ. Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Ελληνική Ιατρική* 2000; 66 (5-6): 398-406.
- [212] Βασιλάκη Ε, Τριλίβα Σ, Μπεζεβέγκης Η. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα; 2001.
- [213] Maslach C, Jackson S. *Maslach burnout inventory manual*, 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
- [214] Maslach C. *Burnout: The cost of Caring*. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1982.
- [215] Ζυγά Σ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη στο Ζυγά Σ, Κούκια Ε, Μητρούση Σ. Το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας. Αθήνα: Εκδ. Βήτα; 2010.

- 
- [216] Nalini R. Problems experienced by nurses in their workplace. *Nursing Journal of India* 2009; 100 (7): 155 – 157.
- [217] Malliarou M, Moustaka H, Constantinidis T. RN vs Nurses assistants Burnout level in a Regional University Hospital. in *Public health and healthcare in Greece and Bulgaria: the challenge of the cross-border collaboration*. Αθήνα: εκδ Παπαζήση; 2010. σελ 1219-1236.
- [218] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001;52:397 – 422.
- [219] Maslach C, Jackson S, Leiter M. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- [220] Browning C, Thomas S, Greenberg M, Rolniak S. Nursing specialty and burnout. *Psychology Health Medicine* 2007; 12(2):148-154.
- [221] Δεμερούτη Ε. Επαγγελματική εξουθένωση: ορισμός και σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς. στο
- [222] Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 1995;4:280-285.
- [223] Spencer L. How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *J Adv Nurs* 1994;19:1141-1150.
- [224] Stechmiller JK, Yarandi HN. Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung* 1993;22:534-541.
- [225] Sawatzky JA. Stress in critical care nurses: actual and perceived. *Heart Lung* 1996; 25:409-417.
- [226] van Servellen G, Leake B. Burn-out in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *J Prof Nurs* 1993;9:169-177.
- [227] Βασιλάκη Ε. Η γνωστική διάσταση του άγχους και η παρεμβολή στις γνωστικές λειτουργίες. στο Βασιλάκη Ε, Τριλίβα Σ, Μπεζεβέγκης Η. Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους. *Ελληνικά γράμματα*: Αθήνα; 2001 σελ 165-169.
- [228] Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative and Supportive Care* 2005; 3: 173–181.



- 
- [229] Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology* 1991; 2: 1916–1920.
- [230] Berger MC, Seversen A, Chvatal R. Ethical issues in nursing. *West J Nurs Res* 1991;13:514-521.
- [231] Krishnasamy M. Nursing, morality, and emotions: Phase I and Phase II clinical trials and with cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22: 251–59.
- [232] Severinsson EI, Kamaker D. Clinical nursing supervision in the workplace; effects on moral stress and job satisfaction. *J Nurs Manage* 1999; 7: 81–90.
- [233] Simmonds AL. Overtreatment: its effect on nurses and doctors in the intensive care unit. *Off J Can Assoc Crit Care Nurs* 1997;8:12-15.
- [234] Feldstein MA, Gemma PB. Oncology nurses and chronic compounded grief. *Cancer Nursing* 1995; 18(3): 228-236.
- [235] Leners D, Beardslee NQ. Suffering and ethical caring: incompatible entities. *Nurs Ethics* 1997; 4: 361–69.
- [236] Erlen JA, Frost B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *West J Nurs Res* 1991; 13: 397–407.
- [237] Åström G, Furåker C, Norberg A. Nurses' skills in managing ethically difficult care situations: interpretation of nurses' narratives. *J Adv Nurs* 1995; 21: 1073–80.
- [238] Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract* 1999; 5: 8–13.
- [239] Kelly C. Investing or discounting self: are moral decisions shaped by conditions in the workplace? *Adv Prac Nurs Q* 1998; 4(20): 8–13.
- [240] Vachon ML. Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Semin Oncol Nurs* 1998;14: 152–57.
- [241] Firth-Cozens J, Morrison L. Sources of stress and ways of coping in junior house-officers. *Stress Medicine* 1989; 5: 121–126.
- [242] Vachon ML. Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. In: Chochinov H, Breitbart W, eds. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford; 2000. p. 303-19.
- [243] Rui'z C, Rios F. Burnout syndrome – to be burned out – in health care professionals: revision and perspectives. *Int J Clin Health Psychol* 2004; 4: 137–60.
- [244] Parreira P, Sousa F. Contact with death and burnout syndrome: a comparative study with three groups of oncology nurses. *Rev Invest Enferm* 2000; 1: 17–23.

- 
- [245] Pereira SP, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nurs Ethics* May 2011; 18(3): 317-326
- [246] Dunwoodie D, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Int Med J* 2007; 37: 693–8.
- [247] Lissandre S, Abbey-Huguenin H, Bonnin-Scanon S, Aresenez O and Colombat P. Facteurs associe´s au burnout chez les soignants en oncohematologie. (Burnout among oncohaematology caregivers: related factors.) *Oncologie* 2008; 10: 116–24.
- [248] Jackson V, Mack J, Matsuyama R, Lakoma MD, Sullivan AM, Arnold RM, Weeks JC, Block SD. A qualitative study of oncologists' approaches to end-of-life care. *J Palliat Med* 2008; 11: 893–903.
- [249] Olthius G, Dekkers W. Quality of life considered as well-being: views from philosophy and palliative care practice. *Theor Med Bioethics* 2005; 26: 307–37.
- [250] Kelly M, Tibbles R. Counseling should be offered to people with end-stage renal failure. *EDTNA ERCA J* 2004;30(1):31-3.
- [251] Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ, Θεοδοσοπούλου Ε. Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) - Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2011,4(1):14-26.
- [252] Malliarou M, Sarafis P, Sotiriadou K, Serafeim T, Karathanasi K, Moustaka E, Theodosopoulou E. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science* 2011, 3(1):224-230.
- [253] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory- Manual.3rd ed. Palo Alto: CA, Consulting Psychologists Press; 1996.
- [254] Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα* 1992; 5(3):183-202.
- [255] Διλιντάς Α. Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(3):498-508.
- [256] Dreyfus SE, Dreyfus HL. A five-stage model of the mental activities involved in direct skill acquisition. Unpublished report, University of California at Berkeley; 1980.

- 
- [257] Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 338–345.
- [258] Kock F. Factors influencing nurses' attitudes towards caring for dying patients in oncology settings in the Western Cape Metropole. Thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree Master of Nursing at the University of Stellenbosch; 2011.
- [259] Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: effect of palliative care education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*.2006; 7 (4): 212 – 218.
- [260] 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.
- [261] Mitchell AM, Sakraida TJ, Dysart-Gale D, Gadmer N. Nurses' narratives of end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006; 8(4): 210-221.
- [262] Groszek D. Nurses' identification of patients as terminally ill. *Oncology Nursing Forum* 1981; 8:33-47.
- [263] Rockliff M. A study to investigate nurses' opinions about the character of malignant disease and the factors (if any) that influenced these opinions. MSc Thesis, University of Manchester, Manchester, 1977.
- [264] Payne SA, Dean SJ, Kalus C.A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 700–706.
- [265] Stoller EP. Effect of experience on nurses' responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing Research* 1980;29: 35–38.
- [266] Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34: 338–345.
- [267] Yancik R. Coping with hospice work stress. *Journal of Psychosocial Oncology* 1984; 2: 19–35.
- [268] Oliver D. Training in and knowledge of terminal care in medical students and junior doctors. *Palliative Medicine* 1989; 3: 293–297.
- [269] Moss MS, Braunschweig H, Rubinstein RL.Terminal care for nursing home residents with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2002; 3: 233–246.
- [270] Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007; 23: 464–468.

- 
- [271] Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, Hutsebaut D. The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies* 2009; 33(1): 73-92.
- [272] Ardelit M, Koenig C. The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging* 2006; 28: 184-215.
- [273] Malliarou M, Moustaka E, Constantinidis TK. Burnout of nursing personnel in a Regional University Hospital. *International Symposium. Risks for health care workers: prevention challenges*. Athens: ELINYAE, ISSA, INRS, BGW, SUVA; 2007.
- [274] Μαλλιάρου Μ, Μουστάκα Ε, Ζάντζος Ι, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Επαγγελματική εξουθένωση Νοσηλευτικού Προσωπικού σε Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2008; 21:23-31.
- [275] Καλαντζή Φ. Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία ελληνικά νοσοκομεία. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διπλωματική εργασία πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών. *Οργανωτική & Οικονομική ψυχολογία*, 2007.
- [276] Malliarou M, Moustaka H, Constantinidis T. RN vs Nurses assistants Burnout level in a Regional University Hospital. *Public health and healthcare in Greece and Bulgaria: the challenge of the cross-border collaboration*. Αθήνα: Παπαζήση; 2010. p. 1219-1236.



---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ