



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

**«Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού
προσωπικού απέναντι στο θάνατο»**



Φοιτήτριες:

Άμαλλου Παρασκευή ΑΜ: 6778

Κατσουλάκη Ελένη ΑΜ: 6796

Χιλιαρχάκη Παρθενία ΑΜ: 6879

Επιβλέπων καθηγητής: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Επίκουρος καθηγητής

Ηράκλειο, 2020

*«Κανένας πόνος της ζωής δεν είναι τόσο βαθύς, που να
μπορεί να συγκριθεί με το θάνατο, αυτόν τον αιώνιο
ανταγωνιστή της»*

Φιόντορ Μιχάηλοβιτς Ντοστογιέφσκι

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κύριο Κωνσταντινίδη Θεοχάρη για τον χρόνο και την πολύτιμη καθοδήγηση του.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό των δύο νοσοκομείων (Β.ΓΝ.Η και ΠΑ.ΓΝ.Η) που με τη συνεισφορά του, μας βοήθησε να συλλέξουμε τα απαραίτητα στοιχεία για τη μελέτη μας.

Τέλος, ευχαριστούμε την κυρία Μπελλάλη Θάλεια, καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Διεθνές Πανεπιστημίου Ελλάδος, στη Θεσσαλονίκη (ΔΙ.ΠΑ.Ε), που μας παραχώρησε την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου, για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται σε καθημερινή επαφή με άτομα που παρά την εντατική θεραπεία σε νοσοκομειακό περιβάλλον τελικά πεθαίνουν. Η αντίληψη και η στάση που έχουν απέναντι στο θάνατο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη ψυχική και σωματική τους υγεία.

Σκοπός: Η διερεύνηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το βίωμα του θανάτου.

Υλικό - Μέθοδος: Στην παρούσα ερευνητική συγχρονική μελέτη έλαβε μέρος συνολικά νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2019 έως Φεβρουάριος 2020. Ως εργαλείο αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong P.T.P, Reker GT & Gesser G. (1994), το οποίο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους κ.κ Μπελλάλη και Σαράφη. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25.0.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 119 άτομα (20 άνδρες 16,8% και 99 γυναίκες 83,2%), οι περισσότεροι των οποίων άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών (64,7%). Το 45,4% του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε ότι έρχονταν 1-2 φορές τον μήνα σε επαφή με κάποιο περιστατικό θανάτου. Οι περισσότεροι με ποσοστό (49,6%) συμφώνησαν ότι ο θάνατος αποτελεί μια απαίσια εμπειρία και ότι δεν θεωρείται ως ανακούφιση από το βάρος της ζωής (20,2%). Σύμφωνα με τα επίπεδα βαθμολογίας των 5 υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (φόβος θανάτου, αποφυγή θανάτου, ουδέτερη αποδοχή, αποδοχή θανάτου, διαφυγή), οι μεγαλύτερες μέσες τιμές διαπιστώνονται στο «φόβο θανάτου» και στην «αποδοχή θανάτου» με μέση τιμή 4,0. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (31,1%) απάντησε ότι δεν σκέφτεται το θάνατο, αλλά αποφεύγει να κάνει σκέψεις γύρω από την έννοια του (30,3%). Αναφορικά με την υποκλίμακα της αποδοχής θανάτου, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε τμήματα όπως την καρδιολογική και αιματολογική, παρά την αυξημένη θνησιμότητα, φάνηκε να μην αποδέχεται εύκολα το γεγονός του

θανάτου. Σύμφωνα και με τα επίπεδα βαθμολογίας της κλίμακας στάσης απέναντι στο θάνατο ως προς το ίδρυμα εργασίας τους δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων μεταξύ των δύο νοσοκομείων. Τέλος, δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των κοινωνικό δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της στάσης τους απέναντι στο θάνατο, εκτός από την προϋπηρεσία στη παρούσα θέση και στο φόβο θανάτου. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν τόσο λιγότερο φοβόντουσαν το θάνατο ($\rho = -0,188, p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Ο θάνατος επηρεάζει σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από τμήμα εργασίας και φαίνεται να μειώνεται με την αύξηση των ετών εργασίας. Για την καλύτερη διαχείριση του βιώματος του θανάτου, προτείνεται η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης.

Λέξεις – κλειδιά: στάσεις, νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομειακή φροντίδα, θάνατος, ασθενείς, Death Attitude Profile - Revised

Summary

Introduction: Health care providers, and particularly nursing staff, too often experience the death of patients, who even though they have been provided with hospital intense care, they do not manage to overcome their health issues. Their behavior and perception of death are affected by multiple factors and can adversely affect their mental and physical health.

Aim: The study aims to research the nursing staff's behavior in instances when they need to cope with the experience of patients' death.

Methodology: The participants of the current study were nursing staff working in two main hospitals in health care province of Crete, Greece. The research has been conducted from September 2019 to February 2020. An anonymous social-demographic questionnaire has been utilised along with the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) questionnaire of Wong P.T.P, Reker GT & Gesser G. (1994), the last has been translated in Greek by Ms. Mpellali and Mr. Sarafi. The statistical program IBM SPSS 25.0 was used to analyse the data.

Results: The research sample consisted of 119 nursing staff (20 males 16.8% and 99 females 83.2%), most of whom belonged to the 36-50 age group (64.7%). A percentage of 45.4% of the nursing staff reported that they came in contact with a death incident 1-2 times a month. The majority (49.6%) agreed that death is a terrible experience and it is not considered as relief from life difficulties (20.2%). According to the marking levels of the 5 sub-scales of the questionnaire (fear of death, avoidance of death, neutral acceptance, acceptance of death, escape), the highest average values are found in "fear of death" and "acceptance of death" with an average value of 4.0. A percentage of (31.1%) has replied that they try to avoid thinking about the context of death (30.3%). Regarding the "approach acceptance" sub-scale, it appears that nursing staff working in clinics, such as cardiological and hematological, where the death rate is increased, it is not easy to accept the fact of death. According to the rating scales of the attitude towards death in relation, nursing staff to their work institution, no significant differences were found in the views of the participants between the two hospitals. Finally, there was no significant relationship between the social demographic characteristics of the sample and their attitude towards

death, in addition to previous service in the present position and in fear of death. Specifically, it was found that the more years of service they had, the less they feared death ($\rho = -0,188, p < 0,05$).

Conclusions: Death significantly affects both the physical and mental health of the nursing staff, irrespective of the work department and appears to be declining with increasing years of work. For the improvement of death attitude, psychological support is suggested.

Keywords: Behavior, Death Attitude Profile - Revised, nursing staff, nursing care, death,

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Summary	6
Πίνακας περιεχομένων	8
Εισαγωγή.....	10
Ορίζοντας τις έννοιες θάνατος, απώλεια, θρήνος, θλίψη και πένθος.....	11
1.1 Θάνατος	11
1.1.1 Διαφορές αιφνίδιου και αναμενόμενου θανάτου	12
1.2 Απώλεια	14
1.3 Θρήνος	15
1.3.1 Μορφές θρήνου.....	16
1.4 Θλίψη.....	17
1.5 Πένθος.....	17
1.5.1 Τα στάδια του πένθους	18
Η έννοια του θανάτου μέσα από τους πολιτισμούς και τις θρησκείες	22
2.1 Θρησκευτική και φιλοσοφική ανάλυση του θανάτου	22
2.2 Το βίωμα του θανάτου μέσα από τα μάτια των παιδιών	27
2.3 Το ετοιμοθάνατο παιδί	30
Ο επαγγελματίας υγείας απέναντι στο θάνατο	33
3.1 Βίωμα θανάτου και μηχανισμοί άμυνας.....	33
3.2 Ανακουφιστική φροντίδα ασθενούς που πεθαίνει	36
3.3 Υποστήριξη της οικογένειας του ετοιμοθάνατου.....	40
3.4 Ψυχοσωματικές επιπτώσεις θανάτου στους επαγγελματίες υγείας.....	43
3.5 Μεταθανάτια Φροντίδα	46
3.6 Τα δικαιώματα του ετοιμοθάνατου.....	49
3.7 Επαγγελματική εξουθένωση – Burnout	54
Μεθοδολογία Έρευνας	58
4.1 Σκοπός Έρευνας	58
4.2 Επιμέρους στόχοι.....	58

4.3 Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος διεξαγωγής	58
4.4 Δείγμα Έρευνας	58
4.5 Ερευνητικό Εργαλείο	59
4.6 Δεοντολογία	60
Αποτελέσματα της έρευνας	62
Συζήτηση – Συμπεράσματα	78
Ελληνική Βιβλιογραφία	83
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	88
Ηλεκτρονικές σελίδες στο διαδίκτυο	90
Παράρτημα	91

Εισαγωγή

Ο θάνατος είναι η μη αναστρέψιμη διακοπή της ζωής. Αυτό περιλαμβάνει μια πλήρη αλλαγή στην υπόσταση μια ζωντανής οντότητας, η οποία εκδηλώνεται με το θάνατο του οργανισμού σαν ολότητα, του οποίου προηγείται ο θάνατος των μεμονωμένων οργάνων, κυττάρων και άλλων μερών των κυττάρων. Ο θάνατος συμβαίνει όταν τα ζωτικά όργανα σταματούν την λειτουργία τους, π.χ. η αναπνοή και το κυκλοφορικό (όπως αποδεικνύεται από τον χτύπο της καρδιάς). Όμως, αυτή η άποψη έχει αμφισβητηθεί, αφού οι ιατρικές πρόοδοι έχουν φτάσει σε σημείο να διατηρείται η αναπνοή και η λειτουργία με μηχανικά μέσα. Πιο πρόσφατα η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου έχει κερδίσει την αποδοχή. Από αυτήν την άποψη, η μη αναστρέψιμη απώλεια της δραστηριότητας του εγκεφάλου είναι το σημάδι ότι έχει επέλθει ο θάνατος. Αυτό ισχύει παντού στον κόσμο για κάθε ζωντανή ύπαρξη (Devinder, 2010).

Αρκετοί άνθρωποι βιώνουν τον θάνατο μέσα στο νοσοκομείο καθώς έχει γίνει πλέον ένα ιατρικό πρόβλημα. Έτσι, όχι μόνο η οικογένεια, αλλά και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό συμβάλλει σημαντικά στην φροντίδα των αρρώστων, οι οποίοι διανύουν το τελικό στάδιο της ζωής τους. Σε όλη αυτή τη πορεία οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι δίπλα στον ασθενή και να έχουν τις γνώσεις για την κατάλληλη ενημέρωση τόσο των συγγενών όσο και του ίδιου του ασθενή, αφού το κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του μοναδικό τρόπο. Πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη η οποία είναι ύψιστης σημασίας, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν και την απαραίτητη εμπειρία και γνώση για τις καταλληλότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Ωστόσο, μεγάλο μέρος από τους επαγγελματίες υγείας δυσκολεύεται να μιλήσει στους ασθενείς του για το θάνατο. Σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογία, αφού το άλυτο άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού παρεμποδίζει τις θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις όπως και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν το θάνατο. Εάν οι νοσηλευτές έχουν σωστή αντίληψη απέναντι σε αυτό το βίωμα, τότε μόνο θα μπορέσουν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Κεφάλαιο Πρώτο

Ορίζοντας τις έννοιες θάνατος, απώλεια, θρήνος, θλίψη και πένθος

1.1 Θάνατος

Ο θάνατος είναι το πιο μοναχικό γεγονός της ζωής καθώς αποχωρίζει τον θανόντα όχι μόνο από τους άλλους αλλά και από τον κόσμο ολόκληρο. Εκείνος που πεθαίνει, πάντα είναι το μεμονωμένο, μοναχικό άτομο και αυτή η μοναξιά είναι που καθιστά ανυπόφορη την αγωνία του θανάτου (Μαζαράκου, 2013). Η μη αναστρέψιμη διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών στα οποία συγκαταλέγεται και το εγκεφαλικό στέλεχος, είναι δύο από τους ορισμούς που δίδονται στον θάνατο. Ο πλέον επικρατέστερος και αποδεκτός σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και μη, είναι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου (Γέροντα, 2013).

Συνδέεται με τρεις βασικές έννοιες, το μη ανατάξιμο των βλαβών, την απώλεια των λειτουργιών οργάνωσης και συντονισμού και την παρουσία ενός πτώματος. Ανάλογα με τις αιτίες που μπορεί να προκληθεί διακρίνεται σε φυσιολογικό ή φυσικό (φυσιολογικό γήρας) και σε παθολογικό ή πρόωρο (νοσηρές καταστάσεις, φθορά οργάνων ζωτικής σημασίας).

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες που μπορεί να διακριθεί ο θάνατος ανάλογα με τον χρόνο επέλευσης:

- Τον κοινωνικό θάνατο (απόσχιση) από το περιβάλλον-οριστική αδυναμία επαφής και ανταπόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα.
- Τον κλινικό θάνατο (οριστική παύση αναπνοής και κυκλοφορίας).
- Τον βιολογικό θάνατο (οριστική απονέκρωση ή παύση βιολογικών, βιοχημικών λειτουργιών του κυττάρου), ανάλογα με τη βαθμιαία παύση της λειτουργίας των οργάνων του ανθρώπινου σώματος. Τα κύρια κλινικά σημεία του θανάτου είναι η άπνοια και η ασυστολία. Στα άτομα που βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη, υπάρχει ανάγκη και για άλλες ενδείξεις. Σε αυτές περιλαμβάνεται η απώλεια των αντανακλαστικών και κρανιακών νεύρων και η παύση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου (Μαζαράκου, 2013).

Τις περισσότερες φορές ο θάνατος βιώνεται ως ένα τέλος, μια μόνιμη απώλεια, μια εγκατάλειψη. Ωστόσο, αυτή είναι η φυσιολογική πορεία της ζωής του κάθε ανθρώπου. Όπως είπε και ο Καζαντζάκης στην εισαγωγή της «Ασκητικής» του, «Ερχόμαστε από μια σκοτεινή άβυσσο και καταλήγουμε σε μια σκοτεινή άβυσσο. Το μεταξύ φωτεινό διάστημα το λέμε Ζωή» (Μπαϊκούση, 2018).

Γίνονται και άλλες αναφορές γύρω από τον θάνατο σε επιστημονικό επίπεδο, όπως:

Ψυχολογική άποψη

Οι ψυχολόγοι υιοθετούν την άποψη ότι ο θάνατος έχει λάβει διάφορες μορφές. Η πιο ισχύουσα μορφή είναι ότι ο θάνατος δεν αποτελεί αντικείμενο αναφοράς παρά μόνο σε περιπτώσεις στατιστικής αναφοράς περί θνησιμότητας.

Τείνουν να προσφέρουν ένα αντιληπτικό και ρεαλιστικό πλαίσιο για την κατανόηση της σχέσης του ανθρώπου με το θάνατο. Αυτή είναι μια πρόκληση για το μέλλον (Kazdin, 2000).

Ψυχαναλυτική άποψη

Σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή E.Becker, η ικανότητα των ανθρώπων να φοβούνται και να κατανοούν το θάνατο, τους παροτρύνει να μην αποδέχονται ότι είναι θνητοί (Segal, 1996).

Ο Freud ισχυριζόταν ότι δεν υπάρχει θάνατος στο υποσυνείδητο, ωστόσο ο άνθρωπος με την υποσυνείδητη «ευχή» του θανάτου συνήθως εννοεί «εγώ» θα ζήσω για πάντα «εσύ» θα πεθάνεις (Eigen & Aronson, 1996).

1.1.1 Διαφορές αιφνίδιου και αναμενόμενου θανάτου

Ο **αιφνίδιος θάνατος** πρόκειται για μία ταχεία και απρόβλεπτη λήξη της λειτουργίας των ζωτικών σημείων, που οφείλεται σε μη εμφανή παθολογική αιτία, οργανικής ή και λειτουργικής φύσης. Για τον γιατρό είναι ο αδιάγνωστος, κλινικά και εργαστηριακά θάνατος. Το 80% οφείλονται σε παθολογικά αίτια, όπως τα καρδιακά επεισόδια, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και ο πνιγμός που προέρχεται από την εισρόφιση κάποιου ξένου σώματος. Το 20% των αιφνίδιων θανάτων προέρχονται από τροχαία, δολοφονίες και ατυχήματα άλλου τύπου, που θεωρούνται ότι έχουν βίαιο χαρακτήρα. (Επιβατιανός, 1988; Ντολτό, 2000).

Ο **αναμενόμενος θάνατος** επέρχεται λόγω φυσιολογικής φθοράς του οργανισμού ή από κάποια χρόνια διαταραχή της κατάστασης ισορροπίας της υγείας. Οι ενδείξεις ότι ένας οργανισμός δεν βρίσκεται πλέον στη ζωή μπορεί να είναι η παύση της αναπνοής, η πτώση της θερμοκρασίας, η απουσία παλμού, η ωχρότητα, η νεκρική ακαμψία και η αποσύνθεση,

όπου συνοδεύεται με μια δυσάρεστη οσμή. Στην περίπτωση αυτή εκδίδεται το ιατρικό πιστοποιητικό θανάτου για τη δήλωση του θανάτου, κατά το άρθρο 32 Νόμου 344/1976, υπογεγραμμένο από τον ιατρό και ο θάνατος θα πρέπει να δηλωθεί στο Ληξιαρχείο εντός 24 ωρών από την επέλευσή του (Χατζηλάμπρου, 2016).

Ωστόσο, υπάρχουν διάφορες επιστημονικές απόψεις ως προς το αν η αντιμετώπιση ενός αναμενόμενου θανάτου είναι ευκολότερη και λιγότερο ψυχοφθόρα από την αντιμετώπιση ενός αιφνίδιου θανάτου. «Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το προκαταβολικό πένθος για τον αναμενόμενο θάνατο ακολουθεί το ίδιο μοτίβο αντιδράσεων που εκδηλώνονται μετά την έλευσή του» (Di Matteo & Martin, 2010).

«Το ξαφνικό πένθος, στο οποίο η αμφισβήτηση είναι άμεση και σφοδρή, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ισορροπία του ατόμου που πενθεί. Ωστόσο, και το πρόωρο πένθος, που δεν γίνεται αποδεκτό, όπως και τα απρόοπτα της χρόνιας ασθένειας δεν αποτελούν λιγότερο επώδυνες καταστάσεις» (Bacque, 2007).

Άλλοι ειδικοί αναφέρουν πως ο αιφνίδιος θάνατος είναι πολύ δυσκολότερο να ξεπεραστεί. «Σε αντίθεση με τις περισσότερες απώλειες στις οποίες υπάρχει ο χρόνος για νοερή προετοιμασία και για αποχαιρετισμό με το αγαπημένο πρόσωπο του καθενός, ο ξαφνικός και βίαιος θάνατος αφήνει τις επιζούσες οικογένειες με ένα βαρύ φορτίο περισσότερο σταθμισμένο από τους επιζώντες ως «εκκρεμότητα» με το θύμα. Η ξαφνική απώλεια, ο θάνατος χωρίς προειδοποίηση, δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα στους επιζώντες. Τρία από τα πιο συνήθη περιλαμβάνουν έντονη θλίψη, τη συντριβή της κανονικής ζωής του ατόμου και την ύπαρξη μιας σειράς από ταυτόχρονες κρίσεις και δευτερεύουσες απώλειες (Θεολόγου, 2014).

Ο Doka απαριθμεί πέντε παράγοντες που επηρεάζουν τη φύση κάθε αιφνίδιας απώλειας.

1. **Φυσικά αίτια - Ανθρώπινα αίτια:** Κάποιες απώλειες όπως το έμφραγμα ή ο τυφώνας αποτελούν φυσικά αίτια ενώ άλλες όπως η ανθρωποκτονία ή ο βομβαρδισμός είναι αποτέλεσμα ανθρωπίνων εχθρικών δράσεων. Στην περίπτωση φυσικών απωλειών ο θυμός μπορεί να κατευθύνεται προς το νεκρό ή ακόμα και στο Θεό. Στις απώλειες που έχει προκαλέσει άνθρωπος ο θυμός είναι πιο πιθανό να κατευθύνεται προς το υπεύθυνο άτομο.
2. **Ο βαθμός σκοπιμότητας:** Κάποιες απώλειες όπως το ξαφνικό έμφραγμα μπορεί να μην θεωρηθούν ότι μπορούν να αποτραπούν. Άλλες όπως η ανθρωποκτονία μπορούν να αποτραπούν σε μεγάλο βαθμό.
3. **Ταλαιπωρία:** Σε κάποιες απώλειες, ο θάνατος είναι ακαριαίος, σε άλλες καταστάσεις μπορεί να προκύψει το ερώτημα εάν ο νεκρός υπέφερε από άγχος ή φυσικό πόνο. Ενώ η

αντίληψη της ταλαιπωρίας μπορεί να περιπλέξει τις αντιδράσεις στην απώλεια, ο αιφνίδιος θάνατος μπορεί να αφήσει αισθήματα ότι το άτομο που πέθανε δεν είχε χρόνο να προετοιμαστεί για το θάνατο του.

4. **Έκταση:** Ο αριθμός των ανθρώπων που επηρεάζονται από την απώλεια μπορεί να επηρεάσει την ένταση της θλίψης. Όταν μεγάλο πλήθος ατόμων εμπλέκονται, η ικανότητα των άλλων να παρέχουν υποστήριξη είναι περιορισμένη.

5. **Κατά πόσο ήταν αναμενόμενη:** Κάποιες ξαφνικές απώλειες είναι αναμενόμενες ως ένα βαθμό, άλλες πάλι απώλειες μπορεί να είναι τελείως απροσδόκητες (Θεολόγου, 2014).

1.2 Απώλεια

Η απώλεια, όπως και ο θάνατος, είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ζωής. Ως απώλεια νοείται η διαδικασία κατά την οποία κάτι χάνεται και προκαλεί συναισθήματα παρόμοια με αυτά του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Τη συναντούμε σε κάθε ηλικία με διαφορετικές μορφές. Παραδείγματος χάριν, ένα παιδί μπορεί να χάσει ένα παιχνίδι του, μια ηλικιωμένη να χάσει την όραση της, ένα ζευγάρι να πάρει διαζύγιο (Κανακάκης, 1989). Επομένως, απώλεια δε σημαίνει μονάχα θάνατος, όμως η ίδια σηματοδοτεί τον θάνατο. Η απώλεια είναι δυνατόν να ορισθεί ως μια πραγματική ή δυνητική κατάσταση κατά την οποία ένα προσφιλές πρόσωπο, αντικείμενο, μέρος του σώματος ή συναίσθημα που προϋπήρχε χάθηκε ή άλλαξε και δεν έχουμε πλέον τη δυνατότητα να το δούμε, να το αισθανθούμε, να το ακούσουμε, να το κατανοήσουμε ή να το βιώσουμε.

Η απώλεια ενδέχεται να είναι προσωρινή ή μόνιμη, πλήρης ή μερική, πραγματική ή αντιληπτή, φυσική ή συμβολική. Μόνο το πρόσωπο που βιώνει την απώλεια είναι σε θέση να προσδιορίσει την έννοια της. Η απώλεια πάντα οδηγεί σε αλλαγή. Το στρες που σχετίζεται με την απώλεια ενδέχεται να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα που οδηγεί σε φυσιολογική ή ψυχολογική μεταβολή του ατόμου ή της οικογένειας. Η αποτελεσματική ή μη αναποτελεσματική αντιμετώπιση των συναισθημάτων απώλειας καθορίζει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις αλλαγές που απορρέουν από αυτήν (Κωστούρου, 2009).

Ο Carplan περιέγραψε τρεις παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανότητα των ανθρώπων να ανταπεξέλθουν στην απώλεια. Υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν ψυχική δυσφορία για ένα έτος ή περισσότερο μετά την απώλεια. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Η ψυχική οδύνη από τη λύση του δεσμού και η αγωνία του ατόμου να συμβιβασθεί με την απώλεια.

- Η ζωή χωρίς τις θετικές πλευρές και την καθοδήγηση του απολεσθέντος προσώπου ή πηγής.
- Η μειωμένη αποτελεσματικότητα των γνωστικών ικανοτήτων και των τρόπων επίλυσης προβλημάτων σε συνδυασμό με την αφύπνιση των συναισθημάτων δυσφορίας (Γέροντα, 2013).

1.3 Θρήνος

Ο θρήνος έχει συνδεθεί με ένα ταξίδι και κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει ούτε πότε θα ξεκινήσει ούτε πόσο θα διαρκέσει. Κατά την αγγλική βιβλιογραφία υπάρχουν δύο λέξεις που περιγράφουν τον θρήνο σε διαφορετικές περιπτώσεις. Είναι η λέξη “grief” όπου χρησιμοποιείται για να δείξει τη συναισθηματική διάσταση και η λέξη “mourning” που δηλώνει την τελετουργική διάσταση του θρήνου (Κρυσταλλίδου, 2013). Αναλυτικότερα, η έννοια του θρήνου περιγράφει μια εμπειρία οδύνης και πόνου μετά από μια απώλεια. Είναι μια εγγενής αντίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό που εκδηλώνεται με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Η απώλεια που μπορεί να την προκαλέσει είναι είτε απώλεια ενός ζώου, ενός πράγματος ή ενός αγαπημένου προσώπου.

Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική αντίληψη του θανάτου, συνεπώς εκφράζεται με δικό του μοναδικό τρόπο στη διαδικασία του πένθους αλλά και του θρήνου. Επηρεάζεται από τη θρησκεία και τις κοινωνικές νόρμες, όπου με τη σειρά τους συμβάλλουν στη διαδικασία αντιμετώπισης της απώλειας. Ένας αριθμός θεωρητικών μοντέλων προσπαθεί να τονίσει τα διαφορετικά στάδια που περιλαμβάνονται στη διεργασία του θρήνου για να καταλάβουμε τι συμβαίνει όταν κάποιος θρηγεί. Υπογραμμίζουν ότι όλα τα άτομα θα βιώσουν ιδιαίτερες συναισθηματικές και σωματικές καταστάσεις, αλλά θα ποικίλουν ως προς τη σειρά και τη διάρκεια που παραμένει κάποιος σε ένα στάδιο. Τονίζουν επίσης ότι είναι ανάγκη να βιωθούν αυτά τα στάδια για να φτάσει κάποιος στην αποδοχή της απώλειας (Σταφυλά, 2016).

Κατά τον Engel υπάρχουν έξι στάδια τα οποία βιώνει ο κάθε άνθρωπος όταν περνάει από τη διαδικασία του θρήνου. Συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο είναι το σοκ & η δυσπιστία, όπου κυριαρχούν συναισθήματα κατάπληξης και το άτομο αρνείται να αποδεχτεί την πραγματικότητα. Σειρά έχει η επίγνωση, όπου το άτομο εμπεδώνει και συνειδητοποιεί την απώλεια. Καθώς περνάει στο επόμενο στάδιο το οποίο είναι η αποκατάσταση, κατά την οποία καταβάλλει προσπάθεια να επιλύσει το πρόβλημα (το άλυτο) που έχει δημιουργηθεί, ίσως να υπάρξει μια προσκόλληση και εξάρτηση από το άτομο που τον στηρίζει. Σε

επόμενο στάδιο ο άνθρωπος διαμορφώνει μια ιδανική για τον αποθανόντα εικόνα, χωρίς κανένα ελάττωμα ή σφάλμα. Εδώ μιλάμε για το στάδιο της εξιδανίκευσης κατά το οποίο μπορεί να εμφανιστούν και συναισθήματα ενοχής, μετάνοιας αλλά και θυμού. Στο τελευταίο στάδιο της διεργασίας περιλαμβάνεται η έκβαση, στην οποία το άτομο πλέον ενσωματώνει την απώλεια στο πρόγραμμα της καθημερινής του ζωής και μαθαίνει να ζει με αυτήν, όπως είχε πει και η Kubler-Ross «Ο θάνατος ήταν μαζί μας από πάντα και θα είναι μαζί μας για πάντα» (Παναγιωτοπούλου, 2016).

1.3.1 Μορφές θρήνου

Η διαδικασία του θρήνου όπως αναφέρθηκε νωρίτερα περιλαμβάνει συγκεκριμένες φάσεις που απώτερο σκοπό έχουν να αποδεχθεί το άτομο την απώλεια και να συμβιβαστεί μαζί της ώστε να συνεχίσει φυσιολογικά τη ζωή του. Αυτή η μορφή θρήνου και η εξέλιξή της χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες μορφές τις οποίες χρειάζεται να ξέρει το άτομο (ανεξαρτήτου ειδικότητας) για να μπορεί να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό, εάν καταλάβει πως ο θρήνος παρεκκλίνει του φυσιολογικού.

Αρχικά, ο προπαρασκευαστικός θρήνος είναι εκείνος όπου τα γύρω άτομα του ετοιμοθάνατου θρηνούν πολύ καιρό πριν το γεγονός του θανάτου. Αυτό συνήθως συμβαίνει σε περιπτώσεις χρόνιας και θανατηφόρας ασθένειας. Δεύτερη μορφή αποτελεί η απουσία θρήνου όπου το άτομο σταματάει για περισσότερο διάστημα από όσο πρέπει στη πρώτη φάση της διεργασίας του θρήνου που είναι η άρνηση. Δεν δέχεται την απώλεια, με αποτέλεσμα να μην καταλαβαίνει και τον λόγο που έχει για να θρηνήσει, αφού ακόμη πιστεύει πως το αγαπημένο του πρόσωπο ζει. Η μορφή αυτή είναι παθολογική και χρήζει ιατρικής βοήθειας.

Μια άλλη είναι ο παρατεταμένος θρήνος, κατά τον οποίο υπάρχει μεγάλη δυσκολία να δεχθεί την απώλεια, με έντονη σκέψη για αυτοκτονία. Ιδιαίτερα σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται ψυχιατρική βοήθεια. Ως τελευταία μορφή, αναφέρεται ο θρήνος με φυσικά συμπτώματα που μπορεί να πάρουν χαρακτήρα υποχονδριακής κατάστασης. Αναλυτικότερα, το άτομο που βίωσε τον θάνατο του αγαπημένου του προσώπου φαίνεται να ανησυχεί περισσότερο για την κατάσταση της υγείας του, με αποτέλεσμα να εμφανίζει σωματικά συμπτώματα που δεν είχε πριν ή που σηματοδοτούν μια ασθένεια που δεν υπάρχει. Σε περίπτωση που παρατηρηθεί κάποια από τις παραπάνω μορφές χρειάζεται να γίνει γνωστό σε κάποιον ειδικό όσο το δυνατό πιο γρήγορα (Κοντοχρήστου 2011; Ντούρα 2004).

1.4 Θλίψη

Η θλίψη μπορεί να οριστεί ως το αίσθημα της μελαγχολίας και της στεναχώριας εξαιτίας του θανάτου ή της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου ίσως και της αναμενόμενης απώλειας του ίδιου του εαυτού. Αυτή η αντίδραση στην απώλεια μπορεί να εκδηλωθεί σωματικά, συναισθηματικά, γνωστικά και κοινωνικά. Οι σωματικές αντιδράσεις περιβάλλονται από προβλήματα στη λήψη τροφής και στον ύπνο, οι ψυχικές μπορεί να περιλαμβάνουν ανησυχίες, μελαγχολία και απελπισία. Τέλος οι κοινωνικές αντιδράσεις σχετίζονται με την αναπροσαρμογή στη ζωή χωρίς τον αποθανόντα, ή αναπροσαρμογή στη ζωή μετά την απώλεια ενός άκρου ή τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Η πορεία της θλίψης εξαρτάται από τη σχέση του εκλιπόντα, τους παράγοντες που περιστοιχίζουν την αιφνίδια ή επικείμενη απώλεια, καθώς και τα άλλα ζητήματά του. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν το εάν ένα άτομο θα έχει μια «ομαλή» ή «παθολογική» διεργασία θρήνου. Για παράδειγμα, ο θάνατος που είναι αποτέλεσμα ενός ατυχήματος αυξάνει την πιθανότητα να υπάρξει μια παθολογική διεργασία του θρήνου παρά ένας θάνατος που είναι αποτέλεσμα μιας χρόνιας ασθένειας, όπου τα άτομα γνωρίζουν ότι το μέλος της οικογένειας τους ή ο φίλος τους θα πεθάνει (Devinder, 2010).

1.5 Πένθος

Το πένθος αφορά την αντίδραση στην απώλεια, στην αιτία του θανάτου. Αναφέρεται σε μια διαδικασία η οποία δεν περιορίζεται μόνο στις οξείες αντιδράσεις θρήνου σε οποιαδήποτε μορφή της εκάστοτε απώλειας. Ουσιαστικά, αφορά στις συνειδητές και μη συνειδητές διεργασίες λύσης των ψυχολογικών δεσμών με το νεκρό άτομο, κατά τις οποίες καταβάλλεται προσπάθεια από τον πενθούντα να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα, η οποία προκύπτει από τον θάνατο ενός σημαντικού ατόμου και όχι από κάποιου άλλου είδους απώλεια (Μακρυνιώτη, 2008). Εκείνα τα άτομα που βιώνουν τη θλιβερή αυτή διαδικασία, στην προσπάθειά τους να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα περνάνε ασυνείδητα από τα στάδια του θρήνου όπως περιγράφηκαν νωρίτερα.

Η διαδικασία του πένθους είναι πολύπλοκη και κατά συνέπεια οι ψυχολογικές επιπλοκές που παρουσιάζονται μπορούν να το διαχωρίσουν σε 3 κατηγορίες: αναβλητικό, ανεσταλμένο και χρόνιο. Το αναβλητικό πένθος παρουσιάζει την απόρριψη της πραγματικότητας ως ένας μηχανισμός άμυνας. Το ανεσταλμένο παρουσιάζεται συχνά σε παιδιά ή σε άτομα με μειωμένη νοητική λειτουργία, όπου εμφανίζεται με ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους ή πόνο στο στομάχι. Τέλος, επέρχεται το χρόνιο πένθος,

όπου το άτομο δεν μπορεί να ξεπεράσει τη σχέση εξάρτησης με το παρελθόν (Bacque, 2007).

Σύμφωνα με τον Freud (1915), «το πένθος είναι η καθολική απροθυμία του ανθρώπου - που φτάνει μέχρι την παράφορη άρνηση - να εγκαταλείψει το χαμένο αντικείμενο του. Πένθος και μελαγχολία, πένθος ή μελαγχολία αποτελούν τα πεπρωμένα της απώλειας του αντικειμένου αγάπης, ή ακόμη ενός αφηρημένου υποκατάστατου» (Παπαγιάννη, 2016).

1.5.1 Τα στάδια του πένθους

Η ψυχίατρος Elisabeth Kubler-Ross, ξεκίνησε να μιλάει για τα στάδια που διανύουμε την περίοδο του πένθους, βασίζοντας τα σε μελέτες γύρω από τα συναισθήματα ασθενών με ανίατες ασθένειες. Αργότερα παρατήρησε ότι από αυτά τα στάδια περνάμε συχνά στη διάρκεια της ζωής καθώς δε σχετίζονται μόνο με το θάνατο αλλά με οτιδήποτε συνοδεύεται από απώλεια όπως θα ήταν η απώλεια ενός κατοικίδιου ή ένας χωρισμός. Ο κάθε άνθρωπος αντιδράει με το δικό του μοναδικό τρόπο, δεν υπάρχει κάποια τυπική αντίδραση ή κάποια τυπική απώλεια.

Η Kubler-Ross διατύπωσε τα 5 στάδια του πένθους τα οποία βασίζονται στις ανθρώπινες αντιδράσεις και περιγράφονται ως εξής:

Το στάδιο της άρνησης

Ο ασθενής αρνείται το γεγονός της ασθένειας του για να προφυλαχθεί από το φόβο του θανάτου. Η άρνηση αυτή αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση όταν η πραγματικότητα είναι πολύ οδυνηρή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Είναι χαρακτηριστικές οι φράσεις «Αποκλείεται, δεν μπορεί να συμβαίνει σε εμένα.., δεν είναι δυνατό να συμβαίνει κάτι τέτοιο.., αποκλείεται!, ..δεν το πιστεύω!» (Άρνηση της πραγματικότητας και απομόνωση). Η άρνηση των επιπτώσεων, καθώς και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να συμβάλλει στην προσαρμογή του ασθενούς, καθώς του επιτρέπει να θέσει μακροπρόθεσμους στόχους και να προγραμματίσει την ζωή του, όπως επίσης να διατηρήσει τις σχέσεις του με το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Αν, όμως, η άρνηση παραταθεί μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού δεν θα τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή αποφεύγει να αποδεχθεί την διάγνωση της ασθένειας.

Το στάδιο του θυμού

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και εκφράζουν θυμό που είναι μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση. Ο θυμός από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας και αδυναμίας που συχνά μετατίθεται προς διάφορες κατευθύνσεις. Άλλοτε προς τους οικείους, τους συγγενείς και φίλους και άλλοτε προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποδίδοντάς του το ρόλο του «κακού», ενώ σε άλλους το ρόλο του «καλού». Πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν το φόβο τους για την ασθένεια με ευερεθιστότητα και εχθρικότητα προς τους επαγγελματίες υγείας. Δεν συνεργάζονται, κατακρίνουν όλες τις ενέργειες τους, ενώ άλλοι στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο Θεό, την τύχη. Ταυτόχρονα, ο θυμός δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον ασθενή από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον σε μια περίοδο που έχει ανάγκη την υποστήριξη. Σε αυτό το στάδιο του θυμού υπάρχουν συνήθως οι φράσεις «Είναι άδικο, γιατί σε εμένα; Δεν έχω ζήσει τίποτα» ή «Είμαι πολύ μικρός, γιατί μου το κάνεις αυτό;», «Τι μπορεί να έκανα ώστε να αξίζω κάτι τέτοιο;», «Δεν υπάρχει Θεός...».

Το στάδιο της κατάθλιψης

Το άτομο που πενθεί αρχίζει να συνειδητοποιεί σοβαρά την απώλεια, έρχεται σε επαφή με τα συναισθήματα της θλίψης, του πόνου, της αβεβαιότητας και του φόβου, της στεναχώριας. Ο ασθενής νιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, γίνεται πιο αδύναμος, δεν μπορεί να κρύψει την απελπισία και την πίκρα του. Η αίσθηση της απώλειας είναι ο λόγος που οδηγεί τον ασθενή στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντιδραστική όταν συγκρίνει πώς ήταν στο παρελθόν και πώς έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του και προπαρασκευαστική όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου «Είμαι τόσο αλλαγμένος και λυπημένος, γιατί να προσπαθήσω να κάνω οτιδήποτε;», «Δεν έχω ελπίδες, απλώς θα περιμένω να πεθάνω...»

Το στάδιο της διαπραγματεύσεως

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής και η οικογένεια του αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η ασθένεια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους. Ο ασθενής αποδέχεται την ασθένεια του, αλλά έχει την τάση να κάνει συμφωνίες για να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και τον θάνατο. Κάνει διαπραγματεύσεις με άτομα κύρους ή με τον Θεό, κάνει τάματα, υπόσχεται καλή συμπεριφορά προς τους γιατρούς ή αφιερώνει την ζωή του στην εκκλησία

με την ελπίδα ότι θα γίνει καλά ή θα παρατείνει την επιβίωση του «Θα είμαι καλύτερος, θα αλλάξω, απλώς άφησε με να ζήσω παραπάνω...», «Κάνε να μην συμβεί και εγώ θα το ανταποδώσω με...». Συχνά ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με την πρόκληση να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως σωστή διατροφή, αποχή από το κάπνισμα, επαρκή ξεκούραση. Οι νέες αυτές συμπεριφορές συμβάλλουν στην προώθηση της υγείας και ταυτόχρονα ενισχύουν την αίσθηση του αρρώστου ότι ασκεί κάποιον έλεγχο στη βελτίωση της οργανικής του κατάστασης.

Το στάδιο της αποδοχής

Το τελικό στάδιο είναι αυτό της αποδοχής. Είναι μια περίοδος εσωτερικής ηρεμίας, όπου ο ασθενής έχει πάψει να αγωνίζεται και συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις του, νιώθει ήρεμος, έτοιμος να πεθάνει «Εντάξει, πονάει αλλά.. η ζωή συνεχίζεται.., έχω εξοικειωθεί με το τι θα συμβεί.., όλα θα πάνε καλά». Ο ασθενής έχει πάψει να παλεύει για να μείνει στη ζωή. Η επικοινωνία που έχει με το περιβάλλον του είναι συνήθως ελάχιστη στο λεκτικό επίπεδο, ενώ με το βλέμμα του και την συμπεριφορά του εκφράζει αυτή την αποδοχή. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατό. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν καθώς επιθυμεί να μείνει μόνος του, όπως και η επικοινωνία πλέον με το περιβάλλον του γίνεται συνήθως με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Η διαδικασία πένθους διαρκεί πολύ και το άτομο μπορεί να παλινδρομεί μεταξύ συναισθημάτων αδυναμίας, απελπισίας, εξάρτησης καθώς συνεχώς βιώνει περιορισμούς στην καθημερινή ζωή του.

Η Kubler - Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται το ένα το άλλο αυστηρά, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις. Αυτό που θέλει να υποστηρίξει είναι ότι ένα άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με το θάνατο βιώνει μια αγχωτική κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Τα μηνύματα που προκύπτουν από τη θεωρία είναι τα εξής:

- 1.** Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει «δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες,» μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες εκκρεμείς υποθέσεις προτού πεθάνει.
- 2.** Για να είμαστε αποτελεσματικοί στη φροντίδα που παρέχουμε στο άτομο που πεθαίνει πρέπει να είμαστε «σε θέση να ακούμε προσεκτικά αυτό που εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά» και να καθοδηγούμαστε από τον ίδιο τον άρρωστο, αντί να οδηγούμε εμείς την πορεία του.

3. Η ελπίδα του αρρώστου δε χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του, αλλά παίρνει άλλη μορφή. «Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να μην ελπίζει ότι θα γίνει καλά, αλλά ότι θα προλάβει να γυρίσει σπίτι του και να ζήσει τα Χριστούγεννα μαζί με τους αγαπημένους του. Αυτές οι «μικρές ελπίδες» δίνουν νόημα και προοπτική στη ζωή που απομένει» (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν αυτά τα στάδια και να τα αναγνωρίζουν όταν επεμβαίνουν θεραπευτικά στον ασθενή και την οικογένεια για να έχουν αποτελεσματικότερη παρέμβαση και να μπορέσουν να βοηθήσουν ουσιαστικά. Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας απαιτεί συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης, τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένεια του. Η μελέτη και η κατανόηση του για τους διάφορους παράγοντες οι οποίοι παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειας, βοηθά στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών από τους επαγγελματίες υγείας (Σταφυλά, 2016).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Η έννοια του θανάτου μέσα από τους πολιτισμούς και τις θρησκείες

2.1 Θρησκευτική και φιλοσοφική ανάλυση του θανάτου

Έρευνες έχουν δείξει την καθοριστική σημασία που έχει η διαφορετική πίστη, οι πνευματικές και θρησκευτικές αξίες των ασθενών στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις σοβαρές ασθένειες και το θάνατο. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν χρέος να γνωρίζουν τις πεποιθήσεις και τα έθιμα κάθε θρησκείας, πέρα από τη δική τους, ώστε να συμπεριληφθούν κατά την εξέταση του θανάτου και της θλίψης (Clements et al., 2003).

Πολλοί άνθρωποι που είχαν παραμελήσει τα πνευματικά θέματα όταν ήρθαν αντιμέτωποι με το θάνατο, αυτό λειτούργησε ως ερέθισμα για την επιστροφή στις προηγούμενες θρησκευτικές πρακτικές. Σε αντίθετη περίπτωση, άλλοι κατηγορούν το Θεό για το θάνατο του αγαπημένου τους και για αυτό απομακρύνονται από αυτόν. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, πως η κάθε θρησκεία έχει την δική της αντίληψη και αντιμετώπιση απέναντι στον θάνατο και στο βίωμα του (Σταφυλά, 2016).

Ο **Χριστιανισμός** διαχωρίζει τον θάνατο σε δύο βασικά είδη τον πνευματικό και τον σωματικό. Ο σωματικός διακρίνεται σε φυσικό, αιφνίδιο και αναμενόμενο. Κατά τον πρώτο τρόπο ο θάνατος έρχεται με τα βαθιά γεράματα, ενώ κατά το δεύτερο μπορεί να επέλθει από ξαφνικό φόνο ή δυστύχημα. Υπό το πρίσμα του τρίτου τρόπου, όταν δεν μπορεί να θεραπευθεί μια ασθένεια ενός ανθρώπου, τότε ο ασθενής χαρακτηρίζεται ως θνήσκων και καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να έχει έναν «καλό» θάνατο, όσο δύσκολο και αν είναι αυτό. Ο πνευματικός θάνατος πρόκειται για τον χωρισμό της ψυχής από το Άγιο Πνεύμα, την πηγή κάθε χάριτος.

Μετά το χωρισμό των δύο στοιχείων του ανθρώπου, το σώμα τοποθετείται στη γη και εκεί διαλύεται. Διασπάται γιατί είναι σύνθετο, δηλαδή αποτελείται από πολλά στοιχεία. Αντίθετα, η ψυχή δεν διασπάται, αλλά αλλάζει τρόπο ύπαρξης. Συγκεκριμένα, ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης λέει ότι η ψυχή δεν μπορεί να διασπαστεί, γιατί η διάλυση αποτελεί τη φθορά του σύνθετου όντος, κάτι που θα σήμαινε ότι η ψυχή είναι σύνθετο στοιχείο. Επομένως, εάν η ψυχή διαχωριζόταν, θα είχε τα ίδια συστατικά με το σώμα και κατά συνέπεια δεν θα ήταν αθάνατη. Η ψυχή, λοιπόν, είναι απλή και ασύνδετη. Κατά την

Ανάσταση, αυτό δεν αποτελεί εμπόδιο στην ψυχή για να βρει τα στοιχεία του σώματος. Η ψυχή ζωοποιεί το σώμα, του δίνει κίνηση, ενέργεια και ζωή για αυτό όταν η ψυχή αποχωρίζεται το σώμα, το σώμα πεθαίνει και διαλύεται.

Ο θάνατος στην χριστιανική πίστη δεν προέρχεται από τη θεία βούληση, γιατί είναι αδύνατο να προέλθει κάτι κακό από τον αγαθό Θεό. Αντιθέτως, ο Θεός προσπάθησε να εμποδίσει την έλευση του θανάτου στον κόσμο, για αυτό πριν την πτώση φανέρωσε το θέλημά του, το οποίο οδηγούσε στην αθανασία. Αιτία της έλευσης του θανάτου και η επέκτασή του σε όλη την ύπαρξη, είναι η λανθασμένη διαχείριση του αυτεξούσιου του ανθρώπου. Συγκεκριμένα, η παράβαση των πρωτοπλάστων, είχε ως τίμημα τη στέρηση της ζωής και τον ερχομό του θανάτου στη ζωή του ανθρώπου. Ο θάνατος είναι κάτι αφύσικο και εχθρός του ανθρώπου και καθήκον του κάθε χριστιανού είναι να τον νικήσει μέσω της βοήθειας και της πίστης του στον Χριστό. Μετά την ενανθρώπιση του Θεού Λόγου, ο θάνατος ονομάζεται κοίμηση και καθίσταται μια γέφυρα προς την αιώνια ζωή (Νικηφόρος, 2017).

Συμπερασματικά, ο θάνατος σηματοδοτεί το τέλος της βιολογικής ζωής του ανθρώπου. Ο άνθρωπος γνωρίζει ότι το μόνο σίγουρο στη ζωή του από τη στιγμή που γεννήθηκε, είναι ότι θα πεθάνει. Η ώρα του θανάτου του, όμως, είναι άγνωστη για το λόγο ότι εάν ο άνθρωπος γνώριζε πότε θα πεθάνει, «δεν θα σταματούσε να αμαρτάνει και να μην αδιαφορεί για την αρετή» (Αρχιμ. Εφραίμ, 2013).

Στην εποχή των **Αρχαίων Ελλήνων** κυριαρχούσε η πίστη πως ο άνθρωπος αποτελείται από το σώμα, την ψυχή και το είδωλο. Το τελευταίο ήταν ένα είδος φαντάσματος που ακολουθούσε το σώμα και διατηρούσε το σχήμα και τα χαρακτηριστικά του σε μια πιο λεπτή όμως μορφή και για αυτό το αποκαλούσαν και «φάσμα» ή «σκιά». Με την έλευση του θανάτου, τα τρία αυτά στοιχεία αποχωρίζονταν, αλλά η τύχη και η πορεία τους ήταν άγνωστη. Για παράδειγμα, το «είδωλο» του Ηρακλή βρέθηκε στον Άδη, η ψυχή του στον ουρανό, ενώ το σώμα του είχε ήδη καεί στην Οίτη (Καμαράτου, 2001).

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις θεωρίες αρχαίων Ελλήνων και ξένων φιλοσόφων σχετικά με τον θάνατο:

- **Αριστοτέλης(384-322π.Χ.)**

Η πεποιθήση του Αριστοτέλη για το θάνατο είναι ότι η ψυχή και η ύλη αποτελούν βασικά στοιχεία του ατόμου. Εάν ο θάνατος γίνει κατανοητός μέσα από αυτά, τότε είναι φανερό ότι θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα ενός από αυτά (Durant, 1971).

- **Αισχύλος(525/524-556/555π.Χ)**

Λόγω της βαθιάς του θρησκευτικής πίστης θεωρούσε το θάνατο αναπόφευκτο γεγονός και ως Θεός δε δεχόταν τη δωροδοκία (Αλεξιάς, 2000).

- **Ευριπίδης(480-406π.Χ)**

Ο Ευριπίδης ισχυριζόταν ότι υπάρχει ζωή μετά το θάνατο και οι νεκροί συναντούσαν ο ένας τον άλλον στον Άδη (Βασιλειάδης, 1996).

- **Foucault (1926-1984)**

Ο Foucault (Γάλλος φιλόσοφος, κοινωνικός θεωρητικός, ιστορικός ιδεών) αναλύει το θάνατο ως ένα παθολογικό γεγονός, ως μια ασθένεια για την έκβαση της οποίας προτείνεται η διαμεσολάβηση της ιατρικής (Αλεξιάς, 2000).

- **Κίρκεγκωρ (1813-1855)**

Για τον ορισμό του θανάτου, ο Κίρκεγκωρ -φιλόσοφος και θεολόγος- χρησιμοποιεί την έννοια της κίνησης. Ο θάνατος δε μεταβάλλεται και επανέρχεται ξανά και ξανά.

Επισημαίνει ότι είναι γνωστό εκ των προτέρων ότι ο θάνατος θα επέλθει, αλλά το πότε είναι άγνωστο (Τζαβάρας, 1982).

- **Heidegger (1889-1976)**

Η συνεισφορά του Μ. Heidegger, σχετικά με το θάνατο, είναι σημαντική. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι το υπαρξιακό, γνωσιολογικό και κοινωνιολογικό ενδιαφέρον. Ο ίδιος πίστευε πως η κατανόηση της έννοιας του θανάτου προσφέρει στο άτομο την ευκαιρία να ολοκληρωθεί (Τζαβάρας, 1982).

Αναφορικά με τους **αρχαίους Αιγύπτιους**, είχαν ισχυρή πίστη στη μεταθανάτια επιβίωση για αυτό αφιέρωναν χρόνο και πλούτο στη μεταθανάτια ζωή. Οι τάφοι κατασκευάζονταν με μεγαλύτερη φροντίδα ακόμη και από ότι τα σπίτια τους, γιατί πίστευαν ότι η πιο ζωτική διάσταση της ύπαρξης τους συνέχιζε και μετά το θάνατο να «ζει» σε μια κατάσταση ανάλογη με εκείνη της επίγειας ζωής τους. Για αυτό, όλα τα αντικείμενα που εξυπηρετούσαν τις καθημερινές τους ανάγκες, τους συνόδευαν πραγματικά ή συμβολικά στον τάφο. Οι τάφοι σχεδιάζονταν έτσι που να έχουν ακόμα και κήπους, τουαλέτες και είδη ψυχαγωγίας.

Ο νεκρός περνούσε ένα τρομερό βάσανο κρίσης. Για να περνούσε στις απολαύσεις της άλλης ζωής θα έπρεπε να είχε ζήσει ενάρετα και να μπορούσε να απαγγείλει στον Άδη τους τύπους, τις προσευχές και τις εξομολογήσεις. Έτσι ζυγίζόταν η καρδιά του και εάν

ήταν ευνοϊκή, του την ξανάδιναν έτσι ώστε με την παλιά του μορφή να γίνει ένα νέο και αθάνατο όν (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Όσον αφορά τον **Ιουδαϊσμό**, η ζωή είναι πολύτιμη, για αυτό και το Ταλμούδ (ιερό βιβλίο) δεν επιτρέπει ούτε να κινήσει κανείς το χέρι του ετοιμοθάνατου, με τη σκέψη ότι μπορεί να πεθάνει ο άνθρωπος πιο γρήγορα. Ο θάνατος θεωρείται ένα τραγικό και εκφοβιστικό γεγονός. Παρά το γεγονός ότι πιστεύει σε κάποιου είδους μετά-θάνατο ζωή, δεν έχουν τις έννοιες Κόλαση - Παράδεισος, όπως αναπτύχθηκαν στην χριστιανική θρησκεία, αλλά επικεντρώνεται στο σήμερα (Ζαν Κοέν, 2010).

Για τους Εβραίους ένας θάνατος θεωρείται «καλός» όταν συμβαίνει μετά από μια μακρά ζωή, όταν ένας άνθρωπος πεθαίνει εν ειρήνη, όταν έχει απογόνους αλλά και προγόνους και τέλος όταν κάποιος ταφεί στη γη του. Αντιθέτως, ο θάνατος χαρακτηρίζεται ως «κακός» όταν είναι πρόωρος, βίαιος, όταν το άτομο δεν έχει κληρονόμο και όταν κάποιος δεν λαμβάνει τη σωστή ταφή (Spronk, 2004).

Τη στιγμή που επέρχεται ο θάνατος κάποιο συγγενικό πρόσωπο κλείνει τα μάτια και το στόμα του αποθανόντα. Το νεκρό σώμα δεν μένει μόνο του μέχρι τη στιγμή της ταφής του, αλλά μένει μαζί του ο σομέρ (ο φύλακας). Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τα πτώματα είναι τελετουργικά ακάθαρτα. Αναφορικά με την περιποίηση και τις τελετές ο νεκρός πρέπει να θάβεται το συντομότερο δυνατό μετά το θάνατό του. Εάν ήταν ηλικιωμένος καλύπτεται με ένα μαύρο ύφασμα, ενώ αν ήταν νέος το σώμα του πρέπει να είναι ντυμένο στα λευκά. Σύμφωνα με τους Εβραίους, η ταρίχευση και η αποτέφρωση του σώματος απαγορεύονται καθώς πιστεύουν πως ο οργανισμός πρέπει να μένει μέσα στη γη. Ο πιστός Εβραίος δε πρέπει να φοβάται τον θάνατο, αφού οδηγεί στη ζωή, εφόσον ο θάνατος των πιστών είναι θυσιαστήριος (ως μαρτύρων). Πριν και αμέσως μετά την εμφάνιση του Χριστού εκφράζεται η άποψη για την ύπαρξη μεταθανάτιας ζωής με το Θεό, η οποία απορρέει απ' την αναμφισβήτητη επενέργεια του Θεού στην επίγεια ζωή, μια εμπειρία που γεννά πίστη και υποταγή, ώστε να μη διστάζει να πεθάνει κανείς, προκειμένου να τις ομολογήσει. Η πίστη στην ανάσταση αποτελεί μια από τις βασικές αρχές του Ιουδαϊσμού. Δεν χωρούσε αμφισβήτηση, αφού η ίδια η Γραφή την επιτρέπει και απαιτεί από τους Εβραίους να πιστεύει σε αυτήν (Καμαράτου, 2001; Ζαν Κοέν, 2010).

Για τον **Βουδισμό**, η αντίληψη γύρω από το γεγονός του θανάτου και μετά ξεκινά με την ιστορία και τη ζωή του Γκαουτάμα. Ο Γκαουτάμα (αργότερα ονομάστηκε Βούδας) γεννήθηκε σε ένα παλάτι με ανέσεις, πλούτη και χωρίς καμία απειλή, αφού είχε την απόλυτη προστασία του πατέρα του. Μετά από αρκετά χρόνια, όταν ήταν πια μεγάλος σε

ηλικία ζήτησε να βγει στον έξω κόσμο. Οι έξοδοι του ήταν τέσσερις κατά τις οποίες συνάντησε τρία διαφορετικά περιστατικά που σημάδεψαν τη ζωή του. Το πρώτο ήταν ένας άρρωστος, ο δεύτερος ένας γέρος, ο τρίτος ήταν ένας νεκρός έτοιμος για καύση. Έτσι λοιπόν, αποφάσισε να βρει έναν τρόπο για να σταματήσει το κακό και διέταξε να βγει έξω για τέταρτη φορά, όπου στο δρόμο συνάντησε έναν ασκητή, ανεξαρτητοποιημένο από όλα τα επίγεια υλικά. Το τελευταίο περιστατικό άλλαξε ολοκληρωτικά τη ζωή του βρίσκοντας το πραγματικό νόημα της ζωής, αφήνοντας πίσω τα πλούτη και τις γήινες απολαύσεις και ζώντας με εγκράτεια και προσήλωση έως την ημέρα του θανάτου του.

Κατά το Βουδισμό, λοιπόν, έχουν σημασία οι πράξεις της «εδώ» ζωής, αφού συνοδεύουν την ποιότητα της ζωής μετά τον θάνατο. Το σβήσιμο των «κακών» πράξεων γίνεται είτε πριν τον θάνατο είτε στην επόμενη ζωή. Χωρίς να βιωθεί το αποτέλεσμα των πράξεων δε δίνεται τέλος στο «ντούκα» (στη μη-μονιμότητα) (Καμαράτου, 2001).

Συνεπώς, ο θάνατος λειτουργεί ως υπενθύμιση της αξίας του να έχει γεννηθεί ο άνθρωπος. Βοηθά να υπενθυμίσουμε στον εαυτό μας ότι δεν πρέπει να θεωρούμε τη ζωή δεδομένη. Η πίστη στην αναγέννηση μεταξύ των βουδιστών δεν εξαλείφει απαραίτητα το άγχος του θανάτου, αφού κάθε ύπαρξη στον κύκλο της αναγέννησης θεωρείται γεμάτος από ταλαιπωρία και η επανένταξή του πολλές φορές δεν σημαίνει απαραίτητα ότι προχωράμε.

Η θρησκεία του **Ισλαμισμού** εξάγει πληροφορίες σχετικά με τον θάνατο από το Κοράνιο και από την πρακτική ερμηνεία του Κορανίου στα Χαντίθ. Σύμφωνα με αυτό ο θάνατος όπως και με όλα τα πράγματα γίνεται με τη βούληση του Θεού. Ο θάνατος θεωρείται ως το τέλος της διορίας που έχει θέσει ο Θεός στους ανθρώπους για επανόρθωση και επιστροφή σε εκείνον. Αυτή η «προθεσμία» δόθηκε αρχικά για τους πρωτόπλαστους (Αδάμ - Εύα) και έπειτα μεταφέρθηκε σε όλη την κτήση. Ο άνθρωπος, λοιπόν, όταν πεθαίνει ενώνεται με τον Θεό για αυτό ο φόβος του θανάτου μεταβάλλεται σε θείο έρωτα και επιδιώκεται η θέα του Θεού. Οι μουσουλμάνοι βλέπουν τον θάνατο ως μια κατάσταση χωρίς γυρισμό, που δεν υπάρχει περίπτωση να ξαναπεράσει κανείς άνθρωπος από αυτήν τη ζωή. Οι ζωντανοί με τη σειρά τους έχουν χρέος να επισκέπτονται τους τάφους ώστε να θυμούνται την μελλοντική εμφάνιση του θανάτου και την ημέρα της Κρίσεως (Σταφυλά, 2016).

Τέλος, ο θάνατος είναι καθαρά θυσιαστικός γιατί χωρίς αυτόν δεν μπορεί να υπάρξει ζωή, λένε οι βιβλιογραφικές αναφορές για τον **Ινδουισμό**. Η άποψη αυτή συνδέεται με το ότι υπάρχει μια ατελείωτη επανάληψη θανάτων (σαμσάρα), καθώς η προσωρινή ύπαρξη του ατόμου (τζίβα) προχωρά από τη μία γέννηση στην άλλη. Οι τρεις πιο σημαντικοί

εκπρόσωποι του θανάτου είναι η Κάλι, ο Γιάμα και ο Σίβα. Ο Γιάμα ήταν αρχηγός των προγόνων και οδηγούσε τους νεκρούς στο βασίλειό τους με τα δύο του σκυλιά που επόπτευαν τον δρόμο των νεκρών. Για αυτό και οι Ινδουιστές δεν μένουν στον πόνο και στη θλίψη που προκαλείται από το γεγονός του θανάτου αλλά βοηθούν με προσευχές και τελετές να ταξιδέψει η ψυχή (Καμαράτου, 2001; Σταφυλά, 2016).

Συνοψίζοντας, όσον αφορά τις θρησκείες ο Ο' Connor ισχυρίζεται πως μπορούμε να μάθουμε πολύ περισσότερα για τις πνευματικές ανάγκες του κάθε αρρώστου θέτοντας του ερωτήματα όπως: «Υπάρχει κάτι που να σας δίνει ελπίδα και κουράγιο;» και όχι απλά «Σε ποια θρησκεία ανήκετε;». Αυτό βοηθά όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά και τον επαγγελματία υγείας να έρθει σε μια πιο κοντινή επαφή με την πραγματικότητα και να μην έχουν πάντοτε την σκέψη πως συνεχώς θα έχουν θετική επίδραση στον άρρωστο (Παπαγιάννης, 2016). Παράλληλα, σε άλλες μελέτες έχει διαπιστωθεί πως οι θρησκευόμενοι άνθρωποι παρουσιάζουν μια στάση αποδοχής απέναντι στον επερχόμενο θάνατο, ενώ άτομα με βαθιά αυθεντική θρησκευτική στάση αναφέρουν μεγαλύτερη ανησυχία, γεγονός που δείχνει πως δεν μετράει μόνο να πιστεύεις σε κάτι αλλά να υπάρχει και μια σχετική επεξεργασία του περιεχομένου της θρησκείας (Dezutter, 2008). Όπως είχε πει και ο Παπανούτσος (1973) «σε όλες τις θρησκείες που γνώρισε έως τώρα ο κόσμος, ο θάνατος αποτέλεσε ένα από τα κύρια, αν όχι το κύριο θέμα. Θα φανεί ίσως παράξενο ότι θρησκεία χωρίς θεούς υπήρξε (πρωτόγονος βουδισμός), όχι όμως και θρησκεία που δεν εννοιολογεί το θάνατο» (Ντούρα, 2004).

2.2 Το βίωμα του θανάτου μέσα από τα μάτια των παιδιών

Η έννοια του θανάτου στα παιδιά είναι δύσκολα κατανοητή. Όμως, ακόμη και στη βρεφική ηλικία που θεωρείται αδύνατο να αντιληφθεί τι γίνεται γύρω του και να καταλάβει μια απώλεια, επικοινωνεί και εκφράζει με τους δικούς του τρόπους τους φόβους, τις ανησυχίες και το αίσθημα της εγκατάλειψης. Αυτό μπορεί να εκφραστεί με ανήσυχο ύπνο, με ανεξήγητο κλάμα, με αϋπνίες, διαταραχές στο φαγητό, κ.ά. (Ντούρα, 2004).

Αναλυτικότερα, υπάρχει μια διάκριση που μας βοηθά να καταλάβουμε πώς κατανοείται ο θάνατος ανάλογα την αναπτυξιακή ηλικία του παιδιού. Στην ηλικία των 3 χρονών, δεν μπορούν να κατανοήσουν τον όρο «θάνατος». Τον θεωρούν ως μια απομάκρυνση, αλλά όχι οριστική, κάτι παρόμοιο με τον ύπνο. Συχνά τα παιδιά όταν κάνουν κάτι μη αποδεκτό τιμωρούνται με απομάκρυνση του ενήλικα από το πλάι τους, κάτι που πρέπει να

διευκρινιστεί στην περίπτωση του θανάτου για να μην νιώσει ότι εκείνο φταίει που «έφυγε» το αγαπημένο τους πρόσωπο επειδή έκανε κάτι «κακό».

Σε δεύτερη φάση, σε ηλικία 4-5 χρονών δεν θεωρεί το θάνατο ως ένα οριστικό γεγονός. Συνδέεται με καταστάσεις όπως τα γηρατειά, τον πόλεμο, την αρρώστια, κ.ά. Πολλές φορές φοβάται να μείνει σε ένα σκοτεινό μέρος ή να κοιμηθεί, καθώς πιστεύει πως δε θα ξυπνήσει. Για αυτό οι γονείς θα πρέπει να μιλάνε στα παιδιά με ακριβείς όρους και όχι με παραδείγματα. Τα παιδιά της ηλικίας αυτής δεν μπορούν να καταλάβουν τρία πράγματα: ότι όλοι οι άνθρωποι πεθαίνουν, ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και ότι ο θάνατος είναι οριστικός.

Όταν έχει φτάσει στην ηλικία των 9-10 χρονών έχει πλέον καταλάβει πως ο θάνατος είναι ένα οριστικό, αναπόφευκτο γεγονός και μέρος του κύκλου της ζωής. Ξεκινούν νέες φοβίες, όπως ότι και η δική του ζωή θα τελειώσει και δε θα ζει για πάντα. Όσο περισσότερο ενθαρρύνουμε το παιδί να εκφράζει τα συναισθήματα που του προκαλεί το άκουσμα του θανάτου τόσο καλύτερα θα μπορέσει να αντιμετωπίσει έναν μελλοντικό θάνατο.

Τέλος, από 12 χρονών και πάνω ο έφηβος πλέον έχει αναπτύξει απόψεις και ανησυχίες γύρω από το νόημα της ζωής. Νιώθει μεγάλη ανάγκη να ενταχθεί σε μια κοινωνική ομάδα, λόγω του φόβου της απώλειας, της απόρριψης και την μοναξιάς. Εξαιτίας των έντονων και αντίθετων συναισθημάτων του υπάρχουν στιγμές που ο έφηβος ξεσπά και επιτίθεται στους γύρω του.

Αυτές οι θεωρίες και οι ηλικιακοί διαχωρισμοί σίγουρα διαφέρουν από παιδί σε παιδί επηρεαζόμενες από κάποιους παράγοντες όπως είναι η οικογένεια ή το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν και οι θρησκευτικές, κοινωνικές αντιλήψεις του, οι προσωπικές εμπειρίες σχετικά με τον θάνατο αλλά και η πνευματική και συναισθηματική του εξέλιξη (Καμαράτου, 2001; Ντούρα, 2004; Χατζηλάμπρου, 2016).

Σύμφωνα με τις Νίλσεν και Παπαδάτου (1998), υπάρχουν μύθοι και αλήθειες για το πώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται τον θάνατο:

1. Τα παιδιά είναι αγνά και ανυποψίαστα. Δεν γνωρίζουν τίποτα για το θάνατο, ούτε για τις αρρώστιες που θέτουν σε απειλή τη ζωή μας.
2. Τα παιδιά τραυματίζονται όταν ζουν από κοντά την απειλή του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου.
3. Το μικρό παιδί δε θρηνεί. Το μεγαλύτερο παιδί θλίβεται. Ο θρήνος του, όμως, δεν είναι τόσο επώδυνος όσο ο θρήνος των ενηλίκων, και το ξεπερνάει γρήγορα.

4. Στο σχολικό περιβάλλον πρέπει να μαθαίνεται στα παιδιά πως να προετοιμάζονται για τη ζωή αλλά όχι για τον θάνατο (Ντούρα, 2004).

Σε περίπτωση απώλειας είτε αγαπημένου προσώπου είτε ενός ή και των δύο γονέων του παιδιού σε καμία περίπτωση δεν αποκρύβουμε την αλήθεια. Είναι ανάγκη να του εξηγήσουμε τι ακριβώς συνέβη και να καταλάβουμε τον τρόπο με τον οποίο το παιδί θρηνεί. Σε διαφορετική περίπτωση θα το αφήσουμε να δώσει δικές του εξηγήσεις κάνοντάς το να νιώσει ανασφάλεια, φόβο, ένταση που θα έχει τεράστιες επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του. Ο χρόνος που διαρκεί ο θρήνος δεν είναι συγκεκριμένος όπως και σε έναν ενήλικα. Απαραίτητη προσοχή πρέπει να δείξουμε σε τυχόν αλλαγές που μπορούν να σημειωθούν στη συναισθηματική αλλά και κοινωνική και νοητική εξέλιξη του παιδιού. Αυτές οι αλλαγές συνήθως εκδηλώνονται μέσω της τέχνης (ζωγραφική, θέατρο, μουσική), αφού πολλές φορές τα παιδιά δυσκολεύονται να εκφραστούν με τους λεκτικούς κώδικες επικοινωνίας. Έχει αποδειχθεί άλλωστε σε πολλές μελέτες ότι η ζωγραφική αποτελεί αντίγραφο της παιδικής σκέψης και των συναισθημάτων του. Η εικαστική έκφραση πιστεύεται ότι αποτελεί μια κατάλληλη μέθοδο στη θεραπεία των παιδιών με ψυχικά τραύματα, καθώς διευκολύνονται να οπτικοποιήσουν αυτά που αισθάνονται και σκέφτονται πριν αρχίσουν να εκφράζονται με λόγια (Μάστορα, 2004).

Μερικές από τις αντιδράσεις του παιδιού που θα μας δώσουν να καταλάβουμε πως το παιδί βρίσκεται σε διαδικασία θρήνου είναι οι εξής:

- Θλίψη και κλάμα.
- Αποστροφή από το παιχνίδι.
- Αίσθημα μειονεξίας λόγω διαφορετικότητας από τα άλλα παιδιά.
- Ανασφάλεια για το μέλλον.
- Φόβος θανάτου και άλλων προσώπων.
- Προβλήματα συγκέντρωσης.
- Αλλαγές στις συνήθειες ύπνου & φαγητού.
- Αλλαγή συμπεριφοράς (επιθετικότητα, απομόνωση).
- Ενοχές για την απώλεια του αγαπημένου προσώπου.
- Φόβος για το σκοτάδι.
- Σωματικές ενοχλήσεις (κοιλιακό άλγος, κεφαλαλγίες, εμετοί).

Εάν γίνει αντιληπτή μια ή περισσότερες από τις παραπάνω αντιδράσεις είναι αναγκαία η παρέμβαση των κηδεμόνων του παιδιού. Το παιδί πρέπει να μάθει πως στη ζωή πέρα από τις χαρούμενες στιγμές υπάρχουν και οι θλιβερές. Αυτό θα γίνει αντιληπτό με την

ενθάρρυνση (και όχι πίεση) του παιδιού να συμμετάσχει σε τελετές πένθους (κηδεία, μνημόσυνο, κ.α.), αλλά ταυτόχρονα την επιστροφή στο παιχνίδι και στις δραστηριότητές του πριν το γεγονός του θανάτου, δίνοντας του τον απαραίτητο χρόνο και χώρο και εξηγώντας πως αυτή η αντίδραση και η πιθανή άρνηση για παιχνίδι είναι φυσιολογική. Αυτή η στάση μας θα κάνει το παιδί να νιώσει άνετα αλλά και θα εκφράσει χωρίς δισταγμό και φόβο για επίκριση τα συναισθήματα και τις σκέψεις του (Χατζηλάμπρου, 2016).

2.3 Το ετοιμοθάνατο παιδί

Υπάρχει όμως και η περίπτωση που το ίδιο το παιδί βρίσκεται αντιμέτωπο με το θάνατο. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο φαντάζει μια τρομακτική και άγνωστη εμπειρία. Άλλο τόσο επώδυνη είναι και η περίοδος αναμονής για τη διάγνωση αλλά και η στιγμή της ανακοίνωσης πως το παιδί πάσχει από κάποια απειλητική ασθένεια. Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας έχουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους σε σχέση με τα μεγαλύτερα. Οι βασικότερες προϋποθέσεις για σωστή και πετυχημένη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση περιλαμβάνουν την απλή και κατανοητή πληροφόρηση με απλοποιημένες τις έννοιες των ιατρικών όρων. Επίσης σημαντική είναι η σταδιακή ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις συνέπειες αυτής και τέλος, η ενημέρωση αναφορικά με την πρόγνωση, η οποία δίνει ελπίδες για το μέλλον. Σίγουρα, η πρώτη αντίδραση της οικογένειας θα έχει σημάδια θυμού, επιθετικότητας και απογοήτευσης, αλλά εκεί είναι που πρέπει να δείξει την απόλυτη κατανόηση και συμβιβασμό σε «κάθε» αντίδραση ο επαγγελματίας υγείας (Καμαράτου, 2001).

Αντίστοιχα, όσον αφορά το διάστημα της παραμονής τους στο νοσοκομείο μετά από τη διάγνωση υπάρχουν οι ακόλουθοι παράγοντες που εντείνουν το άγχος των παιδιών:

1. Ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα.
2. Η διαταραχή του καθημερινού τρόπου ζωής της οικογένειας.
3. Οι εξηγήσεις και οι φαντασιώσεις του παιδιού σχετικά με την αρρώστια τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες υποβάλλεται ή τον πόνο που βιώνει.
4. Η πιθανή αλλαγή στη συμπεριφορά και στη στάση των ανήσυχων γονιών του.
5. Οι «παράλογες» προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απαιτεί από το παιδί πλήρη συμμόρφωση και συνεργασία αλλά και παθητική αποδοχή της θεραπείας του (Φυλάκη, 2016).

Σημαντικό ρόλο σε όλη την πορεία από τη διάγνωση έως και την ίαση ή και το θάνατο, πέρα από την οικογένεια, έχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η απάντηση σε υπαρξιακά ή πνευματικά ερωτήματα των παιδιών πέρα από τη σωματική τους φροντίδα είναι αναγκαία καθώς αυτό θα τα κάνει να νιώσουν όσο το δυνατόν περισσότερη ασφάλεια, με αποτέλεσμα να έχουν καλύτερη συνεργασία. Τα σοβαρά άρρωστα παιδιά χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να ξεκαθαρίσουν τι τους συμβαίνει όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο, αλλά και σε βαθύτερα, πιο υπαρξιακά επίπεδα. Πολύ συχνά έχουν απορίες για πνευματικά θέματα όπως ο Θεός, ο παράδεισος ή οι άγγελοι, ενώ είναι αρκετά πιθανό να επεξεργαστούν μέσα από τις ζωγραφιές τους όσα μπορεί να τους συμβούν όταν πεθάνουν» (Μάστορα, 2004; Θεολόγου, 2014).

Η συνεργασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και παιδιού κερδίζεται όταν από την πρώτη κιόλας στιγμή το παιδί ενθαρρύνεται να συμμετάσχει στη θεραπεία του ενεργά και όχι να την δέχεται παθητικά, χωρίς να εκφράζει τα συναισθήματά του. Αυτό είναι το σημαντικότερο βήμα για δεχθεί να νιώσει πως εν μέρη ελέγχει μια κατάσταση. Αντιθέτως, το παιδί που δεν ενημερώνεται για αυτό που του συμβαίνει και τι θα ακολουθήσει στο μέλλον πλάθει στο μυαλό του δικά του σενάρια πιο εφιαλτικά και δραματικά σε σχέση με την πραγματικότητα. Έτσι, δεν προετοιμάζεται σωστά, τραυματίζεται ψυχικά και δεν μπορεί να εμπιστευτεί το νοσηλευτή ή ιατρό που θα έρθει να το φροντίσει - εξετάσει (Καμαράτου, 2001). Τα παιδιά, λοιπόν, πρέπει να προετοιμάζονται για τη νοσηλεία, να υπάρχει πλήρης πληροφόρηση σε θέματα που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία του, να του παρέχεται συνεχής συναισθηματική στήριξη και να έχει τη δυνατότητα ενεργού συμμετοχής στην αποκατάσταση της υγείας του, και την ψυχολογική επεξεργασία των εμπειριών που βιώνει το παιδί μέσα στο νοσοκομείο (Φυλάκη, 2016).

Για τον λόγο ότι τα παιδιά κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο απαιτούν ιδιαίτερη μεταχείριση και προσοχή σε πολλές χώρες, πρώτα από όλα στην Αγγλία το 1960 θεσμοθετήθηκαν ορισμένες διατάξεις που αφορούν τη νοσηλεία του παιδιού στο νοσοκομείο. Έτσι λοιπόν, η νοσηλεία των παιδιών πρέπει να γίνεται σε Παιδιατρικά νοσοκομεία ή τμήματα, όπου υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για να ανταποκριθεί στις ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες των παιδιών. Επίσης, οι γονείς πρέπει να έχουν την ελευθερία να επισκέπτονται και να μένουν με το παιδί τους στο νοσοκομείο όποτε το επιθυμούν. Τέλος, πρέπει να διαθέτει εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξασφαλίζοντας την ομαλή συνέχιση της ζωής στο σπίτι, το σχολείο αλλά και το νοσοκομείο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Υπάρχουν πολλά είδη παιδικού θανάτου, πέρα από τον θάνατο λόγω χρόνιας ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τον προγεννητικό ο οποίος συμβαίνει είτε όταν το έμβρυο είναι στη μήτρα είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η αποβολή συχνά δεν συγκαταλέγεται στη απώλεια καθώς οι γονείς δεν έχουν προλάβει να δεθούν συναισθηματικά με το βρέφος, αν και τα συναισθήματα που γεννιούνται στους γονείς είναι το ίδιο έντονα με άλλες περιπτώσεις θανάτου. Παράλληλα, ο θάνατος των παιδιών που πεθαίνουν λίγες μέρες μετά τη γέννησή τους (περιγεννητικός θάνατος) προκαλεί αίσθημα απερίοριστη θλίψης και ενοχής, αφού το βρέφος είναι ένα εύθραυστο και απροστάτευτο πλάσμα απόλυτα εξαρτημένο από το περιβάλλον του. Ενώ το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (ο θάνατος στην κούνια) είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του βρέφους, ο οποίος συμβαίνει συνήθως πριν τον 6^ο μήνα. Τα παιδιά πεθαίνουν στην κούνια ξαφνικά, χωρίς κανένα σημείο και χωρίς να ακουστεί κάποιος θόρυβος (Di Matteo & Martin, 2010).

Μια από την πρώτη αιτία θνησιμότητας από την ηλικία του ενός έτους έως και την εφηβεία είναι λόγω κάποιου ατυχήματος και αυτό οφείλεται αποκλειστικά σε κάποιο λάθος των γονέων. Τέλος, η δολοφονία ενός βρέφους - παιδιού αποτελεί μια οδυνηρή και αδιανόητη εμπειρία, καθώς σε αυτή την περίπτωση ούτε η υγεία του παιδιού, ούτε το ίδιο το παιδί αλλά ούτε οι γονείς δεν οφείλονται για αυτό το τραγικό συμβάν (Baque, 2007).

Κλείνοντας, όπως αναφέρει και ο Γ. Κανακάκης (1989) «ο θάνατος ενός παιδιού είναι για τους γονείς ένα μοιραίο γεγονός, με εσωτερικά τραύματα που δεν ξεπερνούν, ίσως, σε ολόκληρη της ζωή τους. Η απώλεια του παιδιού είναι η πιο βαριά απώλεια, που μπορεί να βρει έναν άνθρωπο. Είναι τόσο αφύσικο να πεθάνει ένα μικρό, αγαπημένο, αθώο πλάσμα» (Θεολόγου, 2014).

Κεφάλαιο Τρίτο

Ο επαγγελματίας υγείας απέναντι στο θάνατο

3.1 Βίωμα θανάτου και μηχανισμοί άμυνας

Ορισμένα επαγγέλματα από τη φύση τους έχουν την ιδιότητα και την ευθύνη να συμπαραστέκονται δίπλα στον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον (Φάρος, 1993). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μια ομάδα υγείας που περιλαμβάνει νοσηλευτές και γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Στην ομάδα υγείας συνεργάζονται άνθρωποι διαφορετικής εκπαίδευσης, αλλά με κοινό αντικειμενικό σκοπό, να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στα άτομα, την οικογένεια και την κοινότητα (Καμίτση, 2014). Παράλληλα, βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα, η ζωή των οποίων απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια. Όταν μάλιστα δένονται με τον άρρωστο συναισθηματικά, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και φίλοι που θρηνούν. Έτσι, με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή το θάνατό του, μπορεί να αισθανθούν την ανάγκη να κλάψουν, μπορεί να νιώσουν θλίψη, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους.

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού υποτιμάται όχι μόνο από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Και αυτό συμβαίνει γιατί λανθασμένα πιστεύει ή έχει διδαχθεί ότι «Δεν πρέπει» να έχει προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο. Αντίθετα, πρέπει να είναι «δυνατός», να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και στο θάνατο, και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές. Αισθάνεται ότι ακόμα και αν επηρεαστεί, επιβάλλεται να ελέγξει τα συναισθήματα του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων. Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο αρρώστων (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Ο Kalish (1985) υποστήριξε σε έρευνά του ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι περισσότεροι ιατροί επιδιώκουν στόχους προσανατολισμένους στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης, αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σε αυτήν. Απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα διακατέχονται από αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή και κατάθλιψης (Μαζαράκου, 2013).

Ωστόσο, ο νοσηλευτής κατέχει κυρίαρχο ρόλο, αφού όλο το 24ωρο έρχεται σε επαφή με τον ετοιμοθάνατο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Πολλές φορές καλείται να παίξει ποικίλους ρόλους ώστε να απαλύνει τον ίδιο τον ασθενή και να αντιμετωπίσει τα θέματα που προκύπτουν. Ακόμη θα ήταν καλό όλοι οι νοσηλευτές να έχουν σχετική εκπαίδευση όσον αφορά καταστάσεις πένθους.

Σημαντικό ρόλο έχουν και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατρος, ψυχολόγος). Αυτή είναι η κατηγορία των επαγγελματιών υγείας όπου διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν το πένθος και τα στάδια αυτού. Η παρέμβαση και η επικοινωνία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας γίνεται κατόπιν αιτήματος των ενδιαφερομένων. Επεμβαίνουν αφού έχει παρουσιαστεί το πρόβλημα, χωρίς να υπάρχει προηγούμενη επαφή με τον θλιμμένο ή το πρόσωπο το οποίο χάθηκε. Η ευαισθησία και η εμπάθунση στα συναισθηματικά προβλήματα σε συνδυασμό με την παροχή ουσιαστικής βοήθειας είναι σημαντικής αξίας. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να γίνει παραπομπή σε ειδικούς ψυχιάτρους, με γνώσεις τόσο του πένθους όσο και τρόπους αντιμετώπισης της παθολογίας αυτών (Χατζηλάμπρου, 2016).

Η εμπιστοσύνη μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή λειτουργεί θεραπευτικά σε τέτοιου είδους καταστάσεις. Όμως, η καθημερινή ενασχόληση των νοσηλευτών με τέτοια θέματα, όπως και η σωματική και ψυχική κούραση, οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη προστατευτικών μηχανισμών, που επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα και έτσι συχνά εκφράζονται με ψυχρότητα απέναντι στον ετοιμοθάνατο και τα άτομα που θρηνούν (Χατζηλάμπρου, 2016). Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται από το προσωπικό υγείας συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο.

Μερικοί από τους μηχανισμούς αυτούς είναι:

- Ο μηχανισμός της **άρνησης** συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάσταση του, ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν τη φροντίδα του ή με πρωτόκολλα θεραπείας που αποβλέπουν στον έλεγχο της ασθένειας ή τη θεραπεία.
- Ο μηχανισμός της **εκλογίκευσης** επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του. Για παράδειγμα, ο γιατρός αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα: «Έτσι και αλλιώς δεν καταλαβαίνει», «Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτε άλλο», «Δεν έχει νόημα, σύντομα θα πεθάνει».
- Ο μηχανισμός της **προβολής** αφορά την απόδοση προσωπικών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής που νιώθει αδύναμος και αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα αισθήματα του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.
- Με το μηχανισμό της **μετάθεσης** ο εργαζόμενος μεταβιβάζει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή και στα μέλη της οικογένειας του.
- Μια άλλη συνήθης αντίδραση αφορά το «**παιχνίδι των πιθανοτήτων**». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση και την πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του αρρώστου ή και ο επικείμενος θάνατος του (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Πολλοί από τους μηχανισμούς χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μιας μονάδας που επιδιώκει να προστατευθεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για

να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητα τους προς κάποιο στόχο. Αναζητούν διαρκώς έναν «αποδιοπομπαίο τράγο» που εναλλακτικά μπορεί να είναι ένας «δύσκολος» συγγενής, άλλοτε ένας συνάδελφος, η διοίκηση, η πολιτεία ή οποιοσδήποτε άλλος. Ο στόχος αυτός, στην ουσία, τους επιτρέπει να αποφορτισθούν από τα έντονα συναισθήματα τους. Αυτά όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα, γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη φύση μιας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή οποιασδήποτε άλλης απώλειας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα (Σταφυλά, 2016).

Όμως, όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν μέσα σε ένα τμήμα δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στα μέλη του προσωπικού υγείας. Κάθε άρρωστος επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το προσωπικό. Όταν προϋπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον άρρωστο είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών ή τρόπου ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Επίσης, όταν οι θάνατοι είναι συχνοί και αλληπάληλοι, τότε το προσωπικό υγείας βιώνει μια «υπερφόρτωση πένθους» που συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση (Σταφυλά, 2016).

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια συστηματική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχίατρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας, πέρα από την απόκτηση γνώσεων, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

3.2 Ανακουφιστική φροντίδα ασθενούς που πεθαίνει

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια σχετικά νέα ειδικευση, αναγνωρισμένη επίσημα από το 1987 ως ιατρική ειδικότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ορίζεται 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». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός, ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή (Δήμου, 2008).

Η ειδική ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από τους επαγγελματίες που έχουν ειδικά προσόντα και πείρα στη διαχείριση της. Αυτοί οι επαγγελματίες υγείας είναι δυνατό να εργαστούν στην υπηρεσία κοινοτήτων, νοσοκομείων ή ασύλων και ανήκουν συχνά σε μια ομάδα πολύ-επαγγελματιών. Μπορούν να παρέχουν τις συμβουλές υπό μια συμβουλευτική ιδιότητα ή μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη για τη φροντίδα του ασθενή και της οικογένειάς του.

Η ανακουφιστική φροντίδα, ως ξεχωριστό πεδίο δράσης είναι αποτέλεσμα του κινήματος των ξενώνων. Η ιδέα του ξενώνα έχει τις ρίζες της στο μεσαίωνα, αλλά η σύγχρονη δομή της οφείλεται στο έργο της Dame Cicely Saunders. Η Saunders εργαζόμενη ως γιατρός στο St Joseph Hospital στο Δυτικό Λονδίνο, ανέπτυξε τεχνικές χορήγησης ισχυρών οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την ανακούφιση του πόνου και πρότεινε την έννοια του «ολικού πόνου», που αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της συναισθηματικής και ψυχολογικής καθώς και της οργανικής διάστασης του πόνου. Το 1967 η Dame Cicely Saunders εγκαινίασε τον ξενώνα «St Christopher», μια εξειδικευμένη μονάδα αφιερωμένη αποκλειστικά στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Από τη δεκαετία του '60, οι έννοιες του ξενώνα και της ανακουφιστικής φροντίδας εξελίχθηκαν σε ένα παγκόσμιο κίνημα. Τα τελευταία χρόνια, κεντρικός στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αποτελεί ο αποτελεσματικός τρόπος ανακούφισης του πόνου των ατόμων που πεθαίνουν (Corner, 2009).

Είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα που συνδέονται με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης από τον πόνο και με τη βοήθεια του έγκαιρου προσδιορισμού και της ορθής εκτίμησης και θεραπείας του πόνου καθώς και των υπόλοιπων προβλημάτων, φυσικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η ανακουφιστική φροντίδα συνοπτικά:

- Παρέχει την ανακούφιση από τον πόνο και άλλα καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο σαν μια φυσική διαδικασία.
- Δεν σκοπεύει ούτε να επιταχύνει ούτε να αναβάλει το θάνατο.
- Ενσωματώνει τις ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της φροντίδας του ασθενή.
- Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά μέχρι το θάνατο.

- Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει την οικογένεια να ανταπεξέλθει κατά τη διάρκεια της ασθένειας του ασθενή και του πένθους τους.
- Χρησιμοποιεί μια ομαδική προσέγγιση για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβούλων πένθους, εάν αυτό επιβάλλεται.
- Βελτιώνει την ποιότητα ζωής, και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας.
- Εφαρμόζεται νωρίς κατά τη διάρκεια της ασθένειας, από κοινού με άλλες θεραπείες που αποβλέπουν να παρατείνουν τη ζωή. Περιλαμβάνει έρευνες που απαιτούνται για καλύτερη γνώση και διαχείριση των ψυχολογικών κλινικών περιπλοκών (Kearney et al., 2006).

Στο παρελθόν ο θάνατος συνέβαινε κυρίως στο σπίτι, ενώ κατά την δεκαετία του '60, ποσοστό 70% των θανάτων γίνονταν στα νοσοκομεία, τάση η οποία διατηρείται ακόμα και σήμερα. Ο θάνατος μετατράπηκε σε ιατρικό συμβάν το οποίο διαχειρίζονται οι επαγγελματίες υγείας, παρά η οικογένεια.

Από αρκετούς ανθρώπους ο θάνατος θεωρήθηκε το μεγαλύτερο ταμπού του 20^{ου} αιώνα, το οποίο κρυβόταν από την καθημερινή ζωή των υπηρεσιών υγείας, καθώς απειλούσε τη δυτική αντίληψη για τη νεότητα, την υγεία και την προσωπική παντοδυναμία. Η ανακουφιστική φροντίδα επιδιώκει την αναίρεση τέτοιων αντιλήψεων, την ενίσχυση της ειλικρινούς αντιμετώπισης του θανάτου και την ενεργητική προαγωγή υψηλής ποιότητας φροντίδας των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Σήμερα τα νοσοκομεία έχουν γίνει οι συχνότερες δομές για τον ιδρυματικό θάνατο, ενώ έχει αναγνωρισθεί η αδυναμία τους για την αντιμετώπιση του. Ο μη ελεγχόμενος πόνος και τα άλλα συμπτώματα, η έλλειψη ειλικρίνειας των επαγγελματιών υγείας για την πρόγνωση και τον θάνατο, καθώς και η απρόσωπη φροντίδα και η θεραπεία εκείνων που πεθαίνουν και όσων βρίσκονται κοντά τους, είναι συνήθη φαινόμενα στα νοσοκομεία.

Στην δεκαετία του '60 στις ΗΠΑ οι καινοτόμες μελέτες των Glaser και Strauss καθώς και της Kubler Ross μεταξύ των άλλων ερευνητών, έφεραν στο φως την έλλειψη ειλικρίνειας στην παροχή φροντίδας υγείας για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι πεθαίνει. Η μελέτη των Glaser και Strauss, που διερεύνησε τους τρόπους αναγνώρισης του θανάτου ανδρών σε νοσοκομείο βετεράνων, έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας συνωμοτούσαν με τους συγγενείς προκειμένου να παρεμποδίσουν την ενημέρωση του ατόμου ότι πεθαίνει και πως η κουλτούρα του οργανισμού δημιουργούσε και συντηρούσε

φραγμούς στην ανοικτή επικοινωνία σχετικά με το γεγονός του θανάτου και της πορείας προς τον θάνατο. Η Kubler-Ross πέτυχε ότι μέχρι εκείνη την στιγμή φαινόταν αδύνατο. Έλαβε συνεντεύξεις από περίπου 200 άτομα, αναφορικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους για το γεγονός του επικείμενου θανάτου τους. Τα άτομα ήταν όχι μόνο ειλικρινή και ανοικτά σχετικά με το θέμα αυτό, αλλά σχεδόν όλα γνώριζαν ότι πέθαιναν, άσχετα με το εάν το επικείμενο γεγονός τους είχε ανακοινωθεί από το ιατρικό προσωπικό. Οι μελέτες αυτές ήταν βασικές στην προσπάθεια ανεύρεσης τρόπων υποστήριξης της ανοικτής επικοινωνίας και της αποκάλυψης της αλήθειας στην παροχή φροντίδας ατόμων που πεθαίνουν. Η παράλληλη ανάπτυξη των ξενώνων στο Ηνωμένο Βασίλειο συνέβαλε στην ανάπτυξη της φιλοσοφίας της παροχής φροντίδας στην πορεία του θανάτου.

Η εισαγωγή της έννοιας της ανακουφιστικής φροντίδας για τα άτομα που πεθαίνουν διέυρνε την περιορισμένη παρεχόμενη φροντίδα σε μια περισσότερο επικεντρωμένη προς το σπίτι προσέγγιση. Η ανακουφιστική φροντίδα επικεντρώνεται στην προαγωγή της ποιότητας ζωής των ατόμων με προχωρημένη νόσο, στη μεγιστοποίηση της ικανότητας τους να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα τους όσο το δυνατό περισσότερο και στην υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων που τους παρέχουν φροντίδα. Σήμερα οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας ανευρίσκονται σε ποικιλία δομών και παρέχουν μεγάλο εύρος υπηρεσιών. Η προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας αποσκοπεί:

- Στην επιβεβαίωση της ζωής και τη θεώρηση του θανάτου περισσότερο ως μια φυσιολογική παρά σαν μια βίο ιατρική διεργασία.
- Ούτε στην επίσπευση, αλλά ούτε και στην αναβολή του θανάτου.
- Στην ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων.
- Στην παροχή βοήθειας στα άτομα, ώστε να γίνουν ικανά να αποδεχθούν το δικό τους θάνατο, όσο καλύτερα μπορούν.
- Στην παροχή ενός υποστηρικτικού συστήματος βοήθειας των ατόμων να ζουν το κατά δύναμη ενεργητικά και δημιουργικά μέχρι το θάνατο.
- Στην παροχή ενός υποστηρικτικού συστήματος βοήθειας της οικογένειας και των φίλων κατά την διάρκεια της νόσου και της περιόδου του θρήνου.

Η φροντίδα περιορίζεται στην υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειάς του σε:

Ψυχολογικό επίπεδο

Στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα (Μαλλισόβα, 2009).

Κοινωνικό επίπεδο

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο πλησιάζει προς το θάνατο, αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Ενώ έχει ανάγκη να νιώθει τους άλλους γύρω του, μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, κοιμάται περισσότερο, δεν μιλάει πολύ και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας μονάχα ελάχιστες στενές σχέσεις. Συχνά οι συγγενείς παρερμηνεύουν αυτή την εσωστρέφεια και νομίζουν ότι δεν τους θέλει, δεν τους αγαπά πλέον ή τους απορρίπτει.

Πνευματικό επίπεδο

Η απειλή της ασθένειας και του επικείμενου θανάτου, η αναπηρία, η αβεβαιότητα για το μέλλον, θέτουν ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη του Θεού και το βαθύτερο νόημα της ζωής. Αναλυτικότερα στο χώρο του νοσοκομείου επικρατεί έντονο το στοιχείο της θρησκευτικής πίστης καθώς οι ασθενείς αναζητώντας ανακούφιση καταφεύγουν στην προσευχή, η οποία αποτελεί υγιή αντιμετώπιση μιας δεδομένης κρίσης. Οι θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών αφορούν τόσο τις εικόνες που συνήθως υπάρχουν στους θαλάμους των ελληνικών νοσοκομείων ή που οι ίδιοι φέρνουν μαζί τους ως προσωπικό τους αντικείμενο, όσο και άλλα ιερά σύμβολα όπως τα γραπτά κείμενα του Ευαγγελίου. Εξίσου σημαντική θεωρείται η παρουσία ιερέα στο χώρο του νοσοκομείου και της εκκλησίας που συνήθως βρίσκεται στον περίβολο του κτηρίου (Κουτελέκος, 2011).

Επιπροσθέτως, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών τελικού σταδίου που χρήζουν ανακουφιστική φροντίδα, δεν περιορίζονται μόνο στον πόνο. Σε έρευνα ένα ποσοστό 50% των ασθενών που πεθαίνουν, ανέφερε τρία βασικά συμπτώματα: πόνο ανορεξία, παραλήρημα. Αντιθέτως ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων δημιουργεί το αίσθημα του «υποφέρειν» στους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν συχνά σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με τη συναισθηματική τους κατάσταση και την αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης ή πνευματικής εγκατάλειψης την οποία βιώνουν (Γιακουμιδάκης, 2009).

3.3 Υποστήριξη της οικογένειας του ετοιμοθάνατου

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Ως εκ τούτου, κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και

αντίστροφα, όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό. Όταν ο άρρωστος πεθαίνει, μαζί του πεθαίνει συμβολικά και η οικογένεια, όπως την ήξεραν τα μέλη στο σύνολο της. Απαιτείται επομένως μια νέα ανακατανομή ρόλων και ευθυνών στα πλαίσια της «νέας» οικογένειας που διαμορφώνεται και η οποία δεν είναι όμοια με αυτήν που υπήρχε πριν τον θάνατο (Παπαδάτου, 2009).

Έτσι λοιπόν στη διαδικασία του πένθους δεν χρειάζεται βοήθεια μόνο ο ετοιμοθάνατος, αλλά και η οικογένεια και οι συγγενείς του ετοιμοθάνατου, όπου βιώνουν κι αυτοί το δικό τους δράμα. Κάθε κρίση που περνά ο ασθενής έχει άμεσο αντίκτυπο και στην οικογένεια του. Χρειάζονται και αυτοί βοήθεια και υποστήριξη, ιδίως σε ξαφνικά περιστατικά όπως ανακοπή καρδιάς ή κάποιο τροχαίο ατύχημα, όπου ο θάνατος τους βρίσκει εντελώς απροετοίμαστους και ανίκανους να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα (Χατζηλάμπρου, 2016).

Τραυματική εμπειρία ακόμη μπορεί να αποτελεί και η ίδια η επίσκεψη των συγγενών στο χώρο του νοσοκομείου. Η θέα του ασθενή πολλές φορές φέρνει το οικείο περιβάλλον του σε δύσκολη θέση. Η παραμορφωμένη και ταλαιπωρημένη εικόνα του ασθενή σε συνδυασμό με την παροχή ορών κάνει την κατάσταση δυσκολότερη. Οι επώδυνες αυτές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν την οικογένεια στο λεγόμενο «άγχος του αγνώστου». Σ' αυτήν την περίπτωση πρωταγωνιστούν οι καταστάσεις σοκ, το άγχος για το μέλλον και το άγχος σχετικά με τα παιδιά, την εργασία ή τα οικονομικά προβλήματα που θα προκύψουν. Όλες αυτές οι καταστάσεις μπορούν να δημιουργήσουν εχθρική συμπεριφορά απέναντι στο προσωπικό του νοσοκομείου. Για αυτό χρειάζεται χρόνος και καθοδήγηση των ατόμων από τους επαγγελματίες υγείας ώστε σιγά - σιγά να ηρεμήσουν και να ανταποκριθούν στις επικείμενες ανάγκες (Χατζηλάμπρου, 2016).

Στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει ο άρρωστος που προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας περιλαμβάνουν:

- Αυξημένο άγχος, που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημπορίας των ανθρώπων να ανατρέψουν το γεγονός του θανάτου. Το άγχος αυτό συχνά συνοδεύεται από οργή, ενοχές και κατάθλιψη.
- Διαρκή ενασχόληση με σκέψεις που αφορούν το θάνατο του αρρώστου, αλλά και προβληματισμούς σχετικά με το δικό τους θάνατο.

- Έντονα συναισθήματα που συνήθως είναι αντίθετα μεταξύ τους, για παράδειγμα, με την επιθυμία να επιβιώσει ο άρρωστος αλλά και την ευχή να πεθάνει για να μην υποφέρει. Αναφορικά για τους συγγενείς από τη μια μπορεί να εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς και από την άλλη εκφράζουν την επιθυμία να απομακρυνθούν εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάσταση της υγείας του και ο μελλοντικός θάνατος.
- Προοδευτική συναισθηματική αποχή από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το άτομο και τη σχέση τους μαζί του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η φυσιολογική αποχή και από-επένδυση δεν οδηγεί απαραίτητα στη εγκατάλειψη του αρρώστου που πεθαίνει.

Έντονο προβληματισμό και προγραμματισμό σχετικά με τις άμεσες ή αψότερες συνθήκες ζωής που θα προκύψουν μετά το θάνατο του αρρώστου (π.χ. «πως θα αντιδράσω στην κηδεία;», «πως θα είναι η ζωή μας από εδώ και μπρος;», «πως θα ξεπεράσω τον πόνο μου;»). Αυτές οι σκέψεις στην ουσία αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας του θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου και δεν πρέπει ο συγγενής ή φίλος να έχει αίσθημα ενοχής και προδοσίας (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Άλλωστε, όπως μας διδάσκουν οι άγιοι Πατέρες της Εκκλησίας η μνήμη του θανάτου αφ' ενός μας συγκρατεί από την αμαρτία, αφετέρου μας παρακινεί να εργασθούμε για τις αρετές. Όλες τις αρετές τις συντηρούν τρία πράγματα: το πένθος, τα δάκρυα για τις αμαρτίες και η σκέψη του θανάτου. Ο θάνατος είναι ο καλύτερος δάσκαλος της ακτημοσύνης (έλλειψη ακίνητης περιουσίας). Ο άνθρωπος που διδάσκεται από τον θάνατο θα καταλάβει πιο γρήγορα το νόημα της ζωής. Κάποιος από το συγγενικό περιβάλλον θα έλεγε επιπόλαια σκεπτόμενος ότι όλα αυτά ταιριάζουν στους μοναχούς και όχι στους λαϊκούς. Και βέβαια είναι γεγονός ότι η μελέτη του θανάτου είναι απαραίτητη εργασία του μοναχού, αλλά η ωφέλεια από την εργασία αυτή είναι μεγάλη και θα βοηθήσει ουσιαστικά και τους λαϊκούς, αρκεί να προετοιμαστούν κατάλληλα (Χατζηλάμπρου, 2016).

Είναι σημαντική η επικοινωνία μεταξύ της ομάδας περίθαλψης (γιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, ή ψυχίατροι) και των μελών της οικογένειας, διότι έτσι θα είναι ευεργετική και για τα δύο μέρη. Τέλος η ομάδα περίθαλψης θα πρέπει να αντεπεξέρχεται στις ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες ενημέρωσης για θέματα τέλους ζωής, ανακούφισης από τον πόνο, ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης. Κρίνεται απαραίτητη μια ομάδα συμβουλευτικής πένθους όπου ρόλος της είναι να προσφέρει ελπίδα και καθοδήγηση για τις προοπτικές που μπορεί να έχει ο επιζώντας. Επίσης, η μείωση του άγχους, η αποφυγή επίμονων

σκέψεων και οι διαταραχές ύπνου και φαγητού είναι άλλα προβλήματα που πρέπει να καταλαβαίνει και να ερμηνεύει τη φυσιολογική συμπεριφορά του πένθους (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

3.4 Ψυχοσωματικές επιπτώσεις θανάτου στους επαγγελματίες υγείας

Αναπόσπαστο κομμάτι του νοσηλευτικού επαγγέλματος αποτελεί ο θάνατος, μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που ο κάθε άνθρωπος θα αντιμετωπίσει σε κάποια δεδομένη στιγμή. Η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σήμερα σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή νόσο. Ο νοσηλευτής, ο οποίος παρέχει τη φροντίδα σε αρρώστους που διανύουν το τελικό κομμάτι της ζωής τους, έχει να εκτελέσει μια σειρά πράξεων, με σκοπό να αντισταθεί στην επέλευση του θανάτου ή να συμβάλλει στην προετοιμασία αυτού. Αυτή η αβέβαιη πάλη με το θάνατο οριοθετεί ένα πεδίο, όπου εύκολα γεννιούνται αισθήματα ενοχής. Το ερώτημα που τίθεται κάθε φορά είναι αν θα μπορούσε να είχε κάνει κάτι καλύτερο, κάτι περισσότερο απ' ό,τι η αναπότρεπτη πραγματικότητα επιβάλλει. Η εσωτερική σύγκρουση γεννιέται κάθε φορά που ο θάνατος επέρχεται. Ο νοσηλευτής θα πρέπει εδώ να αποδεχθεί το άγχος που του γεννά η ιδέα ότι δεν μπόρεσε να κάνει τίποτε περισσότερο, ώστε να αποτρέψει το θάνατο του αρρώστου.

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση η οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή τα άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητη και αρνητική για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του αρρώστου. Σε τέτοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον άρρωστο, αλλά προστατεύει τον εαυτό του από την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή. Στην πραγματικότητα, ο μόνος τρόπος για να μπορέσει ο άρρωστος να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα του, εκφράζοντας τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να τον ακούσει και ενδιαφέρεται να τον καταλάβει (Μαλλισόβα, 2009).

Είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη φροντίδα του αρρώστου και βιώνουν από κοντά όλες τις φάσεις της πορείας τους προς το κατώφλι του θανάτου. Βήμα-βήμα

γνωρίζουν τον άρρωστο καλύτερα, συνδέονται μαζί του, με την οικογένεια του και επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασης του. Προκειμένου να μειώσουν και να ελέγξουν τα συναισθήματα τους, προβαίνουν στην ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας και στην εφαρμογή ποικίλων συμπεριφορών. Κάθε θάνατος τον οποίο δεν μπορούμε να αναστείλουμε, ανακαλεί το φόβο του προσωπικού μας θανάτου. Η κατάργηση των συνόρων ανάμεσα στον προσωπικό μας θάνατο και στη γενική έννοια του θανάτου επέρχεται όταν με το πρόσωπο που πεθαίνει συνδεόμαστε συναισθηματικά (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Συγκεκριμένα, ο Harper (1997) περιγράφει μια δομή από πέντε στάδια, η οποία εξετάζει τον τρόπο προσαρμογής των νοσηλευτών στο ψυχικό τραύμα που δημιουργεί η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από ανίατα νοσήματα. Η δομή αυτή βοηθά επίσης στο να γίνουν κατανοητά τα συναισθήματα που βιώνει ο άρρωστος, αλλά και να αξιολογηθεί η προσωπική και επαγγελματική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.

Τα στάδια αυτά είναι:

- Απόκτηση γνώσεων σχετικών με την κλινική πράξη και την απώλεια.
- Αντιμετώπιση του συναισθηματικού τραύματος που προκαλεί η ενασχόληση με το θάνατο.
- Απόφαση για το αν θα συνεχίσει ή αν θα εγκαταλείψει την εργασία π.χ. αν θα επιλέξει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες ή απλώς θα παραιτηθεί.
- Προβληματισμός και απόκτηση γνώσεων για την αντιμετώπιση του θανάτου και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του.
- Καλλιέργεια συναισθημάτων συμπόνιας και συμπάθειας στη φροντίδα, τα οποία να γίνονται αντιληπτά από τον άρρωστο και την οικογένεια (Bacque, 2007).

Συχνά ερωτήματα που θέτονται από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου αφορούν αφενός στη στάση που πρέπει να τηρηθεί απέναντι στον ασθενή, βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, και αφετέρου στα προσωπικά συναισθήματα που πηγάζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες συνθήκες και στον τρόπο διαχείρισής τους. Ο προβληματισμός ως προς τον τρόπο αντίδρασης, η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, αλλά και ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισης ώστε ο ασθενής να νιώσει ελεύθερος να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματα του, ανήκουν στα θέματα που απασχολούν τον επαγγελματία υγείας (Γέροντα, 2013).

Η πίεση του φόρτου εργασίας είναι μεγάλη για το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ορισμένα τμήματα όπως είναι αυτό της ανάνηψης, της ομάδας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, των επειγόντων περιστατικών ή των μονάδων εντατικής θεραπείας λόγω αυξημένης έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες το πρόβλημα γίνεται οξύτερο για τους επαγγελματίες υγείας. Έτσι, η θέση του ψυχιάτρου ή του ειδικευμένου ψυχολόγου σε ένα γενικό νοσοκομείο επιτρέπει την επεξεργασία της προβληματικής του θανάτου, όταν αυτός αγγίζει την ψυχή του νοσηλευτή (Κατσιμίγκας, 2007).

Σημαντικό είναι το μοίρασμα των συναισθημάτων με την οικογένεια μετά τον θάνατο του αγαπημένου προσώπου. Με αυτό το τρόπο τόσο ο νοσηλευτής όσο και η οικογένεια μπορεί με μεγαλύτερη ευκολία να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα της απώλειας (Lemone, 2014). Όμως πρέπει να γνωρίζουν ότι η παρουσία τους κατά τη διάρκεια του θανάτου του ασθενούς και στο πένθος της οικογένειας είναι δυνατόν να αναζωπυρώσει τα συναισθήματα θρήνου για κάποια προσωπική τους αξεπέραστη απώλεια. Στις περιπτώσεις αυτές, οι θεράποντες ενδέχεται να νιώσουν την ανάγκη να εκφράσουν τη δική τους αντίδραση απέναντι στις δικές τους απώλειες.

Υπάρχει η άποψη ότι η εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων μετά από ένα συμβάν θανάτου στο γενικό νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί σαν μετατραυματικό stress. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με φόβο, τρόμο και διάθεση απραξίας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετά τραυματικό stress είναι τέσσερα:

- Το πρώτο αφορά την παρουσία ενός τραυματικού γεγονότος κατά το οποίο συμβαίνει θάνατος, επικείμενος θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός.
- Το δεύτερο κριτήριο είναι η επανεμφάνιση του συμβάντος μέσω των ονείρων ή «σαν να ξαναζεί το συμβάν».
- Το τρίτο κριτήριο είναι ότι το πρόσωπο αποφεύγει γεγονότα, ανθρώπους και συναισθήματα που σχετίζονται με παρόμοιο συμβάν.
- Το τέταρτο κριτήριο είναι ότι το άτομο εμφανίζει συμπτωματολογία, όπως αμνησία, αυξημένη φυσική δραστηριότητα, ερεθιστικότητα ή θυμό.

Το μετά τραυματικό stress εμφανίζεται σε νοσηλεύτριες με συναισθήματα όπως απραξία, θυμό, αίσθημα λύπης και άγχους (Weigel, 2007).

Η ψυχο-συναισθηματική και σωματική συμπτωματολογία που έχει παρατηρηθεί στα μέλη του προσωπικού υγείας, που έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τον θάνατο των ασθενών τους συνίσταται στα εξής:

Σωματικές συνέπειες

- Υπερκόπωση: αίσθημα εξουθένωσης από την αρχή της μέρας.
- Μυϊκή ένταση: πόνος στην πλάτη και στον αυχένα.
- Ημικρανίες: πονοκέφαλοι.
- Διαταραχές ύπνου: δυσκολία στον ύπνο, εφιάλτες.

Ψυχολογικές συνέπειες

- Αίσθημα αδυναμίας και απογοήτευσης.
- Ματαίωση, ευερεθιστότητα, ανυπομονησία και ξεσπάσματα θυμού.
- Αναλγησία, απάθεια, κυνισμός, μνησικακία.
- Δυσπιστία, μανία καταδίωξης.
- Απαισιοδοξία, αδιαφορία, σταδιακή απομόνωση.

Συνέπειες στη συμπεριφορά

- Η κοινωνική αποξένωση οδηγεί στην κατάχρηση οινόπνεύματος, ναρκωτικών και φαρμάκων.
- Η συμπεριφορά γίνεται μηχανική.
- Ατυχήματα.
- Μετάδοση αρνητικού κλίματος στην ομάδα.
- Σταδιακή απώλεια της πίστης στο θεό (Bacque, 2007).

3.5 Μεταθανάτια Φροντίδα

Ως «μεταθανάτια» νοσηλευτική φροντίδα, ορίζεται η φροντίδα του ανθρώπου που μόλις έχει πεθάνει, καθώς και οι πράξεις που γίνονται για την προετοιμασία του νεκρού σώματος για την παράδοση τους προς ταφή ή νεκροψία, μέσα στα υπάρχοντα νομικά και πολιτισμικά πλαίσια.

Σκοπός της μεταθανάτιας φροντίδας είναι η κατάλληλη και ασφαλής προετοιμασία του σώματος του αποθανόντα. Συγκεκριμένα, προλαμβάνεται η δυσχρωμία και η καταστροφή του δέρματος, διατηρείται η καλή εμφάνιση του σώματος, εξασφαλίζεται η ταυτότητα του νεκρού και προετοιμάζεται για τη μεταφορά, τακτοποιείται το σώμα σε ευθύγραμμη θέση, και δίνεται ο χρόνος στους οικείους να αποχαιρετήσουν τον άνθρωπο τους. Έχει ιδιαίτερη σημασία ο σεβασμός του νεκρού σώματος από όλους τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία της φροντίδας. Όταν ένας ασθενής πεθάνει στο νοσοκομείο είναι απαραίτητο για τους νοσηλευτές να ακολουθήσουν τις οδηγίες που αναφέρονται στο πρωτόκολλο που

εφαρμόζει το νοσοκομείο σχετικά με την περιποίηση του νεκρού σώματος (Τζιαφουλιά, 2011).

Η παροχή ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές και γενικότερα για τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε κοινωνίες που η σύνθεση του πληθυσμού διαφοροποιείται σε πολιτισμικό, γλωσσικό, θρησκευτικό και εθνικό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό έχει μεγάλη σημασία για τους τομείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, πολιτικής και έρευνας ώστε να είναι σε θέση οι νοσηλευτές να ασκούν τα καθήκοντα τους σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα και να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών από διαφορετικές κουλτούρες (Σταφυλά, 2016).

Συχνά, οι νοσηλευτές διαπιστώνουν τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς που πεθαίνει. Η ανάγκη να είναι κάποιος πνευματικά προετοιμασμένος για το θάνατο, είναι εξαιρετικής σημασίας, αν και συχνά δεν εκφράζεται λεκτικά. Όσο πλησιάζει ο θάνατος, ο ασθενής, είτε είναι Χριστιανός είτε άλλου δόγματος, μπορεί να αντλήσει πνευματική υποστήριξη και ανακούφιση από την παρουσία ενός ιερέα ή τον εκπρόσωπο του δόγματος του. Στην περίπτωση αυτή, εφόσον ο ασθενής είναι Χριστιανός Ορθόδοξος και το επιθυμεί ο ίδιος και οι συγγενείς του, οι νοσηλευτές μπορούν να μεσολαβήσουν, ώστε ο ιερέας του νοσοκομείου να αναλάβει την εκπλήρωση των αιτημάτων του ασθενούς για πνευματική επικοινωνία, ιερή εξομολόγηση και θεία κοινωνία, να κάνει τις κατάλληλες προσευχές ή έστω να καθίσει δίπλα του για να του προσφέρει πνευματική υποστήριξη και ανακούφιση. Αν ανήκει σε άλλο δόγμα, την ευθύνη αναλαμβάνουν οι συγγενείς του ασθενούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να υποστηρίξει και το περιβάλλον του ασθενούς (Τζιαφουλιά, 2011).

Η ανάγκη λοιπόν για διαπολιτισμική νοσηλευτική θα συνεχίσει να είναι μια σημαντική πτυχή στην παροχή φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να αναγνωρίζουν και να εκτιμούν τις διαπολιτισμικές διαφορές σχετικά με τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τα έθιμα και τις τελετουργίες κάθε πολιτισμικής ομάδας. Είναι σημαντική η γνώση των τελετών και των τελετουργιών που έχουν τις ρίζες τους στην πολιτισμική κληρονομιά κάθε λαού προκειμένου να τιμήσει και να πενήσει τους νεκρούς του (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Η νοσηλευτική φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς περιλαμβάνει πρώτα την υποστήριξη των φυσικών λειτουργιών και την περιποίηση του σώματος με σεβασμό και επιμέλεια. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστηρικτικό ρόλο στον ασθενή και το

περιβάλλον του, αρκεί βέβαια ο ρόλος αυτός να είναι διακριτικός και αξιοπρεπής (Τζιαφουλιά, 2011). Παρόλα αυτά σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν εκπαιδευτεί στη φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς. Για παράδειγμα, είναι λάθος η τακτική να μεταφέρεται ο ετοιμοθάνατος ασθενής σε ένα απομονωμένο δωμάτιο και να απομακρύνονται οι συγγενείς, τακτική που συναντιέται συνήθως στα νοσοκομεία. Η ορθή τακτική απαιτεί την παροχή φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει (Ellershaw, 2003).

Ωστόσο, η εφαρμογή του παρακάτω πρωτοκόλλου βοηθάει τους νοσηλευτές έτσι ώστε να προσφέρουν τη μέγιστα δυνατή και κατάλληλη φροντίδα σε νεκρό σώμα, πάντα σεβόμενοι τις πιθανές ιδιαιτερότητες σε θέματα θρησκείας, κουλτούρας και πεποιθήσεων τόσο του αποθανόντος όσο και του συγγενικού του περιβάλλοντος.

Απαραίτητο υλικό

- Προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός (γάντια μη αποστειρωμένα, μάσκα προσώπου, πλαστική ποδιά μιας χρήσης).
- Καθαρά σεντόνια (2).
- Λεκάνη με νερό και πανάκι ή σφουγγάρι.
- Βραχιόλι αναγνώρισης νεκρού (πιστοποιητικό ταυτότητας νεκρού).
- Σάκους απόρριψης υλικού (κίτρινες σακούλες).
- Σάκους υδροδιαλυτούς για τον ιματισμό (εφόσον κρίνεται αναγκαίο).
- Πετσέτα.
- Αυτοκόλλητα επιθέματα (μέγεθος και αριθμός κατά περίπτωση).
- Αυτοκόλλητη ταινία.
- Ψαλίδι.

Εφαρμογή Πρωτοκόλλου

1. Εξακρίβωση του θανάτου με ηλεκτροκαρδιογράφημα και ειδοποίηση του γιατρού.
2. Επιβεβαίωση της ταυτότητας του θανούντα.
3. Ενημέρωση των συγγενών για τη διάγνωση και εξασφάλιση πληροφορημένης συναίνεσης για την φροντίδα.
4. Εξασφάλιση της μοναχικότητας και ιδιωτικότητας με κλείσιμο της πόρτας, τοποθέτηση παραβάν ή τράβηγμα κουρτινών.
5. Οργάνωση του υλικού.

6. Εφαρμογή προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού.
7. Αφαίρεση κουβερτών και πανωσέντονων και τοποθέτηση τους σε σάκο.
8. Τοποθέτηση σώματος σε ύπτια θέση με ένα μαξιλάρι για την υποστήριξη του κεφαλιού.
9. Ασφάλιση των ματιών με ελαφριά πίεση για 30 δευτερόλεπτα. Εάν αυτό δεν είναι αρκετό τοποθετείται γάζα με ήπια αυτοκόλλητη ταινία.
10. Κλείσιμο του στόματος και σταθεροποίηση της κάτω γνάθου.
11. Αφαίρεση καθετήρων, παροχετεύσεων και οποιουδήποτε ξένου σώματος από το νεκρό.
12. Για την αποφυγή εκροής υγρών ή αίματος του σώματος καλύπτουμε με γάζες φυσικά ή τεχνητά ανοίγματα στερεώνοντας τις με ελαστικούς επιδέσμους ή αυτοκόλλητα επιθέματα.
13. Αφαίρεση τιμαλφών και φύλαξη τους ώστε να παραδοθούν στους συγγενείς.
14. Εφόσον γνωρίζουμε ότι ο νεκρός είναι Χριστιανός Ορθόδοξος κρατάμε το χέρι του εκκλιπόντος και κάνουμε τον «σταυρό» τρεις φορές. Έπειτα τοποθετούμε τα χέρια σταυροειδώς στην κοιλιά και τα στερεώνουμε δεμένα με γάζα.
15. Το ίδιο γίνεται και με τα πόδια δένοντας τα ελαφρά στις ποδοκνημικές αρθρώσεις με επίδεσμο σε ευθεία θέση.
16. Τοποθέτηση κάρτας στα χέρια με το ονοματεπώνυμο, την ηλικία, την κλινική και την ημερομηνία θανάτου.
17. Κάλυψη του νεκρού με καθαρό λευκό σεντόνι.
18. Στερέωση πάνω στο σεντόνι ειδικής κάρτας με τα στοιχεία του νεκρού.
19. Αφαίρεση και απόρριψη προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού.
20. Απομάκρυνση του νεκρού με ήρεμο και αθόρυβο τρόπο ενημερώνοντας το εντεταλμένο προσωπικό για την μεταφορά του στο νεκροθάλαμο.
21. Ενημέρωση των συγγενών για θέματα όπως την παραλαβή του πιστοποιητικού θανάτου από τον γιατρό.
22. Ενημέρωση του «βιβλίου νεκρών» και υπογραφή του από τον εφημερεύοντα νοσηλευτή.
23. Μέριμνα για τον καθαρισμό και την απολύμανση της κλίνης και του δωματίου μετά την απομάκρυνση του νεκρού (Σταφυλά, 2016).

3.6 Τα δικαιώματα του ετοιμοθάνατου

Είναι πολύ σημαντικό, κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ζει. Ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία και

πορεία προς το θάνατο, σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει. Εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος ανάμεσα μας που με το θάνατο του μπορεί να μας φέρει πιο κοντά στην καρδιά και το νόημα της ζωής (Σταφυλά, 2016).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν ηθικές αρχές που θέτουν πρότυπα ανθρώπινης συμπεριφοράς. Βασικό ανθρώπινο δικαίωμα είναι και η υγεία, όπως και το δικαίωμα στη ζωή. Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών σε κάθε χώρα. Καθένας έχει δικαίωμα να λαμβάνει τέτοιου είδους φροντίδα υγείας, που ταυτόχρονα να είναι κατάλληλη και εξατομικευμένη για τις ανάγκες υγείας του. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν στην προαγωγή υγείας και να είναι διαθέσιμες σε όλους χωρίς διακρίσεις (Χατζηλάμπρου, 2016).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναφερθεί πως οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μια μικρή δυσκολία στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τον ασθενή. Παρόλα αυτά, είναι αυτοί που είναι κοντά στον ασθενή ανά πάσα στιγμή, όταν οι άλλοι ούτε κοντά είναι αλλά ούτε και διαθέσιμοι. Αυτό συμβαίνει συνήθως τα βράδια σε νοσοκομεία ή σε άλλα κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπλέον, ακούν και συμπαραστέκονται στους ασθενείς με πλήρη ωριμότητα. Για το λόγο αυτό η σημασία και ο ρόλος του νοσηλευτή είναι μέγιστης αξίας (Παπαγιάννης, 2016).

Οι άνθρωποι παλαιότερα πέθαιναν στο περιβάλλον του σπιτιού τους ανάμεσα στο δικό τους οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι ο ετοιμοθάνατος περιβαλλόταν από τα αγαπημένα του πρόσωπα και ένιωθε καλύτερα τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι εποχές όμως έχουν αλλάξει και οι περισσότεροι πλέον «καταλήγουν» σε δομές υγείας, δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (Παπαγιάννης, 2016).

Τα δικαιώματα των ετοιμοθάντων χρήζουν ιδιαίτερης σημασίας. Ο άνθρωπος βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του και σημαντικά χαρακτηριστικά αυτού είναι να υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία, σεβασμός, υποστήριξη, επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες, ο νοσηλευτής να είναι με τον ασθενή και ο νοσηλευτής να κάνει για τον ασθενή.

- Η αποτελεσματική επικοινωνία επιτυγχάνεται όταν ο νοσηλευτής αλληλοεπιδρά με έναν ασθενή ή με τους συγγενείς του, μέσα από προσεκτικό άκουσμα, του παρέχει πληροφορίες και τους εξηγεί τα ιατρικά ή νοσηλευτικά πλάνα περίθαλψης, και περιλαμβάνει τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά χαρακτηριστικά (π.χ. Ακούει με προσοχή τους ασθενείς, χαιρετά ασθενείς χαρούμενα και με φιλικό τρόπο).

- Ο σεβασμός επιτυγχάνεται όταν ο νοσηλευτής αποδέχεται και αναγνωρίζει τον ασθενή ως άτομο (π.χ. Αποφεύγεται η άσκοπη έκθεση σώματος των ασθενών, παρέχει φροντίδα ευγενικά και απαλά).
- Η υποστήριξη είναι η βοήθεια που λαμβάνει ο ασθενής από τον νοσηλευτή, σχετικά με τα προβλήματα του, τα οποία έχουν φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις (π.χ. Επαιεί τους ασθενείς όταν ολοκληρώσουν ορισμένες δραστηριότητες μόνοι τους ή όταν έχουν σημειώσει πρόοδο, επιτρέπει στους ασθενείς να εκφράσουν τα θετικά αλλά και τα αρνητικά συναισθήματα).
- Αξιοποιώντας τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες ο νοσηλευτής παρέχει βοήθεια σε ένα άτομο χρησιμοποιώντας τις επιστημονικές γνώσεις και τη τέχνη της νοσηλευτικής (π.χ. Παρέχει φροντίδα σωστά και γρήγορα, χρησιμοποιεί τον εξοπλισμό σωστά και επιδέξια).
- Για να είναι με τον ασθενή, στη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής ξοδεύει χρόνο για την κάλυψη αναγκών, με τον ασθενή να μην αισθάνεται ότι είναι υποχρεωμένος στο νοσηλευτή (π.χ. Ενδιαφέρεται για τα προβλήματα των ασθενών και των συγγενών, ξοδεύει χρόνο με τους ασθενείς όταν αυτοί είναι φοβισμένοι και ανήσυχοι).
- Το να κάνει για τον ασθενή, αποτελεί πράξεις του νοσηλευτή σχετικά με το σώμα και το μυαλό του ασθενούς. Αυτές οι πράξεις περιλαμβάνουν την παροχή σωματικής και ψυχικής φροντίδας, καθώς και τη διενέργεια θεραπειών και τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. Βοηθά τους ασθενείς σε διάφορες δραστηριότητες που δεν μπορούν να κάνουν μόνοι τους, το άγγιγμα των ασθενών γίνεται με ήπιο και κατάλληλο τρόπο), (Κατσαρού, 2014).

Ακόμα ένα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα είναι αυτό της **ευθανασίας**, το οποίο διχάζει τη κοινή γνώμη. Είναι ένα ζήτημα με προεκτάσεις ιατρικές, κοινωνικές, νομικές και θρησκευτικές. Ο όρος ευθανασία προέρχεται από τα συνθετικά ευ και θάνατος, δηλαδή ο καλός, ο ωραίος θάνατος χωρίς πόνο και ταλαιπωρία. Η ευθανασία έχει ομοιότητες με την αυτοκτονία, με τη διαφορά ότι η θανάτωση του ασθενή γίνεται από κάποιο άτομο, εφόσον δεν υπάρχει καμία ελπίδα για θεραπεία. Τα άτομα αυτά που ζητούν ευθανασία συνήθως είναι σωματικώς ανίκανα και για αυτό απαιτείται η συμμετοχή ενός άλλου προσώπου. Στην Ελλάδα, όπως συμβαίνει και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες δεν υπάρχει εξειδικευμένη νομοθεσία. Η ευθανασία θεωρείται ανθρωποκτονία με δόλο ή και συμμετοχή σε αυτοκτονία, και προβλέπεται φυλάκιση όπως αναφέρει ο νόμος στο άρθρο

300 του Ποινικού Κώδικα, ακόμη και αν το ζητούσε επίμονα ο ίδιος ο ετοιμοθάνατος (σε αυτήν την περίπτωση όμως υπάρχουν ελαφρυντικά) (Χατζηλάμπρου, 2016). Αντίθετα, σε άλλες χώρες όπως η Ολλανδία η ενεργητική ευθανασία είναι νόμιμη. Σύμφωνα με τις οδηγίες εάν κάποιος ασθενής απευθυνθεί στο νοσηλευτή για το ενδεχόμενο αυτό, είναι υποχρεωμένος να τον παραπέμψει στο θεράποντα ιατρό του για να το συζητήσει. Όσον αφορά το ζήτημα, αυτή είναι η πιο λογική προσέγγιση. Όμως, σε περίπτωση που συμβεί σε χώρα όπου η ευθανασία δεν είναι νόμιμη, η παραπομπή του ασθενή από τον νοσηλευτή στον ιατρό, δεν αποτελεί ενδεδειγμένη λύση. Ο επαγγελματίας θα πρέπει να αναφέρει για το παράνομο και αντιδεοντολογικό καθεστώς της ευθανασίας και να παρέχει τις κατάλληλες εξηγήσεις, γιατί αλλιώς είναι δυνατό να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις από πλευρά του ασθενούς. Αν επιμένει να ακούσει και την ιατρική άποψη, ο επαγγελματίας θα πρέπει να διευκολύνει την επικοινωνία τους, ενημερώνοντας τον ιατρό, όμως σε πρώτη φάση πρέπει ο ίδιος ο νοσηλευτής να συμβάλλει στην ορθή ενημέρωση του ασθενή (Σεφγκίνι, 2016).

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 216/25-7-2001 για τον **Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας**, σχετικά με τα καθήκοντα των επαγγελματιών προς τους ασθενείς, αναφέρονται τα εξής:

Άρθρο 7: Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευση της.

Άρθρο 8: Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 12: Ο νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν αυτό επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ίδιου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Έχει καθήκον να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του

αντιλήψεις. Σε κάθε μια από τις παραπάνω περιπτώσεις ο επαγγελματίας επιβάλλεται να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενο του.

Σύμφωνα, λοιπόν και με το άρθρο 20 το οποίο αναφέρεται στη βοήθεια προς τους ετοιμοθάνατους, επισημαίνονται τα παρακάτω. Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιπτώσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντας του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

Σύμφωνα με το Ν. 3418/2005, στο άρθρο 29 του **Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ)**, ο γιατρός σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή. Ακόμη, ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) λοιπόν, εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς καθιέρωσε στην παράγραφο 1 του άρθρου 29 τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» αγωγή, όταν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια. Έχει όφελος να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή προσφέροντας του παρηγορητική αγωγή και συνεργαζόμενος με τους οικείους του ασθενή προς αυτή τη κατεύθυνση. Σε κάθε λοιπόν περίπτωση πρέπει να είναι κοντά στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και να φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι αυτό το σημείο (Βόγκας, 2008). Ως βασικός κανόνας λοιπόν ισχύει η αρχή ότι οποιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Τα τελευταία όμως χρόνια υπάρχει μια ανοχή σχετικά με την παθητική ευθανασία, δηλαδή τη διακοπή παροχής τροφής και μηχανικής υποστήριξης από τον γιατρό (Χατζηλάμπρου, 2016).

Όσον αφορά το Χριστιανισμό, έρχεται αντιμέτωπος με την ευθανασία καθώς υπάρχει η πεποίθηση πως η ζωή αποτελεί το μεγαλύτερο δώρο του θεού στον άνθρωπο, προς το οποίο οφείλεται απεριόριστος σεβασμός. Για αυτό το λόγο, η βίαιη αφαίρεση της ζωής, η

δολοφονία, η ευθανασία, ή ακόμη και η αυτοκτονία θεωρούνται θανάσιμα αμαρτήματα. Για τον ίδιο ακριβώς λόγο η σωτηρία της ζωής του πλησίον λογίζεται ως ύψιστη αρετή. Η πεποίθηση αυτή είναι θεμελιώδης στον Χριστιανισμό, και εύλογα έχει επηρεάσει τις ηθικές αντιλήψεις του δυτικού κόσμου (Βόγκας, 2018).

Υπό το πρίσμα των θρησκευτικών αντιλήψεων αρνητική είναι η θέση των θρησκειών ανά τον κόσμο. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά τη δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής. Επιπλέον, η προσφυγή στην ευθανασία καταρρακώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και καταστρέφει την ελευθερία του ανθρώπου. Ασκώντας ο άνθρωπος, ως ελεύθερο ον, το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του αμαρτάνει, και συγχρόνως διαστρεβλώνει το νόημα της ελευθερίας του, καθιστώντας την πηγή εγκληματικής πρακτικής. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν, το θείο δώρο της ελευθερίας καταργείται, διότι ενώ του δόθηκε για να βελτιώσει τον εαυτό του και τους άλλους, γίνεται παράγοντας που οδηγεί την ανθρώπινη κοινωνία στον «πολιτισμό του θανάτου» (Βόγκας, 2018).

3.7 Επαγγελματική εξουθένωση – Burnout

Για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο αντικείμενο έρευνας και έχει αποτελέσει το επίκεντρο μιας ταχέως αυξανόμενης διεπιστημονικής ανησυχίας, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας κοινός αποδεκτός ορισμός.

Ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach, το όνομα της οποίας έχει από πολύ νωρίς συνδεθεί με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συγκεκριμένη αναφέρει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αφορά «στην απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς» (Λιακοπούλου, 2017).

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο μελέτης και έρευνας των επιστημόνων ανά τον κόσμο. Το σύνδρομο «burnout», όπως έγινε ευρύτερα γνωστό, αναφέρθηκε για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του 1970, συγκεκριμένα το 1974 από τον Freudenberger, ο οποίος έκανε καταγραφή των

συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και περιέγραψε το φαινόμενο ως μια κατάσταση στην οποία υπάρχει σωματική και ψυχική εξάντληση των ατόμων όπου η εργασία τους σχετίζεται με άλλους ανθρώπους (Σωτηρόπουλος, 2018). Από τότε και έπειτα αρκετοί ερευνητές σε Ευρώπη και Αμερική μελετούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην προσπάθεια τους να δώσουν έναν ξεκάθαρο ορισμό για το τι είναι, ποιες είναι οι αιτίες που το προκαλούν, τι επιπτώσεις έχει στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και τρόπους προκειμένου να αντιμετωπιστεί (Δημόπουλος, 2008). Γενικότερα τα επαγγέλματα τα οποία πλήττονται περισσότερο από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται να είναι όσα έχουν άμεση επαφή με τον άνθρωπο, όπως οι δάσκαλοι, οι γυμναστές, το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (Σωτηρόπουλος, 2018).

Κατά τον Freudenberger, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται περισσότερο με το καθημερινό και χρόνιο εργασιακό στρες, το οποίο οδηγεί στην αδυναμία του εργαζόμενου να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης που βιώνει, παρά με κάποια μεμονωμένα αγχογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον εργασίας του. Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης του φαινομένου, όπως τα κίνητρα, η ηλικία, και τα χρόνια εργασίας ενδέχεται να λειτουργήσουν είτε ως προστατευτική ασπίδα στις επιπτώσεις που επιφέρουν, είτε να οξύνουν την ήδη δυσμενή κατάσταση που βιώνει ο εργαζόμενος (Συργκάνη, 2016).

Ως κυριότερη αιτία εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, θεωρείται ο υπερβολικός φόρτος εργασίας. Έχει αποδειχθεί, ότι οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, όπως είναι η πίεση του χρόνου για την ολοκλήρωση ενός έργου και η εργασία επιπλέον ωρών εβδομαδιαίως, εξαντλούν το άτομο συναισθηματικά, οδηγώντας το στην επαγγελματική εξουθένωση. Η αμέσως επόμενη αιτία είναι η σύγκρουση και η ασάφεια των επαγγελματικών ρόλων. Συγκεκριμένα, το άτομο εξουθενώνεται επαγγελματικά όταν δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για την επίτευξη ενός έργου και όταν οι στόχοι του και η συμπεριφορά του συγκρούονται με τις εργασιακές απαιτήσεις που πρέπει να πληρούνται κατά την εκτέλεση της εργασίας. Η έλλειψη υποστήριξης του ατόμου από τους συναδέλφους του και τους ανωτέρους του, η μη συμμετοχή του στην διαμόρφωση αποφάσεων καθώς και η έλλειψη αυτονομίας, θεωρούνται επίσης αιτίες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μακρής, 2014).

Το σύνδρομο «burnout» παρουσιάζεται σταδιακά. Το άτομο που εμφανίζει το σύνδρομο δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα συμπτώματα και για αυτό το λόγο είναι πολύ δύσκολη η

διάγνωση του. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι πολυδιάστατα και μπορούν να χωριστούν σε τέσσερα επίπεδα:

Ψυχικό επίπεδο: το άτομο αμφιβάλλει για τις ικανότητες του και είναι απογοητευμένο, διατηρεί αρνητική στάση απέναντι στους συναδέλφους ή το περιβάλλον εργασίας. Μειώνεται το ενδιαφέρον του για την δουλειά του και ταυτόχρονα εμφανίζονται προβλήματα που αφορούν την ψευδή αίσθηση σφάλματος.

Συναισθηματικό επίπεδο: παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης, απογοήτευσης, μειωμένης αυτοπεποίθησης.

Φυσικό επίπεδο: το άτομο γίνεται επιρρεπές σε ασθένειες, μπορεί να παρουσιάζει καρδιακά προβλήματα, πονοκέφαλο, διαταραχές ύπνου και αύξηση αρτηριακής πίεσης.

Κοινωνικό επίπεδο: μειώνεται η κοινωνική συμμετοχή του ατόμου, παρουσιάζονται συγκρούσεις με την οικογένεια του ή στο χώρο εργασίας, έχει απώλεια της ενσυναίσθησης και κοινωνική απάθεια (Καπνίδη, 2018).

Ένας άλλος διαχωρισμός είναι της Christine Maslach, η οποία δημιούργησε ένα μοντέλο τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης:

1. Στάδιο της συναισθηματικής εξάντλησης: το στάδιο αυτό αναφέρεται στην ψυχική κόπωση που αισθάνεται ο επαγγελματίας υγείας, γεγονός που τον καθιστά αδύνατο να συγκεντρωθεί και να ανταποκριθεί στα εργασιακά του καθήκοντα.

2. Στάδιο αποπροσωποποίησης: εδώ ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει ουδέτερα συναισθήματα ή ακόμη και κινισμό απέναντι στον ασθενή και απομακρύνεται από αυτόν, θεωρώντας τον πλέον αντικείμενο και όχι άνθρωπο.

3. Αίσθημα προσωπικής επίτευξης: ο επαγγελματίας υγείας πλέον έχει μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία του και αποτραβιέται από αυτήν, μειώνοντας ταυτόχρονα και την απόδοση του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αισθάνονται αποτυχημένοι ακόμα και στην προσωπική τους ζωή, ακόμα και να οδηγηθούν στην κατάθλιψη (Θεοφίλου, 2009).

Αναφορικά τώρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού είναι η αναγνώριση της ύπαρξής της. Πολλοί είναι οι επαγγελματίες υγείας που δεν καταφέρνουν να αναγνωρίσουν ότι έχουν πρόβλημα, παρά μόνο όταν είναι ήδη αργά και έχουν ήδη εκδηλώσει συμπτώματα και διαταραχές στην ψυχική και σωματική τους υγεία. Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα σημαντικό τα άτομα να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα όρια τους και να αναζητούν βοήθεια όταν δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους. Ο καλύτερος τρόπος να εμποδίσει κανείς την «εισβολή» του

συνδρόμου είναι να μειώσει τα αρνητικά στοιχεία της δουλειάς και να ενισχύσει τα θετικά. Οι οργανισμοί έχουν τη δύναμη και τις πηγές διαμέσου των διοικήσεων τους να εφαρμόζουν σχεδιασμούς προσέγγισης του προσωπικού τους, για να ανακαλύψουν ποια και σε τι βαθμό είναι τα προβλήματα τους και ποιες είναι οι προτεινόμενες λύσεις. Το προσωπικό χρειάζεται από την πλευρά του μια ευκαιρία να εκφράζει τις απόψεις του στη διοίκηση ώστε και οι δύο πλευρές να κατανοούν ότι χρειάζεται η μια την άλλη (Λιακοπούλου, 2017).

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής έρευνας είναι να διερευνήσει το βίωμα του θανάτου σε νοσηλευτικό προσωπικό.

4.2 Επιμέρους στόχοι

Οι σημαντικότεροι στόχοι της έρευνας είναι:

- Η καταγραφή της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο.
- Η σύγκριση ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με μεγάλο ποσοστό θανάτων και σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με χαμηλότερο ποσοστό, αναφορικά με το βίωμα του θανάτου.
- Η συσχέτιση κοινωνικών/δημογραφικών στοιχείων του νοσηλευτικού προσωπικού με παραμέτρους του ερωτηματολογίου του βιώματος του θανάτου, όπως είναι το φύλο, τα χρόνια προϋπηρεσίας καθώς και το τμήμα στο οποίο εργάζονται.

4.3 Ερευνητικό Πεδίο – Χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο 2019 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2020. Έλαβε χώρα στις παρακάτω κλινικές:

Στην Ω.Ρ.Λ., καρδιολογική, πνευμονολογική, ουρολογική, Α' & Β' παθολογική, ορθοπαιδική καθώς και στην ογκολογική-αιματολογική του Βενιζέλειου - Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Στη γαστρεντερολογική, χειρουργική ογκολογική κλινική, καρδιολογική, ουρολογική, Ω.Ρ.Λ., στην παθολογική, αιματολογική, πνευμονολογική και ορθοπαιδική κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

4.4 Δείγμα Έρευνας

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 119 νοσηλευτές 20 άνδρες (16,8% του δείγματος) και 99 γυναίκες (83,2% του δείγματος) που εργάζονταν την παρούσα περίοδο στα αντίστοιχα τμήματα των νοσοκομείων. Απαραίτητα κριτήρια για τη συμμετοχή τους ήταν:

- Να εργάζονται στις απαιτούμενες κλινικές των δυο νοσοκομείων.
- Να εργάζονται ως μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ).

4.5 Ερευνητικό Εργαλείο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος αποτελείται από την καταγραφή των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας, τη θέση που κατέχουν στο χώρο εργασίας αλλά και το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από το ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο DAP-R το οποίο δημιούργησαν αρχικά οι Wong P.T.P., Reker G.T., και Gesser G. το 1994. Στη συνέχεια η κλίμακα DAP-R χρησιμοποιήθηκε από την Θ. Μπελλάλη και τον Π. Σαράφη, μεταφράστηκε στα ελληνικά και έπειτα έγινε ψυχομετρικός έλεγχος του εργαλείου. Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας (validity), ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του (factor analysis). Για τη μετάφραση και χρήση των εργαλείων/ερωτηματολογίων διασφαλίστηκε αρχικά έγγραφη άδεια μετάφρασης από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων και τους κατόχους των δικαιωμάτων έκδοσης.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες, όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα). Οι υποκλίμακες είναι:

- α) Φόβος θανάτου-Fear of death (1,2,7,18,20,21,32)
- β) Αποφυγή θανάτου-Death avoidance (3,10,12,19,26)
- γ) Ουδέτερη αποδοχή-Neutral acceptance (6,14,24,17,30)
- δ) Αποδοχή Θανάτου-approach acceptance (4,8,13,15,16,22,25,27,28,31)
- ε) Διαφυγή-escape acceptance (5,9,11,23,29).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά από προτάσεις οι οποίες εκφράζουν διάφορες στάσεις απέναντι στο θάνατο. Ο βαθμός για κάθε πρόταση είναι από το 1 έως το 7 με κατεύθυνση από το “διαφωνώ απόλυτα” (1) στο “συμφωνώ απόλυτα” (7). Η μέση βαθμολογία για κάθε διάσταση μπορεί να υπολογιστεί διαιρώντας το συνολικό άθροισμα της βαθμολογίας κάθε διάστασης με τον αριθμό των προτάσεων που αντιστοιχούν σε κάθε

διάσταση. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ο χρόνος συμπλήρωσής τους υπολογίστηκε στα 10 λεπτά.

4.6 Δεοντολογία

Η συμμετοχή ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα διέπεται από ένα εκτεταμένο νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο, στόχος του οποίου είναι η όσο το δυνατόν, πληρέστερη προστασία των εν γένει δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, και ειδικότερα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της αξιοπρέπειάς τους, αλλά και η προστασία της ίδιας της ερευνητικής δραστηριότητας ως απαραίτητου εργαλείου ανάπτυξης, κοινωνικής ευημερίας και καινοτομίας στις σύγχρονες κοινωνίες και ως δημόσιου αγαθού που υλοποιείται σε συνθήκες διαφάνειας από τον επιστήμονα-ερευνητή (Bowling, 2014).

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας αρχικά κατατέθηκε το πρωτόκολλο προς έγκριση στο τμήμα νοσηλευτικής και στη συνέχεια στο επιστημονικό συμβούλιο των νοσοκομείων της μελέτης. Λήφθηκε άδεια χρήσης του από το άτομο που μετέφρασε και χρησιμοποίησε την έκδοση του στην ελληνική γλώσσα. Οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν για το ερωτηματολόγιο, διευκρινίστηκε ότι η έρευνα ήταν ανώνυμη και τα ερευνητικά στοιχεία που θα ζητηθούν θα ήταν εμπιστευτικά και σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή και γίνεται για ακαδημαϊκό ερευνητικό σκοπό και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Ταυτόχρονα λύθηκαν απορίες και διευκρινίστηκε ότι θα μπορεί να διακοπεί η συμμετοχή τους στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσουν. Κατόπιν ζητήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Τέλος, ενημερώθηκαν ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο συλλογικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, γεγονός που δέσμευσε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

4.7 Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των 119 συμμετεχόντων. Ανάλογα για τις κατανομές συχνοτήτων και των μέσων τιμών των

βαθμολογιών των υποκλιμάκων της DAP-R εκτιμήθηκαν κατά περίπτωση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ) με τεχνικές bootstrap. Η συσχέτιση τους με τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων έγινε με τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman, ενώ ακολούθησε η διαγραμματική απεικόνιση τους ως προς τα τμήματα εργασίας και σύγκριση με τη μέθοδο Kruskal-Wallis. Η συνολική σύγκριση των 5 υποκλιμάκων μεταξύ τους έγινε με τη μέθοδο Friedman. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Αποτελέσματα της έρευνας

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 119 συμμετεχόντων στη μελέτη.

		v	%
Φύλο	<i>Άνδρες</i>	20	16,8
	<i>Γυναίκες</i>	99	83,2
Ηλικία, χρόνια	<i>20-35</i>	19	16,0
	<i>36-50</i>	77	64,7
	<i>>50</i>	23	19,3
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμος/η</i>	79	66,4
	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	40	33,6
Εκπαιδευτική βαθμίδα Νοσηλευτικής	<i>ΠΕ</i>	9	7,6
	<i>ΤΕ</i>	73	61,3
	<i>ΔΕ</i>	37	31,1
Προϋπηρεσία, χρόνια	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελαχ. μεγ.).</i>	18,0±10,5 (0-34)	
Προϋπηρεσία στην παρούσα θέση, χρόνια	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ. (ελαχ. μεγ.).</i>	11,6±9,0 (0-33)	
Θέση εργασίας	<i>Προϊστάμενος</i>	10	8,5
	<i>Αναπληρωτής προϊστάμενος</i>	11	9,2
	<i>Νοσηλευτής</i>	65	54,6
	<i>Βοηθός νοσηλεύτη</i>	33	27,7
Ίδρυμα εργασίας	<i>ΠΑΓΝΗ</i>	56	47,1
	<i>ΒΓΝΗ</i>	63	52,9

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1 έλαβαν μέρος 119 νοσηλευτές από τους οποίους οι 99 ήταν γυναίκες (83,2%) και 20 άνδρες (16,8%). Η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα του δείγματος ήταν από 36-50 χρόνια ενώ λιγότερο αριθμό νοσηλευτών είχε η ηλικιακή ομάδα 20-35 χρονών με ποσοστό 16% από τους οποίους οι 79 ήταν έγγαμοι (66,4%), ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (33,6%) άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι. Η εκπαιδευτική βαθμίδα του δείγματος ήταν νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και βοηθοί νοσηλευτών (ΔΕ) με μεγαλύτερο ποσοστό όσοι είχαν τον τίτλο ΤΕ (61,3%), ενώ χαμηλότερο ποσοστό συμμετοχής είχαν οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), (7,6%). Η μέση τιμή προϋπηρεσίας σε χρόνια ήταν τα 18 έτη, ενώ η προϋπηρεσία στη συγκεκριμένη θέση ήταν τα 11,6 έτη. Η θέση εργασίας

που είχαν οι περισσότεροι ήταν νοσηλευτές με 54,6%, ενώ χαμηλότερο ποσοστό παρατηρήθηκε στη θέση του προϊσταμένου με ποσοστό 8,5%. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής προήλθε από το νοσηλευτικό προσωπικό του Β.Γ.Ν.Η με ποσοστό 52,9%, ενώ με 47,1% από το ΠΑ.ΓΝ.Η.

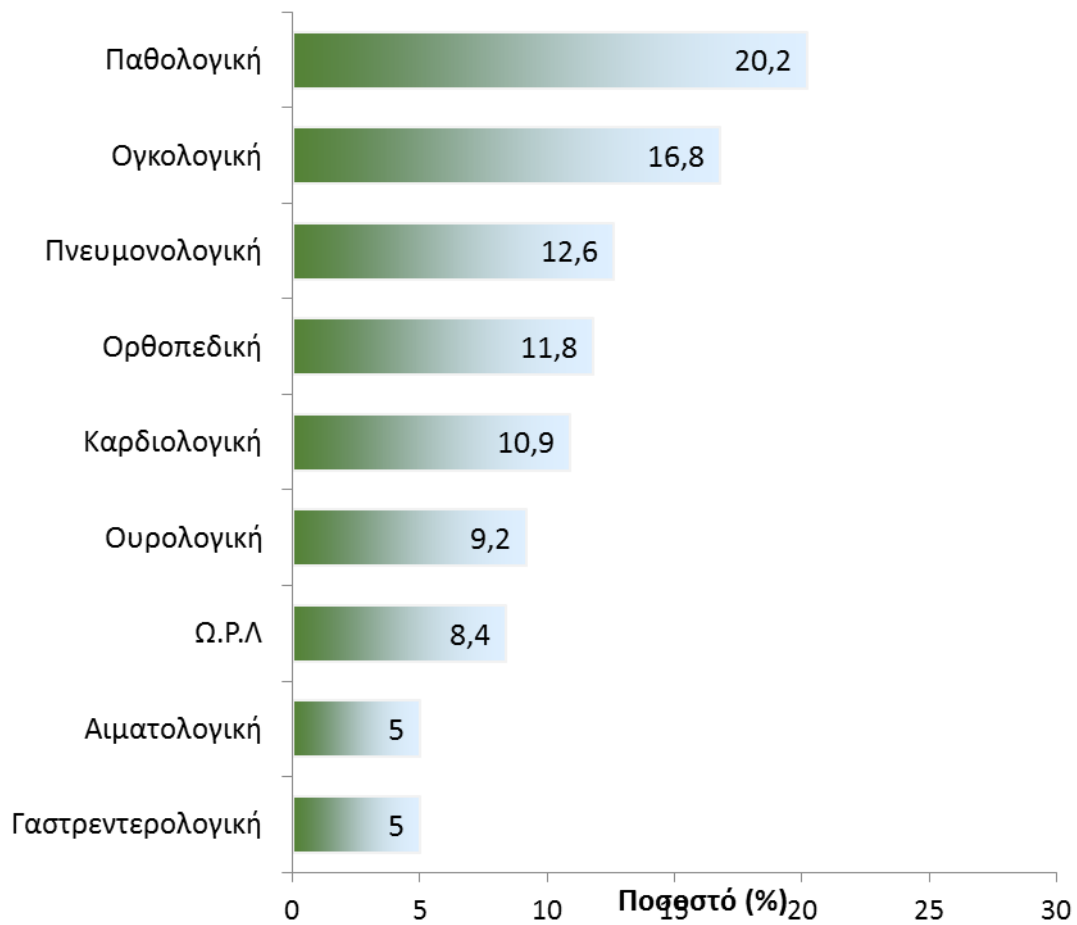
Πίνακας 1.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 119 συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς το ίδρυμα εργασίας τους.

		Ίδρυμα εργασίας			
		ΠΑΓΝΗ		ΒΓΝΗ	
		v	%	v	%
Φύλο	<i>Ανδρες</i>	13	23,2	7	11,1
	<i>Γυναίκες</i>	43	76,8	56	88,9
Ηλικία, χρόνια	<i>20-35</i>	6	10,7	13	20,6
	<i>36-50</i>	38	67,9	39	61,9
	<i>>50</i>	12	21,4	11	17,5
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμος/η</i>	36	64,3	43	68,3
	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	20	35,7	20	31,7
Εκπαιδευτική βαθμίδα Νοσηλευτικής*	<i>ΠΕ</i>	8	14,3	1	1,6
	<i>ΤΕ</i>	35	62,5	38	60,3
	<i>ΔΕ</i>	13	23,2	24	38,1
Προϋπηρεσία, χρόνια	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ.</i>	19,6±8,7		16,6±11,2	
Προϋπηρεσία στην παρούσα θέση, χρόνια*	<i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ.</i>	15,6±9,3		8,0±7,1	
Θέση εργασίας	<i>Προϊστάμενος</i>	5	8,9	5	7,9
	<i>Αναπληρωτής προϊστάμενος</i>	3	5,4	8	12,7
	<i>Νοσηλευτής</i>	34	60,7	31	49,2
	<i>Βοηθός νοσηλευτή</i>	14	25,0	19	30,2

Έλεγχοι χ^2 & Mann-Whitney: * p<0.05 μεταξύ εργαζομένων στα 2 νοσοκομεία

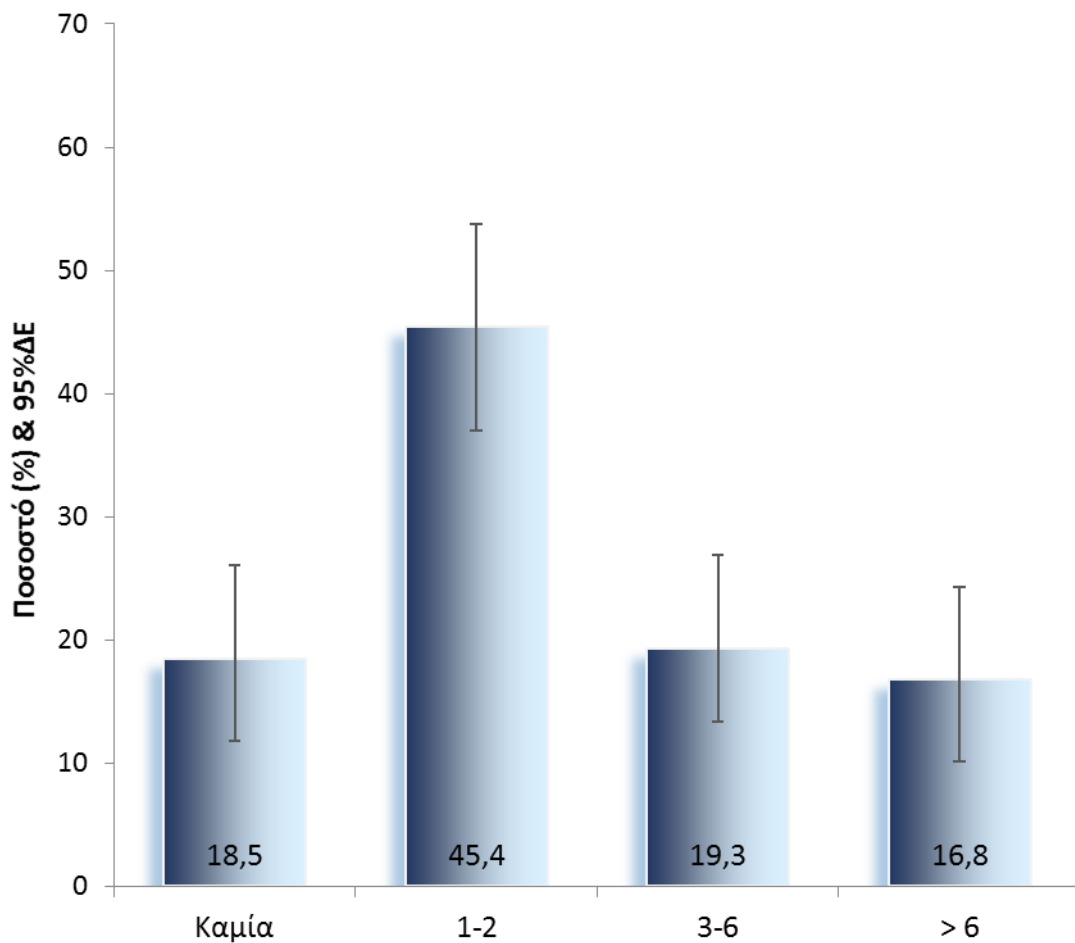
Ελέγχοντας τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 119 συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς το ίδρυμα εργασίας τους (πίνακας 1.1) φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι στα 2 νοσοκομεία διέφεραν σημαντικά στην εκπαίδευση και στην προϋπηρεσία στην παρούσα θέση ($p<0,05$), καθώς εκείνοι που εργάζονταν στο ΠΑΓΝΗ είχαν σημαντικά περισσότερους νοσηλευτές ΤΕ εκπαίδευσης ή περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στην παρούσα θέση

Σχήμα 1. Κατανομή συμμετεχόντων στη μελέτη στα Τμήματα Εργασίας τους.



Στο σχήμα 1 αποτυπώνεται η κατανομή των συμμετεχόντων στην μελέτη ανάλογα τα τμήματα εργασίας τους. Όπως είναι φανερό η μεγαλύτερη συμμετοχή προήλθε από την παθολογική κλινική των δύο νοσοκομείων με ποσοστό 20,2% και την ογκολογική με 16,8%, ενώ με ποσοστό 5% καθιστά την αιματολογική και γαστρεντερολογική στις τελευταίες θέσεις συμμετοχής στην έρευνα.

Σχήμα 2. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «Πόσες φορές περίπου τον μήνα μπορεί να έρθετε σε επαφή με περιστατικό που τελικά καταλήγει;».



Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβανόταν και η ερώτηση «Πόσες φορές περίπου τον μήνα μπορεί να έρθετε σε επαφή με περιστατικό που τελικά καταλήγει;». Όπως φαίνεται στο σχήμα 2, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων ή 45,4% δήλωσε «1-2 φορές τον μήνα» ($p < 0,05$) ενώ για «περισσότερες από 6 φορές τον μήνα» δήλωσε το 16,8%.

Πίνακας 2. Κατανομή αποκρίσεων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη.

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Δεν ξέρω	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	%						
1.Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια απαίσια εμπειρία	1,7	3,4	5,9	4,2	9,2	26,1	49,6
4.Πιστεύω ότι θα πάω στον παράδεισο όταν πεθάνω	10,9	11,8	5,9	53,8	4,2	4,2	9,2
5.Ο θάνατος θα δώσει τέλος σε όλα μου τα προβλήματα.	20,2	22,7	7,6	20,2	6,7	9,2	13,4
8.Ο θάνατος είναι η είσοδος σε έναν τόπο ύψιστης απόλαυσης	15,1	11,8	5,9	44,5	9,2	6,7	6,7
10.Κάθε φορά που μου περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου προσπαθώ να την απωθήσω	7,6	12,6	14,3	3,4	12,6	37,0	12,6
11.Ο θάνατος είναι λύτρωση από τον πόνο και τα βάσανα	16,0	19,3	10,9	24,4	5,9	15,1	8,4
15.Ο θάνατος είναι η ένωση με τον Θεό και την αιώνια ευτυχία	9,2	9,2	5,0	38,7	13,4	14,3	10,1
18.Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	10,9	21,8	16,8	13,4	12,6	18,5	5,9
19.Αποφεύγω εντελώς να σκέφτομαι το θάνατο	5,9	19,3	21,8	8,4	11,8	21,0	11,8
22.Προσβλέπω να συναντήσω όσους αγαπώ μετά το θάνατό μου	12,6	24,4	13,4	23,5	5,9	7,6	12,6
26.Προσπαθώ να μην έχω καμία σχέση με το θέμα του θανάτου	14,3	11,8	19,3	14,3	12,6	16,0	11,8
27.Ο θάνατος προσφέρει με θαυμαστό τρόπο την απελευθέρωση της ψυχής	11,8	12,6	8,4	37,8	7,6	16,0	5,9
28.Κάτι που με ανακουφίζει όσον αφορά την προοπτική του θανάτου είναι η πίστη μου στη μετά θάνατον ζωή	14,3	3,4	7,6	21,0	15,1	26,1	12,6
29.Θεωρώ το θάνατο ως ανακούφιση από το βάρος αυτής της ζωής	20,2	21,0	7,6	24,4	12,6	9,2	5,0
32.Με ανησυχεί η αβεβαιότητα για το τι συμβαίνει μετά το θάνατο	10,1	10,9	2,5	13,4	17,6	31,1	14,3
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Δεν ξέρω	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
2.Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου προκαλεί άγχος	21,8	35,3	12,6	13,4	5,9	8,4	2,5
3.Αποφεύγω με κάθε τρόπο να κάνω σκέψεις γύρω από το θάνατο	18,5	30,3	16,8	8,4	11,8	10,1	4,2
6.Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται ως ένα φυσικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	48,7	38,7	4,2	5,0	0,8	1,7	0,8
7.Με ενοχλεί η οριστικότητα του θανάτου	17,6	37,0	16,8	10,9	4,2	10,1	3,4
9.Ο θάνατος είναι μια απόδραση από τον απαισιο τουτό κόσμο	4,2	8,4	8,4	29,4	12,6	16,0	21,0
12.Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	11,8	31,1	15,1	8,4	15,1	10,9	7,6
13.Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένας πολύ καλύτερος τόπος από τούτον εδώ τον κόσμο	5,9	12,6	10,1	38,7	9,2	9,2	14,3
14.Ο θάνατος είναι μια φυσική πλευρά της ζωής	44,5	39,5	4,2	4,2	1,7	3,4	2,5
16.Ο θάνατος φέρνει την ελπίδα για μια νέα και λαμπρή ζωή	3,4	7,6	10,1	37,8	9,2	14,3	17,6
17.Δεν φοβάμαι, αλλά ούτε και καλοδέχομαι το θάνατο	17,6	26,9	19,3	14,3	10,9	9,2	1,7
20.Το θέμα της μετά θάνατον ζωής με προβληματίζει πάρα πολύ	12,6	14,3	8,4	20,2	12,6	21,8	10,1
21.Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος της πραγματικότητας, όπως την ξέρω, με φοβίζει	10,1	29,4	12,6	16,8	9,2	12,6	9,2
23.Θεωρώ το θάνατο ως λύτρωση από τα βάσανα αυτής της ζωής	5,9	16,0	7,6	22,7	12,6	17,6	17,6
24.Ο θάνατος είναι απλώς μέρος του κύκλου της ζωής	37,8	39,5	7,6	5,9	3,4	1,7	4,2
25.Θεωρώ το θάνατο ως πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	7,6	8,4	10,1	37,8	6,7	11,8	17,6
30.Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός, ούτε κακός	6,7	12,6	16,0	42,0	3,4	7,6	11,8
31.Προσδοκώ τη μετά θάνατον ζωή	12,6	24,4	10,1	20,2	7,6	10,1	15,1

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται κατανεμημένες οι 32 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με βάση την κλίμακα στάσης απέναντι στον θάνατο (DAP-R). Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος η κατανομή αρχίζει από το «Διαφωνώ απόλυτα» έως το «Συμφωνώ απόλυτα», ενώ αντιστρέφεται στο δεύτερο μέρος για τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου υπάρχουν ορισμένες ερωτήσεις με αντίστροφο εννοιολογικό περιεχόμενο από άλλες. Έτσι, δημιουργήθηκε ο συγκεκριμένος διαχωρισμός ώστε να ελεγχθεί η εγκυρότητα των απαντήσεων. Μεταξύ άλλων, η ερώτηση 3 του πρώτου μέρους «Αποφεύγω με κάθε τρόπο να κάνω σκέψεις γύρω από το θάνατο» έχει το μεγαλύτερο ποσοστό 30,3% στο «Συμφωνώ», καθώς και η ερώτηση 10 του δεύτερου μέρους «Κάθε φορά που μου περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου προσπαθώ να την απωθήσω», έχει το μεγαλύτερο ποσοστό 37% στο «Συμφωνώ».

Πίνακας 3. Κατανομή τιμών των 32 αποκρίσεων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη.

<i>Ερωτήσεις</i>	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Μάλλον διαφωνώ (3)	Δεν ξέρω (4)	Μάλλον συμφωνώ (5)	Συμφωνώ (6)	Συμφωνώ απόλυτα (7)
	Μέση τιμή				Τυπική απόκλιση		
1.Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια απαίσια εμπειρία		5,9				1,5	
4.Πιστεύω ότι θα πάω στον παράδεισο όταν πεθάνω		3,8				1,6	
5.Ο θάνατος θα δώσει τέλος σε όλα μου τα προβλήματα.		3,5				2,1	
8.Ο θάνατος είναι η είσοδος σε έναν τόπο ύψιστης απόλαυσης		3,7				1,7	
10.Κάθε φορά που μου περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου προσπαθώ να την απωθήσω		4,6				1,9	
11.Ο θάνατος είναι λύτρωση από τον πόνο και τα βάσανα		3,6				1,9	
15.Ο θάνατος είναι η ένωση με τον Θεό και την αιώνια ευτυχία		4,2				1,7	
18.Έχω έντονο φόβο για το θάνατο		3,7				1,8	
19.Αποφεύγω εντελώς να σκέφτομαι το θάνατο		4,1				1,9	
22.Προσβλέπω να συναντήσω όσους αγαπώ μετά το θάνατό μου		3,6				1,9	
26.Προσπαθώ να μην έχω καμία σχέση με το θέμα του θανάτου		3,9				2,0	
27.Ο θάνατος προσφέρει με θαυμαστό τρόπο την απελευθέρωση της ψυχής		3,9				1,7	
28.Κάτι που με ανακουφίζει όσον αφορά την προοπτική του θανάτου είναι η πίστη μου στη μετά θάνατον ζωή		4,5				1,9	
29.Θεωρώ το θάνατο ως ανακούφιση από το βάρος αυτής της ζωής		3,4				1,8	
32.Με ανησυχεί η αβεβαιότητα για το τι συμβαίνει μετά το θάνατο		4,7				1,9	
	Συμφωνώ απόλυτα (1)	Συμφωνώ (2)	Μάλλον συμφωνώ (3)	Δεν ξέρω (4)	Μάλλον διαφωνώ (5)	Διαφωνώ (6)	Διαφωνώ απόλυτα (7)
2.Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου προκαλεί άγχος		2,8				1,7	
3.Αποφεύγω με κάθε τρόπο να κάνω σκέψεις γύρω από το θάνατο		3,1				1,8	
6.Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται ως ένα φυσικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός		1,8				1,1	
7.Με ενοχλεί η οριστικότητα του θανάτου		2,9				1,7	
9.Ο θάνατος είναι μια απόδραση από τον απαίσιο τούτο κόσμο		4,7				1,7	
12.Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο		3,5				1,9	
13.Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένας πολύ καλύτερος τόπος από τούτον εδώ τον κόσμο		4,2				1,7	
14.Ο θάνατος είναι μια φυσική πλευρά της ζωής		2,0				1,4	
16.Ο θάνατος φέρνει την ελπίδα για μια νέα και λαμπρή ζωή		4,6				1,6	
17.Δεν φοβάμαι, αλλά ούτε και καλοδέχομαι το θάνατο		3,1				1,6	
20.Το θέμα της μετά θάνατον ζωής με προβληματίζει πάρα πολύ		4,1				1,9	
21.Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος της πραγματικότητας, όπως την ξέρω, με φοβίζει		3,6				1,9	
23.Θεωρώ το θάνατο ως λύτρωση από τα βάσανα αυτής της ζωής		4,4				1,9	
24.Ο θάνατος είναι απλώς μέρος του κύκλου της ζωής		2,2				1,5	
25.Θεωρώ το θάνατο ως πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο		4,3				1,8	
30.Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός, ούτε κακός		3,9				1,6	
31.Προσδοκώ τη μετά θάνατον ζωή		3,8				2,0	

Στον πίνακα 3 καταγράφονται οι τιμές (τυπική απόκλιση, μέση τιμή) των 32 ερωτήσεων της κλίμακας στάσης απέναντι στο θάνατο όπως αυτές βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο από τους εργαζόμενους. Συγκεκριμένα, στην 7βάθμια κλίμακα τύπου Likert, οι υψηλότερες μέσες τιμές διαπιστώνονται στις ερωτήσεις 1 «Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια απαίσια εμπειρία», 32 «Με ανησυχεί η αβεβαιότητα για το τι συμβαίνει μετά το θάνατο», 9 «Ο θάνατος είναι μια απόδραση από τον απαίσιο τούτο κόσμο», 10 «Κάθε φορά που περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου προσπαθώ να την απωθήσω», 16 «Ο θάνατος φέρνει την ελπίδα για μια νέα και λαμπρή ζωή», 23 «Θεωρώ το θάνατο ως λύτρωση από τα βάσανα αυτής της ζωής» με τιμές 5,9, 4,7, 4,7, 4,6, 4,6, 4,4, αντίστοιχα σε κάθε ερώτηση. Αντίθετα χαμηλότερες μέσες τιμές βρέθηκαν στις ερωτήσεις, 6 «Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται ως ένα φυσικό αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός», 14 «Ο θάνατος είναι μια φυσική πλευρά της ζωής», 24 «Ο θάνατος είναι απλώς μέρος του κύκλου της ζωής», 29 «Θεωρώ το θάνατο ως ανακούφιση από το βάρος της ζωής», 5 «Ο θάνατος θα δώσει τέλος σε όλα μου τα προβλήματα», 11 «Ο θάνατος είναι λύτρωση από τον πόνο και τα βάσανα» με τιμές 1,8, 2,0, 2,2, 3,4, 3,5, 3,6, αντίστοιχα σε κάθε μια από τις παραπάνω ερωτήσεις.

Πίνακας 4. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη.

<i>Υπο-Κλίμακες</i>	<i>μέση τιμή</i>	<i>τυπική απόκλιση</i>	<i>διάμεσος</i>	<i>Cronbach α</i>
Φόβος θανάτου Fear of death	4,0	0,5	4,0	0,752
Αποφυγή θανάτου Death avoidance	3,9	0,7	3,8	0,802
Ουδέτερη αποδοχή Neutral acceptance	2,6	0,9	2,4	0,813
Αποδοχή Θανάτου Approach acceptance	4,0	0,4	4,0	0,713
Διαφυγή Escape acceptance	3,9	0,6	3,8	0,842

Έλεγχος Friedman μεταξύ υποκλιμάκων, $p < 0,001$

Βάση του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α (πίνακας 4) διαπιστώνεται πως υπάρχει καλή αξιοπιστία ($>0,7$) σε όλες τις διαστάσεις (φόβος θανάτου, αποφυγή θανάτου, ουδέτερη αποδοχή, αποδοχή θανάτου, διαφυγή). Στα επίπεδα της βαθμολογίας των υποκλιμάκων, οι

μεγαλύτερες μέσες τιμές διαπιστώνονται στο «φόβο θανάτου» και στην «αποδοχή θανάτου» με μέση τιμή 4,0 που σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στη παρούσα μελέτη «συμφωνεί μέτρια» έως και «συμφωνεί» με τον φόβο καθώς και με την αποδοχή του θανάτου. Ακολουθεί η «αποφυγή θανάτου» και η «διαφυγή» με μέση τιμή 3,9 που δείχνει ότι έχουν «αναποφάσιστη συμπεριφορά» ως προς τους δυο παράγοντες. Τέλος, τη χαμηλότερη τιμή τη συναντάμε στην ουδέτερη αποδοχή (μέση τιμή 2,6) που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες «διαφωνούν μέτρια» με την ουδέτερη συμπεριφορά ως προς το θάνατο. Γενικά, μεταξύ των υποκλιμάκων διαπιστώνεται σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές τους ($p < 0,001$).

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης μονομεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ των Υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες.

	Υπο-Κλίμακες DAP-R			
	Φόβος θανάτου	Αποφυγή θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή	Αποδοχή Θανάτου
	rho-Spearman			
Αποφυγή θανάτου	0,243*			
Ουδέτερη αποδοχή	-0,170	-0,077		
Αποδοχή Θανάτου	-0,139	-0,143	-0,057	
Διαφυγή	0,188*	0,131	-0,226*	0,166

* p-value<0,05

Από τον πίνακα 5 προκύπτουν ορισμένες σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων σύμφωνα με τις απαντήσεις των 32 ερωτήσεων που καταγράφηκαν. Η υποκλίμακα «φόβος θανάτου» φαίνεται να σχετίζεται θετικώς σημαντικά (παράλληλη αύξηση) με εκείνη της «αποφυγής θανάτου» ή της «διαφυγής» ($p < 0,05$). Αντίθετα, εκείνη της «ουδέτερης αποδοχής» σχετίζεται αρνητικώς σημαντικά (αύξηση της μιας υποκλίμακας συνοδεύεται με μείωση της άλλης) με εκείνη της «διαφυγής» ($p < 0,05$).

Πίνακας 6. Συντελεστές συσχέτισης μονομεταβλητών συσχετίσεων Υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες με τα περιγραφικά τους χαρακτηριστικά.

	Υπο-Κλίμακες DAP-R				
	Φόβος θανάτου	Αποφυγή θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή	Αποδοχή Θανάτου	Διαφυγή
	rho-Spearman				
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,097	0,064	-0,042	0,033	0,109
Ηλικία (1:20-35, 2:36-50, 3:>50)	-0,076	0,021	-0,155	0,137	0,130
Οικογενειακή κατ. (1:Έγγαμος/η, 2:άλλο)	0,017	-0,051	-0,004	-0,019	-0,165
Εκπαιδευτική βαθμίδα (1:ΠΕ, 2:ΤΕ, 3:ΔΕ)	0,083	0,176	-0,009	-0,100	0,113
Προϋπηρεσία Χρόνια	-0,091	-0,007	-0,088	0,124	0,145
Προϋπηρεσία στην παρούσα θέση Χρόνια	-0,188*	-0,006	0,101	0,131	0,144
Θέση εργασίας (1:Προϊστάμενος, 2:Αναπληρωτής, 3:Νοσηλεύτης, 4:Βοηθός νοσηλεύτη)	0,032	0,028	0,141	-0,117	0,043
Επαφή με περιστατικό που τελικά καταλήγει ανά μήνα (0:καμία φορά, 1:1-2, 2:3-6, 3:>6)	0,020	0,007	0,141	0,127	0,042

Στον πίνακα 6 παρατηρείται ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των κοινωνικό δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της στάσης τους απέναντι στο θάνατο, εκτός από την προϋπηρεσία στη παρούσα θέση και στο φόβο θανάτου. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν τόσο λιγότερο φοβόντουσαν το θάνατο ($\rho = -0,188, p < 0,05$).

Πίνακας 7. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το ίδρυμα εργασίας τους.

<i>Υπο-Κλίμακες</i>	ΠΑΓΝΗ		ΒΓΝΗ		p-value
	<i>μέση τιμή</i>	<i>τυπική απόκλιση</i>	<i>μέση τιμή</i>	<i>τυπική απόκλιση</i>	
Φόβος θανάτου Fear of death	3,91	0,52	4,02	0,53	0,160
Αποφυγή θανάτου Death avoidance	3,86	0,68	3,84	0,69	0,690
Ουδέτερη αποδοχή Neutral acceptance	2,64	0,95	2,56	0,90	0,716
Αποδοχή Θανάτου Approach acceptance	4,03	0,47	4,06	0,40	0,456
Διαφυγή Escape acceptance	3,98	0,52	3,89	0,66	0,242

Έλεγχοι Mann-Whitney

Συγκρίνοντας τα επίπεδα βαθμολογίας Υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το ίδρυμα εργασίας τους (πίνακας 7), δεν διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις που εκφράζουν οι συμμετέχοντες μεταξύ των δυο νοσοκομείων ($p > 0.05$).

Σχήμα 3. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλίμακας **Φόβος Θανάτου** της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη, ως προς τα Τμήματα εργασίας.



Παρατηρούμε στο σχήμα 3 ότι οι τρεις υψηλότερες μέσες τιμές που απάντησαν που αφορούν το φόβο του θανάτου, βρίσκονται στην παθολογική (μέση τιμή 4,11), στην Ω.Ρ.Λ (4,10) καθώς και στην γαστρεντερολογική (4,07). Από την αντίθετη πλευρά οι χαμηλότερες μέσες τιμές σχετικά με το φόβο του θανάτου καταγράφονται στην πνευμονολογική και καρδιολογική (3,90), καθώς και στην ουρολογική (3,77). Ωστόσο, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών ($p>0,05$).

Σχήμα 4. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλίμακας **Αποφυγή Θανάτου** της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη, ως προς τα Τμήματα εργασίας.



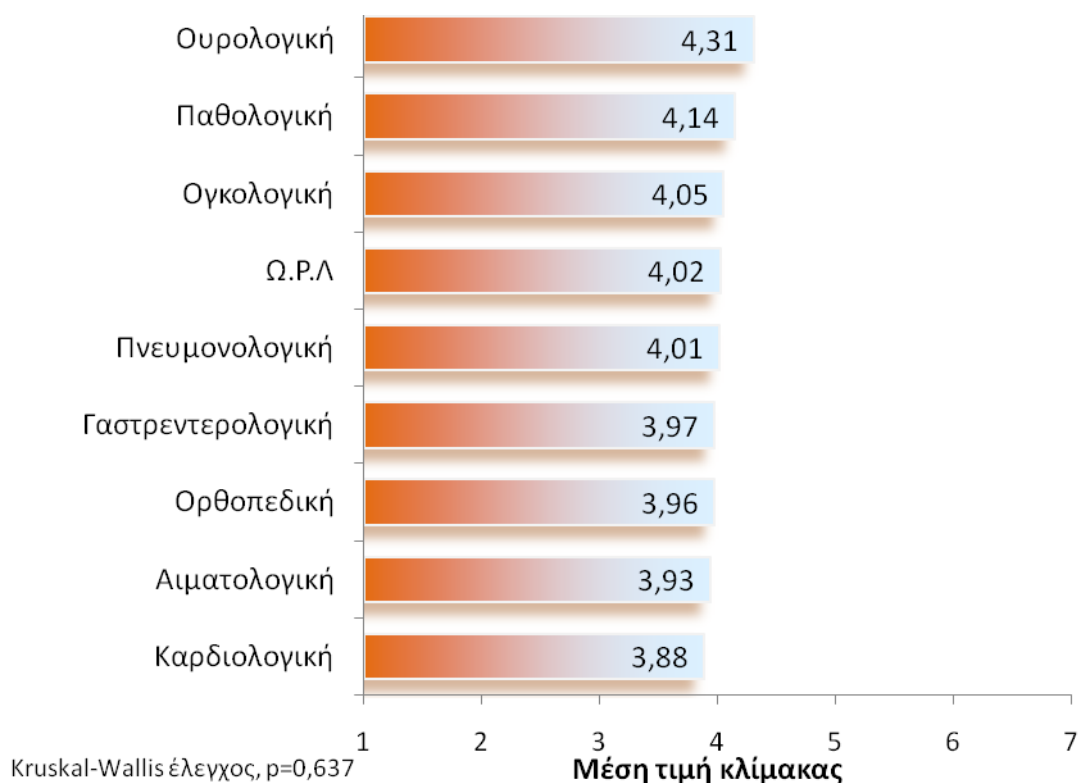
Στην υποκλίμακα «Αποφυγή θανάτου» του σχήματος 4 παρατηρούμε ότι οι τρεις μεγαλύτερες μέσες τιμές καταγράφονται στην καρδιολογική (4,11) , στην αιματολογική (3,97) καθώς και στην ορθοπεδική (3,96). Αντιθέτως, στις χαμηλότερες μέσες τιμές βρίσκονται η Ω.Ρ.Λ (3,78), η πνευμονολογική (3,67) καθώς και η ουρολογική (3,55). Ωστόσο, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών ($p>0,05$).

Σχήμα 5. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλίμακας **Ουδέτερη αποδοχή** της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη, ως προς τα Τμήματα εργασίας.



Στο σχήμα 5 γίνεται περιγραφή της υποκλίμακας της «ουδέτερης αποδοχής» των συμμετεχόντων στην μελέτη ανάλογα με τα τμήματα εργασίας τους. Αναλυτικότερα, οι μεγαλύτερες μέσες τιμές συγκεντρώθηκαν στην ουρολογική (2,76), στην ορθοπεδική, την Ω.Ρ.Λ και την πνευμονολογική με ίδια μέση τιμή (2,64). Στις χαμηλότερες θέσεις μέσης τιμής βρίσκονται η παθολογική (2,55), η καρδιολογική (2,52) και η γαστρεντερολογική κλινική (2,43). Ωστόσο, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών ($p>0,05$).

Σχήμα 6. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλίμακας **Αποδοχή θανάτου** της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη, ως προς τα Τμήματα εργασίας.



Στο σχήμα 6 δίνονται τα επίπεδα βαθμολογίας της υποκλίμακας «αποδοχή του θανάτου». Διαπιστώνουμε μεγαλύτερη μέση τιμή στην ουρολογική (4,31), στην παθολογική (4,14) και στην ογκολογική (4,05). Αντιθέτως, χαμηλότερες μέσες τιμές καταγράφονται στην ορθοπεδική (3,96), στην αιματολογική (3,93) και στην καρδιολογική (3,88). Ωστόσο, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών ($p>0,05$).

Σχήμα 7. Επίπεδα βαθμολογίας Υποκλίμακας **Διαφυγή** της Κλίμακας Στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R) στους 119 συμμετέχοντες στη μελέτη, ως προς τα Τμήματα εργασίας.



Στο σχήμα 7 περιγράφονται τα επίπεδα βαθμολογίας της υποκλίμακας «Διαφυγή», όπου διαπιστώνουμε υψηλές μέσες τιμές στις κλινικές Ω.Ρ.Λ (4,22), παθολογική (4,21) και αιματολογική (4,13). Σε αντίθεση, χαμηλές μέσες τιμές εμφανίζουν η πνευμονολογική (3,80), η καρδιολογική (3,78) και τέλος η ογκολογική (3,59). Ωστόσο, δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κλινικών ($p>0,05$).

Κεφάλαιο Έκτο

Συζήτηση – Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο. Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι απόψεις τους γύρω από τη σκέψη του δικού τους θανάτου και τα συναισθήματα που τους προκαλεί. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Ήταν προσωπικοί (φύλο, ηλικία, θέση εργασίας, χώρο εργασίας, εκπαίδευση), και παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στο θάνατο (χρόνια προϋπηρεσίας στη παρούσα θέση, συχνότητα θανάτων στο εργασιακό περιβάλλον).

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 119 νοσηλευτές των δυο μεγάλων νοσοκομείων του νομού, το Βενιζέλειο - Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε 32 ερωτήσεις και οι απαντήσεις τους μετρήθηκαν με την κλίμακα “Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)”, που αποτελείται από 5 υποκλίμακες (φόβος θανάτου, αποφυγή θανάτου, ουδέτερη αποδοχή, αποδοχή και διαφυγή).

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο δεν επηρεάζεται από τα κοινωνικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρά μόνο από τα χρόνια προϋπηρεσίας στη παρούσα θέση εργασίας. Όση μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία έχει κάποιος νοσηλευτής, τόσο περισσότερο εξοικειωμένος ήταν με το γεγονός του θανάτου. Ίδια αποτελέσματα αναφέρονται και στην έρευνα των Gabrera et al. (2008), δηλαδή ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό με τη μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία φάνηκε να έχουν θετική στάση απέναντι στο θάνατο (Dunn, 2005). Εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε ανασκόπηση σχετικά με το άγχος του θανάτου, βρέθηκαν να επηρεάζουν και τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, όπως είναι τα συναισθήματα, η βιωματική, γνωστική, αναπτυξιακή, κοινωνική-πολιτισμική διαμόρφωση και η πηγή κινήτρων (Lehto, 2009). Αντίθετα, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Μαλλιαρού και συν., μεταφράζοντας και σταθμίζοντας το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο (DAP-R), φάνηκε ότι υπήρξε σημαντικά χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «αποφυγή

θανάτου» με την ηλικία των συμμετεχόντων. Οπότε όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο αυξάνεται και η «αποφυγή θανάτου» (Μαλλιαρού, 2011).

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η συντριπτική πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες (83,2%) και η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα βρισκόταν μεταξύ 36-50 χρόνων (64,7%). Ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής ήταν από το νοσηλευτικό προσωπικό του Βενιζέλειου νοσοκομείου (54,6%). Η μεγαλύτερη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού προήλθε από τις παθολογικές κλινικές και των δυο νοσοκομείων και την ογκολογική, ενώ η μικρότερη από την αιματολογική και γαστρεντερολογική κλινική. Οι εργαζόμενοι στα δυο νοσοκομεία διέφεραν σημαντικά στην εκπαίδευση και στην προϋπηρεσία στην παρούσα θέση εργασίας τους ($p < 0,05$), καθώς εκείνοι που εργάζονταν στο ΠΑΓΝΗ είχαν σημαντικά περισσότερους νοσηλευτές ΤΕ εκπαίδευσης ή περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Συγκρίνοντας τα δύο νοσοκομεία, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις τους σχετικά με το βίωμα του θανάτου ($p > 0,05$). Παρόλο που δεν βρέθηκε στην παρούσα έρευνα σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) και τη στάση τους απέναντι στο θάνατο, η έρευνα του De Kock (2011), έδειξε ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορούσαν να παρέχουν πιο εξειδικευμένη φροντίδα, κάτι που τους πρόσφερε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση (Baylor et al., 1996). Αυτό επιβεβαιώνουν και οι έρευνες των Mallory et al. και Dunn et al., με βάση τις οποίες οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης είχαν θετικότερη στάση απέναντι στο θάνατο (Mallory et al., 2003; Dunn et al., 2005).

Από την σύγκριση των μέσων όρων που αφορούσε τις 5 υποκλίμακες (πίνακας 5), παρατηρήθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό και των δυο νοσοκομείων υιοθετεί περισσότερο στάσεις αποδοχής και φόβου απέναντι στο θάνατο και λιγότερο στάσεις αποφυγής και διαφυγής. Τέλος, ένα μικρό μέρος τους δείγματος αναφέρει ουδέτερη αποδοχή. Αναλυτικότερα, η υποκλίμακα «φόβος θανάτου» του ερωτηματολογίου φαίνεται να σχετίζεται θετικώς σημαντικά (παράλληλη αύξηση) με εκείνη της «αποφυγής θανάτου» ή της «διαφυγής» ($p < 0,05$). Αντίθετα, εκείνη της «ουδέτερης αποδοχής» σχετίζεται αρνητικώς σημαντικά (αύξηση της μιας υποκλίμακας συνοδεύεται με μείωση της άλλης) με εκείνη της «διαφυγής» ($p < 0,05$). Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Μαλλιαρού και συν., που αφορά την ίδια κλίμακα στάσης απέναντι στο θάνατο βρέθηκαν διαφορετικά αποτελέσματα. Την κυρίαρχη θέση έχει η ουδέτερη αποδοχή (5,6), έπειτα ο φόβος και η

αποφυγή θανάτου (4,9), ακολουθεί η αποδοχή (4,2) και στη τελευταία θέση με τη μικρότερη μέση τιμή βρίσκεται η διαφυγή (2,9) (Μαλλιαρού, 2011).

Όσον αφορά το φόβο θανάτου, παρατηρήθηκε σε κλινικές όπως είναι η παθολογική, η οποία παρά τη μεγάλη συχνότητα θανάτου, ότι δεν έχουν την απαραίτητη εξοικείωση. Στις χαμηλότερες θέσεις συναντάμε κλινικές, όπως είναι η ουρολογική, οι οποίες παρά τη χαμηλή θνησιμότητα φαίνεται να μην έχουν έντονο φόβο θανάτου. Στην υποκλίμακα αποφυγής θανάτου συναντάμε πρώτη την καρδιολογική και τελευταία την ουρολογική. Παρομοίως και στην υποκλίμακα της ουδέτερης αποδοχής σε υψηλές τιμές βρίσκεται η ουρολογική και σε τελευταίες η γαστρεντερολογική.

Αναφορικά με την υποκλίμακα της αποδοχής θανάτου η ουρολογική βρίσκεται στις πρώτες θέσεις και η καρδιολογική στις τελευταίες. Τέλος, στην υποκλίμακα της διαφυγής συγκεντρώνονται οι υψηλότερες, αλλά και οι χαμηλότερες μέσες τιμές σε κλινικές οι οποίες έρχονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους. Στις υψηλές βρίσκεται η Ω.Ρ.Λ, ενώ στις χαμηλές η ογκολογική. Μια διαφορετική εξήγηση για τα μη αναμενόμενα αποτελέσματα, αναφορικά με τους νοσηλευτές και τα τμήματα εργασίας τους, μπορεί να είναι οι αλλαγές που γίνονται ανάμεσα στο προσωπικό των κλινικών που σημειώνονται στα νοσοκομεία. Είναι πιθανό ένας επαγγελματίας που εργάζεται σε μια “βαριά” κλινική να μεταφερθεί σε μια πιο “ήσυχη” εξαιτίας των χρόνων εργασίας του σε εκείνη.

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε να μην επηρεάζεται σημαντικά η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο από προσωπικούς και άλλους παράγοντες όπως αναφέρθηκαν παραπάνω. Ωστόσο, αντίθετα αποτελέσματα συναντήσαμε σε παρόμοια έρευνα σχετικά με τη διαχείριση του πένθους των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο, της Κρυσταλλίδου (2013). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο φόβος θανάτου των εκπαιδευτικών σχετίζεται τόσο με το φύλο, την ηλικία τους όσο και με την εμπειρία απώλειας ενός κοντινού προσώπου κατά την παιδική τους ηλικία.

Όσον αφορά τους προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής, σε άλλες έρευνες των Δημουλά, Grubb, Tüzer φάνηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (μεγαλύτερη ηλικία), ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες τόσο για τη γνώση, όσο και για τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα θανάτου. Ακόμη η διάρκεια της εκπαίδευσης και η πρακτική εμπειρία της φροντίδας των ατόμων που πεθαίνουν συνδέονται με τις θετικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα θανάτου μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής (Δημουλά, 2019; Grubb, 2016; Tüzer, 2020). Παρόμοια στην έρευνα του Henoch έγινε μια θεωρητική εκπαίδευση παρηγορητικής φροντίδας που αποτελούταν από πέντε εβδομάδες. Οι φοιτητές μετά την

εκπαίδευση αισθάνθηκαν πιο προετοιμασμένοι για να φροντίσουν έναν ασθενή που πεθαίνει σε αντίθεση με τους υπόλοιπους φοιτητές που έλαβαν μικρότερη εκπαίδευση (Henoch, 2017).

6.2 Περιορισμοί έρευνας

Οι σημαντικότεροι περιορισμοί της παρούσας εργασίας ήταν ο μειωμένος αριθμός του δείγματος και των νοσοκομείων στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Επίσης, το γεγονός ότι ως τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της υγειονομικής περιφέρειας δέχονται μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που καταλήγουν με αποτέλεσμα η επίδραση του θανάτου στο συγκεκριμένο υγειονομικό προσωπικό πιθανότατα να διαφέρει σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε άλλα νομαρχιακά νοσοκομεία.

6.3 Συμπεράσματα

Η παρούσα συγχρονική έρευνα διενεργήθηκε στα δυο μεγάλα νοσοκομεία του Ηρακλείου και αφορούσε τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών φαίνεται να δέχεται το θάνατο, ενώ ένα εξίσου μεγάλο μέρος αυτού δείχνει να τον φοβάται. Δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις που εκφράζουν οι συμμετέχοντες μεταξύ των δυο νοσοκομείων.

Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε κλινικές που συχνά ο αριθμός των θανάτων είναι μεγαλύτερος δείχνουν να τον φοβούνται αν και θα περιμέναμε να ήταν εξοικειωμένοι πάνω σε αυτό το θέμα. Αναφορικά με το βίωμα του θανάτου και την συσχέτιση των κοινωνικών/δημογραφικών στοιχείων (διαφορά φύλου, χρόνια προϋπηρεσίας, τμήμα εργασίας), δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Με βάση την παρούσα έρευνα και τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι στην Ελλάδα έχουν γίνει ελάχιστες συγχρονικές έρευνες, ώστε να καθορίσουν τη στάση που έχουν οι νοσηλευτές για το θάνατο. Αναφέρουμε κάποιες προτάσεις με σκοπό να βελτιωθεί η στάση και η αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο.

Συγκεκριμένα προτείνονται τα εξής:

- Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης με στόχο το νοσηλευτικό προσωπικό να μοιράζεται τις σκέψεις και τις στάσεις του για το θάνατο και τη ζωή, να αναζητά διάφορους τρόπους για την αντιμετώπιση των δύσκολων περιπτώσεων, να συζητά τη θετική εξέλιξη - πορεία των ασθενών με σκοπό την ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους. Σημαντικό θα ήταν κυρίως σε τμήματα ή στις κλινικές που υπάρχει αυξημένος

αριθμός θανάτων, να υπάρχει ψυχολόγος που θα υποστηρίζει όχι μόνο τους ασθενείς και τους συγγενείς τους αλλά και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

- Η συστηματική προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής, σε θέματα που αφορούν την έννοια, αλλά και τη διαχείριση του θανάτου, ώστε να λειτουργήσει ως πρόληψη για την μετέπειτα πορεία τους στο χώρο εργασίας. Επίσης, να εισαχθούν οι έννοιες του τέλους της ζωής και της ανακουφιστικής φροντίδας, προκειμένου να βελτιωθεί η στάση τους απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν και την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς που καταλήγουν και τις οικογένειες τους.
- Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ιατρών στον εργασιακό τους χώρο, σε θέματα σχετικά με την διαχείριση θανάτου, προκειμένου να λάβουν τις σωστές γνώσεις ώστε να αντιμετωπίσουν διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις. Είναι σημαντικό, να εκπαιδευτούν σε θέματα ψυχολογίας και επικοινωνίας, για να μπορούν εύκολα να συνεργαστούν με τους ασθενείς. Έτσι, θα δημιουργηθούν διαπροσωπικές σχέσεις που θα βοηθήσουν στην σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς.
- Η διατήρηση καλής επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών, το μοίρασμα των συναισθημάτων τους, που θα αποτελέσει προϋπόθεση για την σωστή συνεργασία σχετικά με την φροντίδα του ασθενούς.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξιάς Γ. «Ο λόγος περί ζωής και θανάτου». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.
- Αποστολάκη Σ., Ξυδού Α. «Γονείς – Κηδεμόνες παιδιών με αναπηρία: Απόψεις και προβληματισμοί για την πορεία των παιδιών μετά τον θάνατο». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Κρήτης, Ηράκλειο 2017.
- Αρχιμ. Γέροντας Εφραίμ, Καθηγούμενος Ι.Μ.Μ. Βατοπαιδίου. «Αθωνικός Λόγος». Εκδόσεις Ι.Μ.Μ Βατοπαιδίου, 2010.
- Βασιλειάδης Ν. «Το μυστήριο του θανάτου». Εκδόσεις Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ», 2010.
- Βόγκας Χ. «Ευθανασία: Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή και στο θάνατο». Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Τμήμα Φιλολογίας, Καλαμάτα 2018.
- Γέροντα Α. «Διερεύνηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των κλινικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στον θάνατο και ο ρόλος τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα 2013.
- Γιακουμιδάκης Κ., Μόνιου Α. «Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: ευρύτερη προσέγγιση». Νοσοκομειακά Χρονικά, 71(7):280-290, 2009.
- Δημόπουλος Χ., Φιλίππου Ν. «Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5):642-647, 2008.
- Δήμου Α., Χασιώτη Α. «Ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου». Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Τ.Ε.Ι Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη 2008.
- Επιβατιανός Π. «Ιατροδικαστική και Τοξικολογία». Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.
- Ζαχαρία Γ., Νικολούζος Σ., Καποδίστριας Ν., Μουζακίτη Α., Ντουβέλης Ε., Πλέσια Ε. «Καρκινικός πόνος και παρηγορητική αγωγή». Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, Τόμος 9, Τεύχος 2^ο, 2013.
- Θεολόγου Δ. «Η απώλεια». Πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Αιγαίου Τμήμα Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού, Ρόδος 2014.
- Θεοφίλου Π. «Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας». e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, 2009.
- Καζαντζάκης Ν. «Ασκητική». Εκδόσεις Καζαντζάκης, 2012.
- Καμαράτου Β., Καντέο Μ. «Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον άρρωστο που πεθαίνει». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Κρήτης Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο 2001.

- Καλογήρου Σ. «Φροντίδα ασθενούς τελικού σταδίου». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Ηπείρου Τμήμα Νοσηλευτικής, Ιωάννινα 2016.
- Καμίτση Σ., Κολυβά Γ. «Χρόνιες ασθένειες και μηχανισμοί άμυνας σε ασθενείς και νοσηλευτές». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης Τμήμα Νοσηλευτικής, Διδυμότειχο 2014.
- Κανακάκης Γ. «Βλέπω τα δάκρυα σου. Θλίβομαι, διαμαρτύρομαι». Εκδόσεις LIBRO, Αθήνα 1989.
- Καπνίδη Ε. «Burnout στους νοσηλευτές των νοσοκομείων». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2018.
- Κατσιμίγκας Γ., Μαραγκούτη Α., Σπηλιοπούλου Χ., Γκίκα Μ. «Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου». Περιοδικό Νοσηλευτική 46(4): 441-452 , 2007.
- Κατσαρού Β. «Πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τη νοσηλευτική φροντίδα και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα 2014.
- Κοντοχρήστου Δ. «Ο θάνατος στο σχολικό περιβάλλον: Αντιλήψεις και στάσεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης απέναντι στο θέμα του θανάτου». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης, Βόλος 2011.
- Κουτελέκος Ι., Γερογιάννη Γ. «Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου». Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 10^{ος}, Τεύχος 4^ο, 2011.
- Κωστούρου Σ., Αδάμου Ε. «Δικαιώματα ασθενών που πεθαίνουν». Περιοδικό Νοσοκομειακά Χρονικά, 71:302-308, 2009.
- Κρυσταλλίδου Ε. «Η διαχείριση του πένθους των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο: Στάσεις και αντιλήψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα 2013.
- Λιακοπούλου Χ., Μάλαμα Μ. «Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στο νομό Αχαΐας». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2017.
- Μακρής Γ. «Ηγεσία και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας και η συμβολή της συναισθηματικής νοημοσύνης στην αντιμετώπιση της». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών, Καλαμάτα 2014.
- Μακρυνιώτη Δ. «Περί θανάτου: Η πολιτική διαχείριση της θνητότητας». Εκδόσεις Νήσος, Αθήνα 2008.

- Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σεραφείμ Γ., Σωτηριάδου Κ., Θεοδοσοπούλου Ε.
«Death Attitude-Revised (DAP-R) - Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 1(4):14-26, 2011.
- Μαλλισόβα Ε., Κάλλας Ι. «Ψυχικές και πνευματικές ανάγκες ασθενή τελικού σταδίου». Περιοδικό Νοσοκομειακά Χρονικά 71:291-301, 2009.
- Μαζαράκου Χ. «Στάσεις και αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λακωνίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου». Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Τμήμα Νοσηλευτικής, Σπάρτη 2013.
- Μάστορα Α. «Τα παιδιά ζωγραφίζουν το θάνατο». Πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης, Βόλος 2004.
- Μπαϊκούση Σ. «Η κατανόηση της έννοιας του θανάτου σε σχέση με τη γνώση για το σώμα και το φόβο του θανάτου από ενήλικες με Νοητική Αναπηρία». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη 2018.
- Ντολτό Φ. «Μιλώντας για το θάνατο». Εκδόσεις Πατάκης, 2009.
- Ντούρα Ε. «Παιδιά σε κατάσταση πένθους». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος 2004.
- Παναγιωτοπούλου Η. «Πένθος στην παιδική ηλικία και η αντιμετώπισή του». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2016.
- Παπαγαρουφάλη Ε. «Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον. Πολιτισμικές Εμπειρίες». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2002.
- Παπαγιάννης Ν. «Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς τελικού σταδίου από καρκίνο και η ανακουφιστική φροντίδα». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Ηπείρου, Ιωάννινα 2016.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2012.
- Σεφγκίνι Ε., Σκεντεράι Μ., Γκινολάρι Π. «Στάση φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2016.
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. «Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα: μια ολιστική προσέγγιση». Εκδόσεις Έλλην, Θεσσαλονίκη 2004.
- Σταφυλά Β., Στράγκα Δ., Τριανταφύλλου Γ. «Το πένθος στη νοσηλευτική επιστήμη». Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2016.

- Συργκάνη Χ. «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό υπηρεσιών αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης». Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα 2016.
- Σωτηρόπουλος Σ., Τζίμας Θ., Ντόμαρης Ι. «Επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές». Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι Ηπείρου Τμήμα Νοσηλευτικής, Ιωάννινα 2018.
- Τζαβάρας Γ. «Το βέβαιο του θανάτου». Εκδόσεις «Δωδώνη», Αθήνα 1982.
- Τζιαφούλια Σ. «Νοσηλευτική παρακολούθηση των ασθενών στη μονάδα εντατικής θεραπείας του Π.Γ.Ν.Α. και διερεύνηση των απόψεων των συνοδών των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας». Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι Καβάλας Τμήμα Νοσηλευτικής, Λάρισα 2011.
- Φάρος Φ. «Το πένθος». Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1993.
- Φυλάκη Ξ. «Η Ψυχολογία του ασθενή στο νοσοκομείο και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Ηπείρου, Ιωάννινα 2016.
- Χατζηλάμπρου Ι. «Συμβουλευτική Πένθους». Διπλωματική εργασία, Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε), Θεσσαλονίκη 2016.
- Χατζηνικολάου Σ. «Προσωπικές και εργασιακές παράμετροι που επηρεάζουν την ετοιμότητα, την κινητοποίηση και την επάρκεια των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης για περιθάνια φροντίδα». Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη 2014.
- Bacque M.F. «Πένθος και υγεία. Άλλοτε και σήμερα. Το σοκ της απώλειας. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, Η αντιμετώπιση». Εκδόσεις Θυμάρι, 2007.
- Corner J. & Bailey C. «Νοσηλευτική Ογκολογία. Το πλαίσιο Φροντίδας». Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, κεφ.35^ο σελ.537-538 & 552, Αθήνα 2009.
- Devinder R. & Dominic U. «Η ψυχολογία στη νοσηλευτική επιστήμη». Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, κεφ.11^ο σελ.85 & 280-284, Αθήνα 2010.
- Di Matteo, M. R. & Martin, L.R. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2010.
- Durant W. «Ιστορία της φιλοσοφίας. Οι βίοι και οι γνώμες των μεγαλύτερων φιλοσόφων». Εκδόσεις Συρόπουλος, Αθήνα 1971.
- Kearney N. & Richardson A., Foubert J. «Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο - Αρχές και Πρακτική». Εκδόσεις Ίων, 2011.

Kubler Ross E. «Θάνατος - το τελικό στάδιο της εξέλιξης». Εκδόσεις ΔΙΟΔΟΣ, 3^η έκδοση, 1988.

Lemone P. & Burke K. & Bauldoff G. «Παθολογική - χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς». Εκδόσεις Δ. Λαγός, 5^η έκδοση, Τόμος II, Αθήνα 2014.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baylor RA., McDaniel AM. "Nurses' attitudes toward caring for patients with acquired immunodeficiency syndrome". *Journal of Professional Nursing*, 12(2):99-105, 1996.
- Bellali T., Giannopoulou I., Tsourti Z., Malliarou M., Sarafis P., Minasidou E. et al. "Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses". *Journal of Nursing Measurement*, Volume 26(2), 2018.
- Clements PT., Vigili GJ., Manno MS, Henry GC, Wilks J, Das Sarthak et al. "Cultural perspectives of death, grief, and bereavement". *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 41(7): 18-26, 2003.
- Dezutter J., Soenens B., Luyckx K., Bruyneel S., Vansteenkiste M., Duriez B. et al. "The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents". *Journal Death Studies*, Volume 33 Issue 1, Pages 73-92, 2008.
- Del Ferraro C., Grant M., Koczywas M., Dorr - Uyemura LA. "Management of Anorexia - Cachexia in Late Stage Lung Cancer Patients". *J Hosp Palliat Nurs*, 14(6), 2012.
- Dimoula M., Kotronoulas G., Katsaragakis S., Christou M., Sgourou S., Patiraki E. "Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey". *Nurse Educ*; 74:7-14, 2019.
- Dunn K., Otten C., Stephens E. "Nursing Experience and the Care of Dying Patients". *Oncol Nurs Forum*, 32(1):97-104, 2005.
- Ellershaw J., Ward C. "Care of the dying patient: the last hours or days of life". *BMJ* 326 (7379):30-4, 2003.
- Grubb C, Arthur A. "Student nurses' experience of and attitudes towards care of the dying: A cross-sectional study". *Palliat Med* 30(1):83-8, 2016.
- Henoch I., Melin-Johansson C., Bergh I., Strang S., Ek K., Hammarlund K. et al. "Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons - A longitudinal study". *Nurse Educ Pract*, 2017.
- Mallory J. "The Impact of a Palliative Care Educational Component on Attitudes toward Care of the Dying In Undergraduate Nursing Students". *J Prof Nurs*, 19(5):305-312, 2003.
- Puchalski C., O'Donnell E. "Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying". Volume 9, Issue 3, Pages 114-121, 2005.

- Lehto RH, Stein KF. "Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept". *Res Theory Nurs Pract.* 23(1):23-41, 2009.
- Spronk K. "Good death and bad death in ancient Israel according to biblical Lore". *Soc Sci Med.*, 58(5):987-95, 2004.
- Tüzer H., Kırca K., Özveren H. "Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care". *J Relig Health*, 2020.
- Weigel C., Parker G., Fanning L., Reyna K., Brewer - Gasbarra D. "Apprehension among hospital nurses providing end of life care". *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, Volume 9, Issue 2, Pages 86-91, 2007.
- Wilkie D., Ezenwa M. "Pain and symptom Management in palliative care and at end of life". *Nurse Outlook*, 60(6):357-364, 2012.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Βαλέρια Κιλαμπέρια. «Φιλοσοφικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές διαστάσεις του θανάτου».

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://anthologion.gr/2015/04/17/>

Πρόσβαση στις 10/08/2019.

Ζαν Κοέν. «Ο θάνατος στον Ιουδαϊσμό: Τα πιστεύω του (Μέρος Ι)».

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.cohen.gr/new/articles/judaism/988-2010-03-14-08-43-14>

Πρόσβαση στις 18/10/2019.

Αλέξανδρος Νικηφόρος. «Γιατί ο άνθρωπος φοβάται το θάνατο;».

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://www.pemptousia.gr/2017/04/giati-o-anthropos-fovate-to-thanato/>

Πρόσβαση στις 10/10/2019.


«Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας».

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:

https://www.teicrete.gr/nosil/sites/teicrete.gr.nosil/files/kwdikas_noshl_deontologias.pdf

Πρόσβαση στις 28/04/2020.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ερευνητική
Επιτροπή
Επιβλέποντα
Καθηγήτρια

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 10/17-07-2019

**ΑΠΟΦΑΣΗ 89
ΘΕΜΑ 9**

Εισήγηση για έγκριση ή απόρριψη διεξαγωγής έρευνας με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των: Χιλιαρχάκη Παρθενίας, Αμαλλου Παρασκευής και Κατσουλάκη Ελένης, φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με θέμα: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο»

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) την με αρ. πρωτ. 14913/06-08-2019 αίτηση των κ.κ. Χιλιαρχάκη Παρθενίας, Αμαλλου Παρασκευής και Κατσουλάκη Ελένης, φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, που ζητούν την έγκριση διεξαγωγής έρευνας με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των με τίτλο «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο», με επιβλέποντα εκπαιδευτικό τον κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου
- β) τα επισυναπτόμενα: ερευνητικό πρωτόκολλο, ερωτηματολόγιο και έντυπο συγκατάθεσης.
- γ) το αριθμ. πρωτ. 446/9/7/2019 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με το οποίο ανατίθεται, κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής, στις φοιτήτριες Αμαλλου Παρασκευή, Κατσουλάκη Ελένη και Χιλιαρχάκη Παρθενία η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο», με επιβλέποντα εκπαιδευτικό τον κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου
- δ) τη θετική εισήγηση του Δ/ντη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας κ. Σπυριδόπουλου Σάββα
- ε) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου μας

στ) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

A. Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής έρευνας με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των: Χιλιαρχάκη Παρθενίας, Αμαλλου Παρασκευής και Κατσουλάκη Ελένης, φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΕΥΕΝΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΓΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 10/17-07-2019
ΑΠΟΦΑΣΗ 89
ΘΕΜΑ 9

Μεσογειακού Πανεπιστημίου με θέμα: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο», με επιβλέποντα εκπαιδευτικό τον κ. Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και απαραίτητη προϋπόθεση την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής.

Β.. Αντίγραφο της παραπάνω πτυχιακής εργασίας να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Γ.. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση.

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΪΩΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΛΑΔΟΜΕΝΟΥ ΦΑΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΒΕΛΕΓΡΑΚΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΠΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ΑΝΝΑ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

α/α
ΚΟΥΡΛΕΤΑΚΗ ΖΑΧΑΡΕΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

ΑΤΕΛΟΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 9/7/2019

Αρ. Πρωτ. : _____ 646

ΠΡΟΣ:

ΑΜΑΛΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΚΑΤΣΟΥΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΧΙΛΙΑΡΧΑΚΗ ΠΑΡΘΕΝΙΑ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6778 ΑΜΑΛΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΥΝ6796 ΚΑΤΣΟΥΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΥΝ6879 ΧΙΛΙΑΡΧΑΚΗ ΠΑΡΘΕΝΙΑ

με θέμα: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος
κ.α.α.

Ευάγγελος Κριτωπάκης
Επικ. Καθηγητής

Ηράκλειο, 10/02/2020

Α. Π.: 6322

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

Απάντηση στο έγγραφο: 2129
ΠΡΟΣ: 1. κα Άμμιλου Παρασκευά
2. κα Κατσουλάκη Ελένη &
3. κα Χιλιαρχάκη Παρθενία, Φοιτήτριες
Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

ΚΟΙΝ:

1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ
2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Το με αρ. πρωτ. 337/10-01-20 έγγραφο του Αναπλ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ κ. Φανουργιάκη Ιωάννη.
2. Η με αρ. πρωτ. 48605/20-12-19 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο Νοσηλευτικό προσωπικό των Κλινικών Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικής Παθολογικής, Γαστρεντερολογικής, Ογκολογικής, Καρδιολογικής, Πνευμονολογικής, Αιματολογικής, Ουρολογικής και Ορθοπαιδικής –Τραυματιολογίας του ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, των φοιτητριών κ.κ. Άμμιλου Παρασκευής, Κατσουλάκη Ελένης και Χιλιαρχάκη Παρθενίας, με θέμα: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Κωνσταντίνιδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ 7ΗΣ Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ

ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΑΚΡΙΒΕΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: amanouras@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 27/11/2019
Α. Π.: ΚΠ/7ΥΠΕ/10259/21920

ΠΡΟΣ: κ.κ. Χιλιαρχάκη Παρθενία, Άμαλλου
Παρασκευή & Κατσουλάκη Ελένη,
Φοιτήτριες του Ελληνικού Μεσογειακού
Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αν. Διοικητή Γ.Ν «Βενιζέλιο-Πανάνειο»
- 2) κ. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλιο -Πανάνειο», στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αριθ. πρωτ. 18692/17-10-19 έγγραφο του Αναπληρωτή Διοικητή Γ.Ν. «Βενιζέλιο - Πανάνειο», κ. Μοσχοβάκη Γεώργιο.

2. Η με αριθ. 89 θετική εισήγηση για διεξαγωγή έρευνας στη συνεδρίαση 10/17-7-2019 του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. «Βενιζέλιο -Πανάνειο».

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα κατατεθέντα έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλιο και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής Εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από τις φοιτήτριες κ.κ. Χιλιαρχάκη Παρθενία, Άμαλλου Παρασκευή και Κατσουλάκη Ελένη, με θέμα: **«Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο»**, υπό την επίβλεψη του εκπαιδευτικού κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλιο- Πανάνειο». Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.



Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: «Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο»

Φοιτήτριες: Άμαλλου Παρασκευή
Κατσουλάκη Ελένη
Χιλιαρχάκη Παρθενία

Υπεύθυνος Καθηγητής: κ.Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Επίκουρος Καθηγητής

Αγαπητέ κύριε/α

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει το βίωμα θανάτου στο νοσηλευτικό προσωπικό. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στο πλαίσιο της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 10 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα.

Σε περίπτωση αποριών σχετικά με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορείτε να επικοινωνήσετε με τις ερευνήτριες:

Άμαλλου Παρασκευή στο email: paraskevi_am@hotmail.com

Χιλιαρχάκη Παρθενία στο email: theniachi@yahoo.com

Κατσουλάκη Ελένη στο email: elina1232009@hotmail.com

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε/μονογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα αποκολληθεί από το ερωτηματολόγιο, θα αποκολληθεί από τους ερευνητές πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για να διαφυλαχτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Υπογραφή/Μονογραφή

Ημερομηνία.....

Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο

Κοινωνικό δημογραφικά στοιχεία

Σημειώστε με X όπου χρειάζεται ή συμπληρώστε στο κενό

A1. Φύλο:

α. Γυναίκα β. Άνδρας

A2. Ηλικία:

α. 20-35 β. 35-50 γ. >50

A3. Οικογενειακή κατάσταση:

α. Άγαμος/η β. Έγγαμος/η γ. Διαζευγμένος/η δ. Χήρος/α

A4. Είστε νοσηλεύτης:

α. ΠΕ β. ΤΕ γ. ΔΕ

A5. Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας:.....

A6 Πόσα χρόνια εργάζεστε στην παρούσα θέση;.....

A7. Ποια η θέση σας στον χώρο εργασίας;

α. Προϊστάμενος β. Αναπληρωτής προϊστάμενος γ. Νοσηλεύτης

δ. Βοηθός νοσηλεύτη

A8. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε: α. ΠΑ.ΓΝ.Η β. Β.ΓΝ.Η

A9. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε:

Γαστρεντερολογική <input type="checkbox"/>	Αιματολογική <input type="checkbox"/>	Παθολογική <input type="checkbox"/>
Πνευμονολογική <input type="checkbox"/>	Ουρολογική <input type="checkbox"/>	Ογκολογική <input type="checkbox"/>
Καρδιολογική <input type="checkbox"/>	Ορθοπαιδική <input type="checkbox"/>	Ω.Ρ.Λ <input type="checkbox"/>

A10. Πόσες φορές περίπου τον μήνα μπορεί να έρθετε σε επαφή με περιστατικό που τελικά καταλήγει;

α. Κανένα β. 1-2 γ. 3-6 δ. Περισσότερα από 6

Ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στο θάνατο

Παρακαλώ συμπληρώστε με \surd στο κουτάκι για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Δεν ξέρω	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια απαίσια εμπειρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου προκαλεί άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αποφεύγω με κάθε τρόπο να κάνω σκέψεις γύρω από το θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Πιστεύω ότι θα πάω στον παράδεισο όταν πεθάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ο θάνατος θα δώσει τέλος σε όλα μου τα προβλήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται ως ένα φυσικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Με ενοχλεί η οριστικότητα του θανάτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. | Ο θάνατος είναι η είσοδος σε έναν τόπο ύψιστης απόλαυσης | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Ο θάνατος είναι μια απόδραση από τον απαίσιο τούτο κόσμο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Κάθε φορά που μου περνά από το μυαλό η σκέψη του θανάτου προσπαθώ να την απωθήσω | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ο θάνατος είναι λύτρωση από τον πόνο και τα βάσανα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένας πολύ καλύτερος τόπος από τούτον εδώ τον κόσμο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Ο θάνατος είναι μια φυσική πλευρά της ζωής | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Ο θάνατος είναι η ένωση με τον Θεό και την αιώνια ευτυχία | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Ο θάνατος φέρνει την ελπίδα για μια νέα και λαμπρή ζωή | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. | Δεν φοβάμαι, αλλά ούτε και καλοδέχομαι το θάνατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Έχω έντονο φόβο για το θάνατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Αποφεύγω εντελώς να σκέφτομαι το θάνατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Το θέμα της μετά θάνατον ζωής με προβληματίζει πάρα πολύ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος της πραγματικότητας, όπως την ξέρω, με φοβίζει | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Προσβλέπω να συναντήσω όσους αγαπώ μετά το θάνατό μου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Θεωρώ το θάνατο ως λύτρωση από τα βάσανα αυτής της ζωής | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Ο θάνατος είναι απλώς μέρος του κύκλου της ζωής | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Θεωρώ το θάνατο ως πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. | Προσπαθώ να μην έχω καμία σχέση με το θέμα του θανάτου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Ο θάνατος προσφέρει με θαυμαστό τρόπο την απελευθέρωση της ψυχής | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Κάτι που με ανακουφίζει όσον αφορά την προοπτική του θανάτου είναι η πίστη μου στη μετά θάνατον ζωή | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Θεωρώ το θάνατο ως ανακούφιση από το βάρος αυτής της ζωής | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός, ούτε κακός | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Προσδοκώ τη μετά θάνατον ζωή | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Με ανησυχεί η αβεβαιότητα για το τι συμβαίνει μετά το θάνατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-