



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΛΙΝΙΚΑ
ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ψυχική επιβάρυνση νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς
τελικού σταδίου**

ΚΡΟΜΜΥΔΑ

ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τσολάκη Βασιλική, Επιμελήτρια ΕΣΥ, Επιβλέπων
Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Καθηγητής
Σγάντζος Μάρκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Λάρισα, 20/01/2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΛΙΝΙΚΑ

ΣΟΒΑΡΩΝΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ

ΥΓΕΙΑΣ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Mental distress of nursing staff in terminally ill patients

ΚΡΟΜΜΥΔΑ

ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τσολάκη Βασιλική, Επιμελήτρια ΕΣΥ, Επιβλέπων

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Καθηγητής

Σγάντζος Μάρκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Λάρισα, 20/01/2024

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης αισθάνομαι την ανάγκη και την υποχρέωση να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές-μέλη της συντονιστικής επιτροπής του συγκεκριμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος για την συνεργασία και την προθυμία τους και κυρίως την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ.Τσολάκη Βασιλική για τη συμπαράσταση και την καθοδήγηση της καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένεια μου, που από την αρχή με ενθάρρυναν και με βοήθησαν ουσιαστικά σε αυτή μου την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συζήτηση σχετικά με τις απόψεις των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για τη ματαιότητα της θεραπείας, εκτός από τις ηθικές και συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην κλινική πρακτική, αναδεικνύει τη σύνθετη σχέση μεταξύ της λήψης ιατρικών αποφάσεων, της φροντίδας των ασθενών και της ευημερίας των φροντιστών. Αυτή η ολοκληρωμένη ανάλυση αποκαλύπτει ένα φάσμα απόψεων σχετικά με τη σημασία και τις συνέπειες των ιατρικών παρεμβάσεων, ιδίως σε περιπτώσεις όπου οι θεραπείες μπορεί να μην αποφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα. Στο επίκεντρο αυτού του ζητήματος βρίσκεται η συναισθηματική επιβάρυνση του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο παλεύει με τις απαιτήσεις της παροχής φροντίδας που θα μπορούσε να παρατείνει τον πόνο. Αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα δικτύων υποστήριξης και εργαλείων επικοινωνίας για τη διαπραγμάτευση αυτών των ηθικά ευαίσθητων περιστάσεων.

Λέξεις-Κλειδιά: ματαιότητα, θεραπεία, υγειονομικό προσωπικό, επικοινωνία, συναισθηματικές δυσκολίες

ABSTRACT

The discussion over healthcare workers' views on treatment futility, in addition to the ethical and emotional difficulties faced in clinical practice, highlights the intricate relationship between medical decision-making, patient care, and the welfare of caregivers. This comprehensive analysis uncovers a range of viewpoints regarding the significance and consequences of medical interventions, especially in situations where treatments may not result in significant advantages. At the heart of this issue lies the emotional burden on healthcare personnel, who struggle with the demands of providing care that could prolong suffering. This emphasizes the necessity for support networks and communication tools to negotiate these morally sensitive circumstances.

Keywords: futility, treatment, health care staff, communication, emotional difficulties

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ	14
1.1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	14
1.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	16
1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	28
1.4. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	31
1.5. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ	33
1.6. ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ	36
1.7. ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	40
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	45
2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	46
2.2.ΜΑΤΑΙΟΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	49
2.3.ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΑΤΑΙΟΥΤΗΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	68
2.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	85
3.1.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	85
3.2.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	88
3.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 : Φύλο.....	46
Διάγραμμα 2: Οικογενειακή κατάσταση	47
Διάγραμμα 3: Εκπαιδευτικό προφίλ	48
Διάγραμμα 4: Εργασιακή εμπειρία	48
Διάγραμμα 5: Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;	49
Διάγραμμα 6: Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας πονάνε;	50
Διάγραμμα 7: Νοιώθετε πιεσμένος/η όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;.....	51
Διάγραμμα 8: Νοιώθετε αμηχανία όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;.....	51
Διάγραμμα 9: Νοιώθετε ότι παρατείνετε η θεραπεία του ασθενή χωρίς λόγο;	52
Διάγραμμα 10: Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στα υποκείμενα νοσήματα του ασθενή;.....	53
Διάγραμμα 11: Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στη μη ανταπόκριση στη χορηγούμενη θεραπεία;.....	53
Διάγραμμα 12: Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να παρέχετε πιο επιθετική θεραπεία στον ασθενή σας;.....	54
Διάγραμμα 13: Θα θέλατε να κάνετε περισσότερα για τον ασθενή σας;	55
Διάγραμμα 14: Θα θέλατε να κάνετε λιγότερα για τον ασθενή σας;.....	56
Διάγραμμα 15: Αισθάνεστε ότι σας ικανοποιεί ο εργασιακός σας χώρος;.....	56
Διάγραμμα 16: Αισθάνεστε όμορφα όταν έρχεστε στην εργασία σας;	57
Διάγραμμα 17: Αισθάνεστε κουρασμένος όταν επιστρέφετε στο σπίτι μετά από την εργασία σας;.....	58
Διάγραμμα 18: Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής σας με βαρέως πάσχοντες ασθενείς;.....	58
Διάγραμμα 19: Θα θέλατε να προτείνετε τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή;.....	59
Διάγραμμα 20: Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;.....	60

Διάγραμμα 21: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας ιατρικών αποφάσεων;	61
Διάγραμμα 22: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας νοσηλευτικών αποφάσεων;.....	61
Διάγραμμα 23: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας αποφάσεων συγγενών;	62
Διάγραμμα 24: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-νοσηλευτή;.....	63
Διάγραμμα 25: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-συγγενή;.....	64
Διάγραμμα 26: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας συγγενή-νοσηλευτή;	65
Διάγραμμα 27: Πιστεύετε πως η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας, αν και μάταιη, είναι σημαντική;	66
Διάγραμμα 28: Πιστεύετε πως θα πρέπει να παρέχετε άλλου είδους φροντίδα στον ασθενή όταν θεωρείται ότι είναι μάταιη η θεραπεία;	67
Διάγραμμα 29: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι κλινικές πρακτικές που δεν συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.....	68
Διάγραμμα 30: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις παρατείνουν τη διάρκεια του πόνου και της ταλαιπωρίας του ασθενούς	69
Διάγραμμα 31: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις αντιβαίνουν στο σκοπό της ιατρικής να προστατεύει τη ζωή	70
Διάγραμμα 32: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που παρέχονται σε ασθενείς στους οποίους έχει συμβεί εγκεφαλικός θάνατος είναι μάταιες	71
Διάγραμμα 33: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που θεωρούνται μάταιες δεν πρέπει να εκτελούνται	71
Διάγραμμα 34: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις δεν πρέπει να παρέχονται σε ασθενείς σε τελικό στάδιο.....	72
Διάγραμμα 35: Η απόφαση ότι η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή είναι μάταιη είναι μερικές φορές αμφιλεγόμενη	73
Διάγραμμα 36: Ακόμα κι αν έχει ληφθεί η απόφαση για την μάταιη φύση της θεραπείας, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει αυτές τις θεραπείες και παρεμβάσεις μέχρι την τελευταία στιγμή	74

Διάγραμμα 37: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις πρέπει να εκτελούνται σύμφωνα με τις αρχές και τα κριτήρια της ενότητας.....	74
Διάγραμμα 38: Η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων πρέπει να λαμβάνεται από όλα τα μέλη της ομάδας.....	75
Διάγραμμα 39: Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να τηρείται η ηθική αρχή «μη βλάπτειν».....	76
Διάγραμμα 40: Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων.	77
Διάγραμμα 41: Θα πρέπει να υπάρχουν εθνικά κριτήρια σχετικά με την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων και τα κριτήρια πρέπει να περιλαμβάνουν ηθικές και νομικές πτυχές του θέματος.	77
Διάγραμμα 42: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες της υγείας δεν προκαλούν ηθικά διλήμματα.....	78
Διάγραμμα 43: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι ιατρικές πρακτικές που αγνοούν την αυτονομία του ασθενούς/οικογένειας.....	79
Διάγραμμα 44: Θα πρέπει να υπάρχουν πολιτικές που αποτρέπουν την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων.....	79
Πίνακας 1: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ φύλου και ερώτησης «Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;»	80
Πίνακας 2: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ ηλικίας και ερώτησης «Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;»	81
Πίνακας 3: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ εκπαιδευτικού υπόβαθρου και ερωτήσεων	82
Πίνακας 4: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ εργασιακής εμπειρίας και ερωτήσεων	84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία διεισδύει στο σύνθετο και συναισθηματικά φορτισμένο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, εστιάζοντας ιδιαίτερα στις αποχρώσεις και τις προκλήσεις που συνεπάγεται η φροντίδα ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Ένας πρωταρχικός τομέας εστίασης είναι η σημαντική συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού, υπογραμμίζοντας τις βαθιές επιπτώσεις της εργασίας τους σε τόσο έντονες συνθήκες φροντίδας. Η συζήτηση στη συνέχεια περνάει σε μια ευρύτερη εξέταση των διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων και της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, ρίχνοντας φως στον τρόπο με τον οποίο αυτές οι προκλήσεις όχι μόνο επηρεάζουν την προσωπική τους ευημερία αλλά και τη συνολική ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

Εξετάζονται βασικά ζητήματα όπως η κόπωση από συμπόνια και το δευτερογενές τραυματικό στρες, κοινά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αποκαλύπτοντας τις συναισθηματικές πιέσεις που προκύπτουν από τη συνεχή έκθεση στον πόνο και το τραύμα των ασθενών. Η συζήτηση υπογραμμίζει επίσης τον ζωτικό ρόλο της οργανωτικής υποστήριξης σε αυτά τα πλαίσια, τονίζοντας πώς τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριάσουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές επιπτώσεις της φροντίδας σε τελικό στάδιο μέσω υποστηρικτικών μέτρων και πόρων.

Η επαγγελματική ανάπτυξη και κατάρτιση στην παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής συζητούνται επίσης, καταδεικνύοντας τη σημασία της συνεχούς μάθησης και της βελτίωσης των δεξιοτήτων για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να διαχειρίζονται επιδέξια τις πολυπλοκότητες του ρόλου τους. Επιπλέον, ο διάλογος θίγει τον σημαντικό αντίκτυπο της εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην προσωπική ζωή και την ευημερία των εν λόγω επαγγελματιών, αναγνωρίζοντας ότι οι προκλήσεις του επαγγελματικού τομέα συχνά επεκτείνονται στις προσωπικές τους εμπειρίες.

Τέλος, η συζήτηση διεισδύει στις ηθικές εκτιμήσεις για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, υπογραμμίζοντας την κρίσιμη ισορροπία που πρέπει να επιτύχουν οι επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων που δεν είναι μόνο ιατρικά ορθές αλλά και ευθυγραμμίζονται με τις ηθικές ευθύνες και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας των ασθενών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας είναι τα εξής:

- Ποιες είναι οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα σε ασθενείς νοσηλεύονται σε ΜΕΘ
- Πόσο συχνά θεωρούν ότι η παρεχόμενη θεραπεία είναι μάταιη;
- Πως αισθάνονται σχετικά με τη δυνατότητα περιορισμού της θεραπείας;
- Θα ήθελαν να συμμετέχουν σε αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας;
- Πως επηρεάζει η καθημερινή εργασία τα αισθήματα άγχους και κατάθλιψης;
- Πώς επηρεάζει η ψυχική επιβάρυνση που βιώνουν οι νοσηλευτές, την εργασία και τις καθημερινές τους δραστηριότητες;
- Υπάρχουν αναγνωρίσιμοι δημογραφικοί ή κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της ψυχικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών ΜΕΘ;

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

1.1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η περίθαλψη σε τελικό στάδιο ασθένειας, γνωστή και ως περίθαλψη στο τέλος της ζωής, είναι ένα είδος υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο ανίατης ασθένειας. Πρωταρχικός στόχος αυτής της φροντίδας δεν είναι η θεραπεία της νόσου, αλλά η παροχή άνεσης, υποστήριξης και η διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς [1]. Αυτός ο τύπος περίθαλψης είναι ολιστικός, καθώς δεν αντιμετωπίζει μόνο τα σωματικά συμπτώματα αλλά και τις συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Συχνά περιλαμβάνει μια διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και ιερείς, ώστε να διασφαλίζεται μια ολοκληρωμένη φροντίδα [2].

Οι αρχές της φροντίδας για τις ανίατες ασθένειες περιστρέφονται γύρω από τη συμπόνια, την αξιοπρέπεια, τον σεβασμό και την υποστήριξη [1]. Η παρηγορητική φροντίδα, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας ανίατης ασθένειας, επικεντρώνεται στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και το άγχος που σχετίζονται με τη σοβαρή ασθένεια [3]. Η φροντίδα είναι ασθενοκεντρική, με στόχο το σεβασμό των επιθυμιών και των αναγκών του ασθενούς, και συχνά περιλαμβάνει σχεδιασμό προηγμένης φροντίδας. Αυτό περιλαμβάνει συζητήσεις σχετικά με τις προτιμήσεις των ασθενών για τις θεραπευτικές επιλογές, τα μέτρα διατήρησης της ζωής και τον ρόλο της ξενώνα [4].

Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο παρουσιάζει μοναδικές προκλήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας, ιδίως οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζουν συχνά συναισθηματικά και ηθικά διλήμματα [2]. Αντιμετωπίζουν ασθενείς που βιώνουν μια σειρά από συναισθήματα όπως φόβο, θυμό και απόγνωση και πρέπει να παρέχουν υποστήριξη, ενώ ταυτόχρονα διαχειρίζονται τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις [5]. Η απρόβλεπτη πορεία των ανίατων ασθενειών μπορεί να επιτείνει την πολυπλοκότητα της παροχής κατάλληλης φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχουν προκλήσεις στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τις

οικογένειες σχετικά με την πρόγνωση και τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, οι οποίες απαιτούν ευαισθησία και δεξιότητα [2].

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Αποτελούν συχνά το κύριο σημείο επαφής για τους ασθενείς και τις οικογένειες, παρέχοντας όχι μόνο σωματική φροντίδα αλλά και συναισθηματική υποστήριξη [6]. Οι νοσηλευτές ασχολούνται με τη διαχείριση του πόνου, τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την παροχή μέτρων ανακούφισης. Λειτουργούν επίσης ως διαμεσολαβητές μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειας και της ευρύτερης ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, υποστηρίζοντας τις επιθυμίες του ασθενούς και διασφαλίζοντας ότι οι ανάγκες του ικανοποιούνται [7]. Με την πάροδο των ετών, υπήρξε σημαντική εξέλιξη στις πρακτικές φροντίδας στο τέλος της ζωής. Έχει δοθεί αυξημένη έμφαση στην παρηγορητική φροντίδα και στις υπηρεσίες ξενώνα, αναγνωρίζοντας τη σημασία της ποιότητας ζωής στο τέλος της ζωής. Οι ηθικοί προβληματισμοί στη φροντίδα στο τέλος της ζωής, όπως η χρήση θεραπειών που διατηρούν τη ζωή και η υποβοήθηση του θανάτου από τον ιατρό, έχουν επίσης αποκτήσει εξέχουσα θέση στο δημόσιο και επαγγελματικό διάλογο [2]. Η εξέλιξη αυτή αντανakλά την αυξανόμενη κατανόηση των πολύπλοκων αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και τη στροφή προς μια πιο ασθενοκεντρική φροντίδα [1].

Η φροντίδα για την ανίατη ασθένεια επεκτείνεται πέρα από τον ασθενή και περιλαμβάνει τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές. Οι ψυχοκοινωνικές πτυχές περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους [1]. Η συμμετοχή της οικογένειας στις αποφάσεις για τη φροντίδα και η παροχή υποστήριξης στους φροντιστές αποτελούν σημαντικά στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας στο τέλος της ζωής [8]. Η πολιτισμική επάρκεια είναι απαραίτητη στη φροντίδα για τις ανίατες ασθένειες λόγω των διαφορετικών πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών που σχετίζονται με το θάνατο και τη θανάτωση. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ευαίσθητοι και να σέβονται αυτές τις διαφορές για να παρέχουν αποτελεσματική και συμπονετική φροντίδα [2]. Αυτό περιλαμβάνει την κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών στην έκφραση της θλίψης, τη λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής και τη χρήση παραδοσιακών πρακτικών και τελετουργιών [3].

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για τις ανίατες ασθένειες. Αυτό περιλαμβάνει εκπαίδευση στη διαχείριση του πόνου, στις επικοινωνιακές δεξιότητες, στη λήψη ηθικών αποφάσεων και στη συναισθηματική αυτοφροντίδα [9]. Η συνεχής εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι απαραίτητη για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ώστε να συμβαδίζουν με τις εξελισσόμενες πρακτικές και να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς με ανίατη ασθένεια. Η περίθαλψη σε τελικό στάδιο ασθένειας είναι ένας κρίσιμος και ευαίσθητος τομέας της υγειονομικής περίθαλψης που απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση, η οποία εστιάζει στην άνεση και την αξιοπρέπεια του ασθενούς [7,8]. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι σημαντικές και απαιτούν συνδυασμό επαγγελματικών δεξιοτήτων και προσωπικής συμπόνιας. Η εξέλιξη των πρακτικών φροντίδας στο τέλος της ζωής αντανακλά την αυξανόμενη αναγνώριση της ανάγκης για ασθενοκεντρική, πολιτισμικά ευαίσθητη και ολιστική φροντίδα [2,3]. Η εξασφάλιση επαρκούς κατάρτισης και υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας για την ικανοποίηση των πολύπλοκων αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και των οικογενειών τους. Καθώς η κοινωνία συνεχίζει να παλεύει με ηθικά ζητήματα που αφορούν τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, η σημασία της ολοκληρωμένης και συμπονετικής φροντίδας για τις ανίατες ασθένειες γίνεται όλο και πιο εμφανής [9].

1.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ανάλυση του ψυχολογικού αντίκτυπου της τελικής φροντίδας στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί μια βαθιά κατάδυση στις συναισθηματικές, ψυχικές και επαγγελματικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν κατά τη φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής τους. Αυτό το σύνθετο και πολύπλευρο ζήτημα αγγίζει πτυχές του άγχους, της επαγγελματικής εξουθένωσης, της κόπωσης

από τη συμπόνια, των στρατηγικών αντιμετώπισης και της ανάγκης για οργανωτική υποστήριξη και επαγγελματική ανάπτυξη.

Στρες και επαγγελματική εξουθένωση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης

Η συναισθηματική επιβάρυνση από την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειας αποτελεί μια βαθιά και πολύπλοκη πτυχή του επαγγέλματος του ιατρού, ιδίως σε τομείς όπως η νοσηλευτική και η παρηγορητική φροντίδα [10]. Η ίδια η φύση αυτής της εργασίας απαιτεί τη δημιουργία βαθιών, ενσυναισθητικών δεσμών με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, μια διαδικασία που, ενώ εμπλουτίζει, δημιουργεί επίσης τις προϋποθέσεις για σημαντικές συναισθηματικές προκλήσεις. Στην καρδιά αυτού του συναισθηματικού τοπίου βρίσκεται η έννοια της θλίψης. Σε αντίθεση με εκείνους που μπορεί να βιώνουν τη θλίψη σπάνια, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε περιβάλλοντα τερματικής περίθαλψης την αντιμετωπίζουν τακτικά [11]. Η παρακμή και ο ενδεχόμενος θάνατος κάθε ασθενούς είναι μια επανάληψη της απώλειας, δημιουργώντας ένα σωρευτικό συναισθηματικό φορτίο. Η θλίψη που βιώνεται σε αυτό το πλαίσιο δεν αφορά μόνο το πένθος για την απώλεια ενός ασθενούς- συχνά περιλαμβάνει τις ανεκπλήρωτες ελπίδες για την ανάρρωση του ασθενούς και τον ενσυναισθητικό πόνο που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της παρακμής του ασθενούς [12].

Αυτή η επανειλημμένη έκθεση στην απώλεια και τη θλίψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτό που αναφέρεται ως «υπερφόρτωση πένθους». Η υπερφόρτωση πένθους συμβαίνει όταν η συχνότητα και η ένταση της έκθεσης στο θάνατο ξεπερνούν την ικανότητα του ατόμου να επεξεργαστεί αποτελεσματικά αυτές τις εμπειρίες [13]. Μπορεί να οδηγήσει σε ένα φαινόμενο μούδιασμα, όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βρεθούν συναισθηματικά εξαντλημένοι ή λιγότερο ευαίσθητοι σε νέες απώλειες. Αυτό δεν αποτελεί ένδειξη αδιαφορίας αλλά μάλλον έναν ασυνείδητο μηχανισμό προστασίας από τη συντριπτική φύση της εργασίας τους. Ο αντίκτυπος αυτής της συναισθηματικής επιβάρυνσης είναι πολύπλευρος [14]. Σε προσωπικό επίπεδο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βρεθούν να παλεύουν με υπαρξιακά ερωτήματα, επανεκτιμώντας τις δικές τους πεποιθήσεις για τη ζωή και τον θάνατο. Μπορεί επίσης να βιώσουν αλλαγές στις

προσωπικές τους σχέσεις, όπου δυσκολεύονται να εκφράσουν τις εργασιακές τους εμπειρίες σε φίλους ή συγγενείς, οδηγώντας σε μια αίσθηση απομόνωσης [15].

Επαγγελματικά, η συναισθηματική επιβάρυνση μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Μπορεί να εμφανιστεί ως αυξημένη ευαισθησία ή, αντίθετα, ως μηχανισμός αποστασιοποίησης στις αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς. Υπάρχει μια λεπτή ισορροπία που πρέπει να επιτευχθεί μεταξύ της ενσυναίσθησης με τους ασθενείς και της διατήρησης ενός βαθμού επαγγελματικής αποστασιοποίησης- η υπερβολική κλίση προς οποιαδήποτε κατεύθυνση μπορεί να αποβεί επιζήμια [16]. Η συναισθηματική ανθεκτικότητα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης δοκιμάζεται συνεχώς σε αυτό το περιβάλλον. Η ανάπτυξη και η διατήρηση στρατηγικών για την αντιμετώπιση της επανειλημμένης έκθεσης στο πένθος και την απώλεια είναι απαραίτητη [12]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προσωπικές πρακτικές αυτοφροντίδας, αναζήτηση υποστήριξης από συναδέλφους και συμμετοχή σε επαγγελματικές συνεδρίες συμβουλευτικής ή απολογισμού. Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των συναισθηματικών προκλήσεων [14]. Η παροχή επαρκών συστημάτων υποστήριξης, η εξασφάλιση διαχειρίσιμου φόρτου εργασίας και η καλλιέργεια μιας κουλτούρας όπου οι συναισθηματικές προκλήσεις μπορούν να συζητηθούν ανοιχτά είναι κρίσιμες για τον μετριασμό των επιπτώσεων της υπερφόρτωσης από το πένθος [11, 13, 15].

Επιπλέον, αυτή η συναισθηματική επιβάρυνση αναδεικνύει επίσης τη σημασία της εκπαίδευσης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Η εκπαίδευση στη συμβουλευτική θλίψης, στις επικοινωνιακές δεξιότητες και στις τεχνικές διαχείρισης του στρες μπορεί να ενδυναμώσει τους παρόχους ώστε να διαχειρίζονται καλύτερα τις συναισθηματικές τους εμπειρίες [16]. Εν κατακλείδι, η συναισθηματική επιβάρυνση από τη φροντίδα ασθενών με ανίατες ασθένειες είναι μια σημαντική πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης που απαιτεί προσοχή και δράση. Περιλαμβάνει μια σύνθετη αλληλεπίδραση προσωπικών και επαγγελματικών προκλήσεων, που απαιτεί τόσο ατομικές όσο και οργανωτικές στρατηγικές για να διασφαλιστεί η ευημερία όσων αφιερώνουν τον εαυτό τους σε αυτόν τον συμπονετικό, αλλά και συναισθηματικά απαιτητικό, τομέα εργασίας [17].

Το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως εκείνων που ασχολούνται με τη φροντίδα τελικού σταδίου, αποτελούν κρίσιμα ζητήματα που επηρεάζουν βαθύτατα τόσο τα άτομα όσο και την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν [18]. Η φύση της εργασίας τους, η οποία συχνά περιλαμβάνει την αντιμετώπιση καταστάσεων ζωής και θανάτου, απαιτεί όχι μόνο ιατρική εμπειρογνωμοσύνη αλλά και υψηλό βαθμό συναισθηματικής συμμετοχής και ανθεκτικότητας. Το άγχος που βιώνουν αυτοί οι επαγγελματίες δεν είναι μόνο θέμα πολλών ωρών εργασίας και σωματικής εξάντλησης. Είναι βαθιά συνυφασμένο με τη συναισθηματική εργασία της φροντίδας των ασθενών που αντιμετωπίζουν το τέλος της ζωής τους [19]. Αυτή η εργασία περιλαμβάνει την ανάγκη να διαχειριστούν όχι μόνο τα σωματικά συμπτώματα της ανίατης ασθένειας, αλλά και να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές, κοινωνικές και ενίοτε πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση της φροντίδας, αν και ολιστική και συμπονετική, απαιτεί σημαντική συναισθηματική επένδυση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης [20].

Επιπλέον, η κοινοποίηση κακών ειδήσεων, όπως η ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών για την πρόγνωση μιας ασθένειας, είναι μια επαναλαμβανόμενη ευθύνη στην τελική περίθαλψη που αυξάνει τη συναισθηματική επιβάρυνση. Αυτές οι συζητήσεις απαιτούν μια λεπτή ισορροπία μεταξύ ειλικρίνειας, ενσυναίσθησης και επαγγελματισμού [21]. Η πίεση της επανειλημμένης εμπλοκής σε τέτοιες συναισθηματικά φορτισμένες αλληλεπιδράσεις μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης. Η λήψη ηθικών αποφάσεων είναι μια άλλη πηγή άγχους σε αυτόν τον τομέα [22]. Η φροντίδα στο τέλος της ζωής συχνά περιλαμβάνει πολύπλοκες ηθικές εκτιμήσεις, όπως αποφάσεις σχετικά με θεραπείες που διατηρούν τη ζωή ή παρηγορητική καταστολή. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να περιηγηθούν σε αυτά τα διλήμματα, συχνά σε καταστάσεις όπου δεν υπάρχει ξεκάθαρη σωστή ή λανθασμένη απάντηση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ηθική δυσφορία και συναισθηματική αναταραχή [23].

Η επαγγελματική εξουθένωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους. Η συναισθηματική εξάντληση είναι ίσως ο πιο εμφανής, όπου τα άτομα αισθάνονται εξαντλημένα και ανίκανα να συγκεντρώσουν συμπόνια ή ενσυναίσθηση - μια κατάσταση που συχνά περιγράφεται ως «κόπωση συμπόνιας» [11]. Μπορεί να εμφανιστεί αποπροσωποποίηση, όπου οι πάροχοι μπορεί

να αναπτύξουν μια κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς τους ή την εργασία τους, βλέποντάς τους ως καθήκοντα και όχι ως άτομα που χρειάζονται φροντίδα. Υπάρχει επίσης βαθύς αντίκτυπος στην αίσθηση της προσωπικής τους επίτευξης- πολλοί μπορεί να αισθάνονται ότι όσες προσπάθειες και αν καταβάλλουν, δεν είναι ποτέ αρκετές [15,17]. Αυτή η κατάσταση επαγγελματικής εξουθένωσης έχει σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στην ψυχική υγεία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Οι εξαντλημένοι και συναισθηματικά εξαντλημένοι πάροχοι είναι πιο πιθανό να κάνουν λάθη, να έχουν χειρότερες αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς και γενικά να παρέχουν χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας [18,19]. Η κατάσταση αυτή δεν είναι μόνο επιζήμια για τους ασθενείς, αλλά συμβάλλει επίσης σε έναν φαύλο κύκλο όπου τα κακά αποτελέσματα των ασθενών επιδεινώνουν περαιτέρω την αίσθηση αναποτελεσματικότητας και εξουθένωσης του παρόχου [20,21].

Η αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση. Τα ιδρύματα πρέπει να αναγνωρίζουν τα σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης και να παρέχουν συστήματα υποστήριξης στο προσωπικό τους [7,8]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συμβουλευτικές υπηρεσίες, εργαστήρια διαχείρισης του άγχους και εξασφάλιση επαρκών επιπέδων προσωπικού για τη μείωση του φόρτου εργασίας [10,11]. Εξίσου σημαντική είναι η προώθηση ενός περιβάλλοντος όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αισθάνονται ότι εκτιμώνται και υποστηρίζονται, όπου αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται η συναισθηματική τους εργασία. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για συνεχή κατάρτιση και εκπαίδευση στο χειρισμό των συναισθηματικών πτυχών της υγειονομικής περίθαλψης [17,18]. Οι πάροχοι χρειάζονται εργαλεία και στρατηγικές για να διαχειρίζονται τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις και να αναπτύσσουν ανθεκτικότητα απέναντι στις δύσκολες πτυχές της εργασίας τους. Οι ομάδες υποστήριξης ομοτίμων και τα προγράμματα καθοδήγησης μπορούν επίσης να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και καθοδήγησης [20,21,22].

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε τομείς όπως η φροντίδα στο τέλος της ζωής, τα φαινόμενα της κόπωσης από τη συμπόνια και του δευτερογενούς τραυματικού στρες αποτελούν σημαντικές προκλήσεις [21]. Οι καταστάσεις αυτές προκύπτουν ως άμεση συνέπεια της έντονης συναισθηματικής δέσμευσης που απαιτείται κατά τη φροντίδα ατόμων που υφίστανται σημαντικό

τραύμα ή πόνο [19,20]. Η φύση αυτών των προκλήσεων είναι ανεπαίσθητη αλλά με βαθύ αντίκτυπο, επηρεάζοντας τόσο την προσωπική όσο και την επαγγελματική ζωή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Η κόπωση συμπόνιας προκύπτει από την ίδια την ουσία αυτού που κάνει έναν καλό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης - την ικανότητα να συμπάσχει και να συνδέεται με τους ασθενείς [22,23]. Εμφανίζεται όταν αυτή η ικανότητα ενσυναίσθησης καταβάλλεται από τον όγκο και την ένταση του πόνου των ασθενών που παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σταδιακή διάβρωση της συμπόνιας, μια συναισθηματική και ψυχολογική αποστράγγιση που αφήνει τους παρόχους να αισθάνονται κουρασμένοι, μουδιασμένοι ή αδιάφοροι. Είναι σαν να εξαντλείται η συναισθηματική δεξαμενή από την οποία αντλούν την ενσυναίσθησή τους [22,23].

Το δευτερογενές τραυματικό στρες, από την άλλη πλευρά, είναι ένα υποπροϊόν της έκθεσης στις τραυματικές εμπειρίες άλλων. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως όσοι εργάζονται με ασθενείς σε τελικό στάδιο, εκτίθενται συνήθως σε ιστορίες και εμπειρίες βαθύτατου προσωπικού τραύματος [7,8]. Αυτές οι εμπειρίες, παρόλο που δεν είναι άμεσα δικές τους, μπορεί να έχουν αναπληρωματικό αντίκτυπο. Το άκουσμα ή η παρακολούθηση του πόνου άλλων μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα παρόμοια με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), όπως διεισδυτικές σκέψεις, αυξημένο άγχος και συναισθηματικό μούδιασμα. Οι συνέπειες της κόπωσης της συμπόνιας και του δευτερογενούς τραυματικού στρες εκτείνονται πολύ πέρα από την προσωπική ταλαιπωρία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει αξιοσημείωτος αντίκτυπος στις επαγγελματικές τους ικανότητες [10,15]. Η μείωση της ενσυναίσθησης μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, οδηγώντας ενδεχομένως σε λιγότερο αποτελεσματική επικοινωνία και μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης στις συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Αυτή η μείωση της ενσυναίσθησης μπορεί επίσης να μειώσει την επαγγελματική ικανοποίηση, καθώς οι πάροχοι μπορεί να αισθάνονται ότι δεν ασκούν αποτελεσματικά τον ρόλο τους [16,17,18].

Επιπλέον, οι συνθήκες αυτές αυξάνουν τον κίνδυνο σφαλμάτων στη φροντίδα των ασθενών. Η συναισθηματική εξάντληση και η ψυχολογική δυσφορία μπορούν να επηρεάσουν τις γνωστικές λειτουργίες, οδηγώντας σε κενά στην προσοχή, την κρίση και τη λήψη αποφάσεων [11,13]. Αυτό όχι μόνο θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, αλλά συμβάλλει επίσης στην αίσθηση επαγγελματικής ανεπάρκειας μεταξύ

των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων απαιτεί μια προληπτική και πολυδιάστατη προσέγγιση. Είναι σημαντικό για τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίζουν τα σημάδια και τα συμπτώματα της κόπωσης της συμπόνιας και του δευτερογενούς τραυματικού στρες [15,17]. Η παροχή συστημάτων υποστήριξης, όπως η παροχή συμβουλών, οι ημέρες ψυχικής υγείας και τα προγράμματα ευεξίας, μπορεί να είναι ανεκτίμητη για να βοηθήσει το προσωπικό να διαχειριστεί αυτές τις προκλήσεις. Επιπλέον, η προώθηση μιας κουλτούρας στο χώρο εργασίας που ενθαρρύνει την ανοιχτή συζήτηση για τις συναισθηματικές και ψυχολογικές προκλήσεις είναι ζωτικής σημασίας [20,21]. Αυτού του είδους το περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει στην ομαλοποίηση αυτών των εμπειριών και στην εξάλειψη του στίγματος που συνδέεται με την αναζήτηση βοήθειας. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που επικεντρώνονται στην οικοδόμηση ανθεκτικότητας, τη διαχείριση του στρες και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης είναι επίσης ευεργετικά [11, 12, 15]. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να εφοδιάσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με τα εργαλεία που χρειάζονται για να αναπληρώσουν τους συναισθηματικούς τους πόρους και να διατηρήσουν την ικανότητά τους για συμπόνια και ενσυναίσθηση [22,23].

Επαγγελματική ανάπτυξη και κατάρτιση

Η κατάρτιση και η εκπαίδευση διαδραματίζουν επίσης κρίσιμο ρόλο στην οργανωτική υποστήριξη. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι εξοπλισμένοι όχι μόνο με κλινικές δεξιότητες αλλά και με ικανότητες στην επικοινωνία, τη διαχείριση του πένθους και τη μείωση του άγχους [24]. Τα προγράμματα κατάρτισης που εστιάζουν σε αυτούς τους τομείς μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητα των παρόχων να διαχειρίζονται τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις και να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικότερα με τους ασθενείς και τις οικογένειες [24,25]. Οι δεξιότητες στην επικοινωνία, για παράδειγμα, είναι απαραίτητες για την πλοήγηση σε δύσκολες συζητήσεις σχετικά με την πρόγνωση και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν πηγή σημαντικού άγχους. Η επαρκής στελέχωση είναι μια άλλη σημαντική πτυχή της οργανωτικής υποστήριξης [25,26]. Η υποστελέχωση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικό φόρτο εργασίας, χρονική πίεση και την αίσθηση της υπερφόρτωσης, τα οποία συμβάλλουν

στο άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Η εξασφάλιση ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσει τον φόρτο εργασίας όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών αλλά και μειώνει την πίεση για τους μεμονωμένους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης [26,27]. Επιπλέον, η αναγνώριση και η αποτίμηση της εργασίας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι θεμελιώδους σημασίας για την ψυχολογική τους ευημερία. Η αναγνώριση αυτή μπορεί να λάβει πολλές μορφές, από επίσημα βραβεία και αναγνωρίσεις μέχρι τις καθημερινές εκφράσεις εκτίμησης και σεβασμού. Όταν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αισθάνονται ότι εκτιμώνται και υποστηρίζονται από τον οργανισμό τους, είναι πιο πιθανό να βιώσουν ικανοποίηση από την εργασία τους και αίσθηση επαγγελματικής ολοκλήρωσης [28,29].

Η σημασία της επαγγελματικής ανάπτυξης και κατάρτισης στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής δεν μπορεί να υποτιμηθεί [28]. Σε έναν τομέα όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έρχονται τακτικά αντιμέτωποι με πολύπλοκες ιατρικές, συναισθηματικές και ηθικές προκλήσεις, ο εφοδιασμός τους με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες είναι κρίσιμος τόσο για την επαγγελματική τους επάρκεια όσο και για τη συναισθηματική τους ευημερία [29]. Η επαγγελματική ανάπτυξη σε αυτό το πλαίσιο υπερβαίνει τη βασική ιατρική εκπαίδευση. Περιλαμβάνει μια ολιστική προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών, αναγνωρίζοντας ότι τα σενάρια για το τέλος της ζωής απαιτούν ένα μοναδικό σύνολο δεξιοτήτων [30]. Μια βασική πτυχή αυτής της κατάρτισης περιλαμβάνει την κατανόηση της πολυπλοκότητας της διαχείρισης των συμπτωμάτων σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο την αντιμετώπιση του σωματικού πόνου, αλλά και την αναγνώριση και αντιμετώπιση άλλων βασανιστικών συμπτωμάτων που μπορεί να είναι ψυχολογικής, κοινωνικής ή πνευματικής φύσης [31].

Επιπλέον, η κατανόηση της διαδικασίας του θανάτου αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της εκπαίδευσης. Οι πάροχοι πρέπει να γνωρίζουν καλά τα στάδια του θανάτου, τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν και πώς αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν τόσο τον ασθενή όσο και τα μέλη της οικογένειάς του [32]. Αυτή η γνώση είναι ζωτικής σημασίας για να βοηθήσει τους παρόχους να προετοιμάσουν τις οικογένειες για το τι να περιμένουν, να διαχειριστούν τις δικές τους προσδοκίες και να παρέχουν φροντίδα που είναι ευαίσθητη στις μοναδικές ανάγκες κάθε σταδίου

[31]. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ένας άλλος κρίσιμος τομέας της επαγγελματικής ανάπτυξης. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι έμπειροι στην πλοήγηση σε συζητήσεις σχετικά με την πρόγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και τις επιθυμίες για το τέλος της ζωής με τους ασθενείς και τις οικογένειες [33]. Οι συζητήσεις αυτές είναι συχνά γεμάτες συναισθήματα και απαιτούν υψηλό βαθμό ευαισθησίας και ενσυναίσθησης. Η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες μπορεί να βοηθήσει τους παρόχους να μεταφέρουν πληροφορίες με τρόπο που να είναι συμπονετικός, σαφής και να σέβεται τις αξίες και τις επιθυμίες του ασθενούς. Η επαγγελματική ανάπτυξη διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στον μετριασμό του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης [34]. Όταν οι πάροχοι αισθάνονται σίγουροι για τις ικανότητές τους να διαχειριστούν τις προκλήσεις της παρηγορητικής φροντίδας, είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν αισθήματα ανεπάρκειας ή αδυναμίας, τα οποία είναι συνήθεις παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση [35]. Η εκπαίδευση μπορεί να προσφέρει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης την αίσθηση της κυριαρχίας και του ελέγχου της εργασίας τους, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό σε έναν τομέα όπου τόσο πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων των ασθενών, είναι πέρα από τον έλεγχό τους [36,37].

Επιπλέον, η συνεχής εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης και ικανοποίησης. Η ενημέρωση για τις τελευταίες έρευνες, θεραπείες και βέλτιστες πρακτικές όχι μόνο βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά συμβάλλει επίσης στην αίσθηση επαγγελματικών επιτευγμάτων και δέσμευσης του παρόχου [33,34]. Η ενσωμάτωση της κατάρτισης σχετικά με την αυτοφροντίδα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης χρειάζονται εργαλεία για να διαχειριστούν τη συναισθηματική επιβάρυνση από την εργασία τους, να διατηρήσουν την ευημερία τους και να αποτρέψουν την κόπωση από τη συμπόνια [36,37]. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει εκπαίδευση σε τεχνικές διαχείρισης του στρες, ενσυνειδητότητα και συναισθηματική ανθεκτικότητα.

Ο αντίκτυπος της παροχής φροντίδας σε τελικό στάδιο εκτείνεται πολύ πέρα από τα όρια του επαγγελματικού περιβάλλοντος, εισχωρώντας στην προσωπική ζωή και την ευημερία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η διασταύρωση των επαγγελματικών ευθυνών και των προσωπικών εμπειριών δημιουργεί ένα μοναδικό σύνολο προκλήσεων που μπορεί να επηρεάσει βαθιά τη ζωή όσων ασκούν το επάγγελμα του υγειονομικού [38]. Μια πρωταρχική ανησυχία για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που εμπλέκονται στην τελική περίθαλψη είναι η δυσκολία αποδέσμευσης από την εργασία τους. Η έντονη συναισθηματική εμπλοκή που απαιτείται για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου συχνά δεν τελειώνει με τη βάρδια. Αυτή η αδυναμία "αποσυμπίεσης" μπορεί να οδηγήσει σε θόλωση των ορίων μεταξύ των επαγγελματικών ευθυνών και της προσωπικής ζωής [39, 40]. Ως αποτέλεσμα, οι πάροχοι μπορεί να βρεθούν απασχολημένοι με σκέψεις για τους ασθενείς τους, ακόμη και εκτός ωραρίου, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να χαλαρώσουν και να ασχοληθούν με προσωπικές δραστηριότητες. Αυτή η συνεχής ενασχόληση με την εργασία τους μπορεί να επιβαρύνει τις προσωπικές σχέσεις. Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι μπορεί να δυσκολεύονται να κατανοήσουν το συναισθηματικό φορτίο που φέρουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε αισθήματα απομόνωσης ή αποσύνδεσης [40]. Οι πάροχοι ενδέχεται να θεωρούν δύσκολο να εκφράσουν τις εμπειρίες τους στην εργασία τους, διευρύνοντας περαιτέρω το χάσμα μεταξύ του επαγγελματικού και του προσωπικού τους κόσμου. Επιπλέον, η συναισθηματική εξάντληση που προέρχεται από την εργασία μπορεί να αφήσει λίγη ενέργεια για τη φροντίδα των προσωπικών σχέσεων, οδηγώντας μερικές φορές σε συγκρούσεις ή σε αίσθηση παραμέλησης μεταξύ των αγαπημένων προσώπων [39].

Ένας άλλος σημαντικός αντίκτυπος είναι η μεταβολή των αντιλήψεων και των στάσεων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στο θάνατο και τη «θανάτωση». Η τακτική έκθεση σε καταστάσεις στο τέλος της ζωής μπορεί να οδηγήσει σε βαθύτερη κατανόηση και αποδοχή του αναπόφευκτου του θανάτου, γεγονός που μπορεί να είναι θετικό αποτέλεσμα [41,42]. Αυτή η αποδοχή μπορεί να προωθήσει μια πιο φιλοσοφική ή στοχαστική προσέγγιση της ζωής, προτρέποντας τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εκτιμήσουν το παρόν και να επανεκτιμήσουν τις προτεραιότητες και τις αξίες τους. Ωστόσο, αυτή η αλλαγμένη

αντίληψη μπορεί επίσης να παρουσιάσει προκλήσεις [43]. Οι πάροχοι μπορεί να βρεθούν να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της θνητότητάς τους, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο άγχος για τον θάνατο, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους αγαπημένους τους. Μπορεί επίσης να παλεύουν με υπαρξιακά ερωτήματα σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου, τα οποία μπορεί να είναι διανοητικά και συναισθηματικά επιβαρυντικά [44]. Επιπλέον, το άγχος και η συναισθηματική επιβάρυνση από τη φροντίδα στο τελικό στάδιο μπορεί να εκδηλωθεί σε σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές του ύπνου, αλλαγές στην όρεξη ή αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες. Αυτές οι σωματικές εκδηλώσεις του στρες μπορούν να επηρεάσουν περαιτέρω την προσωπική ευημερία και την ποιότητα ζωής [42,43]. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει συχνά να αναπτύσσουν στρατηγικές για τη διατήρηση μιας υγιούς ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής [39,40]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον καθορισμό σαφών ορίων μεταξύ της εργασίας και του σπιτιού, την ενασχόληση με χόμπι ή δραστηριότητες που προσφέρουν ένα ψυχικό διάλειμμα και την αναζήτηση υποστήριξης από φίλους, οικογένεια ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα ιδρύματα μπορούν επίσης να διαδραματίσουν υποστηρικτικό ρόλο, παρέχοντας πόρους και δημιουργώντας μια κουλτούρα που αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει τις προσωπικές επιπτώσεις της εργασίας φροντίδας σε τελικό στάδιο [42,43].

Υποστηρικτική επικοινωνία και δυναμική της ομάδας

Το πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στο πλαίσιο της τελικής φροντίδας, δεν αφορά μόνο τις ατομικές ικανότητες, αλλά και το πόσο αποτελεσματικά λειτουργεί μια ομάδα [44]. Η δυναμική εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης και η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του άγχους και των προκλήσεων που είναι εγγενείς σε αυτόν τον τομέα [45]. Η φύση της φροντίδας τελικού σταδίου, με τις υψηλές συναισθηματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις, απαιτεί ένα υποστηρικτικό και επικοινωνιακό ομαδικό περιβάλλον [45].

Στο περιβάλλον με τα υψηλά ρίσκα της φροντίδας τελικού σταδίου, η σημασία της σαφούς και αποτελεσματικής επικοινωνίας δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί. Είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση του απρόσκοπτου συντονισμού της φροντίδας,

της ακριβούς ανταλλαγής πληροφοριών και της παροχής συνεπούς υποστήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειές τους [46]. Πέρα όμως από αυτές τις πρακτικές πτυχές, η επικοινωνία εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης εξυπηρετεί επίσης ζωτικό ρόλο στην προώθηση ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος. Οι ανοιχτές γραμμές επικοινωνίας επιτρέπουν στα μέλη της ομάδας να εκφράζουν τις ανησυχίες τους, να μοιράζονται εμπειρίες και να αναζητούν υποστήριξη από συναδέλφους που κατανοούν τις μοναδικές πιέσεις της εργασίας τους [47].

Η δημιουργία μιας κουλτούρας αμοιβαίας υποστήριξης εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης είναι μια άλλη βασική πτυχή της διαχείρισης του άγχους της φροντίδας σε τελικό στάδιο. Αυτό περιλαμβάνει την καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος όπου τα μέλη της ομάδας αισθάνονται ότι εκτιμώνται, γίνονται σεβαστά και υποστηρίζονται [48]. Μια τέτοια κουλτούρα ενθαρρύνει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να προσέχουν ο ένας τον άλλον, να αναγνωρίζουν σημάδια άγχους ή εξουθένωσης στους συναδέλφους τους και να προσφέρουν βοήθεια όταν χρειάζεται. Δημιουργεί μια αίσθηση συντροφικότητας και συλλογικής ευθύνης, η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική σε έναν τομέα όπου οι μεμονωμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν διαφορετικά να αισθάνονται απομονωμένοι στους αγώνες τους [49]. Οι τακτικές ομαδικές συναντήσεις και οι συνεδρίες απολογισμού είναι καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία και τη διατήρηση αποτελεσματικής δυναμικής της ομάδας. Αυτές οι συναντήσεις παρέχουν ένα φόρουμ για τη συζήτηση δύσκολων περιπτώσεων, τον καταγιισμό ιδεών για λύσεις σε σύνθετα προβλήματα και τον προβληματισμό σχετικά με τις συναισθηματικές εμπειρίες [50]. Αποτελούν επίσης μια ευκαιρία για τους επικεφαλής της ομάδας να προσφέρουν καθοδήγηση, υποστήριξη και αναγνώριση των προσπαθειών της ομάδας. Αυτές οι συγκεντρώσεις μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση της ενότητας και του κοινού σκοπού, η οποία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του ηθικού και των κινήτρων σε ένα εργασιακό περιβάλλον υψηλής πίεσης [51].

Επιπλέον, στο πλαίσιο αυτής της δυναμικής της ομάδας, είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται οι συναισθηματικές προκλήσεις που συνοδεύουν τη φροντίδα σε τελικό στάδιο [48]. Η παροχή ενός χώρου όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μιλήσουν ανοιχτά για τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους βοηθά στην ομαλοποίηση αυτών των

συναισθηματικών αντιδράσεων. Επιτρέπει επίσης την ανταλλαγή στρατηγικών αντιμετώπισης και τεχνικών ενίσχυσης της ανθεκτικότητας. Η αναγνώριση ότι οι συναισθηματικές προκλήσεις είναι μέρος της δουλειάς και όχι ένδειξη αδυναμίας ή ανικανότητας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στίγματος που συνδέεται με την αναζήτηση βοήθειας [48]. Εκτός από τη δυναμική της εσωτερικής ομάδας, η αλληλεπίδραση των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης με άλλα τμήματα του οργανισμού είναι σημαντική. Η υποστήριξη από τη διοίκηση και άλλα τμήματα μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα μιας ομάδας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πόρων για εκπαίδευση, την εξασφάλιση επαρκών επιπέδων προσωπικού και την προσφορά διοικητικής υποστήριξης για τη μείωση του φόρτου των μη κλινικών καθηκόντων [51].

1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το νοσηλευτικό προσωπικό, αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, βρίσκεται συχνά στην πρώτη γραμμή της φροντίδας των ασθενών, γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερα ευαίσθητο στις πολυπλοκότητες της συναισθηματικής εργασίας [52]. Ο όρος αυτός, συναισθηματική εργασία, αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία οι νοσηλευτές διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους και την έκφραση αυτών των συναισθημάτων κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων με ασθενείς, οικογένειες και συναδέλφους. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής, βαθιά ενσωματωμένο στις καθημερινές ευθύνες του επαγγέλματος, και έχει εκτεταμένες επιπτώσεις τόσο στην προσωπική ευημερία των νοσηλευτών όσο και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν [53]. Η έννοια της συναισθηματικής εργασίας στη νοσηλευτική προκύπτει από την ανάγκη δημιουργίας ενός θεραπευτικού και ανακουφιστικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές συχνά συναντούν τους ασθενείς στην πιο ευάλωτη κατάστασή τους - αντιμετωπίζουν τον πόνο, το φόβο, το άγχος και μερικές φορές αντιμετωπίζουν την προοπτική του θανάτου [54,55]. Σε τέτοια σενάρια, οι συναισθηματικές απαιτήσεις που τίθενται στους νοσηλευτές είναι σημαντικές. Αναμένεται από αυτούς να επιδεικνύουν συμπόνια, ενσυναίσθηση και υπομονή, διατηρώντας μια συμπεριφορά που

καθησυχάζει και υποστηρίζει τους ασθενείς τους, ανεξάρτητα από τη δική τους συναισθηματική κατάσταση [56].

Αυτή η απαίτηση να επιδεικνύει κανείς τις κατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις, η οποία συχνά αποκαλείται «επιφανειακή συμπεριφορά», μπορεί να αποτελέσει πρόκληση [56]. Οι νοσηλευτές πρέπει μερικές φορές να καταπνίξουν τα συναισθήματα θλίψης, απογοήτευσης ή άγχους τους για να παρουσιάσουν ένα ήρεμο και ψύχραιμο πρόσωπο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους [55]. Ενώ αυτό είναι απαραίτητο για τη φροντίδα των ασθενών, η συνεχής διαχείριση και τροποποίηση των συναισθηματικών εκφράσεων μπορεί να είναι εξαντλητική. Μπορεί να οδηγήσει σε μια ασυμφωνία μεταξύ των συναισθημάτων που αισθάνεστε και των συναισθημάτων που εκφράζετε, μια κατάσταση γνωστή ως «συναισθηματική ασυμφωνία», η οποία είναι ένας βασικός παράγοντας που συμβάλλει στη συναισθηματική εξάντληση στη νοσηλευτική [52,53]. Η συναισθηματική εργασία της νοσηλευτικής δεν περιορίζεται στις αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς. Επεκτείνεται επίσης στις αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους. Οι νοσηλευτές εργάζονται συχνά σε ένα ιεραρχικό περιβάλλον, όπου μπορεί να χρειαστεί να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους εκφράσεις όταν συναλλάσσονται με γιατρούς, διοικητικούς υπαλλήλους και άλλο προσωπικό υγείας [56]. Αυτή η πτυχή της συναισθηματικής εργασίας μπορεί να περιλαμβάνει την πλοήγηση σε πολύπλοκες διαπροσωπικές δυναμικές, την υπεράσπιση των αναγκών των ασθενών και τη διαχείριση συγκρούσεων, διατηρώντας παράλληλα την επαγγελματική ψυχραιμία [57].

Επιπλέον, η συναισθηματική επιβάρυνση της νοσηλευτικής επιδεινώνεται από τη φύση του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο είναι συχνά ταχέως εξελισσόμενο, υψηλού στρες και συναισθηματικά φορτισμένο. Οι νοσηλευτές εκτίθενται τακτικά στον πόνο, το τραύμα και τον θάνατο, γεγονός που μπορεί να έχει σωρευτική επίδραση στη συναισθηματική τους ευημερία. Αυτή η συνεχής έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση συμπόνιας, όπου οι νοσηλευτές διαπιστώνουν ότι γίνονται απευαίσθητοποιημένοι στον πόνο των ασθενών τους, ή στο αντίθετο αποτέλεσμα, όπου απορροφώνται υπερβολικά από τις συναισθηματικές εμπειρίες των ασθενών τους, οδηγώντας σε δευτερογενές τραυματικό στρες [58]. Οι επιπτώσεις της συναισθηματικής εργασίας στη νοσηλευτική είναι πολύπλευρες. Σε προσωπικό επίπεδο, μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία ενός νοσηλευτή, οδηγώντας σε

συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, άγχους και κατάθλιψης. Αυτό δεν επηρεάζει μόνο την ευημερία τους, αλλά μπορεί επίσης να έχει άμεσο αντίκτυπο στην ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα. Η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ενσυναίσθηση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και αυξημένη πιθανότητα λαθών στη φροντίδα των ασθενών [59].

Από οργανωτική άποψη, η συναισθηματική εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη στη διαχείριση του εργατικού δυναμικού [52,53]. Τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εργασίας χωρίς επαρκή υποστήριξη μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερα ποσοστά κύκλου εργασιών, αυξημένες απουσίες και δυσκολίες στη διατήρηση του προσωπικού. Συνεπώς, η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των συναισθηματικών απαιτήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη για τη βιωσιμότητα του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης [56]. Η αντιμετώπιση των προκλήσεων της συναισθηματικής εργασίας στη νοσηλευτική απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Είναι ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίσουν τη συναισθηματική πτυχή της νοσηλευτικής εργασίας και να παρέχουν συστήματα υποστήριξης που βοηθούν τους νοσηλευτές να διαχειριστούν αυτή την πτυχή της εργασίας τους [57]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πρόσβαση σε πόρους ψυχικής υγείας, όπως υπηρεσίες συμβουλευτικής, προγράμματα διαχείρισης του άγχους και ομάδες υποστήριξης από ομοτίμους. Η δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την ανοιχτή συζήτηση για τις συναισθηματικές προκλήσεις και παρέχει ευκαιρίες για συναισθηματική ανάπαυση και αποκατάσταση είναι επίσης σημαντική [59].

Τέλος, η κατάρτιση και η εκπαίδευση μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να διαχειριστούν τη συναισθηματική εργασία. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, συναισθηματική νοημοσύνη και στρατηγικές για την αντιμετώπιση του στρες και της συναισθηματικής εξάντλησης. Η ενθάρρυνση πρακτικών αυτοφροντίδας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και η προώθηση μιας υγιούς ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής αποτελούν επίσης βασικές στρατηγικές [59].

1.4. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και η ανθεκτικότητα είναι ζωτικής σημασίας στοιχεία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως για τους επαγγελματίες που εκτίθενται συστηματικά σε περιβάλλοντα υψηλού στρες και συναισθηματικά επιβαρυντικές καταστάσεις [11]. Η ικανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης του στρες και η διατήρηση της ψυχολογικής ευεξίας δεν είναι ευεργετική μόνο για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού, αντιμετωπίζουν πλήθος στρεσογόνων παραγόντων στην καθημερινή τους εργασία [31]. Αυτοί κυμαίνονται από τον μεγάλο όγκο ασθενών και τις πολλές ώρες εργασίας έως τη συναισθηματική επιβάρυνση που συνεπάγεται η αντιμετώπιση του πόνου, η λήψη κρίσιμων αποφάσεων για τη φροντίδα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ο θάνατος των ασθενών [35,47]. Η φύση αυτών των στρεσογόνων παραγόντων απαιτεί ισχυρές στρατηγικές αντιμετώπισης και ανθεκτική νοοτροπία για τη διατήρηση της προσωπικής ευημερίας και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας [2,51,23,38].

Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των επαγγελματιών υγείας είναι ποικίλοι και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε γενικές γραμμές σε στρατηγικές που επικεντρώνονται στο πρόβλημα και σε στρατηγικές που επικεντρώνονται στο συναίσθημα [2,3,7]. Η αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα περιλαμβάνει την άμεση αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα, όπως με τη βελτίωση της διαχείρισης του χρόνου ή την αναζήτηση υποστήριξης για κλινικές αποφάσεις. Αυτός ο τύπος αντιμετώπισης είναι συχνά αποτελεσματικός σε καταστάσεις όπου το άτομο έχει κάποιο έλεγχο του στρεσογόνου παράγοντα [2,51,23,38]. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής μπορεί να αναθέσει ορισμένα καθήκοντα για να διαχειριστεί έναν μεγάλο φόρτο εργασίας ή ένας γιατρός μπορεί να συμβουλευτεί έναν συνάδελφο για να επιλύσει μια δύσκολη υπόθεση. Η αντιμετώπιση που επικεντρώνεται στο συναίσθημα, από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνει τη διαχείριση της συναισθηματικής αντίδρασης σε έναν στρεσογόνο παράγοντα [8,13,18,29]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πρακτικές όπως η ενσυνειδητότητα, ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης. Αυτές οι στρατηγικές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε καταστάσεις όπου ο

στρεσογόνος παράγοντας δεν μπορεί να αλλάξει άμεσα, όπως όταν αντιμετωπίζετε τις συναισθηματικές επιπτώσεις του θανάτου ενός ασθενούς [38,39,41]. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να ασχοληθούν με δραστηριότητες εκτός εργασίας που τους βοηθούν να χαλαρώσουν και να αποσυνδεθούν από τη δουλειά τους, όπως τα χόμπι, η σωματική άσκηση ή το να περνούν χρόνο με αγαπημένα πρόσωπα [43,47].

Η ανθεκτικότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι η ικανότητα καλής προσαρμογής μπροστά σε αντιξοότητες, τραύματα ή σημαντικές πηγές άγχους. Περιλαμβάνει όχι μόνο την αντοχή σε δύσκολες καταστάσεις, αλλά και το να μαθαίνεις από αυτές και να βγαίνεις πιο δυνατός. Η ανθεκτικότητα δεν είναι ένα έμφυτο χαρακτηριστικό αλλά μια δεξιότητα που μπορεί να αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου [21,24, 28]. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αναπτύσσουν την ανθεκτικότητα αποκτώντας εμπειρία, αναστοχάζοντας τις αντιδράσεις τους σε δύσκολες καταστάσεις και χρησιμοποιώντας ενεργά στρατηγικές αντιμετώπισης. Ένας ανθεκτικός επαγγελματίας υγείας χαρακτηρίζεται συνήθως από θετική στάση, ικανότητα διατήρησης ισορροπίας στη ζωή του και προληπτική προσέγγιση στη διαχείριση του στρες [41,42, 44]. Συχνά βλέπουν τις προκλήσεις ως ευκαιρίες για ανάπτυξη και μάθηση και όχι ως ανυπέρβλητα εμπόδια. Επιπλέον, τα ανθεκτικά άτομα τείνουν να έχουν ισχυρά δίκτυα υποστήριξης, τόσο εντός όσο και εκτός του χώρου εργασίας, στα οποία μπορούν να βασίζονται σε δύσκολες στιγμές [45,48].

Η οργανωτική υποστήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πρόσβασης σε πόρους ψυχικής υγείας, τη δημιουργία μιας υποστηρικτικής εργασιακής κουλτούρας και την εξασφάλιση εύλογου φόρτου εργασίας και επαρκούς στελέχωσης [2,51,23,38]. Η τακτική εκπαίδευση και τα εργαστήρια για τη διαχείριση του άγχους, τις δεξιότητες επικοινωνίας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν επίσης να βοηθήσουν το προσωπικό να αναπτύξει ανθεκτικότητα. Η υποστήριξη από ομοτίμους είναι ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο για την οικοδόμηση ανθεκτικότητας. Το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης είναι μοναδικό και η υποστήριξη από συναδέλφους που κατανοούν τις ιδιαίτερες προκλήσεις του τομέα μπορεί να είναι ανεκτίμητη [45,48]. Οι ομάδες υποστήριξης ομοτίμων, τα προγράμματα καθοδήγησης και οι δραστηριότητες

ομαδικής ανάπτυξης μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία μιας αίσθησης κοινότητας και αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των σημείων επαγγελματικής εξουθένωσης είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ανθεκτικότητας [18,27,33]. Η επαγγελματική εξουθένωση, μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και νοητικής εξάντλησης που προκαλείται από παρατεταμένο στρες, μπορεί να μειώσει σημαντικά την ικανότητα ενός επαγγελματία υγείας να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του εργασιακού χώρου [2,4,12,15]. Τα ιδρύματα πρέπει να είναι προληπτικά στον εντοπισμό των σημείων επαγγελματικής εξουθένωσης και να παρέχουν παρεμβάσεις, όπως συμβουλευτικές υπηρεσίες ή προσαρμογές στο ωράριο εργασίας. Εκτός από την οργανωτική υποστήριξη, οι μεμονωμένοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να λάβουν προληπτικά μέτρα για την οικοδόμηση ανθεκτικότητας [2,51,23,38]. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον καθορισμό ορίων μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής, την τακτική άσκηση δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας και την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας όταν χρειάζεται. Πρακτικές αναστοχασμού, όπως η τήρηση ημερολογίου ή η ενσυνειδητότητα, μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην επεξεργασία εμπειριών και συναισθημάτων που σχετίζονται με την εργασία [39,45,47].

1.5. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ

Η οργανωτική υποστήριξη στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος, επηρεάζει την ευημερία του προσωπικού και, τελικά, επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Σε έναν τομέα τόσο απαιτητικό όσο η υγειονομική περίθαλψη, όπου οι επαγγελματίες εκτίθενται τακτικά σε καταστάσεις υψηλού στρες, πολύπλοκες προκλήσεις και συναισθηματική εργασία, η υποστήριξη που παρέχεται από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι απλώς θέμα πολιτικής αλλά κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει τη συνολική αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα [39,45,47]. Στον πυρήνα της, η οργανωτική υποστήριξη αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης διευκολύνουν

ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον για το προσωπικό τους. Αυτό περιλαμβάνει ένα φάσμα πρωτοβουλιών, από την παροχή επαρκών πόρων και κατάρτισης έως την προώθηση μιας κουλτούρας εκτίμησης και σεβασμού [2,3,7]. Η φύση της εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συχνά απρόβλεπτη και συναισθηματικά φορτισμένη, απαιτεί μια υποστηρικτική υποδομή που μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά αυτές τις προκλήσεις [2,51,23,38].

Μία από τις πρωταρχικές πτυχές της οργανωτικής υποστήριξης είναι η παροχή επαρκών πόρων. Αυτό περιλαμβάνει την εξασφάλιση επαρκών επιπέδων προσωπικού για την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, την παροχή του πιο σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και τεχνολογίας για τη διευκόλυνση της αποτελεσματικής φροντίδας των ασθενών και την προσφορά προσβάσιμων πόρων ψυχικής υγείας για το προσωπικό [2,51,23,38]. Επαρκείς πόροι σημαίνει επίσης τη δημιουργία ενός φυσικού περιβάλλοντος εργασίας που είναι ασφαλές, άνετο και ευνοεί την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η κατάρτιση και η επαγγελματική ανάπτυξη είναι άλλα κρίσιμα στοιχεία της οργανωτικής υποστήριξης [39,45,47]. Η συνεχής εκπαίδευση είναι απαραίτητη στον ταχέως εξελισσόμενο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όπου εμφανίζονται τακτικά νέες θεραπείες, τεχνολογίες και βέλτιστες πρακτικές. Οι οργανισμοί πρέπει να παρέχουν συνεχείς ευκαιρίες κατάρτισης στο προσωπικό τους, όχι μόνο για να ενισχύσουν τις κλινικές τους ικανότητες, αλλά και για να τους εξοπλίσουν με δεξιότητες σε τομείς όπως η επικοινωνία, η διαχείριση του άγχους και η ηγεσία [2,3,7]. Η εν λόγω κατάρτιση βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να παραμένουν επίκαιροι στον τομέα τους, να αισθάνονται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στον ρόλο τους και να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις απαιτήσεις της εργασίας τους [2,51,23,38].

Μια άλλη κρίσιμη πτυχή της οργανωτικής υποστήριξης είναι η καλλιέργεια μιας θετικής εργασιακής κουλτούρας. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου το προσωπικό αισθάνεται ότι εκτιμάται, σέβεται και αποτελεί μέρος μιας συνεκτικής ομάδας [2,3,7]. Μια θετική εργασιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από ανοιχτή επικοινωνία, όπου το προσωπικό αισθάνεται άνετα να μοιράζεται τις ιδέες, τις ανησυχίες και τα σχόλιά του [39,45,47]. Περιλαμβάνει επίσης την αναγνώριση και τον εορτασμό των επιτευγμάτων και της σκληρής εργασίας του προσωπικού, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει σημαντικά το ηθικό και την ικανοποίηση από την εργασία. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης

διαδραματίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη της ψυχικής και συναισθηματικής ευημερίας του προσωπικού τους. Δεδομένου του υψηλού στρες χαρακτήρα της εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η παροχή πρόσβασης σε υπηρεσίες υποστήριξης της ψυχικής υγείας, όπως η παροχή συμβουλών και τα προγράμματα διαχείρισης του άγχους, είναι απαραίτητη [2,3,7]. Η δημιουργία μιας κουλτούρας που αναγνωρίζει τις συναισθηματικές προκλήσεις της εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και ενθαρρύνει το προσωπικό να αναζητά υποστήριξη όταν χρειάζεται είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τον μετριασμό ζητημάτων όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η κόπωση από τη συμπίεση [39,45,47].

Η ηγεσία στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της οργανωτικής υποστήριξης. Οι αποτελεσματικοί ηγέτες είναι εκείνοι που δεν είναι μόνο ειδικευμένοι στις διοικητικές και κλινικές πτυχές, αλλά είναι επίσης ενσυναισθητικοί και υποστηρικτικοί προς το προσωπικό τους [2,3,7]. Παίζουν βασικό ρόλο στον καθορισμό του τόνου για το εργασιακό περιβάλλον, στην υπεράσπιση των αναγκών της ομάδας τους και στη διασφάλιση ότι οι πολιτικές και οι πρακτικές του οργανισμού δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία του προσωπικού. Η υποστήριξη από ομοτίμους είναι ένα άλλο σημαντικό στοιχείο της οργανωτικής υποστήριξης [42,44,51]. Η ενθάρρυνση της συνεργασίας και της ομαδικής εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μπορεί να προωθήσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον όπου το προσωπικό μπορεί να βασίζεται ο ένας στον άλλον για συμβουλές, βοήθεια και συναισθηματική υποστήριξη. Τα δίκτυα υποστήριξης ομοτίμων, τα προγράμματα καθοδήγησης και οι δραστηριότητες οικοδόμησης ομάδας μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού και στη δημιουργία ενός πιο συνεκτικού εργασιακού περιβάλλοντος [39,45,47].

Εκτός από αυτά τα εσωτερικά μέτρα, η εξωτερική υποστήριξη από την ευρύτερη υγειονομική κοινότητα και τους ρυθμιστικούς φορείς συμβάλλει επίσης στην οργανωτική υποστήριξη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές και πολιτικές που διασφαλίζουν δίκαιες εργασιακές πρακτικές, επαρκή αποζημίωση και ασφαλείς συνθήκες εργασίας για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Επιπλέον, η αποτελεσματική οργανωτική υποστήριξη περιλαμβάνει επίσης την αντιμετώπιση της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής του

προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή ευέλικτου προγραμματισμού, την παροχή πολιτικών αδειών που να ανταποκρίνονται στις προσωπικές ανάγκες και την παροχή υποστήριξης για τις οικογενειακές υποχρεώσεις και τη φροντίδα των παιδιών [39,45,47]. Η διασφάλιση ότι το προσωπικό έχει τη δυνατότητα να διατηρεί μια υγιή ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής του ζωής είναι απαραίτητη για τη μακροπρόθεσμη ικανοποίηση από την εργασία και την ευημερία [42,44,51].

1.6. ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Οι ηθικοί προβληματισμοί στη φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι από τις πιο σύνθετες και δύσκολες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς συνυφαίνουν ιατρικά, ηθικά και φιλοσοφικά θέματα. Σε αυτόν τον ευαίσθητο τομέα της περίθαλψης, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λάβουν αποφάσεις που δεν είναι μόνο ιατρικά ορθές αλλά και ηθικά υπεύθυνες, σεβόμενοι την αξιοπρέπεια, τις επιθυμίες και τα δικαιώματα των ασθενών που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους. Το ηθικό τοπίο της φροντίδας στο τέλος της ζωής καθορίζεται από μια σειρά θεμελιωδών αρχών, όπως η αυτονομία, η ωφέλεια, η μη αδικία και η δικαιοσύνη [60]. Η αυτονομία, το δικαίωμα των ασθενών να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της ηθικής πρακτικής. Περιλαμβάνει το σεβασμό των επιθυμιών και των επιλογών του ασθενούς, ακόμη και αν αυτές αποκλίνουν από αυτό που ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να θεωρήσει ως την καλύτερη ιατρική πορεία δράσης [61]. Η αρχή αυτή υπογραμμίζει τη σημασία του προχωρημένου σχεδιασμού φροντίδας και των διαθηκών εν ζωή, όπου οι ασθενείς εκφράζουν τις προτιμήσεις τους για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, εν αναμονή μιας εποχής κατά την οποία ενδέχεται να μην είναι σε θέση να επικοινωνήσουν τις επιθυμίες τους [62].

Η ευεργεσία, η δέσμευση να κάνουμε καλό, και η μη-κακοποίηση, η δέσμευση να μην κάνουμε κακό, είναι επίσης κεντρικής σημασίας για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Αυτές οι αρχές απαιτούν από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εξισορροπούν την ανάγκη ανακούφισης του πόνου με την ανάγκη

αποφυγής παρεμβάσεων που μπορεί να παρατείνουν τον πόνο ή να μην παρέχουν κανένα ουσιαστικό όφελος στον ασθενή [63]. Η πρόκληση έγκειται συχνά στον προσδιορισμό του τι συνιστά ωφέλιμη φροντίδα, ιδίως σε περιπτώσεις όπου οι θεραπείες που διατηρούν τη ζωή μπορεί να παρατείνουν τη ζωή αλλά και να παρατείνουν τον πόνο [57,58,59]. Η δικαιοσύνη, μια άλλη κρίσιμη αρχή, αναφέρεται στη δίκαιη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και στην ισότιμη μεταχείριση όλων των ασθενών [11]. Στη φροντίδα στο τέλος της ζωής, η αρχή αυτή εγείρει ερωτήματα σχετικά με την κατανομή των πόρων σε περιπτώσεις όπου οι θεραπείες μπορεί να έχουν περιορισμένα οφέλη, καθώς και σχετικά με τη διασφάλιση ότι όλοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα από το ιστορικό ή την οικονομική τους κατάσταση, έχουν πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα στο τέλος της ζωής [64].

Μία από τις σημαντικότερες ηθικές προκλήσεις στη φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι η λήψη αποφάσεων σχετικά με την απόσυρση ή την παρακράτηση των θεραπειών που διατηρούν τη ζωή. Αυτό περιλαμβάνει παρεμβάσεις όπως ο μηχανικός αερισμός, η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση και οι προσπάθειες ανάνηψης [45]. Οι αποφάσεις σχετικά με τη διακοπή αυτών των θεραπειών είναι γεμάτες με ηθικές επιπτώσεις, ιδίως γύρω από ζητήματα συναίνεσης του ασθενούς, ποιότητας ζωής και διάκρισης μεταξύ του να αφήσουμε να πεθάνει και του να προκαλέσουμε θάνατο [46,48,49]. Η παρηγορητική καταστολή, που χρησιμοποιείται για την ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο σε ασθενείς με ανίατες ασθένειες, παρουσιάζει ένα άλλο ηθικό δίλημμα. Ενώ αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου, εγείρει ερωτήματα σχετικά με την πιθανή επιτάχυνση του θανάτου και την ικανότητα του ασθενούς να συνεργαστεί με τους οικείους του κατά τις τελευταίες ημέρες του [35,40,42,43]. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάζουν προσεκτικά τις ηθικές επιπτώσεις της παρηγορητικής καταστολής, εξισορροπώντας τον στόχο της ανακούφισης του πόνου με τον σεβασμό στη ζωή του ασθενούς και τις επιθυμίες της οικογένειας [64].

Σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να λάβουν τις δικές τους αποφάσεις λόγω ανικανότητας, καλούνται να λάβουν αποφάσεις για λογαριασμό τους οι αντικαταστάτες τους, συνήθως μέλη της οικογένειας ή νομικά διορισμένοι κηδεμόνες [63]. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι δεοντολογικά δύσκολη, ιδίως όταν υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενούς ή όταν οι αποφάσεις του αντικαταστάτη έρχονται σε σύγκρουση με τις συστάσεις της ιατρικής ομάδας [45,48,56]. Η διασφάλιση της καλής ενημέρωσης και της υποστήριξης των

αναπληρωτών φορέων λήψης αποφάσεων για τον ρόλο τους είναι ζωτικής σημασίας σε αυτές τις περιπτώσεις. Οι δεοντολογικοί προβληματισμοί στη φροντίδα στο τέλος της ζωής επεκτείνονται επίσης στην επικοινωνία και τις σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες. Η ειλικρινής, συμπονετική και σαφής επικοινωνία σχετικά με την πρόγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και την πιθανή πορεία της ασθένειας είναι απαραίτητη [52,53,63]. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διευθύνουν αυτές τις συζητήσεις με ευαισθησία, σεβόμενοι τον συναισθηματικό αντίκτυπο των πληροφοριών που μεταφέρουν και τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες των ασθενών και των οικογενειών [64].

Επιπλέον, η διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων κατά τη φροντίδα στο τέλος της ζωής δεν είναι μόνο κλινικό αλλά και ηθικό ζήτημα. Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα σε αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν ηθική υποχρέωση να αντιμετωπίζουν τον πόνο και άλλα οδυνηρά συμπτώματα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο [35,40,42,43]. Η αποτυχία επαρκούς διαχείρισης των συμπτωμάτων μπορεί να θεωρηθεί μορφή βλάβης και είναι δεοντολογικά απαράδεκτη. Εκτός από αυτές τις ανησυχίες που αφορούν τον ασθενή, οι δεοντολογικοί προβληματισμοί στη φροντίδα στο τέλος της ζωής αφορούν επίσης τους ίδιους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης [42,44,51]. Μπορεί να αντιμετωπίσουν ηθική δυσφορία όταν οι ηθικές πεποιθήσεις τους έρχονται σε σύγκρουση με τις αποφάσεις που λαμβάνονται για τον ασθενή ή όταν οι θεσμικές πολιτικές ή οι περιορισμοί των πόρων εμποδίζουν την παροχή βέλτιστης φροντίδας. Η υποστήριξη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση της ηθικής δυσφορίας και η παροχή ευκαιριών για ηθικές διαβουλεύσεις και συζητήσεις μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων [35,40,42,43].

Εν κατακλείδι, οι ηθικοί προβληματισμοί στη φροντίδα στο τέλος της ζωής περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, από τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα έως την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειες, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την υποστήριξη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης [42,44,51]. Η πλοήγηση σε αυτά τα ζητήματα απαιτεί προσεκτική ισορροπία των ηθικών αρχών, της κλινικής κρίσης και της συμπονετικής φροντίδας. Περιλαμβάνει όχι μόνο το σεβασμό των δικαιωμάτων και των επιθυμιών των ασθενών, αλλά και την εξέταση των ευρύτερων επιπτώσεων των αποφάσεων περίθαλψης για τις οικογένειες, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και το

σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολό του. Η ηθική πρακτική στη φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι θεμελιώδης για την παροχή φροντίδας που δεν είναι μόνο ιατρικά αποτελεσματική αλλά και ηθικά υπεύθυνη και σέβεται την αξιοπρέπεια των ασθενών στο πιο ευάλωτο στάδιο της ζωής τους [45, 63].

1.7. ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η ψυχική δυσφορία των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου αποτελεί σημαντικό πεδίο έρευνας, το οποίο εξετάζει διάφορες διαστάσεις των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων στους επαγγελματίες νοσηλευτές. Μελέτες έχουν διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και τις εμπειρίες τους από το πένθος μετά το θάνατο των ασθενών. Οι Gama et al. [65] και Gerow et al. [66] παρέχουν πληροφορίες σχετικά με αυτές τις πτυχές. Η μελέτη των Gama et al. [65] σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο εξέτασε διάφορες πτυχές, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων άγχους και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 384 νοσηλευτές και χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία όπως το Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) και το Penn State Worry Questionnaire. Τα βασικά ευρήματα περιλαμβάνουν ότι οι νοσηλευτές είχαν γενικά θετική στάση απέναντι στο θάνατο και χαμηλό φόβο για το θάνατο. Οι νεότεροι νοσηλευτές εμφάνισαν υψηλότερη αποδοχή προσέγγισης, ενώ οι ανύπαντροι νοσηλευτές είχαν υψηλότερες βαθμολογίες αποδοχής διαφυγής. Οι νοσηλευτές που έλαβαν εκπαίδευση σχετικά με τον θάνατο είχαν υψηλότερες βαθμολογίες ουδέτερης αποδοχής. Διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους των νοσηλευτών και των βαθμολογιών αποδοχής διαφυγής, καθώς και μεταξύ της προϋπηρεσίας τους και των βαθμολογιών αποδοχής διαφυγής και προσέγγισης. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της προετοιμασίας και της υποστήριξης των νοσηλευτών μέσω της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης για το θάνατο, προτείνοντας τα προγράμματα αυτά να ενσωματωθούν στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η μελέτη των Gerow et al. [66] επικεντρώθηκε στις εμπειρίες των νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν το πένθος μετά το θάνατο των ασθενών τους. Στην ποιοτική αυτή έρευνα, η οποία καθοδηγείται από μια φαινομενολογική προσέγγιση, συμμετείχαν 21 νοσηλευτές από την Ιορδανία, οι οποίοι συμμετείχαν σε τρεις ομάδες εστίασης. Η μελέτη αποκάλυψε τέσσερα κύρια θέματα που σχετίζονται με το πένθος των νοσηλευτών: συναισθήματα θλίψης, κλάματος, θυμού, σοκ, άρνησης, πίστης, φόβου, ενοχής, φόβου για την αντίδραση της οικογένειας και αδυναμίας. Υπογράμμισε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μια σειρά συναισθημάτων ως απάντηση στο θάνατο των ασθενών και συχνά επιβαρύνονται από την επαναλαμβανόμενη φύση

αυτών των θανάτων. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της ανάπτυξης στρατηγικών που θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν το πένθος τους με ολιστικό τρόπο, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει θετικά την επαγγελματική τους απόδοση.

Η έρευνα έχει επίσης επικεντρωθεί στην επαγγελματική εξουθένωση και στη σημασία των πνευματικών εμπειριών και της εκπαίδευσης για τον μετριασμό των επιπτώσεών της. Οι Holland και Neimeyer [67] συζητούν το ρόλο των καθημερινών πνευματικών εμπειριών στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε περιβάλλοντα φροντίδας στο τέλος της ζωής. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η καθημερινή ενασχόληση με πνευματικές εμπειρίες μπορεί να μετριάσει τις σωματικές, γνωστικές και συναισθηματικές μορφές επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, η μελέτη διαπίστωσε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας της εκπαίδευσης που έλαβαν οι φροντιστές για τη φροντίδα του τέλους της ζωής και της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδίως στον σωματικό και τον γνωστικό τομέα. Η Husaini [34] αναδεικνύει τον ρόλο των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα για τους ετοιμοθάνατους καρκινοπαθείς μέσω μιας σύνθεσης. Οι Kamal et al. [50], Kase et al. [47,48,49] και Keidel [45] παρέχουν περαιτέρω προοπτικές σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση συμπόνιας μεταξύ των φροντιστών και των επαγγελματιών παρηγορητικής φροντίδας.

Η έννοια της ηθικής δυσφορίας στη νοσηλευτική πρακτική, ιδίως σε πλαίσια όπως το Μαλάουι, συζητείται από τους Maluwa et al. [46], τονίζοντας τις ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σε περιβάλλοντα ανακουφιστικής φροντίδας. Οι Maslach και Leiter [47] παρέχουν μια ιστορική αναδρομή στην κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της επαγγελματικής κόπωσης συμπόνιας και της δευτερογενούς διαταραχής τραυματικού στρες από την οπτική γωνία της νοσηλευτικής ξενόνα και της παρηγορητικής νοσηλευτικής. Ωστόσο, η σχετική βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η κόπωση από τη συμπόνια περιγράφηκε αρχικά στο πλαίσιο της νοσηλευτικής εξουθένωσης και αργότερα εξελίχθηκε ώστε να γίνει κατανοητή στο πλαίσιο ενός ψυχολογικού μοντέλου της διαταραχής δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Οι Morley et al. [43] διερευνούν τον ορισμό και τις επιπτώσεις της "ηθικής δυσφορίας" στη νοσηλευτική, προσφέροντας μια αφηγηματική σύνθεση της βιβλιογραφίας για το θέμα αυτό. Ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης

μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην παρηγορητική φροντίδα έχει εξεταστεί συστηματικά από τους Parola et al. [56], αναδεικνύοντας την ευρεία εμφάνισή της. Η ανασκόπηση περιελάμβανε οκτώ διατομεακές μελέτες με συνολικά 1.406 επαγγελματίες υγείας, κυρίως νοσηλευτές, ιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ αυτών των επαγγελματιών ήταν 17,3%. Ο υψηλότερος επιπολασμός επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρήθηκε στους κοινωνικούς λειτουργούς (27%), ενώ στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, η κατ' οίκον φροντίδα είχε τον υψηλότερο επιπολασμό επαγγελματικής εξουθένωσης (19,6%). Οι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης (19,5%) και Αποπροσωποποίησης (8,2%), ενώ οι ιατροί εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα Προσωπικής Επίτευξης (41,2%).

Ο Peters [58] παρέχει μια εννοιολογική ανάλυση της κόπωσης συμπόνιας στη νοσηλευτική, υποδεικνύοντας τον αντίκτυπό της στην παροχή φροντίδας. Η επίδραση του άγχους θανάτου στους νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς στο τέλος της ζωής έχει εξεταστεί από τους Peters et al. [53, 56], δείχνοντας τη σημαντική επίδρασή του στη νοσηλευτική φροντίδα. Οι μελέτες διαπίστωσαν ότι η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται σε όλους τους κλάδους, με τους νοσηλευτές να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι λόγω της επανειλημμένης έκθεσης στον πόνο των άλλων, των περιβαλλόντων υψηλού στρες και της συνεχούς αυτοπροσφοράς. Οι συνέπειες της κόπωσης της συμπόνιας επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο τον νοσηλευτή αλλά και τον ασθενή, τον οργανισμό και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όλοι οι νοσηλευτές κινδυνεύουν από κόπωση συμπόνιας και ότι η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί μέσω επαγγελματικών ορίων, μέτρων αυτοφροντίδας, αυτογνωσίας και εκπαίδευσης σχετικά με την έννοια τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο.

Οι Shorter και Stayt [33,39] και Slocum-Gori et al. [47] συμβάλλουν στην κατανόηση των εμπειριών των νοσηλευτών σχετικά με το πένθος στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στη δυναμική της ικανοποίησης από τη συμπόνια, της κόπωσης από τη συμπόνια και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο εργατικό δυναμικό της παρηγορητικής φροντίδας σε ξενώνες. Οι Wallerstedt και Andershed [61] συζητούν τη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών εκτός των ειδικών πλασίων παρηγορητικής φροντίδας από νοσηλευτική σκοπιά, καταλήγοντας πως οι νοσηλευτές

θα πρέπει παρουσιάζουν κόπωση και επαγγελματική εξουθένωση, ενώ οι Wenzel et al. [47] εστιάζουν στους ογκολογικούς νοσηλευτές που εργάζονται μέσω του πένθους και της απώλειας, οι οποίοι αναδεικνύουν συναφή συναισθήματα. Τέλος, οι Whitebird et al. [65] διερευνούν το άγχος, την επαγγελματική εξουθένωση, την κόπωση από τη συμπίνα και την ψυχική υγεία σε εργαζόμενους σε ξενώνες στη Μινεσότα. Η μελέτη, η οποία περιελάμβανε έρευνα σε 547 εργαζόμενους σε ξενώνες, διαπίστωσε υψηλά επίπεδα άγχους μεταξύ του προσωπικού. Σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων ανέφερε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, κόπωσης από τη συμπίνα και επαγγελματικής εξουθένωσης. Το προσωπικό των ξενώνων διαχειριζόταν το άγχος του μέσω σωματικών δραστηριοτήτων και κοινωνικής υποστήριξης και πρότειναν ότι περισσότερες ευκαιρίες για συναδελφική αλληλεπίδραση και άσκηση θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας στους επαγγελματίες του τομέα της ξενόνα για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και της αποχώρησης από τον τομέα.

Οι μελέτες αυτές παρέχουν συλλογικά μια ολοκληρωμένη κατανόηση της ψυχικής δυσφορίας που βιώνουν οι νοσηλευτές σε περιβάλλοντα παρηγορητικής φροντίδας, υπογραμμίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων για τη διασφάλιση τόσο της ευημερίας των νοσηλευτών όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψει τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με την ψυχική τους επιβάρυνση όταν καλούνται να διαχειριστούν και να φροντίσουν ασθενείς τελικού σταδίου.

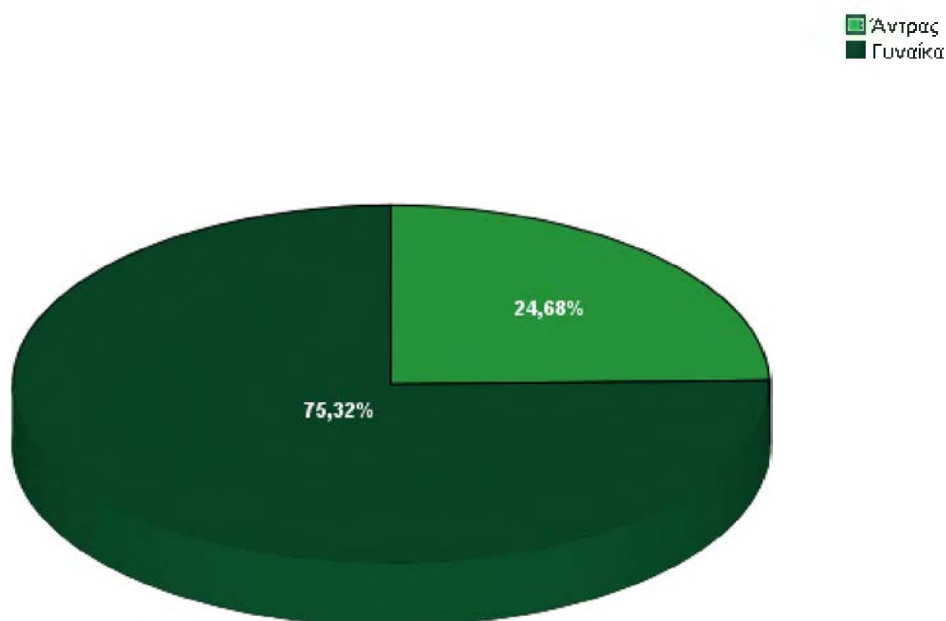
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η εργασία πραγματοποιήθηκε από 15/11/2023- 15/01/2024. Για την πραγματοποίησή της μοιράστηκαν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια σε 200 ερωτώμενους, μέσω google forms. Από τους 200 ερωτώμενους, απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 77 άτομα, τα οποία αποτελούν το δείγμα της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει τρία βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που αφορούν τη ματαιότητα της παρεχόμενης θεραπείας. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει την κλίμακα Στάσεων Νοσηλευτών απέναντι στις μάταιες θεραπείες (Nurses' Attitudes Towards Futile Treatment Scale- NAFTS), η οποία περιέχει 16 ερωτήσεις.

2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, στην έρευνα συμμετείχαν 77 συμμετέχοντες. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1, το 75,32% των ερωτώμενων είναι άντρες και το 24,68% είναι γυναίκες.

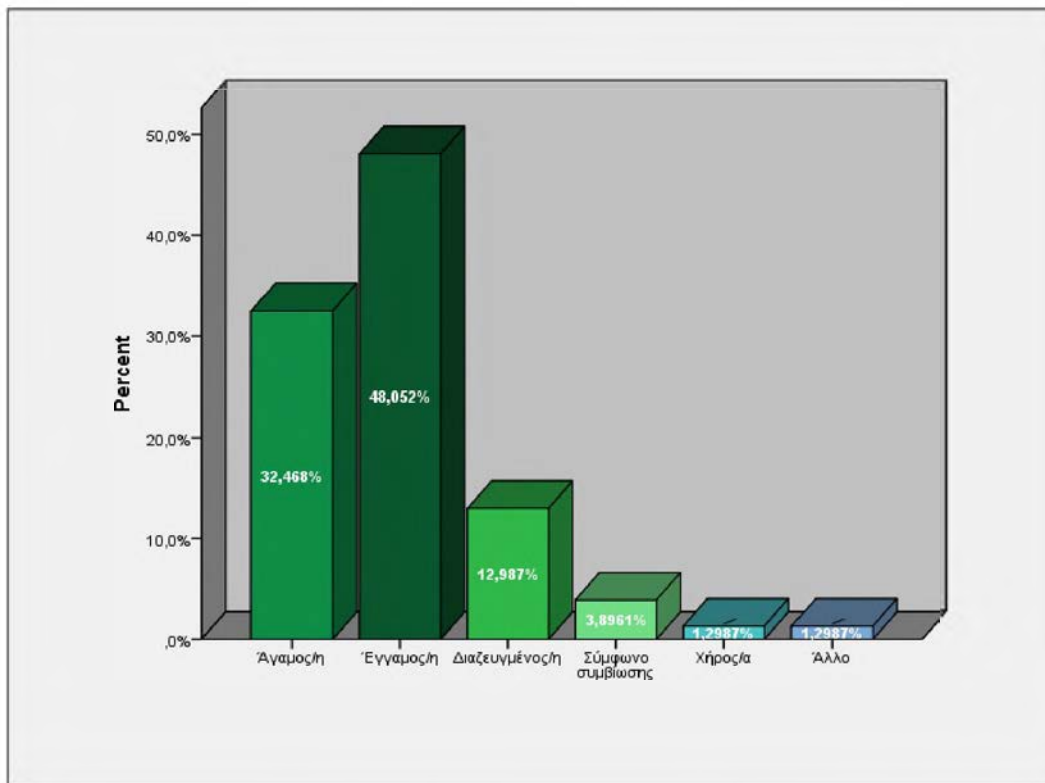
Διάγραμμα 1 : Φύλο



Αναφορικά με το φύλο, ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 40,76 έτη, με την μικρότερη ηλικία να είναι τα 26 έτη και τη μεγαλύτερη να είναι τα 57 έτη.

Συνεχίζοντας, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2, το 48,052% των ερωτώμενων είναι έγγαμοι, το 32,46% είναι άγαμοι, το 12,98% είναι διαζευγμένοι, το 3,89% διαθέτουν σύμφωνο συμβίωσης, το 1,29% είναι χήροι/ες και το 1,29% υποστήριξαν άλλο.

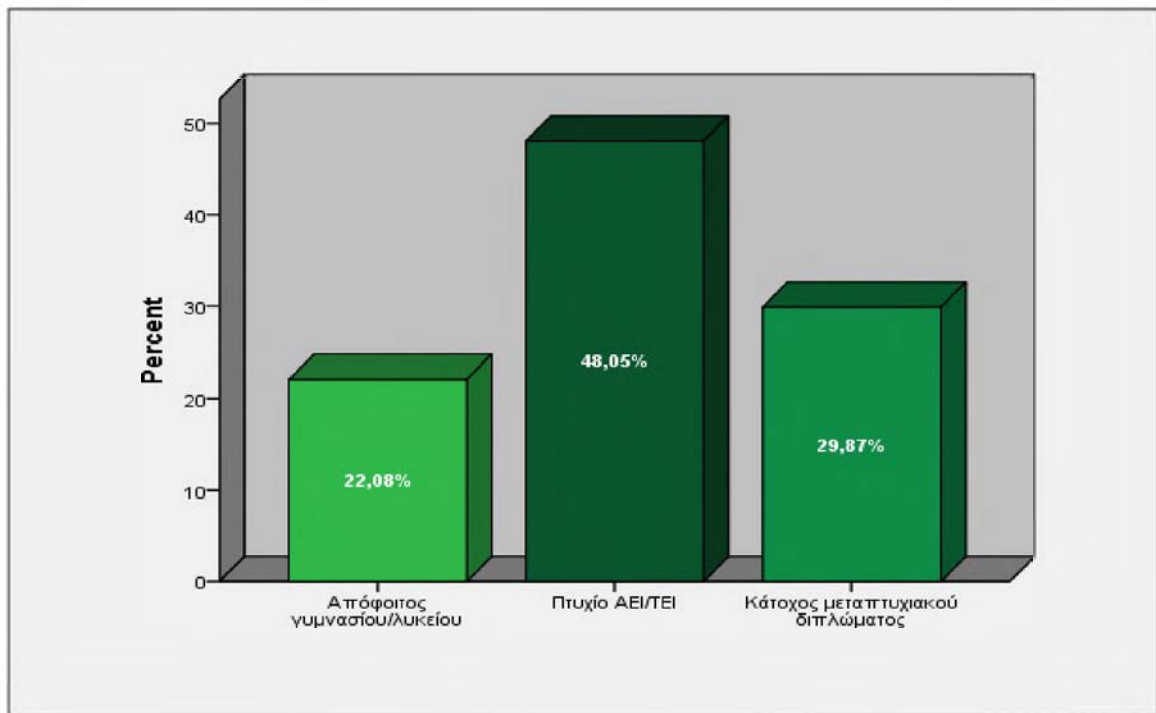
Διάγραμμα 2: Οικογενειακή κατάσταση



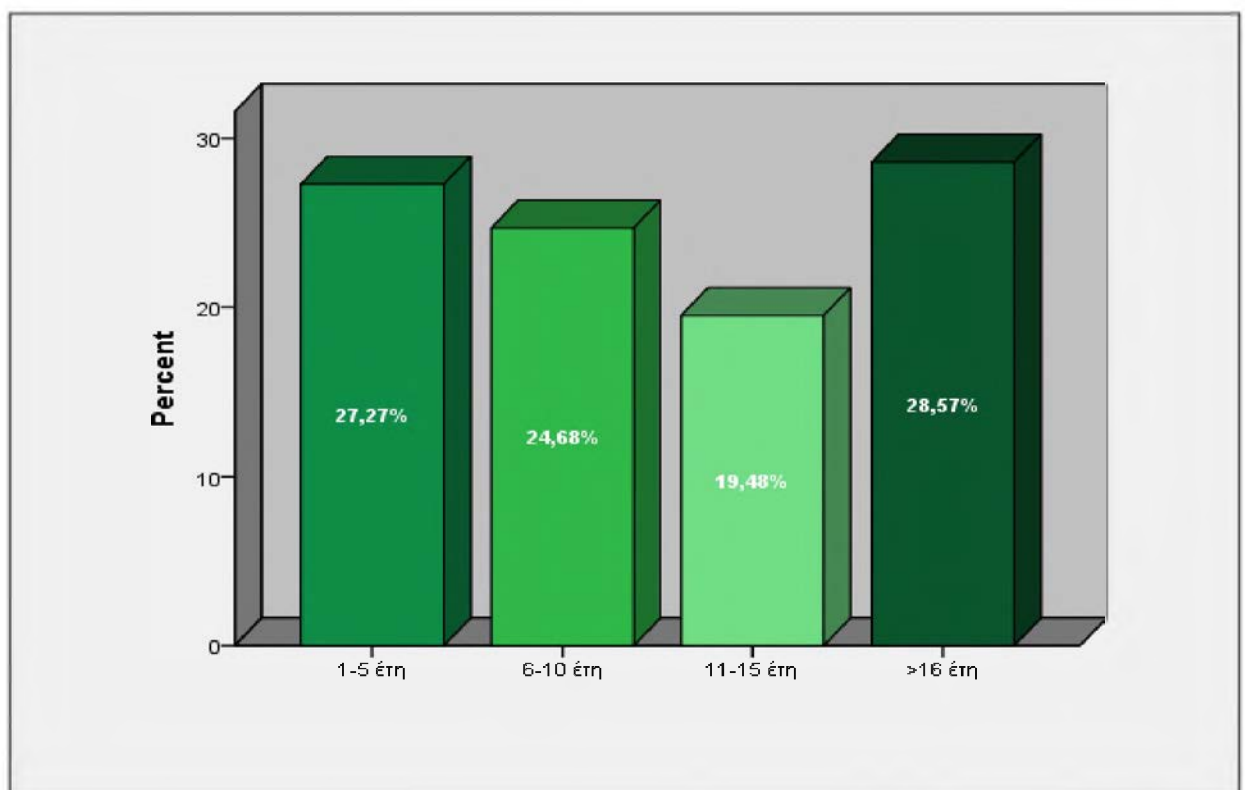
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 3, το 48,05% των ερωτηθέντων διαθέτουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 29,87% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος σπουδών και το 22,08% είναι απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου.

Επιπλέον, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4, το 28,57% των ερωτηθέντων έχουν πάνω από 16 έτη εργασιακής εμπειρίας, το 27,27% έχουν από 1 έως 5 έτη εργασιακής εμπειρίας, το 24,68% έχουν από 6 έως 10 έτη εργασιακής εμπειρίας και το 19,48% έχουν από 11 έως 15 έτη εργασιακής εμπειρίας.

Διάγραμμα 3: Εκπαιδευτικό προφίλ



Διάγραμμα 4: Εργασιακή εμπειρία

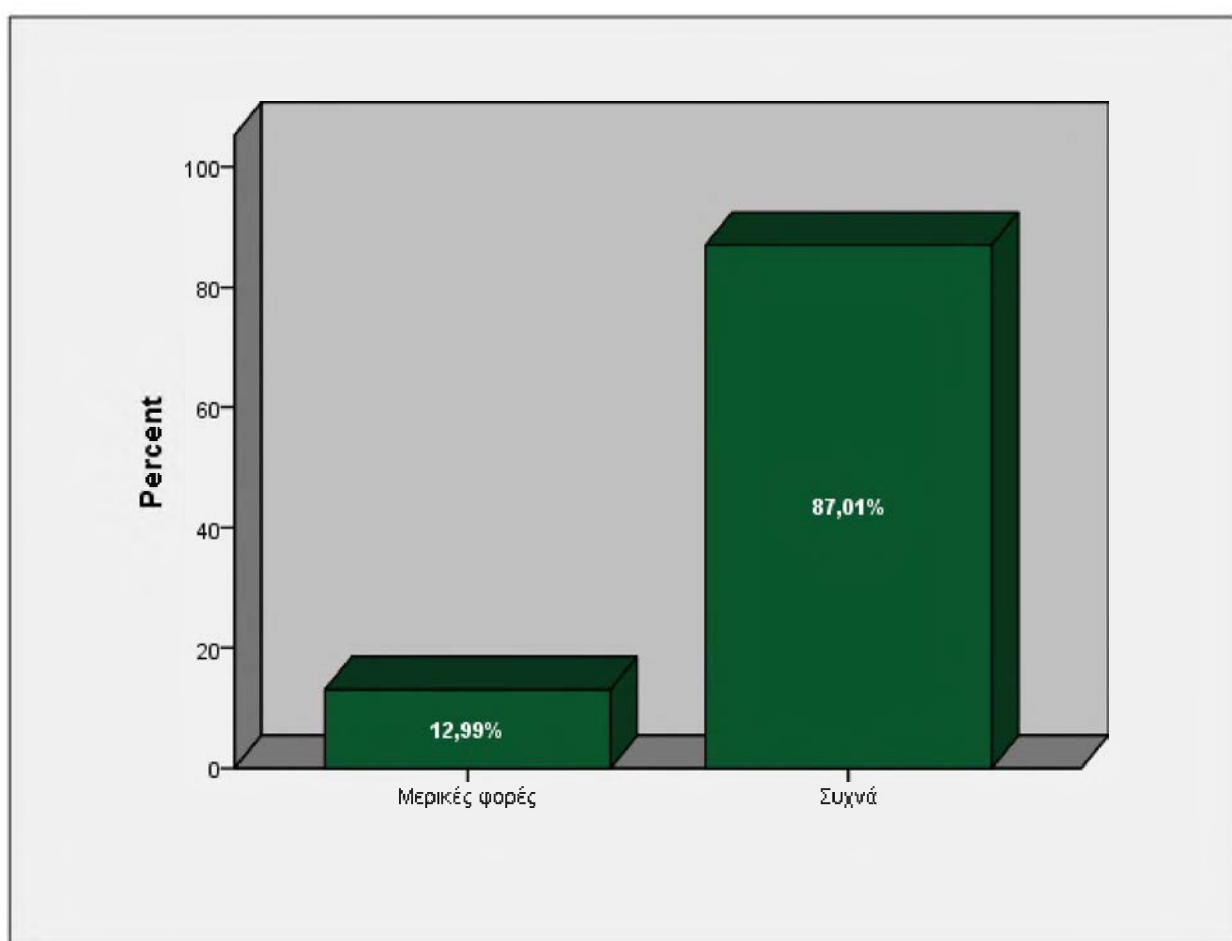


2.2.ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η συγκεκριμένη ενότητα περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις αναφορικά με τη αντιλαμβανόμενη ματαιότητα της παρεχόμενης θεραπείας.

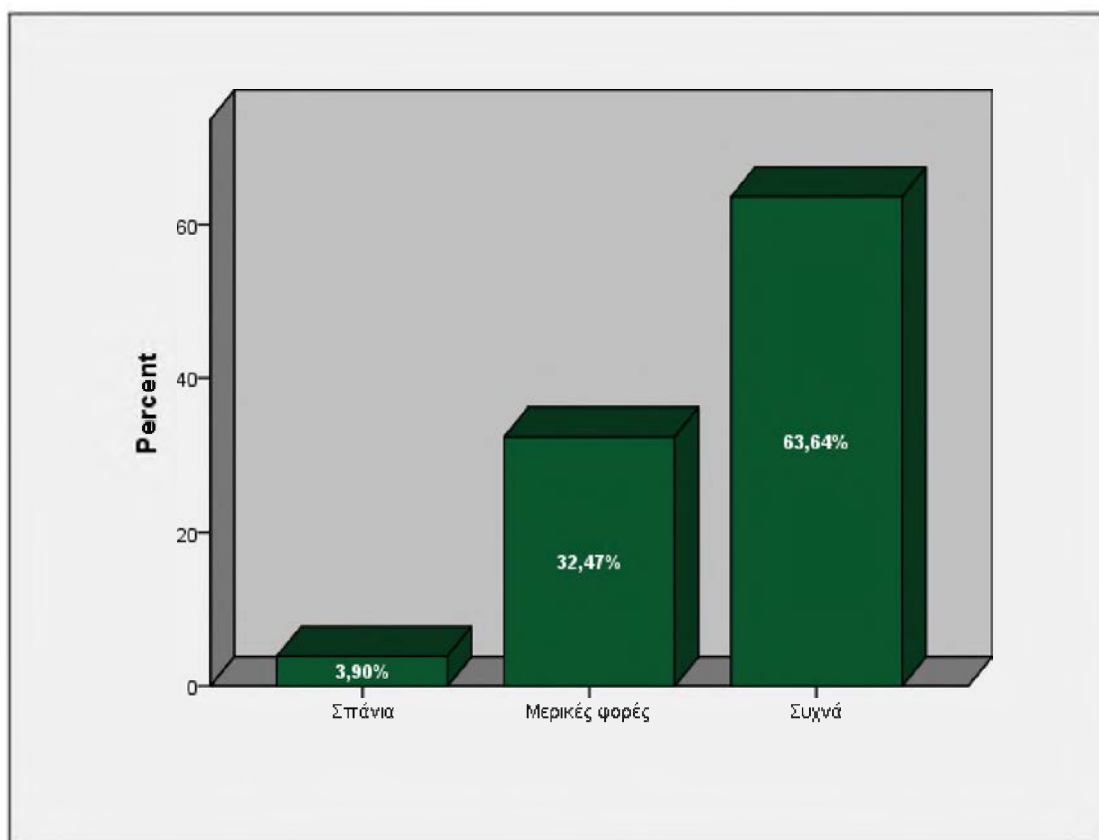
Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 5, στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;», το 87,01% απάντησε συχνά και το 12,99% απάντησε μερικές φορές ($p<0.000$).

Διάγραμμα 5: Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6, στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας πονάνε;», το 63,64% απάντησε συχνά, το 32,47% απάντησε μερικές φορές και το 3,90% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

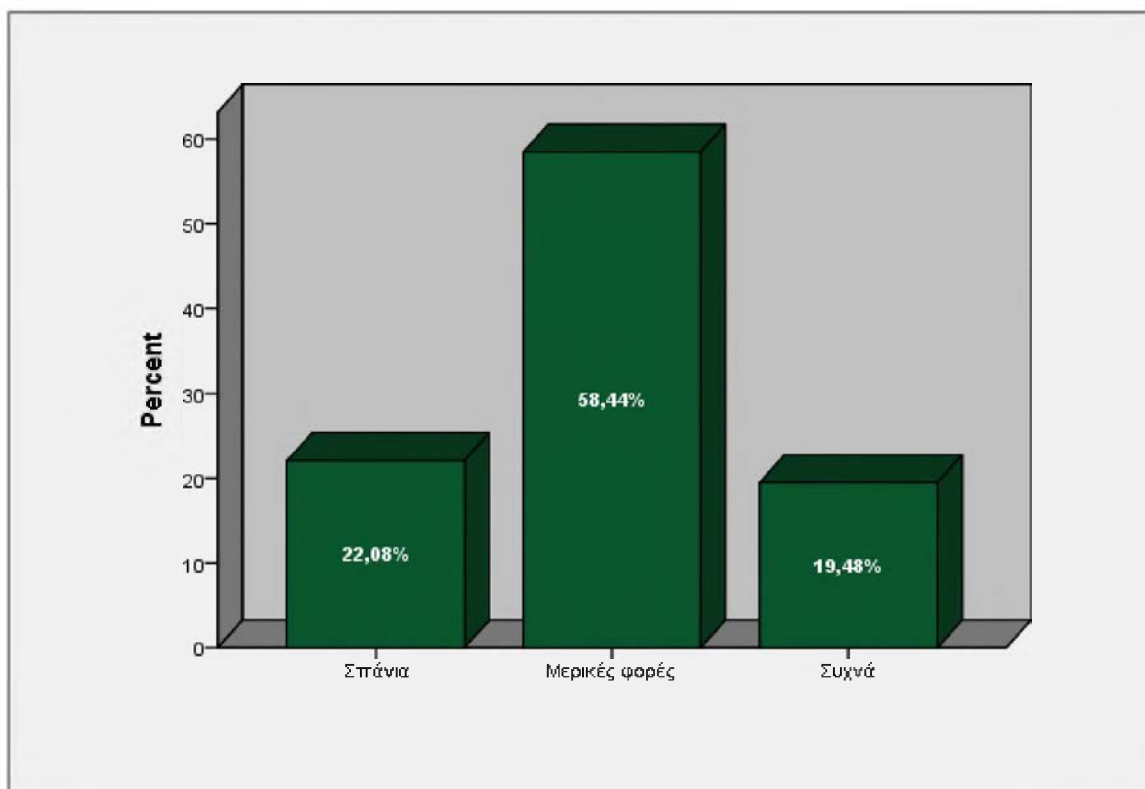
Διάγραμμα 6: Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας πονάνε;



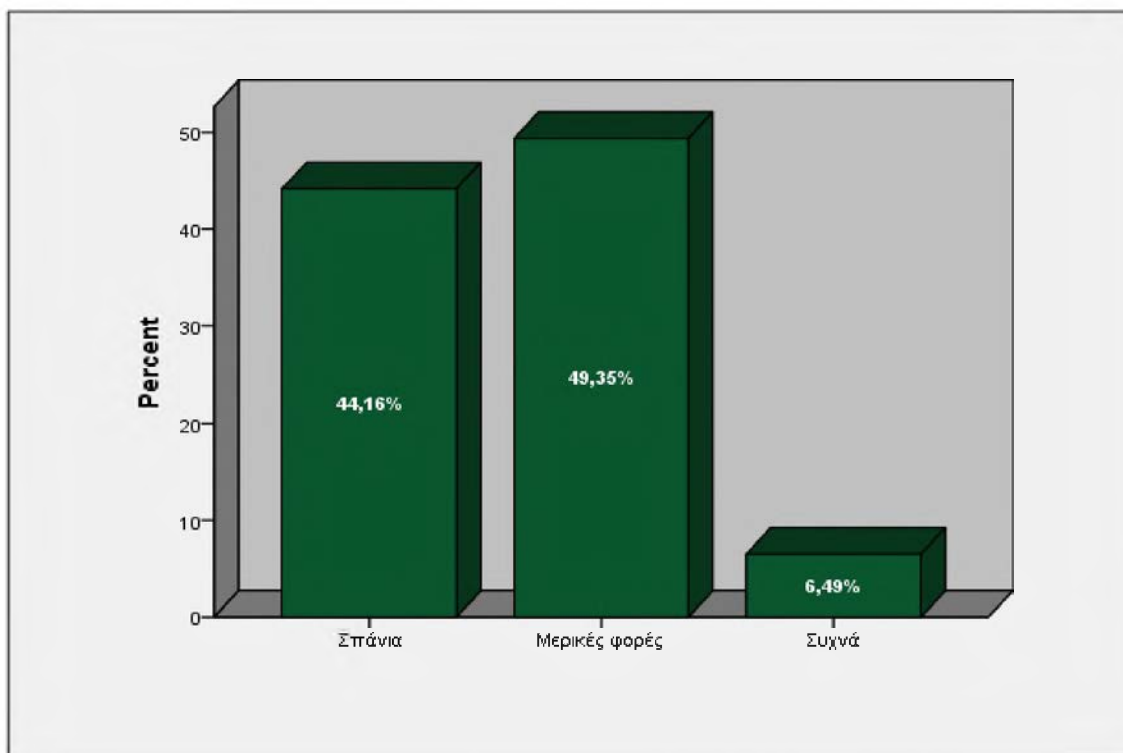
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7, στην ερώτηση «Νοιώθετε πιεσμένος/η όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;», το 58,44% απάντησε μερικές φορές, το 22,08% απάντησε σπάνια και το 19,48% απάντησε συχνά ($p < 0,000$).

Επιπροσθέτως, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8, στην ερώτηση «Νοιώθετε αμηχανία όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;», το 49,35% απάντησε μερικές φορές, το 44,16% απάντησε σπάνια και το 6,49% απάντησε συχνά ($p < 0,000$).

Διάγραμμα 7: Νοιώθετε πιεσμένος/η όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;

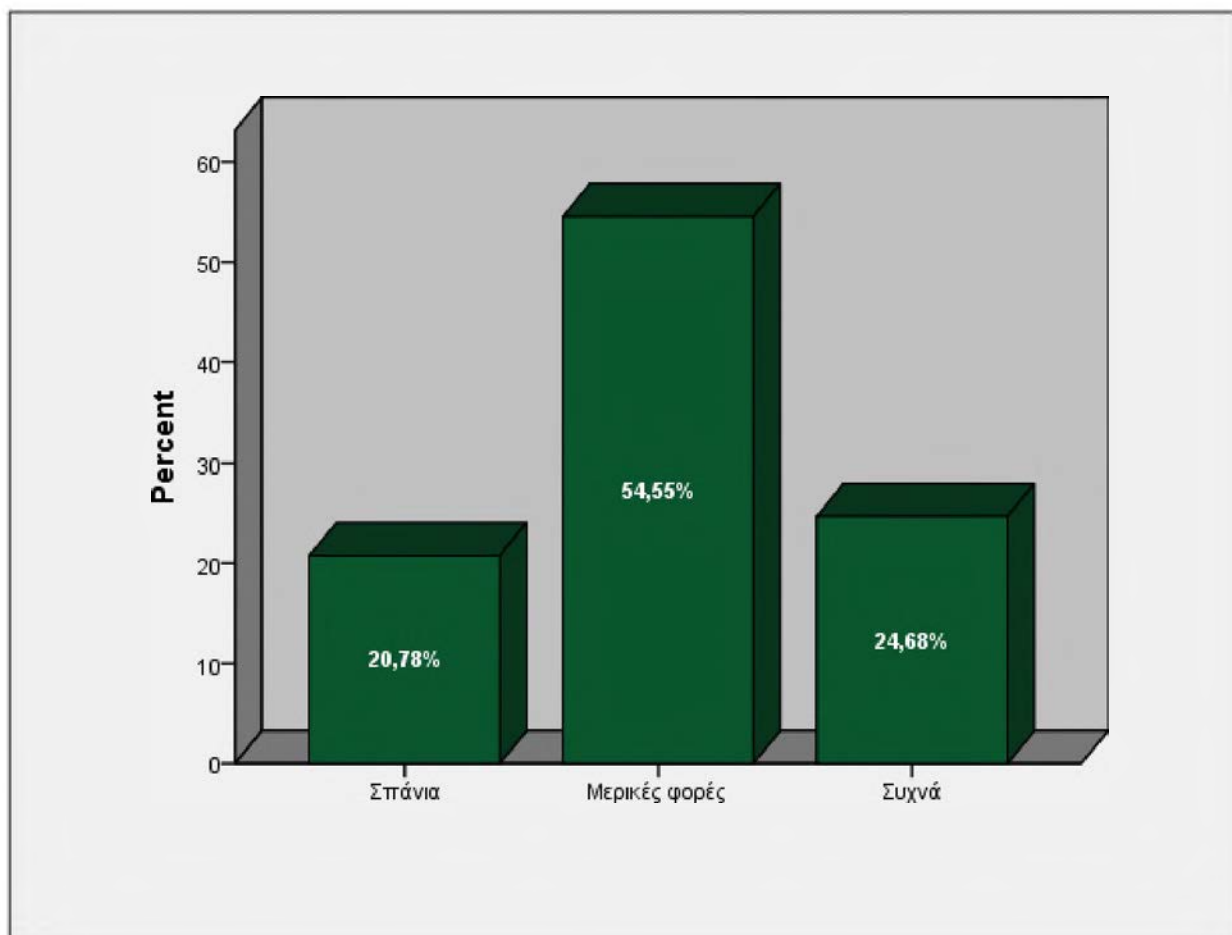


Διάγραμμα 8: Νοιώθετε αμηχανία όταν φροντίζετε τον ασθενή σας;



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 9, στην ερώτηση «Νοιώθετε ότι παρατείνετε η θεραπεία του ασθενή χωρίς λόγο;», το 54,55% των ερωτώμενων απάντησε μερικές φορές, το 20,78% απάντησε σπάνια και το 24,68% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

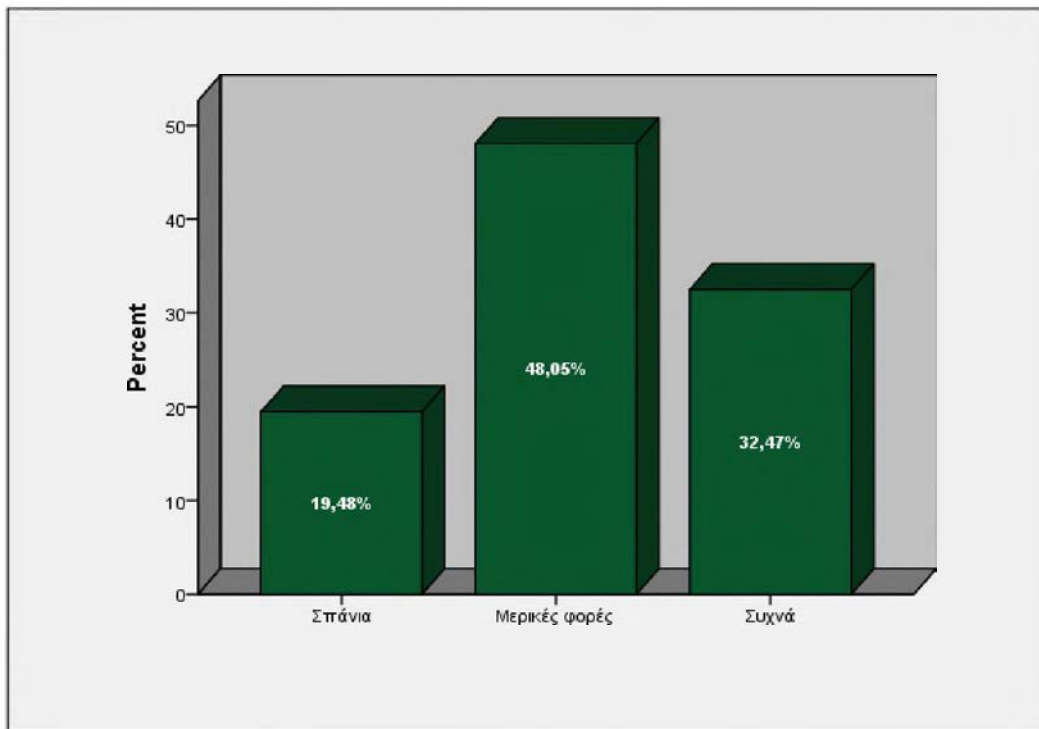
Διάγραμμα 9: Νοιώθετε ότι παρατείνετε η θεραπεία του ασθενή χωρίς λόγο;



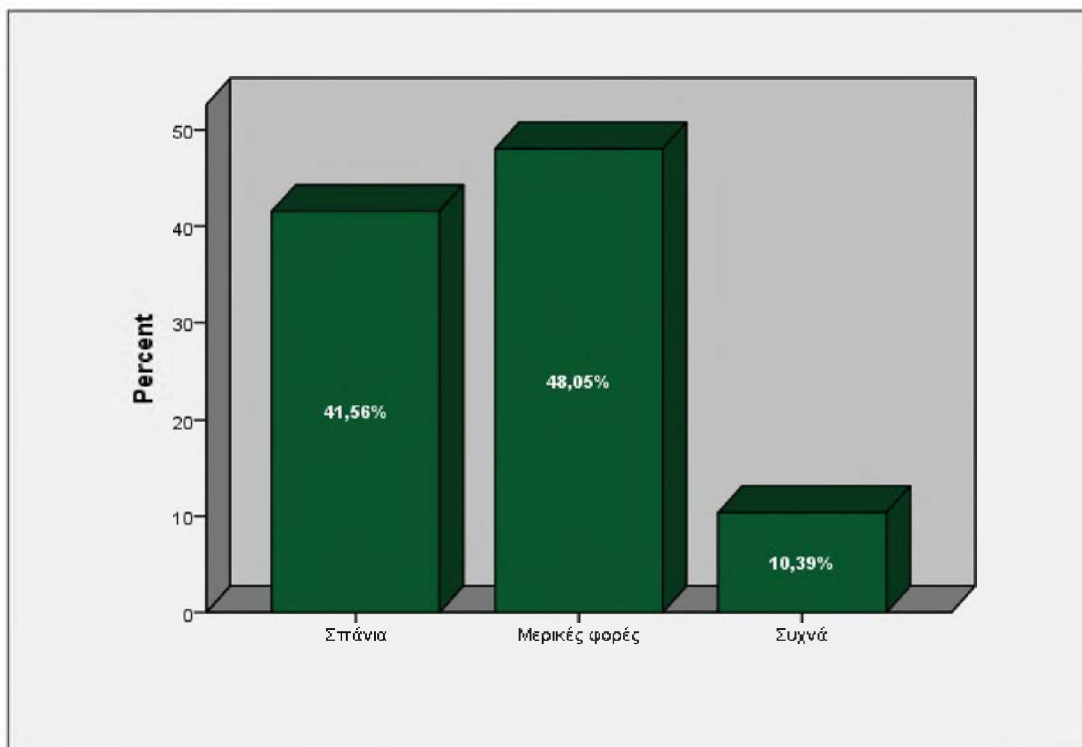
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 10, στην ερώτηση «Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στα υποκείμενα νοσήματα του ασθενή;», το 42,05% απάντησε μερικές φορές, το 32,47% απάντησε συχνά και το 19,48% απάντησε σπάνια ($p<0,009$).

Από την άλλη πλευρά, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 11, στην ερώτηση «Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στη μη ανταπόκριση στη χορηγούμενη θεραπεία;», το 48,05% απάντησε μερικές φορές, το 41,56% απάντησε σπάνια και το 10,39% απάντησε ποτέ ($p<0,009$).

Διάγραμμα 10: Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στα υποκείμενα νοσήματα του ασθενή;

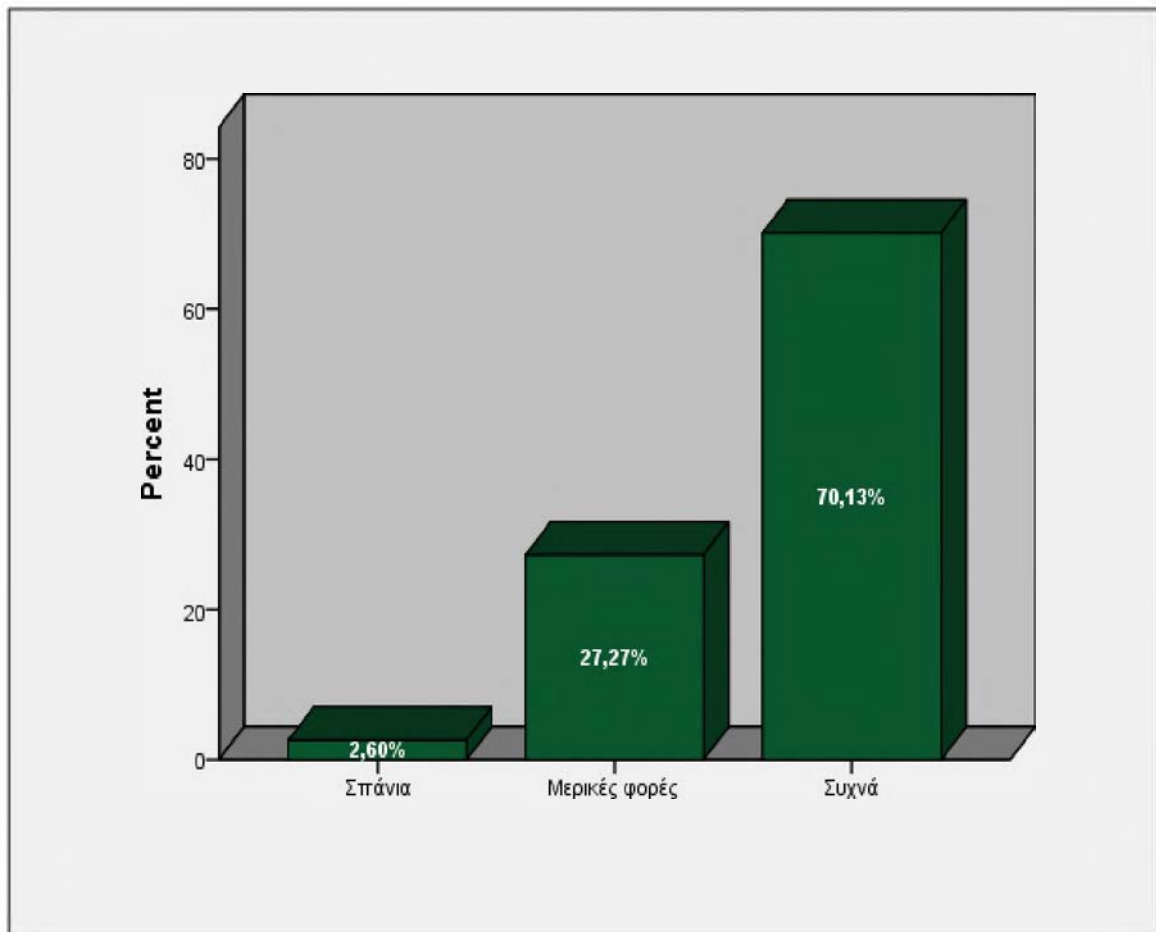


Διάγραμμα 11: Αν ναι, πιστεύετε ότι η ματαιότητα της θεραπείας οφείλεται στη μη ανταπόκριση στη χορηγούμενη θεραπεία;



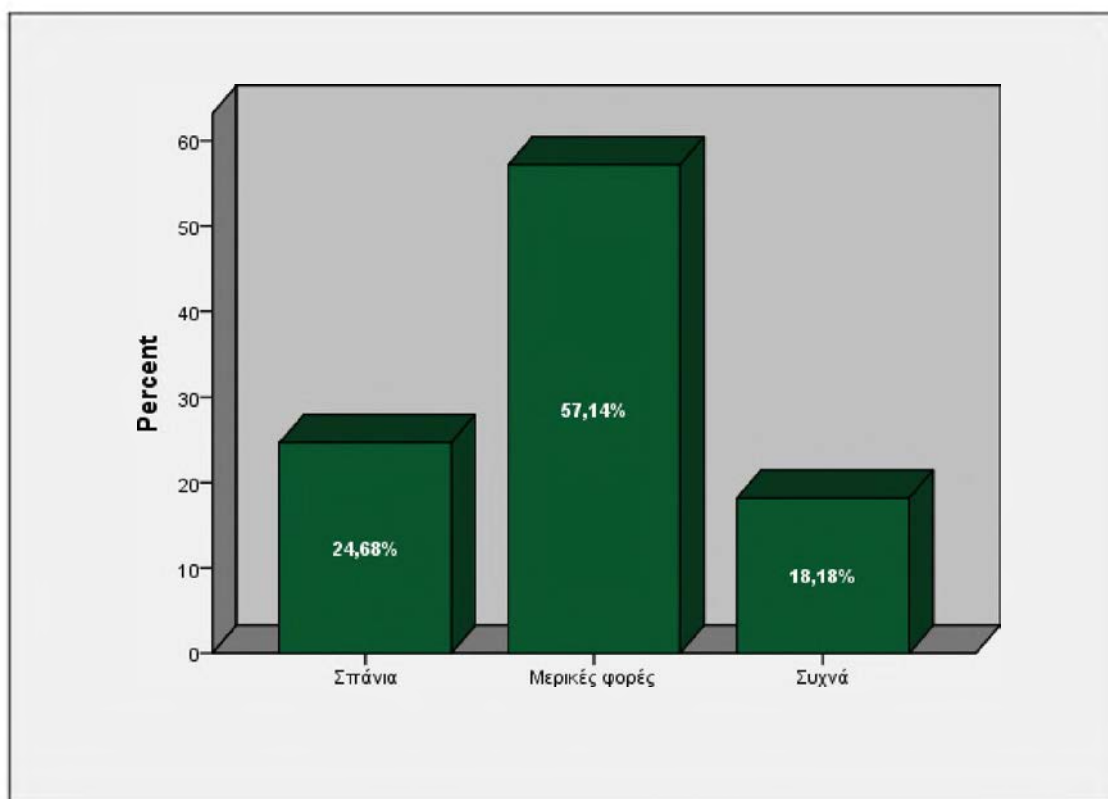
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 12, στην ερώτηση «Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να παρέχετε πιο επιθετική θεραπεία στον ασθενή σας;», το 27,27% απάντησε μερικές φορές, το 2,60% απάντησε σπάνια και το 70,13% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

Διάγραμμα 12: Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να παρέχετε πιο επιθετική θεραπεία στον ασθενή σας;



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 13, στην ερώτηση «Θα θέλατε να κάνετε περισσότερα για τον ασθενή σας;», το 57,14% απάντησε μερικές φορές, το 24,68% απάντησε σπάνια και το 18,18% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

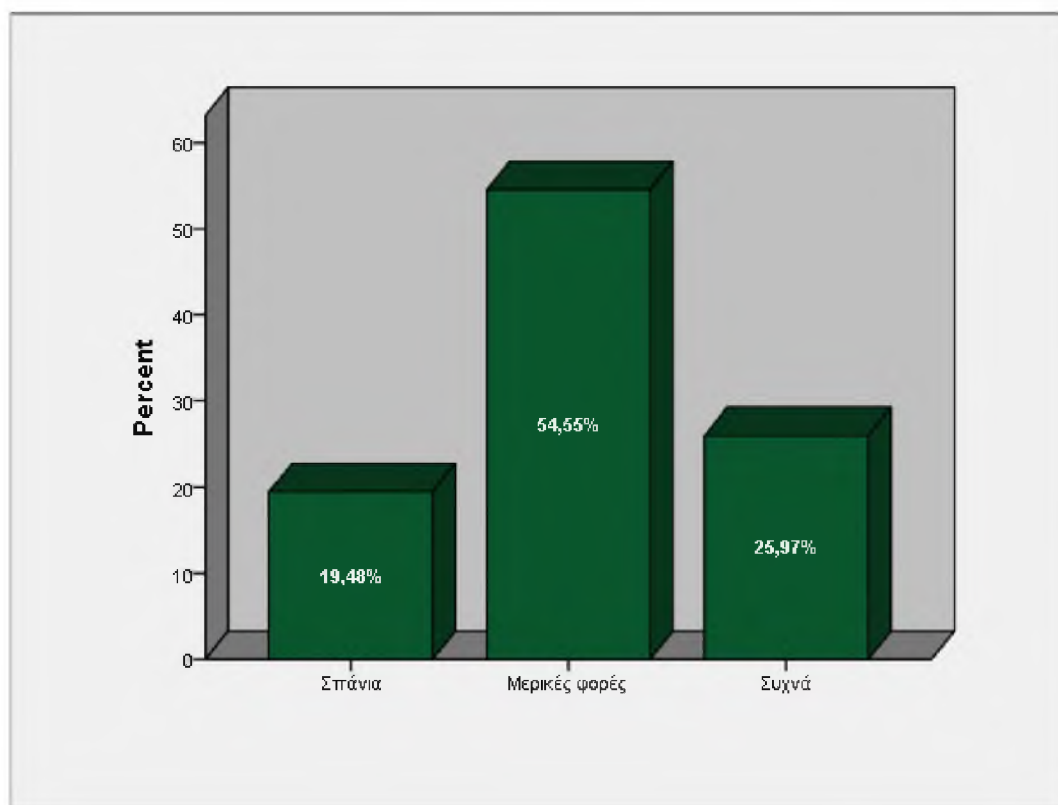
Διάγραμμα 13: Θα θέλατε να κάνετε περισσότερα για τον ασθενή σας;



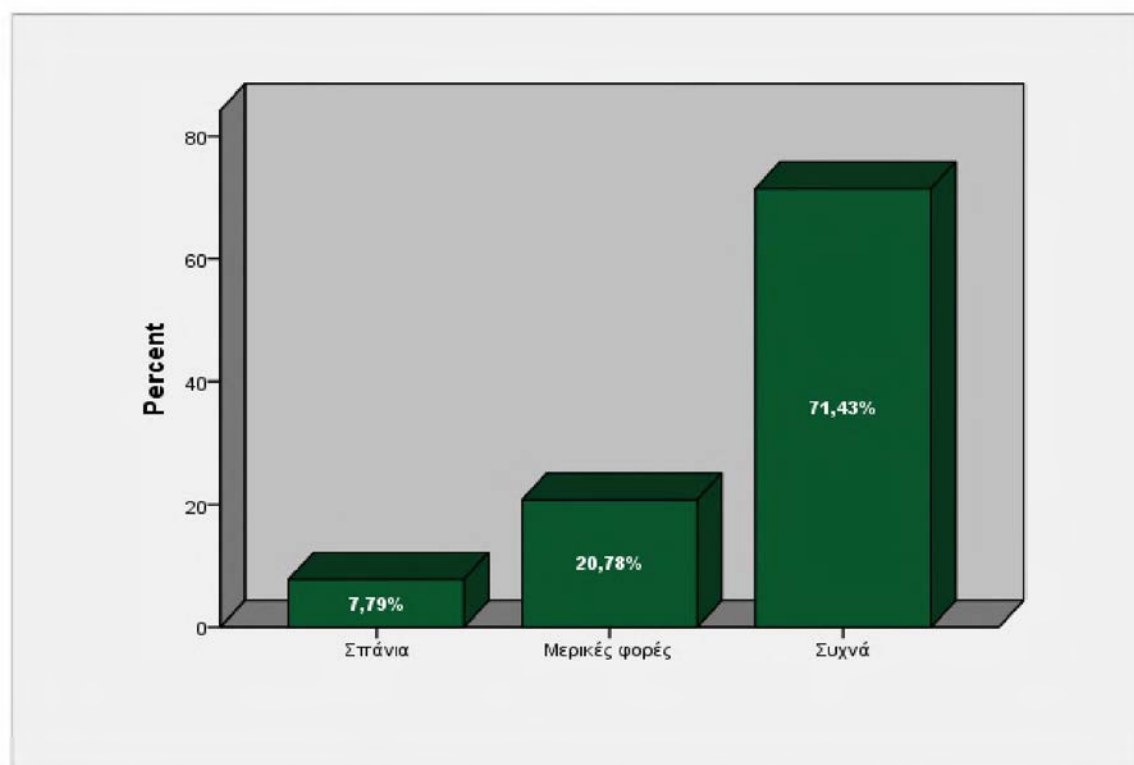
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 14, στην ερώτηση «Θα θέλατε να κάνετε λιγότερα για τον ασθενή σας;», το 54,55% απάντησε μερικές φορές, το 25,97% απάντησε συχνά και το 19,48% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

Επίσης, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 15, στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι σας ικανοποιεί ο εργασιακός σας χώρος;», το 71,43% απάντησε συχνά, το 20,78% απάντησε μερικές φορές και το 7,79%% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

Διάγραμμα 14: Θα θέλατε να κάνετε λιγότερα για τον ασθενή σας;

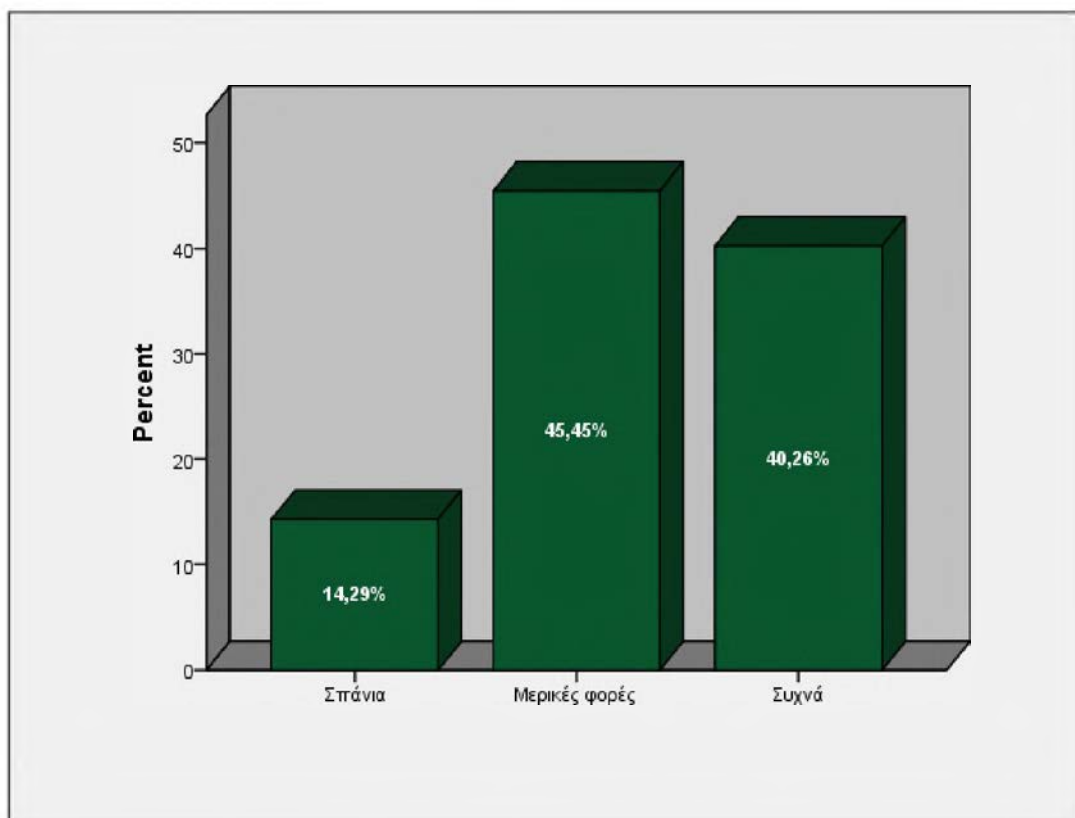


Διάγραμμα 15: Αισθάνεστε ότι σας ικανοποιεί ο εργασιακός σας χώρος;



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 16, στην ερώτηση «Αισθάνεστε όμορφα όταν έρχεστε στην εργασία σας;», το 45,45% απάντησε μερικές φορές, το 40,26% απάντησε συχνά και το 12,29% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

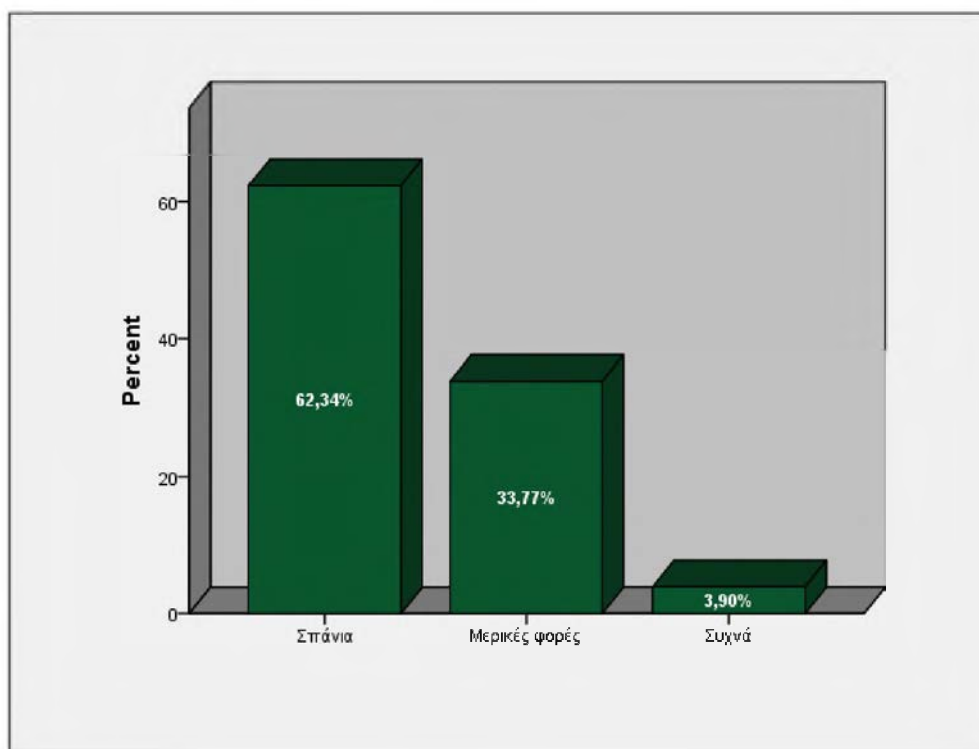
Διάγραμμα 16: Αισθάνεστε όμορφα όταν έρχεστε στην εργασία σας;



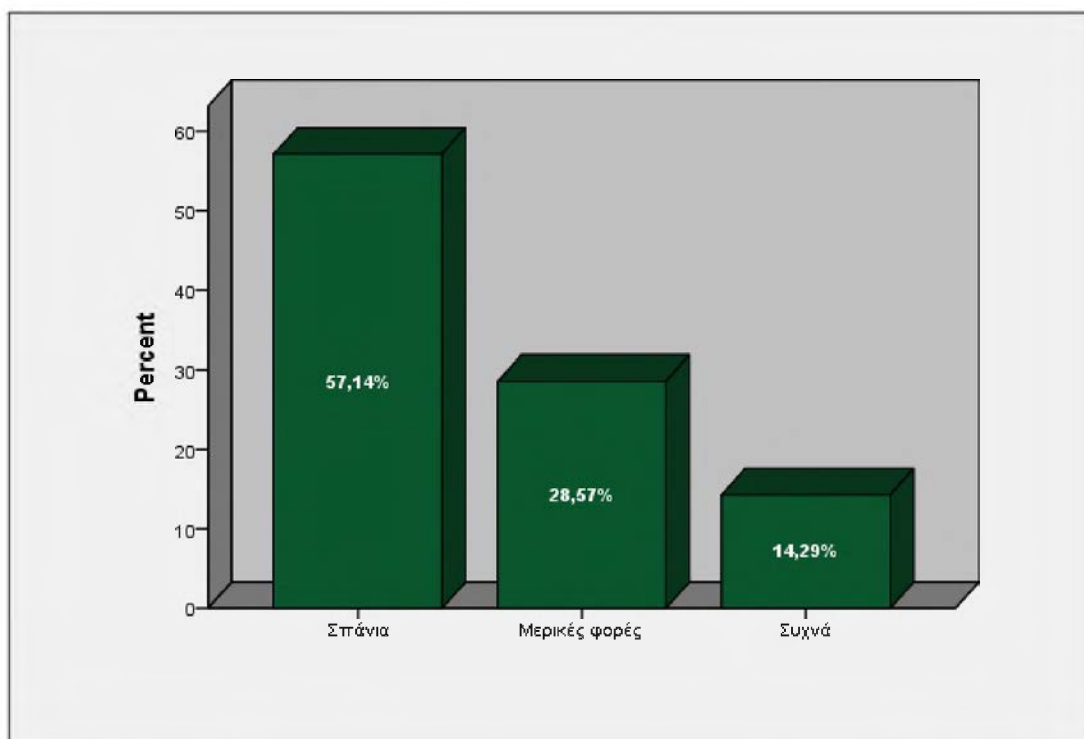
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 17, στην ερώτηση «Αισθάνεστε κουρασμένος όταν επιστρέφετε στο σπίτι μετά από την εργασία σας;», το 62,34% των ερωτώμενων απάντησε μερικές φορές, το 62,34% απάντησε σπάνια και το 3,90% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

Επιπλέον, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 18, στην ερώτηση «Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής σας με βαρέως πάσχοντες ασθενείς;», το 28,57% απάντησε μερικές φορές, το 14,29% απάντησε συχνά και το 57,14% απάντησε σπάνια ($p<0,002$).

Διάγραμμα 17: Αισθάνεστε κουρασμένος όταν επιστρέφετε στο σπίτι μετά από την εργασία σας;

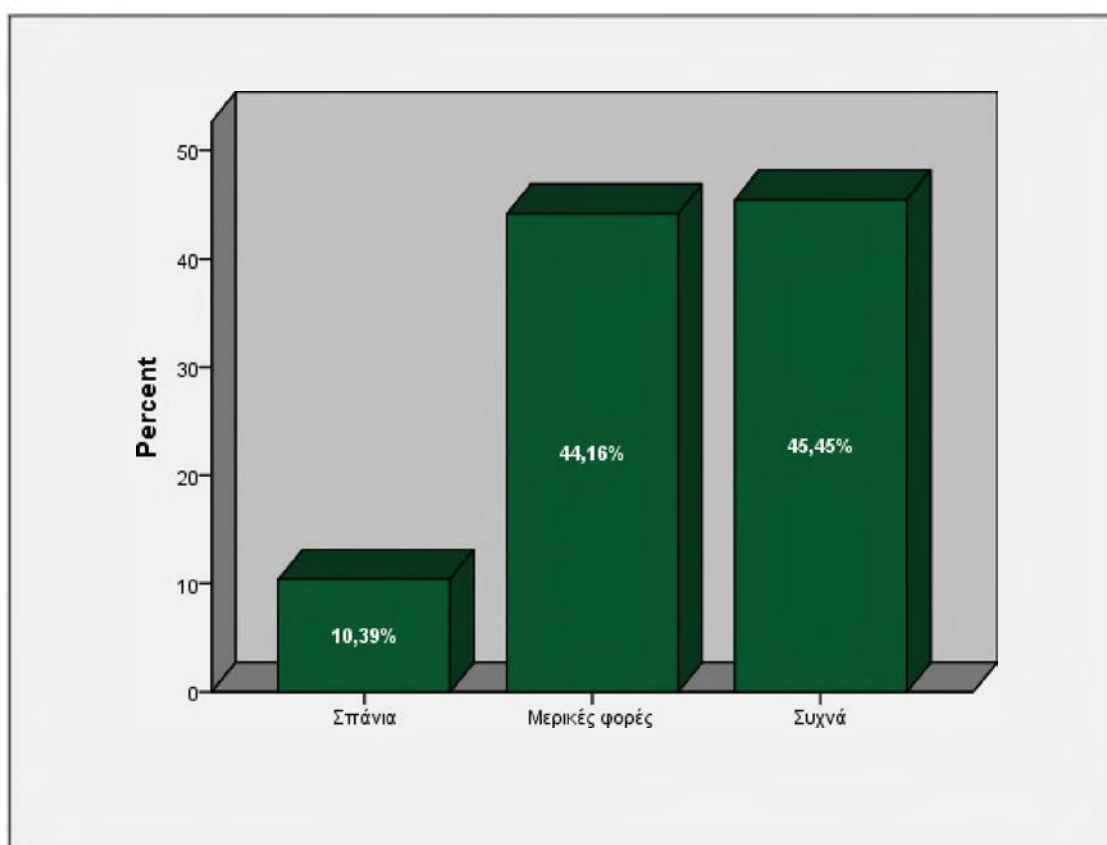


Διάγραμμα 18: Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής σας με βαρέως πάσχοντες ασθενείς;



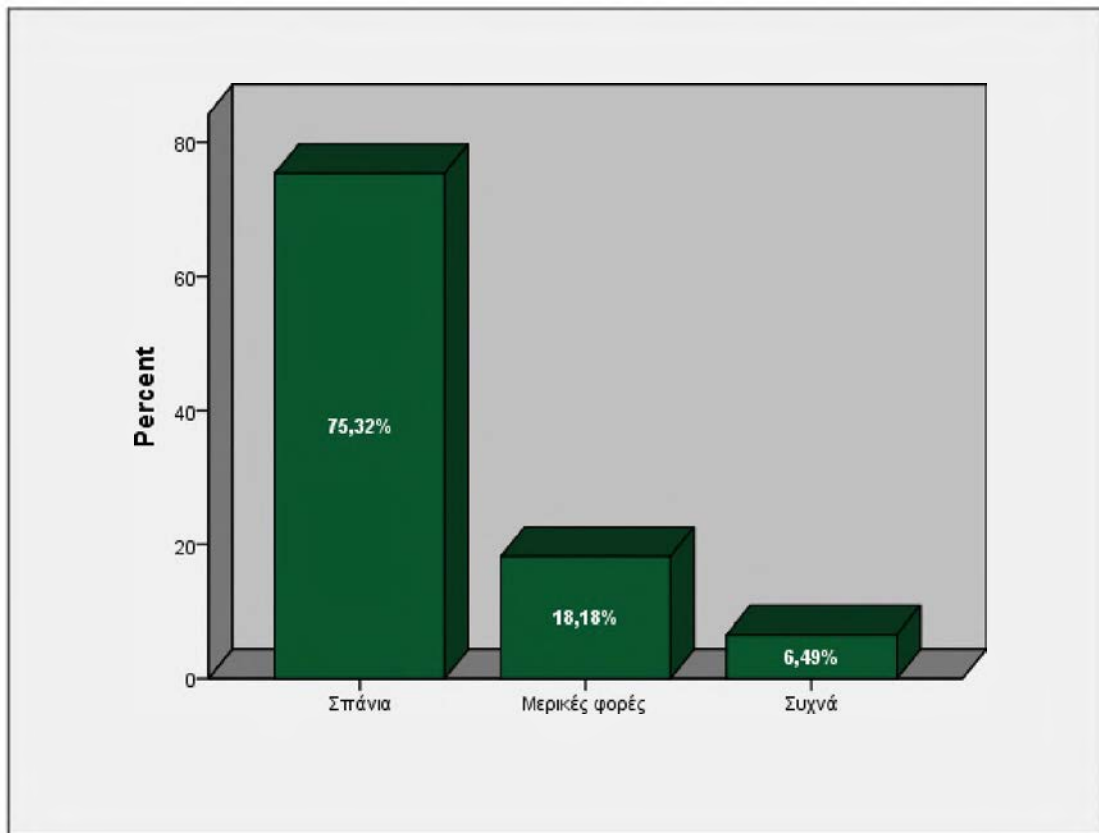
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 19, στην ερώτηση «Θα θέλατε να προτείνετε τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή;», το 45,45% των ερωτώμενων απάντησε συχνά, το 44,16% απάντησε μερικές φορές και το 10,39% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

Διάγραμμα 19: Θα θέλατε να προτείνετε τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή;



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 20, στην ερώτηση «Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;», το 75,32% απάντησε σπάνια, το 18,18% απάντησε μερικές φορές και το 6,49% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

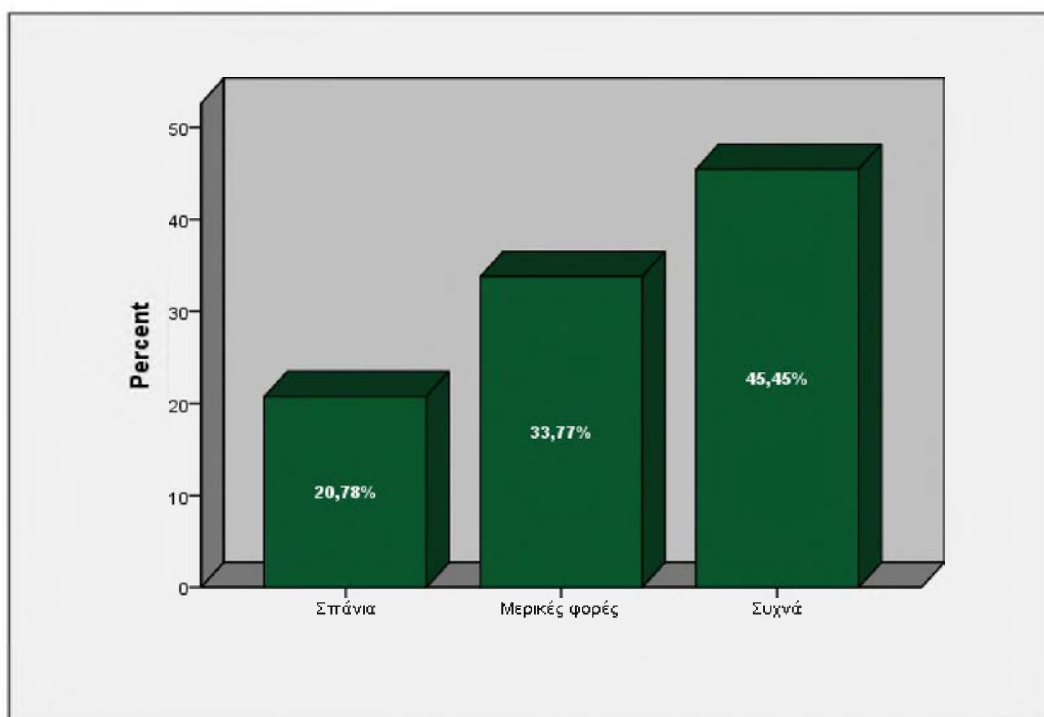
Διάγραμμα 20: Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;



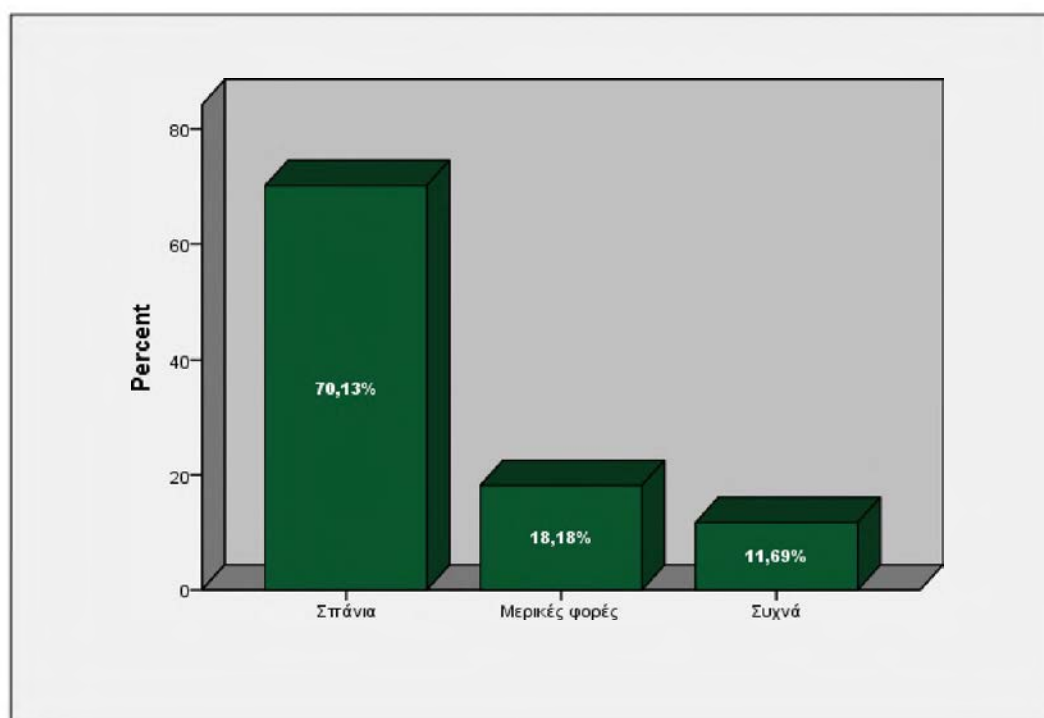
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 21, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας ιατρικών αποφάσεων;» το 33,77% απάντησε μερικές φορές, το 45,45% απάντησε συχνά και το 20,78% απάντησε σπάνια ($p<0,000$).

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 22, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύεται ότι παρατείνεται μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας νοσηλευτικών αποφάσεων;», το 70,13% απάντησε σπάνια, το 18,18% απάντησε μερικές φορές και το 11,69% απάντησε συχνά ($p<0,000$).

Διάγραμμα 21: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνεται μια μάταιη θεραπεία:
εξαιτίας ιατρικών αποφάσεων;

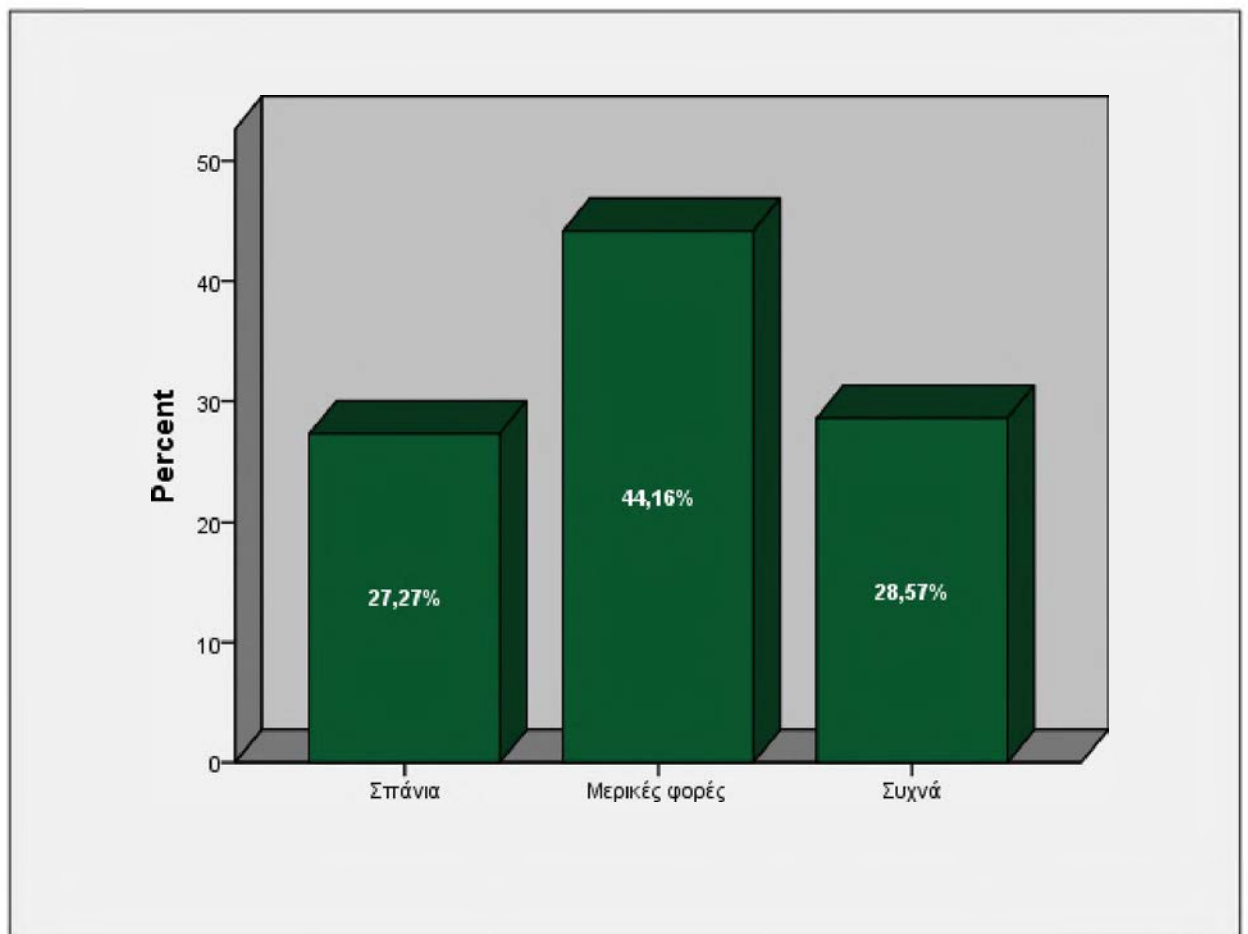


Διάγραμμα 22: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνεται μια μάταιη θεραπεία:
εξαιτίας νοσηλευτικών αποφάσεων;



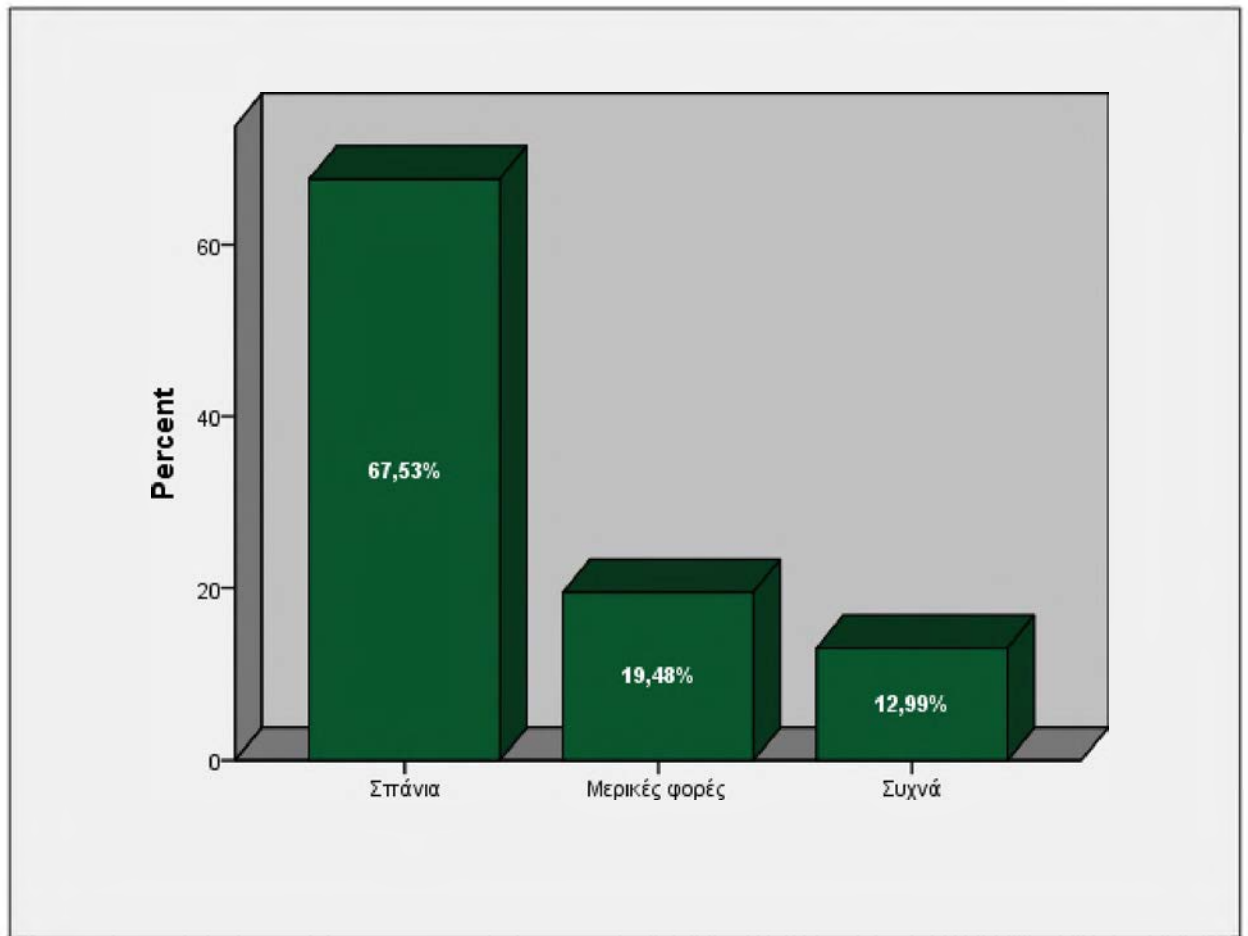
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 23, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας αποφάσεων συγγενών;», το 28,57% απάντησε συχνά, το 44,16% απάντησε μερικές φορές και το 27,27% απάντησε σπάνια ($p<0,03$).

Διάγραμμα 23: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας αποφάσεων συγγενών;



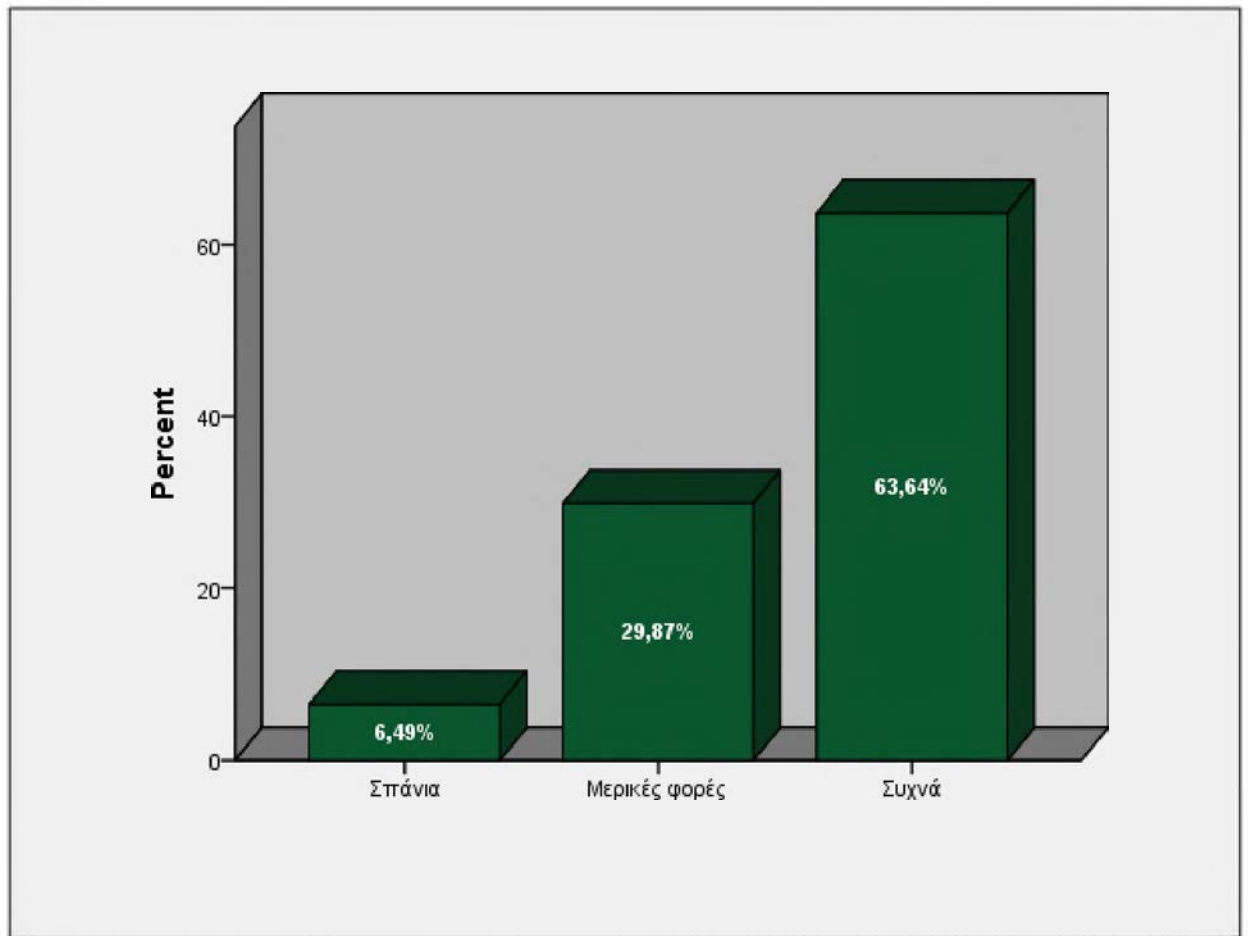
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 24, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-νοσηλεύτη;», το 36,36% των ερωτώμενων απάντησαν σπάνια, το 67,53% απάντησαν σπάνια, το 19,48% απάντησαν μερικές φορές και το 12,99% απάντησαν συχνά ($p<0,000$).

Διάγραμμα 24: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία:
εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-νοσηλευτή;



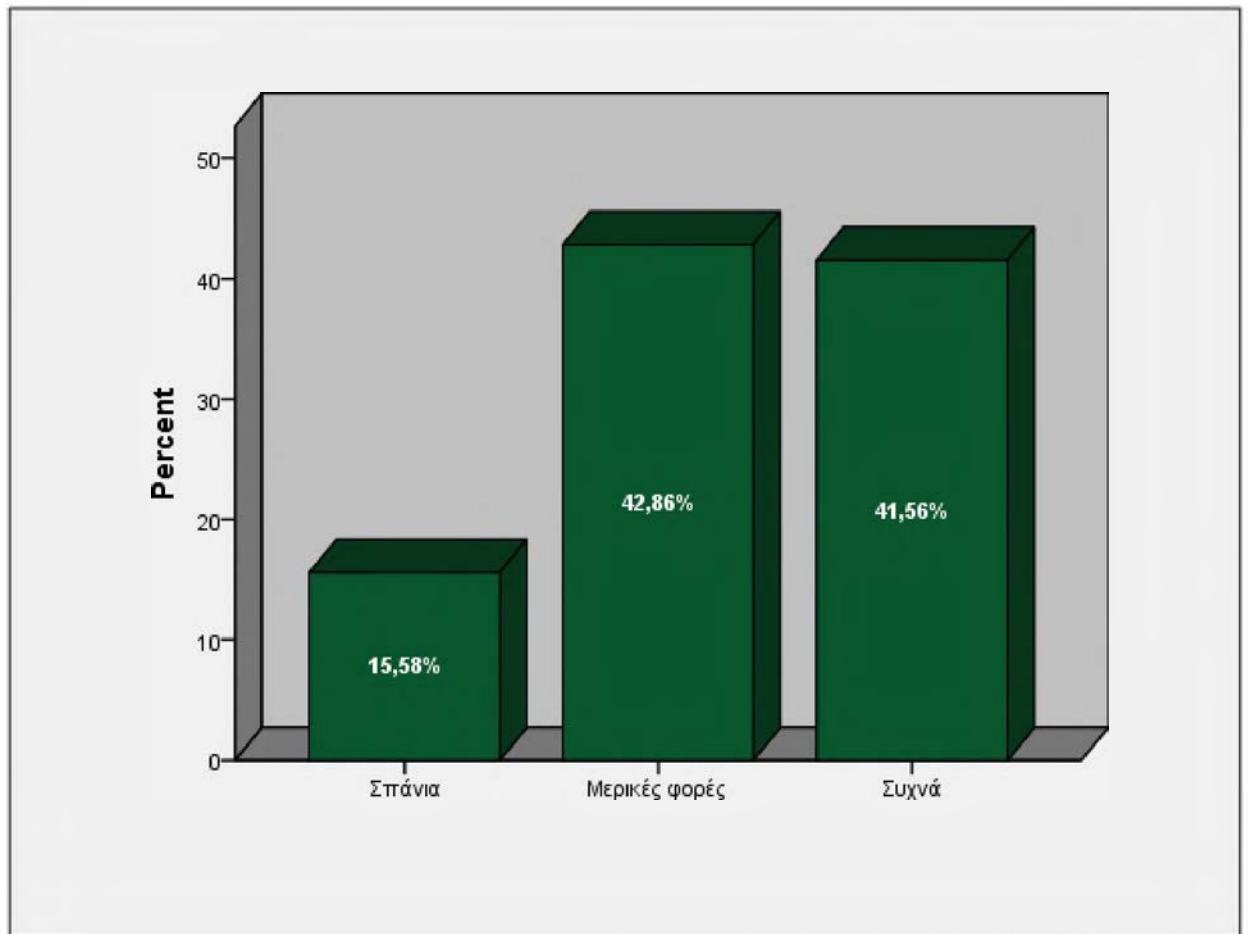
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 25, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-συγγενή;», το 63,64% απάντησε συχνά, το 29,87% απάντησε μερικές φορές και το 6,49% απάντησε σπάνια ($p < 0,130$).

Διάγραμμα 25: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία:
εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας ιατρού-συγγενή;



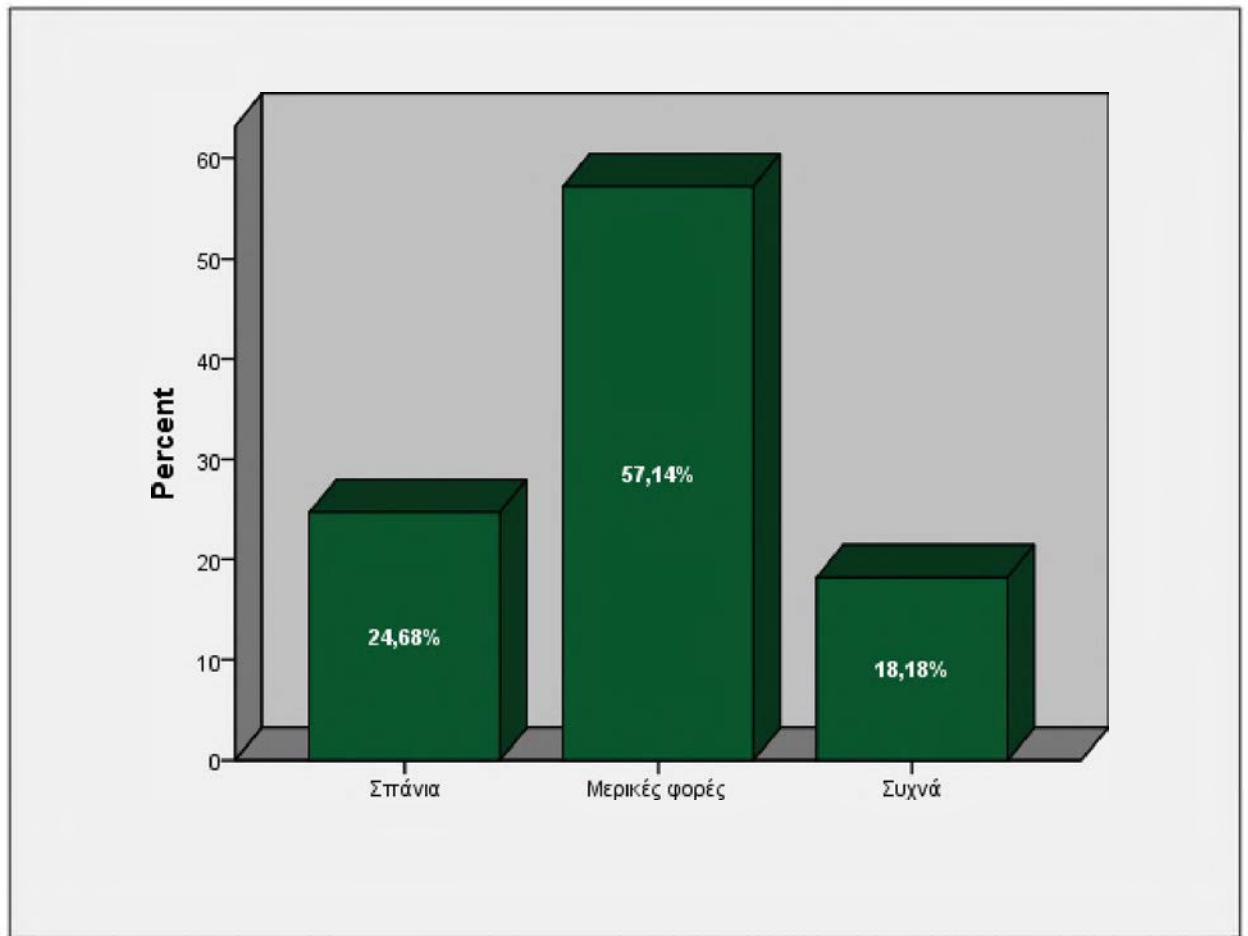
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 26, στην ερώτηση «Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνετε μια μάταιη θεραπεία: εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας συγγενή-νοσηλευτή;», το 42,86% απάντησε μερικές φορές, το 41,56% απάντησε συχνά και το 15,58% απάντησε σπάνια ($p < 0,000$).

Διάγραμμα 26: Γιατί πιστεύετε ότι παρατείνεται μια μάταιη θεραπεία:
εξαιτίας έλλειψης επικοινωνίας συγγενή-νοσηλεύτη;



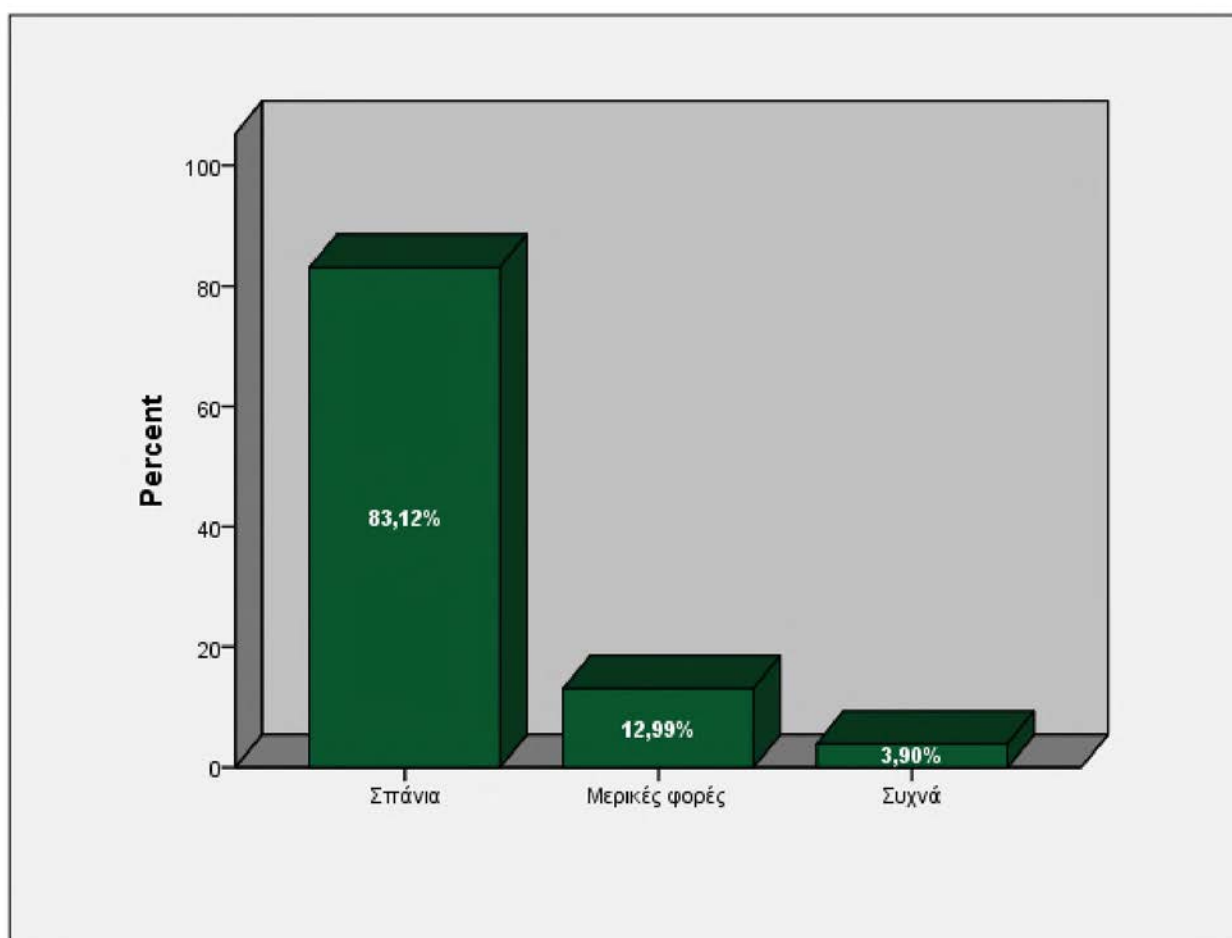
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 27, στην ερώτηση «Πιστεύετε πως η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας, αν και μάταιη, είναι σημαντική;», το 57,14% απάντησε μερικές φορές, το 24,68% απάντησε σπάνια και το 18,18% απάντησε συχνά ($p < 0,000$).

Διάγραμμα 27: Πιστεύετε πως η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας, αν και μάταιη, είναι σημαντική;



Τέλος, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 28, στην ερώτηση «Πιστεύεται πως θα πρέπει να παρέχετε άλλου είδους φροντίδα στον ασθενή όταν θεωρείται ότι είναι μάταιη η θεραπεία», το 12,99% των ερωτώμενων απάντησε μερικές φορές, το 3,90% απάντησε συχνά και το 83,12% απάντησε σπάνια ($p < 0,004$).

Διάγραμμα 28: Πιστεύετε πως θα πρέπει να παρέχετε άλλου είδους φροντίδα στον ασθενή όταν θεωρείται ότι είναι μάταιη η θεραπεία;

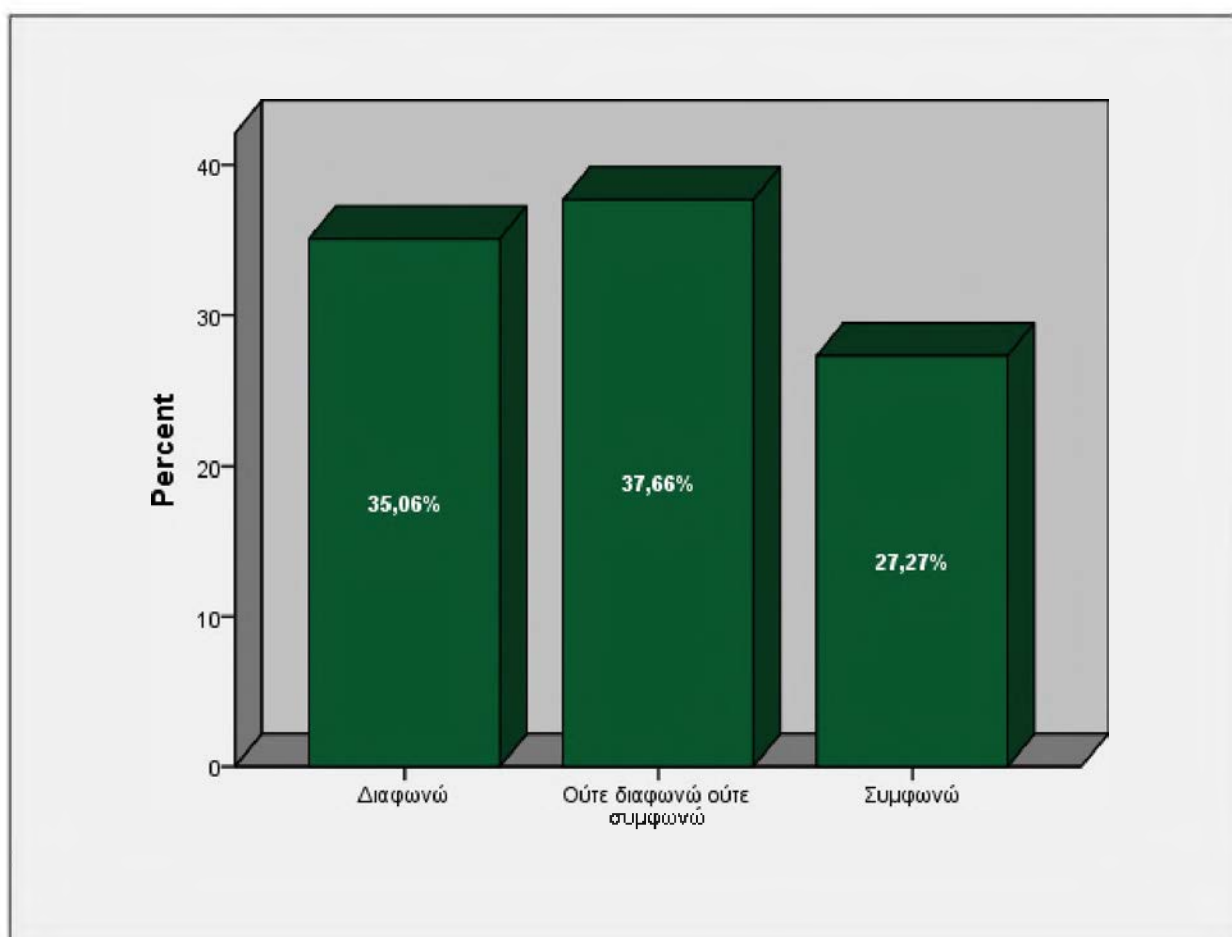


2.3.ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η τρίτη και τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε την κλίμακα ματαιότητας θεραπείας, όπως αυτή περιγράφηκε παραπάνω.

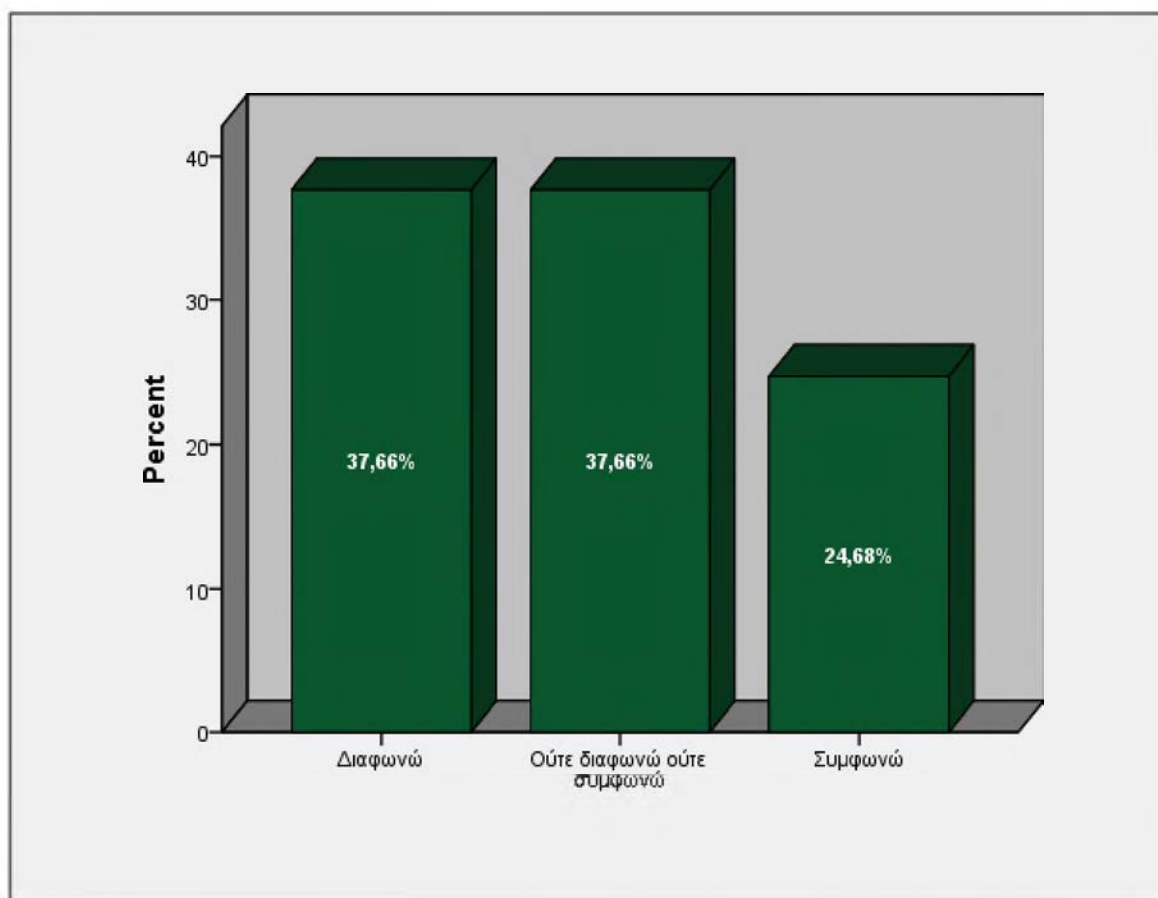
Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 29, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι κλινικές πρακτικές που δεν συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.», το 37,66% παραμένει ουδέτερο, το 27,27% απάντησε πως συμφωνεί και το 35,06% διαφωνεί ($p<0,509$).

Διάγραμμα 29: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι κλινικές πρακτικές που δεν συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής



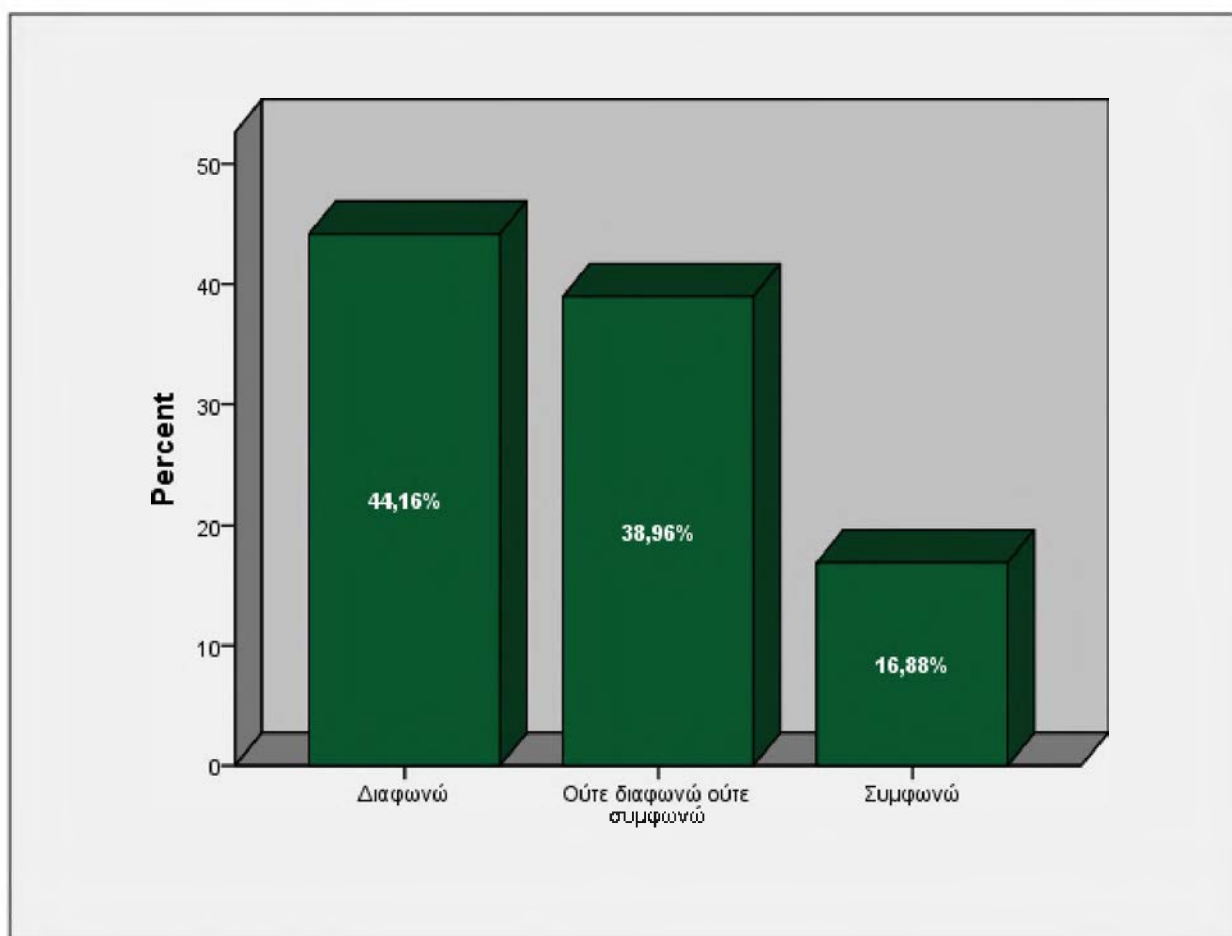
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 30, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις παρατείνουν τη διάρκεια του πόνου και της ταλαιπωρίας του ασθενούς», το 37,66% παραμένει ουδέτερο, το 24,68% συμφωνεί και το 37,66% διαφωνεί ($p<0,273$).

Διάγραμμα 30: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις παρατείνουν τη διάρκεια του πόνου και της ταλαιπωρίας του ασθενούς



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 31, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις αντιβαίνουν στο σκοπό της ιατρικής να προστατεύει τη ζωή», το 38,96% παραμένει ουδέτερο, το 44,16% διαφωνεί και το 16,88% συμφωνεί ($p < 0,008$).

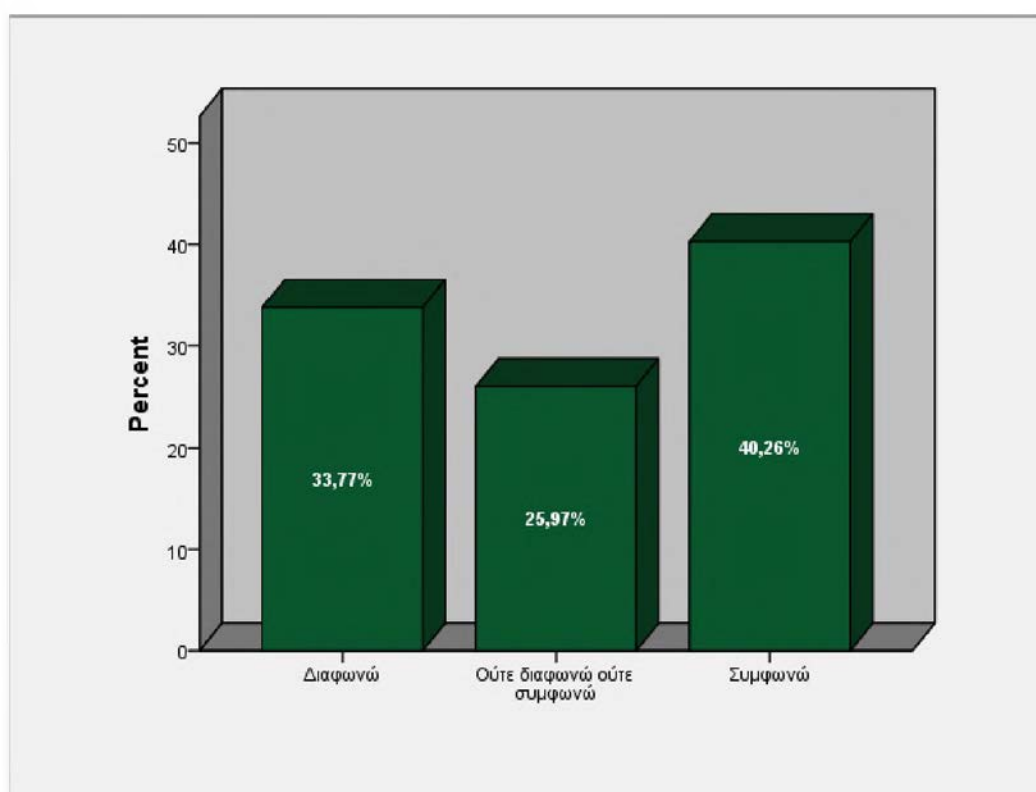
Διάγραμμα 31: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις αντιβαίνουν στο σκοπό της ιατρικής να προστατεύει τη ζωή



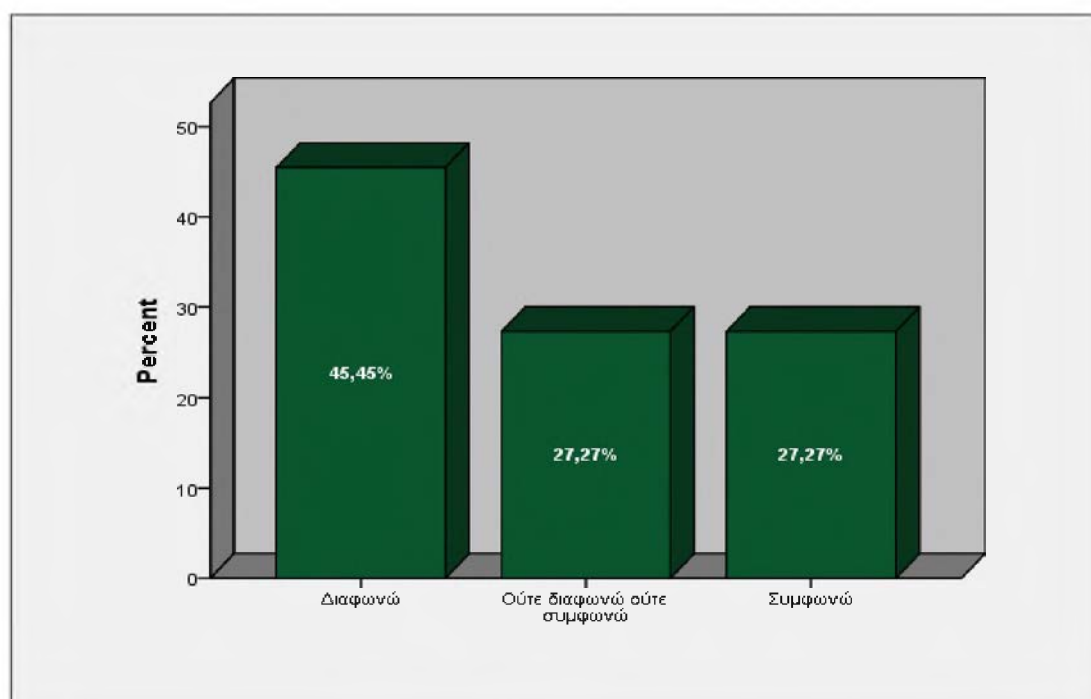
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 32, στην ερώτηση «Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που παρέχονται σε ασθενείς στους οποίους έχει συμβεί εγκεφαλικός θάνατος είναι μάταιες», το 25,97% παραμένει ουδέτερο, το 40,26% συμφωνεί και το 33,77% διαφωνεί ($p < 0,307$).

Επιπλέον, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 33, στην ερώτηση «Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που θεωρούνται μάταιες δεν πρέπει να εκτελούνται», το 27,27% παραμένει ουδέτερο, το 45,45% διαφωνεί και το 27,27% συμφωνεί ($p < 0,078$).

Διάγραμμα 32: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που παρέχονται σε ασθενείς στους οποίους έχει συμβεί εγκεφαλικός θάνατος είναι μάταιες

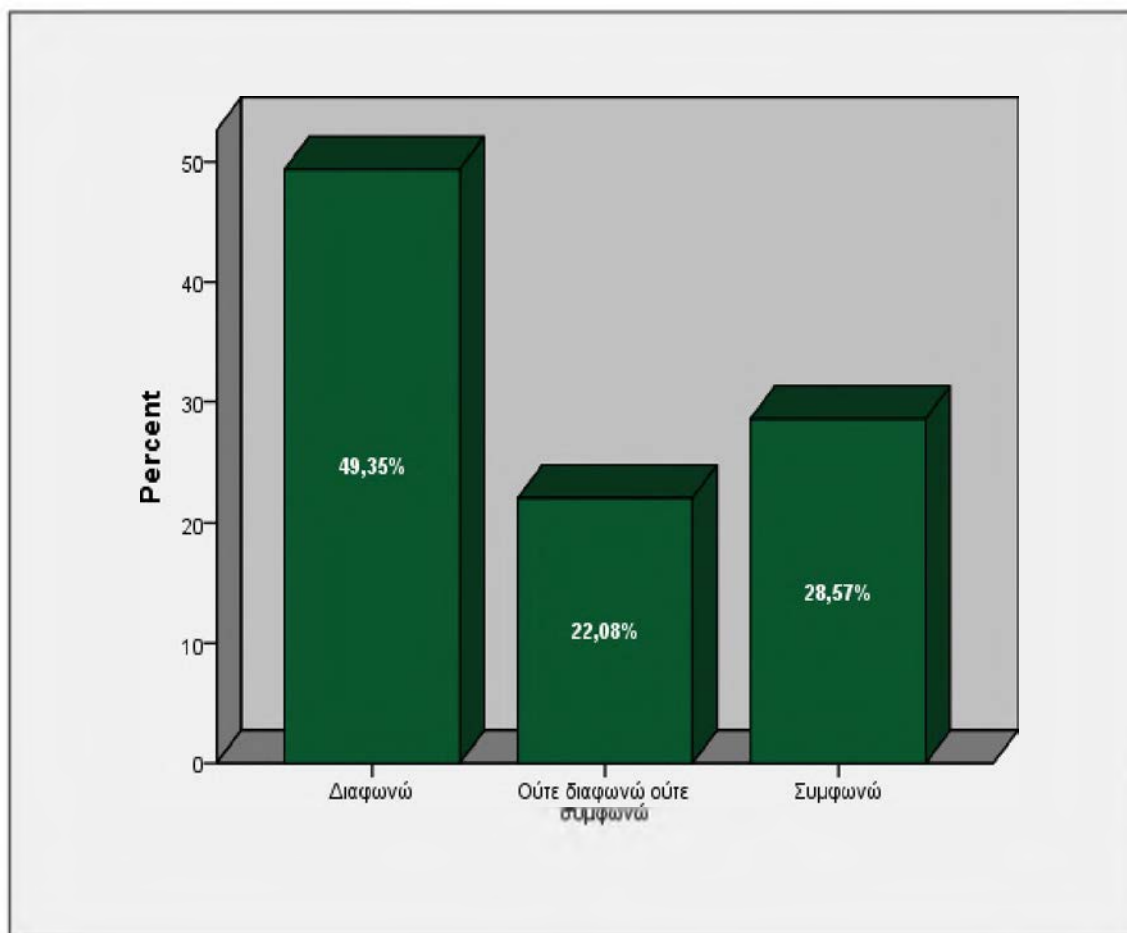


Διάγραμμα 33: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις που θεωρούνται μάταιες δεν πρέπει να εκτελούνται



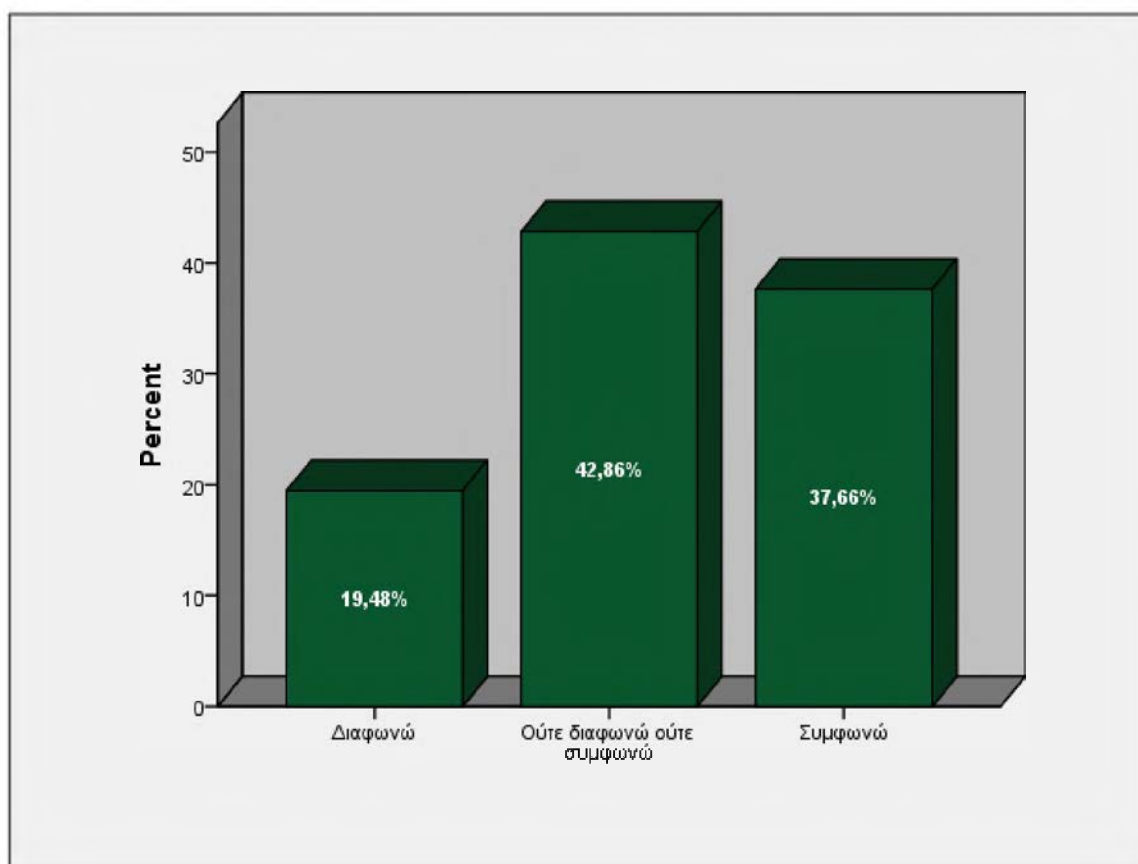
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 34, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις δεν πρέπει να παρέχονται σε ασθενείς σε τελικό στάδιο», το 49,35% διαφωνεί, το 22,08% παραμένει ουδέτερο και το 28,57% συμφωνεί ($p<0,009$).

Διάγραμμα 34: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις δεν πρέπει να παρέχονται σε ασθενείς σε τελικό στάδιο



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 35, στην ερώτηση «Η απόφαση ότι η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή είναι μάταιη είναι μερικές φορές αμφιλεγόμενη», το 42,86% των ερωτώμενων παραμένει ουδέτερο, το 37,66% συμφωνεί και το 19,48% διαφωνεί ($p<0,031$).

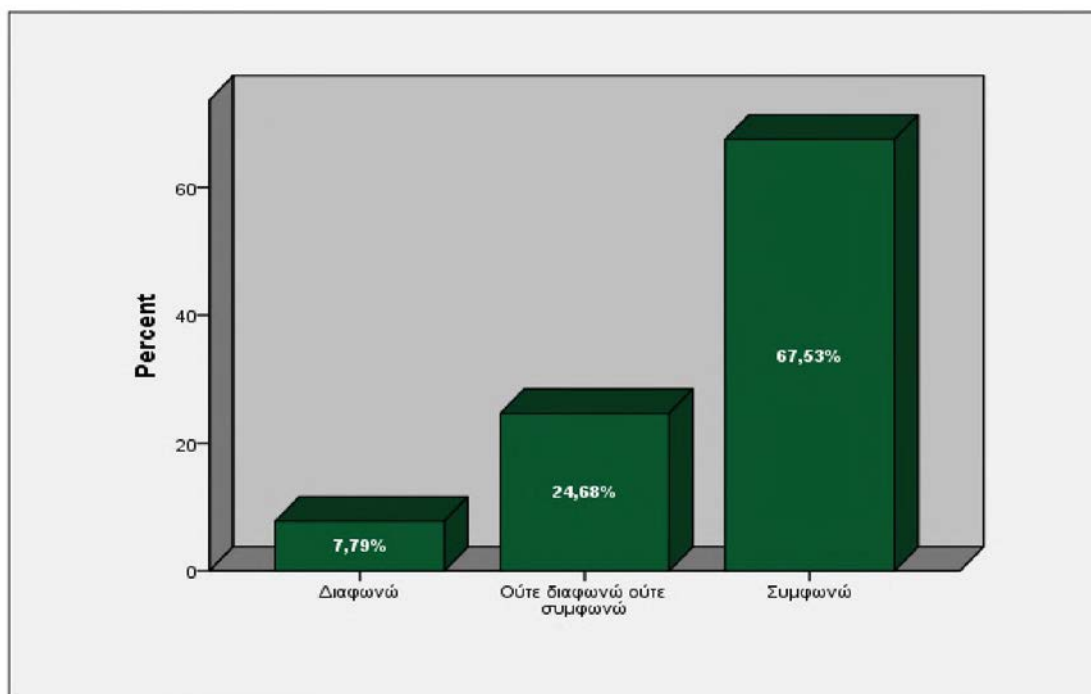
Διάγραμμα 35: Η απόφαση ότι η θεραπεία που παρέχεται στον ασθενή είναι μάταιη είναι μερικές φορές αμφιλεγόμενη



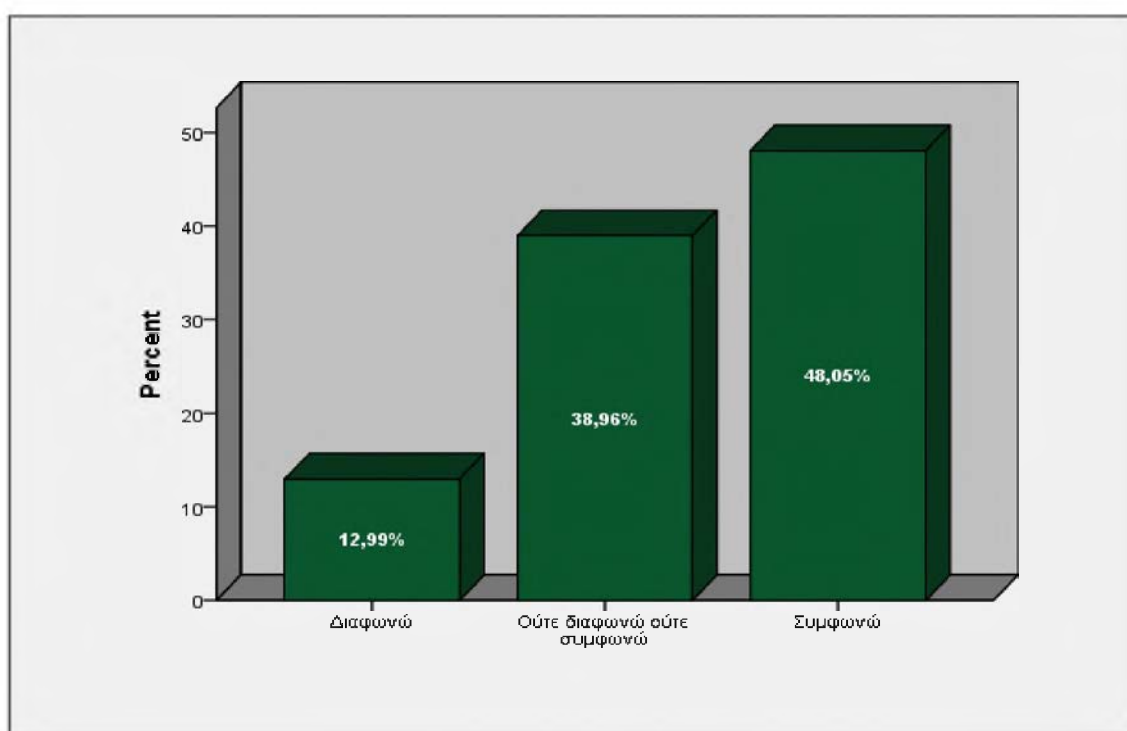
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 36, στην ερώτηση «Ακόμα κι αν έχει ληφθεί η απόφαση για την μάταιη φύση της θεραπείας, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει αυτές τις θεραπείες και παρεμβάσεις μέχρι την τελευταία στιγμή», το 67,53% συμφωνεί, το 24,68% είναι ουδέτερο και το 7,79% διαφωνεί ($p < 0,000$).

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 37, στην ερώτηση «Οι θεραπείες και παρεμβάσεις πρέπει να εκτελούνται σύμφωνα με τις αρχές και τα κριτήρια της ενότητας», το 38,96% παραμένει ουδέτερο, το 48,05% συμφωνεί και το 12,99% διαφωνεί ($p < 0,000$).

Διάγραμμα 36: Ακόμα κι αν έχει ληφθεί η απόφαση για την μάταιη φύση της θεραπείας, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει αυτές τις θεραπείες και παρεμβάσεις μέχρι την τελευταία στιγμή

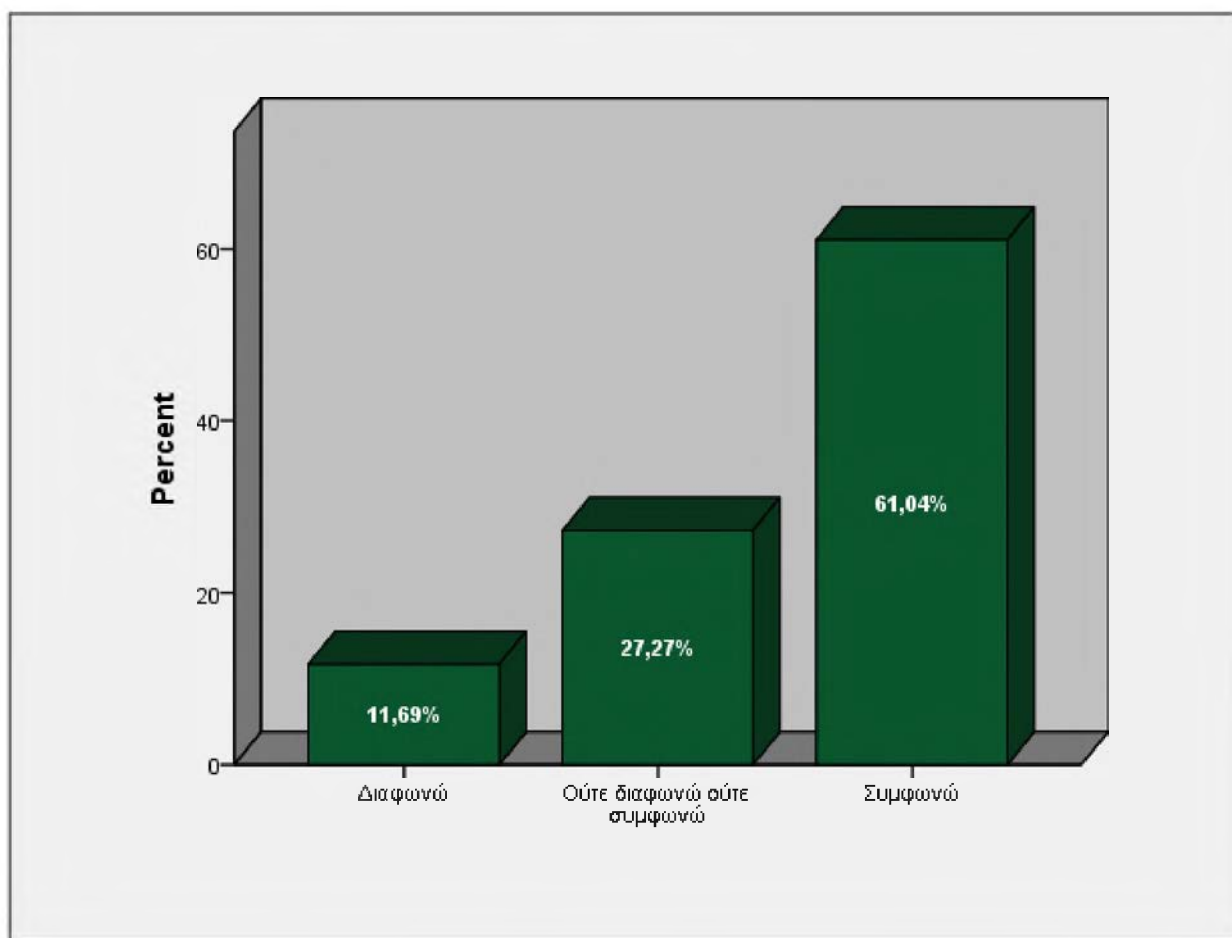


Διάγραμμα 37: Οι θεραπείες και παρεμβάσεις πρέπει να εκτελούνται σύμφωνα με τις αρχές και τα κριτήρια της ενότητας



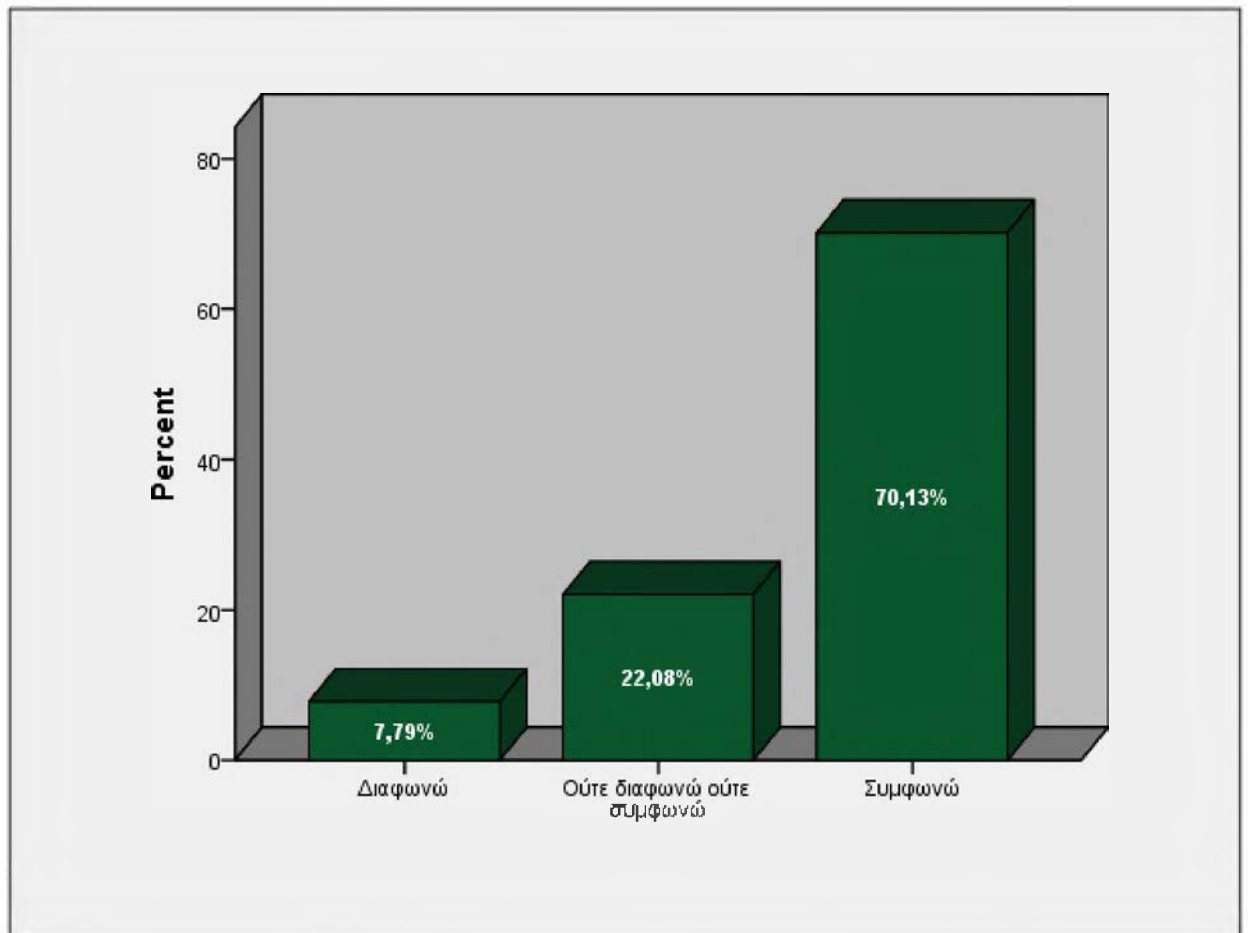
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 38, στην ερώτηση «Η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων πρέπει να λαμβάνεται από όλα τα μέλη της ομάδας», το 61,04% συμφωνεί, το 27,27% παραμένει ουδέτερο και το 11,69% διαφωνεί ($p<0,000$).

Διάγραμμα 38: Η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων πρέπει να λαμβάνεται από όλα τα μέλη της ομάδας



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 39, στην ερώτηση «Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να τηρείται η ηθική αρχή «μη βλάπτειν», το 70,13% συμφωνεί απόλυτα, το 22,08% παραμένει ουδέτερο και το 7,79% διαφωνεί ($p<0,000$).

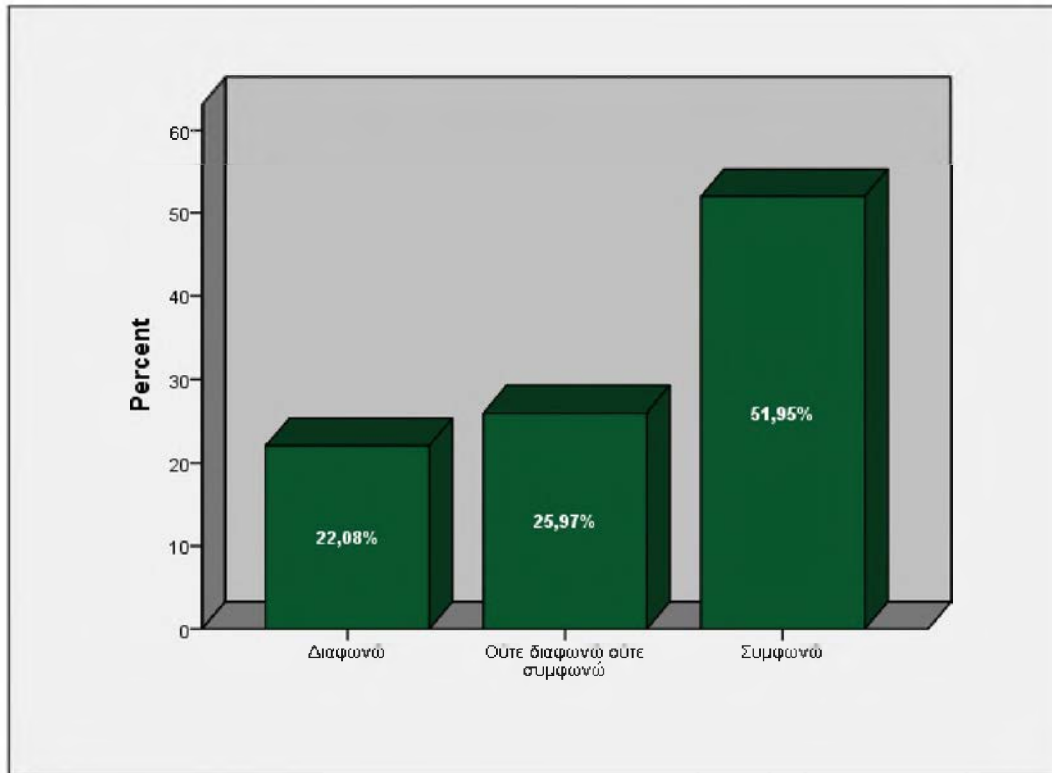
Διάγραμμα 39: Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να τηρείται η ηθική αρχή «μη βλάπτειν».



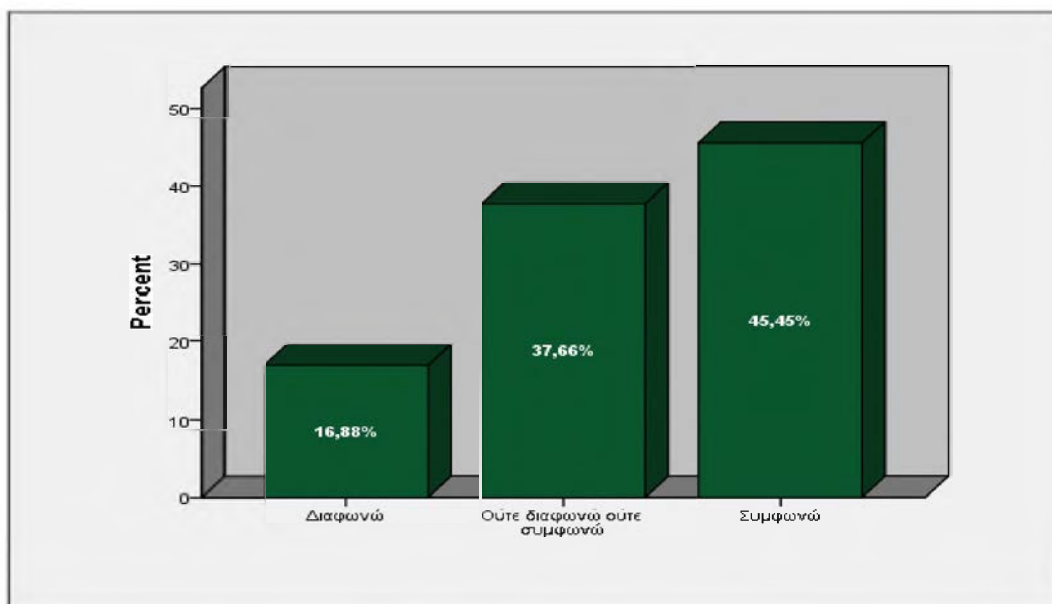
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 40, «Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων», το 51,95% συμφωνεί, το 25,97% παραμένει ουδέτερο και το 22,08% διαφωνεί ($p < 0,002$).

Επίσης, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 41, στην ερώτηση «Θα πρέπει να υπάρχουν εθνικά κριτήρια σχετικά με την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων και τα κριτήρια πρέπει να περιλαμβάνουν ηθικές και νομικές πτυχές του θέματος», το 37,66% παραμένει ουδέτερο, το 45,45% συμφωνεί και 16,88% διαφωνεί ($p < 0,006$).

Διάγραμμα 40: Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων.

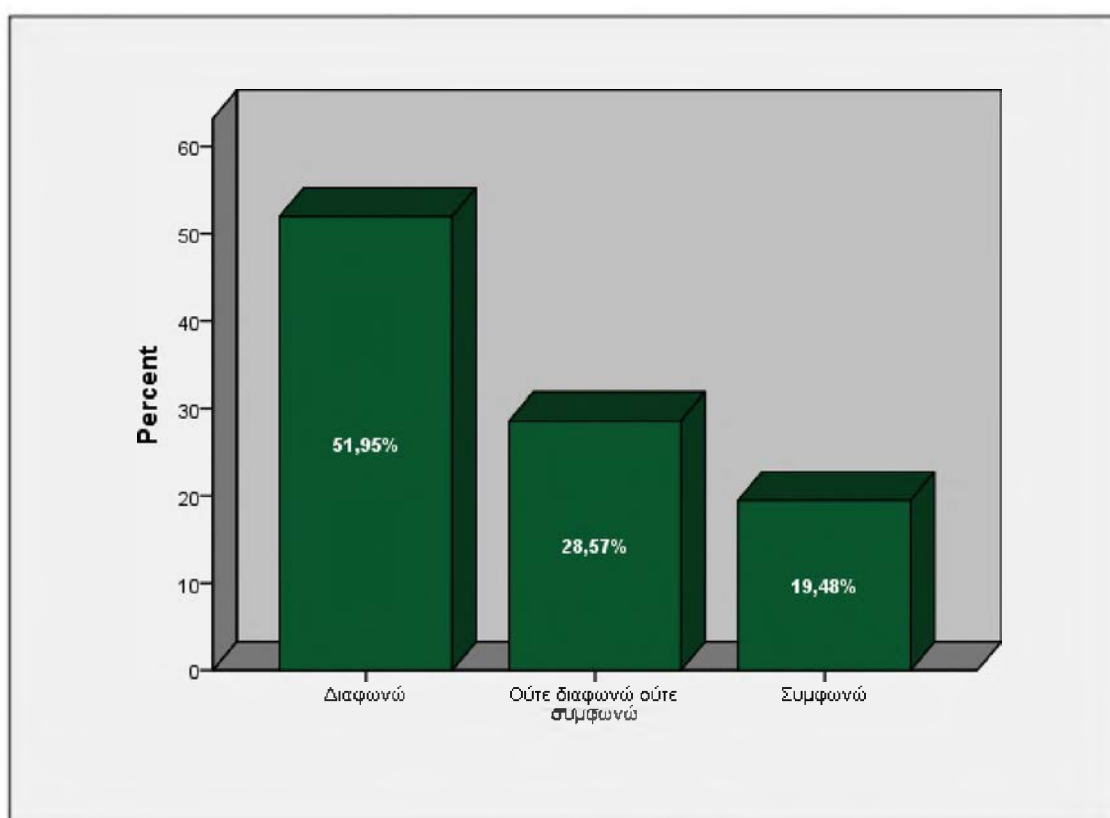


Διάγραμμα 41: Θα πρέπει να υπάρχουν εθνικά κριτήρια σχετικά με την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων και τα κριτήρια πρέπει να περιλαμβάνουν ηθικές και νομικές πτυχές του θέματος.



Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 42, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες της υγείας δεν προκαλούν ηθικά διλήμματα», το 51,95% διαφωνεί εν μέρει, το 28,57% παραμένει ουδέτερο και το 19,48% συμφωνεί ($p<0,002$).

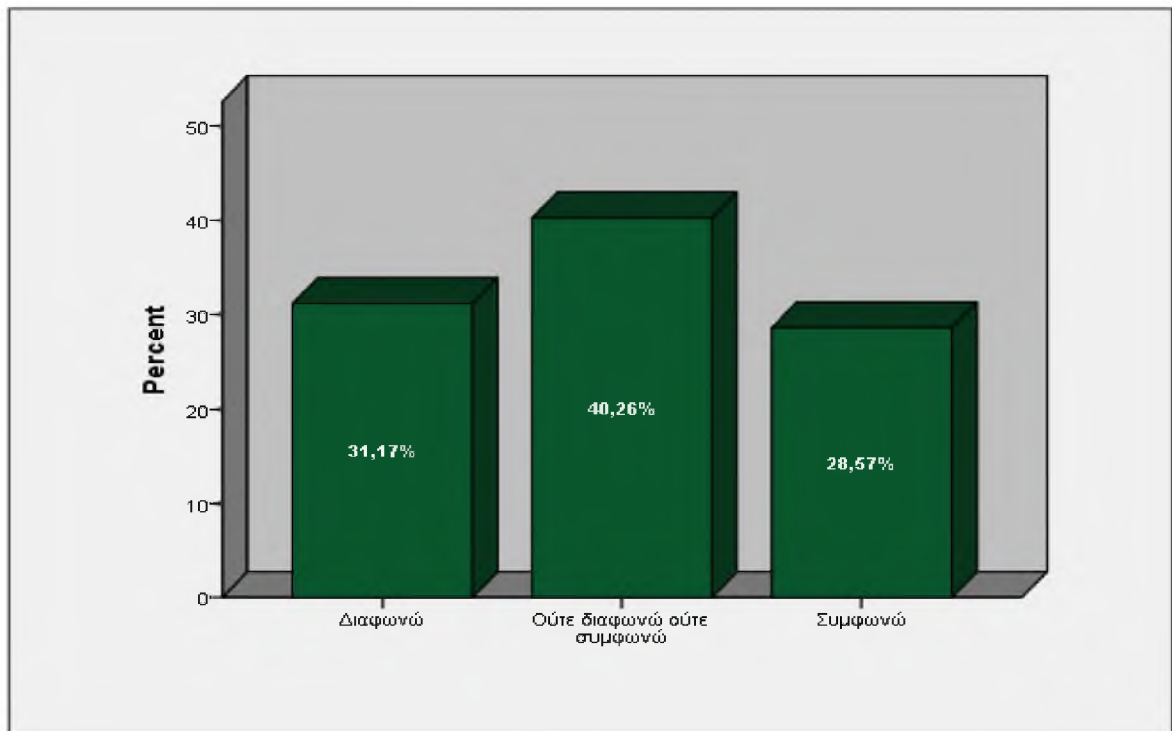
Διάγραμμα 42: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες της υγείας δεν προκαλούν ηθικά διλήμματα



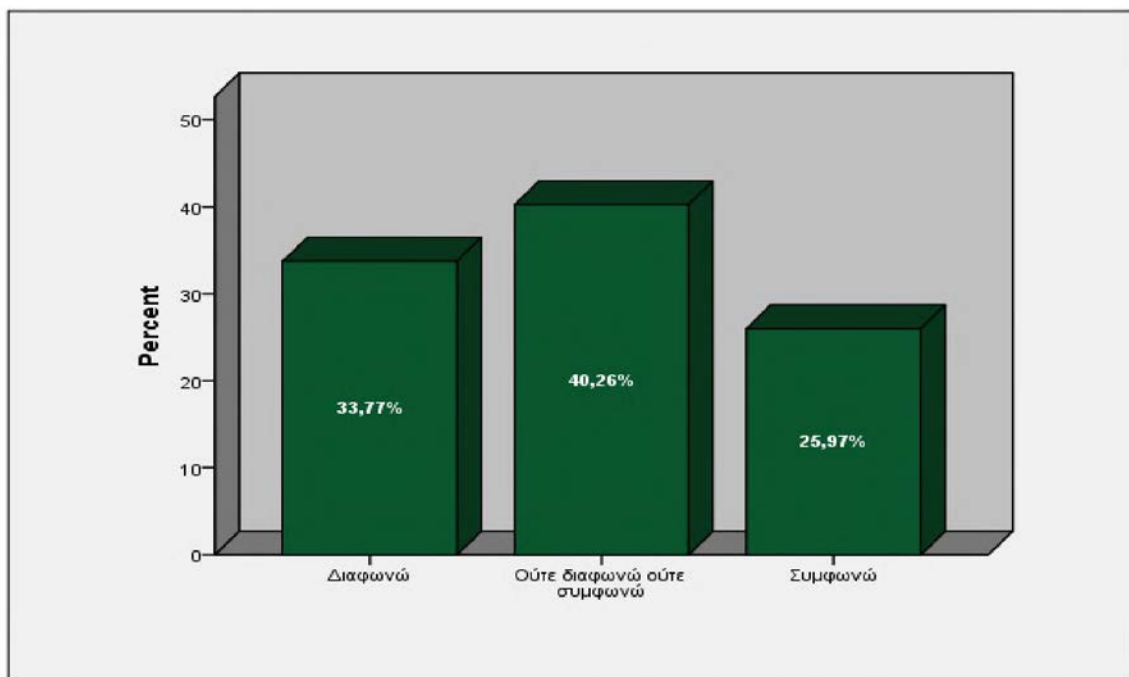
Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 43, στην ερώτηση «Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι ιατρικές πρακτικές που αγνοούν την αυτονομία του ασθενούς/οικογένειας», το 40,26% των ερωτώμενων παραμένει ουδέτερο, το 31,17% διαφωνεί και το 28,57% συμφωνεί ($p<0,419$).

Τέλος, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 44, στην ερώτηση «Θα πρέπει να υπάρχουν πολιτικές που αποτρέπουν την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων», το 40,26% παραμένει ουδέτερο, το 33,17% διαφωνεί και το 25,97% συμφωνεί ($p<0,307$).

Διάγραμμα 43: Οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις είναι ιατρικές πρακτικές που αγνοούν την αυτονομία του ασθενούς/οικογένειας



Διάγραμμα 44: Θα πρέπει να υπάρχουν πολιτικές που αποτρέπουν την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων



2.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Προκειμένου να επιβεβαιωθούν και να αναλυθούν περαιτέρω τα παραπάνω αποτελέσματα, πραγματοποιήθηκαν ορισμένοι έλεγχοι συσχετίσεων, εκ των οποίων οι στατιστικά σημαντικές παρουσιάζονται παρακάτω.

Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Πίνακα 1, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης one-way ANOVA για να εξεταστεί η διαφορά στις βαθμολογίες ως προς την ερώτηση «Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;» μεταξύ ανδρών και γυναικών συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων, αφού οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες στην ερώτηση κατά μέσο όρο σε σύγκριση με τους άνδρες ($t:0.027$, $p=0.047$).

Πίνακας 1: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ φύλου και ερώτησης «Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;»

Φύλο	N	M	SD	F	p
Άνδρες	19	2.7368	.45241	4.072	.047
Γυναίκες	58	2.9138	.28312		

Στην ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τις βαθμολογίες «Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;», συγκρίθηκαν δύο ομάδες: Συμμετέχοντες ηλικίας κάτω των 40,76 ετών ($n = 35$) και συμμετέχοντες ηλικίας έως 40,76 (μέσος όρος ηλικίας) ($n = 42$). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των δύο ομάδων στην ερώτηση, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των νοσηλευτών τόσο λιγότερο υποστήριζαν πως η φροντίδα που παρείχαν προς τους ασθενείς τους είχε κάποιο όφελος για την υγεία του ($r: -0.299$, $p=0.008$) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ ηλικίας και ερώτησης «Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;»

Ηλικία	N	M	SD	F	p
<40,76	35	1.8000	.83314	6.704	.012
>40,77	42	1.3810	.58236		

Η ανάλυση διερεύνησε τις διαφορές στις βαθμολογίες «Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;» σε τρία εκπαιδευτικά επίπεδα, όπως απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου, πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r:3,993$, $p=0.023$), γεγονός που υποδηλώνει πως οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος θα επιθυμούσαν να συμμετέχουν σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας του ασθενή τους.

Επίσης στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος ANOVA μεταξύ του εκπαιδευτικού υποβάθρου και της ερώτησης «Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;». Από την παραπάνω ανάλυση φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, αφού φαίνεται πως οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος πιστεύουν πως η παρεχόμενη από αυτούς φροντίδα προς τους ασθενείς τους παρουσιάζει σημαντικά οφέλη για την υγεία ($r:4,175$, $p=0.019$).

Για την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας πονάνε;», η ανάλυση ANOVA αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων ($r:4,175$, $p = 0,017$). Επομένως φαίνεται πως οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος πιστεύουν περισσότερο πως οι ασθενείς τους πονάνε (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ εκπαιδευτικού υπόβαθρου και ερωτήσεων

		N	M	SD	F	p
Θα θέλατε να συμμετέχετε σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή;	Απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου	17	2,7059	,46967	3,993	.023
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	37	2,8649	,34658		
	Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	23	3,0000	,00000		
Αισθάνεστε ότι η φροντίδα που παρέχετε στον ασθενή σας έχει κάποιο όφελος για την υγεία του;	Απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου	17	2,5294	,62426	4,175	.019
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	37	2,4595	,60528		
	Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	23	2,8696	,34435		
Πιστεύετε ότι οι ασθενείς σας πονάνε;	Απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου	17	2,2353	,90342	4,280	.017
	Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	37	2,0270	,79884		
	Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος	23	2,6087	,49901		

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA μεταξύ των ερωτήσεων και των ετών προϋπηρεσίας. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της ερώτησης «Αισθάνεστε ότι σας ικανοποιεί ο εργασιακός σας χώρος;» ($r:4,681$, $p=0,005$). Ειδικότερα, από τη συσχέτιση φάνηκε πως οι νοσηλευτές που έχουν περισσότερα από 16 έτη προϋπηρεσίας αισθάνονται ότι είναι ικανοποιημένοι με τον εργασιακό τους χώρο.

Επίσης, από τον πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης «Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής σας με βαρέως πάσχοντες ασθενείς;» και των ετών προϋπηρεσίας ($r:4,074$, $p=0,010$). Από τον πίνακα φαίνεται πως οι νοσηλευτές που έχουν από 6 έως 10 έτη προϋπηρεσίας νιώθουν ότι η υγεία τους υποφέρει λόγω της εμπλοκής τους με αυτούς τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται επίσης πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης «Θα θέλατε να προτείνετε τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή;» και των ετών προϋπηρεσίας, αφού φάνηκε πως οι νοσηλευτές με 6 έως 10 έτη προϋπηρεσίας θα πρότειναν τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή ($r:4,565$, $p=0,005$).

Από τον πίνακα επίσης φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης «Πιστεύετε πως θα πρέπει να παρέχετε άλλου είδους φροντίδα στον ασθενή όταν θεωρείται ότι είναι μάταιη η θεραπεία;» και των ετών προϋπηρεσίας, αφού φάνηκε πως οι νοσηλευτές με 1 έως 5 έτη προϋπηρεσίας, πιστεύουν πως η φροντίδα του ασθενούς είναι μάταιη ($r:3,861$, $p=0,013$).

Τέλος, από τον πίνακα 4, φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης «Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων» και των ετών προϋπηρεσίας. Όπως φαίνεται λοιπόν αυτοί που έχουν από 11 έως 15 έτη προϋπηρεσίας πιστεύουν πως όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων ($r:3,805$, $p=0,014$).

Πίνακας 4: Έλεγχος συσχετίσεων ANOVA μεταξύ εργασιακής εμπειρίας και ερωτήσεων

		N	M	SD	F	p
Αισθάνεστε ότι σας ικανοποιεί ο εργασιακός σας χώρος;	1-5 έτη	21	1,9048	,62488	4,681	0,005
	6-10 έτη	19	1,6316	,59726		
	11-15 έτη	15	1,8000	,56061		
	>16 έτη	22	2,3182	,64633		
Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής σας με βαρέως πάσχοντες ασθενείς;	1-5 έτη	21	2,4762	,60159	4,074	0,010
	6-10 έτη	19	2,5263	,61178		
	11-15 έτη	15	2,1333	,63994		
	>16 έτη	22	1,9091	,75018		
Θα θέλατε να προτείνετε τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιο ασθενή;	1-5 έτη	21	1,4286	,50709	4,565	0,005
	6-10 έτη	19	1,6842	,67104		
	11-15 έτη	15	1,5333	,63994		
	>16 έτη	22	1,0909	,29424		
Πιστεύετε πως θα πρέπει να παρέχετε άλλου είδους φροντίδα στον ασθενή όταν θεωρείται ότι είναι μάταιη η θεραπεία	1-5 έτη	21	2,6667	,57735	3,861	0,013
	6-10 έτη	19	2,2105	,71328		
	11-15 έτη	15	2,1333	,63994		
	>16 έτη	22	2,0000	,75593		
Όταν λαμβάνεται η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων.	1-5 έτη	21	2,6190	,66904	3,805	0,014
	6-10 έτη	19	2,2105	,71328		
	11-15 έτη	15	2,3333	,81650		
	>16 έτη	22	2,0455	,95005		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

3.1.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Χρησιμοποιώντας τα εκτεταμένα δεδομένα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερευνών που παρουσιάζονται σε διάφορες μορφές, διεξήχθη μια μελέτη σχετικά με την αντιληπτή αναποτελεσματικότητα των ιατρικών θεραπειών. Αυτή η συζήτηση σκοπεύει να αναλύσει το πολύπλοκο θέμα της ιατρικής ματαιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Θα διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, τις ηθικές εκτιμήσεις στη φροντίδα των ασθενών και τις πολιτικές συνέπειες αυτού του ζητήματος.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών πιστεύει ότι η φροντίδα που παρέχουν έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών τους, με ένα σημαντικό ποσοστό να απαντά ότι συχνά αισθάνονται το όφελος της φροντίδας που παρέχουν. Επίσης, υπάρχει συνειδητοποίηση μεταξύ των φροντιστών ότι οι ασθενείς τους αντιμετωπίζουν πόνο, με τους μισούς συμμετέχοντες να αναφέρουν ότι οι ασθενείς τους πονάνε συχνά. Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές αισθάνονται πιεσμένοι μερικές φορές κατά τη διάρκεια της φροντίδας, υποδηλώνοντας την ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση που μπορεί να συνεπάγεται η φροντίδα ασθενών. Από την άλλη πλευρά, ένα σημαντικό ποσοστό φροντιστών αισθάνεται μερικές φορές αμηχανία κατά την παροχή φροντίδας, πιθανώς λόγω της δυσκολίας των καταστάσεων ή της ανάγκης για λήψη δύσκολων αποφάσεων. Επιπλέον, υπάρχει μια διχογνωμία σχετικά με την ανάγκη για πιο επιθετική ή λιγότερη επιθετική θεραπεία, με ένα ποσοστό να επιθυμεί την παροχή περισσότερων παρεμβάσεων και άλλο να επιθυμεί τη μείωσή τους.

Υπάρχει μια σημαντική τάση ανάμεσα στους εργαζομένους να αισθάνονται ότι θα ήθελαν να κάνουν λιγότερα για τους ασθενείς τους, με πάνω από τους μισούς να απαντούν ότι αισθάνονται έτσι μερικές φορές και περίπου το 26% να αισθάνεται έτσι συχνά. Αυτό μπορεί να αντανακλά τον υψηλό βαθμό φυσικής και συναισθηματικής εξάντλησης που συνδέεται με τη φροντίδα βαρέως πάσχοντων ασθενών. Η πλειονότητα των εργαζομένων αισθάνεται συχνά ικανοποιημένη από τον εργασιακό τους χώρο, πράγμα που δείχνει ότι, παρά τις δυσκολίες, υπάρχει ένα

επίπεδο θετικής αξιολόγησης του περιβάλλοντος εργασίας. Επίσης, λιγότερο από το ήμισυ των ερωτηθέντων αισθάνεται όμορφα όταν έρχεται στην εργασία μερικές φορές, ενώ λιγότεροι από τους μισούς απαντά ότι αισθάνεται έτσι συχνά. Αυτό υποδηλώνει μια μεικτή αντίδραση στην εμπειρία της εργασίας, με ένα σημαντικό ποσοστό να βρίσκει θετικές στιγμές στην εργασία τους. Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι αισθάνεται κουρασμένο μερικές φορές μετά την εργασία, ενώ ένα αντίστοιχα μεγάλο ποσοστό απάντησε ότι αισθάνεται έτσι σπάνια, πράγμα που υποδηλώνει διακυμάνσεις στην ενεργειακή κατάσταση των εργαζομένων μετά την εργασία.

Επιπροσθέτως, σχεδόν το μισό των ερωτηθέντων ανέφερε ότι συχνά θα ήθελαν να προτείνουν τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιον ασθενή, ενώ ένα παρόμοιο ποσοστό το είπε μερικές φορές. Αυτό υποδηλώνει μια σημαντική διάσταση απόψεων σχετικά με τον περιορισμό της θεραπείας, με πολλούς επαγγελματίες να είναι ανοιχτοί στην ιδέα, ανάλογα με τις συνθήκες. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφερε ότι σπάνια θα ήθελε να συμμετέχει σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή. Αυτό μπορεί να αντανάκλα μια προτίμηση για αποφάσεις που βασίζονται περισσότερο στην ιατρική κρίση ή μια αποφυγή της πίεσης που συνδέεται με τέτοιου είδους αποφάσεις. Ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων πιστεύει ότι συχνά παρατείνουν μια μάταιη θεραπεία λόγω ιατρικών αποφάσεων. Αυτό υποδηλώνει μια αντίληψη ότι οι ιατρικές αποφάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην παράταση θεραπειών που ενδεχομένως δεν προσφέρουν πραγματική ωφέλεια στον ασθενή. Τέλος, η πλειονότητα των ερωτηθέντων αντιλαμβάνεται ότι σπάνια παρατείνουν μια μάταιη θεραπεία λόγω νοσηλευτικών αποφάσεων, πράγμα που δείχνει μια αίσθηση ότι οι νοσηλευτικές αποφάσεις έχουν λιγότερο αντίκτυπο σε αυτόν τον τομέα σε σχέση με τις ιατρικές.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει ότι συχνά θα ήθελαν να προτείνουν τον περιορισμό της θεραπείας για κάποιον ασθενή, ενώ σχεδόν ισάξιο ποσοστό το θεωρεί κάτι που θα έκαναν μερικές φορές. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει ότι σπάνια θα ήθελαν να συμμετέχουν σε απόφαση περιορισμού της θεραπείας ενός ασθενή, δείχνοντας πιθανώς επιφυλάξεις ή την προτίμηση να αφήνουν τέτοιες αποφάσεις στους ιατρούς. Υπάρχει μια έντονη αντίληψη ότι η παράταση μάταιης θεραπείας συμβαίνει λόγω ιατρικών αποφάσεων και λιγότερο λόγω νοσηλευτικών αποφάσεων. Ένα σημαντικό ποσοστό των

ερωτηθέντων αναφέρει την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και συγγενή ως συχνή αιτία παράτασης μάταιης θεραπείας, ενώ η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ συγγενή και νοσηλευτή επίσης θεωρείται σημαντική.

Υπάρχει σχετικά υψηλό ποσοστό ουδετερότητας στην εκτίμηση εάν οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις συμβάλλουν ή όχι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, με τα υπόλοιπα ποσοστά να διαιρούνται σχεδόν ισόποσα μεταξύ συμφωνίας και διαφωνίας. Ενώ ένα σημαντικό ποσοστό παραμένει ουδέτερο στο εάν οι μάταιες θεραπείες παρατείνουν τη διάρκεια του πόνου και της ταλαιπωρίας, υπάρχει επίσης ένα σημαντικό ποσοστό διαφωνίας, υποδηλώνοντας έλλειψη συναίνεσης σε αυτό το ζήτημα. Υπάρχει ένα υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας στο ότι θεραπείες και παρεμβάσεις σε ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο είναι μάταιες, αν και ένα σημαντικό ποσοστό παραμένει ουδέτερο ή διαφωνεί. Υπάρχει μια έντονη διαφωνία στο να μην εκτελούνται θεραπείες και παρεμβάσεις που θεωρούνται μάταιες, δείχνοντας μια σημαντική ανησυχία για την αυτονομία του ασθενούς και την ιατρική επιλογή. Η αναγνώριση ότι η απόφαση για τη ματαιότητα μιας θεραπείας μπορεί να είναι αμφιλεγόμενη είναι ευρέως αποδεκτή, υποδηλώνοντας αναγνώριση της πολυπλοκότητας και της υποκειμενικότητας στην κλινική λήψη αποφάσεων.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει επίσης πως υπάρχει σημαντική συμφωνία με την άποψη ότι η απόφαση για την εκτέλεση μάταιων θεραπειών και παρεμβάσεων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη δίκαιη χρήση περιορισμένων πόρων. Αυτό υποδηλώνει μια σημαντική ανησυχία για την αποτελεσματική και δίκαιη κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας. Ένας σχετικά μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων συμφωνεί με την ανάγκη για εθνικά κριτήρια που να καθοδηγούν την εκτέλεση μάταιων θεραπειών, υποδεικνύοντας την ανάγκη για πιο συνεκτικές και ομοιογενείς πολιτικές σε αυτόν τον τομέα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων διαφωνεί με την άποψη ότι οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις δεν προκαλούν ηθικά διλήμματα, υποδηλώνοντας την υπαρκτή ανησυχία για τις ηθικές πτυχές της πρακτικής αυτής. Επίσης, υπάρχει μια σχετική διχογνωμία σχετικά με το εάν οι μάταιες θεραπείες και παρεμβάσεις αγνοούν την αυτονομία του ασθενούς/οικογένειας, με τους λιγότερους από τους μισούς ερωτηθέντες να παραμένει ουδέτερο. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει μια αβεβαιότητα ή διχογνωμία σχετικά με το πώς οι πρακτικές αυτές επηρεάζουν την αυτονομία του ασθενούς. Τέλος, υπάρχει μια έντονη διάσπαση στις απόψεις σχετικά

με την ανάγκη για πολιτικές που αποτρέπουν την εκτέλεση μάταιων θεραπειών, με τους λιγότερους από τους μισούς να παραμένουν ουδέτεροι.

3.2.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εξέταση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αντιληπτή ανούσια φύση των θεραπειών, καθώς και των συναισθηματικών και ηθικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, αποκαλύπτει τις βαθιές περιπλοκές που ενυπάρχουν στην ιατρική πρακτική. Το σύνθετο αυτό θέμα περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της φροντίδας των ασθενών, της ψυχολογικής υγείας των φροντιστών και των ηθικών διλημμάτων που σχετίζονται με την αναζήτηση θεραπειών που παρατείνουν τη ζωή. Τα στοιχεία αναδεικνύουν ένα φάσμα απόψεων, που κυμαίνονται από την αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της περίθαλψης έως την αναγνώριση της πιθανής έλλειψης αποτελεσματικότητάς της, τονίζοντας την περίπλοκη φύση της κλινικής λήψης αποφάσεων.

Το κεντρικό σημείο αυτής της συζήτησης περιστρέφεται γύρω από τη συναισθηματική και ηθική ευθύνη που φέρουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Διαπραγματεύονται το δύσκολο τοπίο που βρίσκεται μεταξύ ελπίδας και πραγματικότητας, όπου η λαχτάρα για παροχή άνεσης και παράταση της ζωής συχνά συγκρούεται με την ηθική υποχρέωση να μην παρατείνεται ο πόνος χωρίς σημαντική βελτίωση της συνολικής ευημερίας. Η περίπλοκη ισορροπία επιδεινώνεται περαιτέρω από την πολυπλοκότητα της ματαιιότητας της θεραπείας, όπου οι αποφάσεις σχετικά με τη συνέχιση ή τη διακοπή της φροντίδας είναι φορτωμένες με ασάφεια, επηρεαζόμενες από παράγοντες όπως οι επιθυμίες του ασθενούς και της οικογένειάς του, τα εμπόδια στην επικοινωνία και τα κοινωνικά πρότυπα.

Η ένταση μεταξύ της υποστήριξης πιο επιθετικών θεραπειών μπροστά στη ματαιιότητα και της αναγνώρισης του πότε οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί απλώς να παρατείνουν τον πόνο χωρίς ανάλογα οφέλη, καταδεικνύει την κεντρική πρόκληση στον ορισμό και την εφαρμογή της έννοιας της ιατρικής ματαιιότητας. Θέτει υπό αμφισβήτηση τις ηθικές αρχές της ευεργεσίας, της μη ευεργεσίας και της αυτονομίας, απαιτώντας από τους επαγγελματίες υγείας να σταθμίζουν τα πιθανά οφέλη της

θεραπείας έναντι της πιθανότητας βλάβης και του δικαιώματος του ασθενούς να λαμβάνει ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του.

Η αναγκαιότητα σαφών κατευθυντήριων γραμμών και ηθικών πλαισίων είναι προφανής, καθώς παρέχουν κρίσιμη υποστήριξη στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που περιηγούνται σε αυτά τα πολύπλοκα ζητήματα. Οι οδηγίες αυτές πρέπει να προωθούν μια διαφοροποιημένη κατανόηση της ματαιότητας, να διευκολύνουν την ανοιχτή και ενσυναισθητική επικοινωνία και να προωθούν την από κοινού λήψη αποφάσεων που σέβεται τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους. Επιπλέον, θα πρέπει να αναγνωρίζει τη συναισθηματική επιβάρυνση των φροντιστών, υποστηρίζοντας συστήματα υποστήριξης που αντιμετωπίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής.

Σε τελική ανάλυση, η αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτει η θεωρούμενη ματαιότητα των θεραπειών απαιτεί μια συμπονετική, ασθενοκεντρική προσέγγιση που να εξισορροπεί την ελπίδα με τον ρεαλισμό, την παρέμβαση με την αυτοσυγκράτηση και την ατομική αυτονομία με ηθικούς προβληματισμούς. Απαιτεί δέσμευση για ηθική πρακτική που αναγνωρίζει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, τους περιορισμούς της ιατρικής και τον ανεκτίμητο ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους μέσα από τις πολύπλοκες της φροντίδας στο τέλος της ζωής.

3.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Η διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη ματαιότητα των ιατρικών θεραπειών, των συναισθηματικών και ηθικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν και των περιπλοκών που περιβάλλουν τη λήψη αποφάσεων στο πλαίσιο μη ωφέλιμων παρεμβάσεων, αποτελεί γόνιμο έδαφος για περαιτέρω έρευνα. Αυτό το πολύπλευρο ζήτημα διαπλέκεται με τον ίδιο τον ιστό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τη δεοντολογία της φροντίδας των ασθενών και την ευημερία των επαγγελματιών ιατρών, προσφέροντας πολυάριθμους δρόμους για βαθύτερη έρευνα και ανάλυση.

Ένας σημαντικός τομέας για περαιτέρω έρευνα αφορά τον ψυχολογικό αντίκτυπο της αντιμετώπισης της ματαιότητας της θεραπείας στους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η έκθεση στη φροντίδα στο τέλος της ζωής και οι αποφάσεις σχετικά με τις μάταιες θεραπείες συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση, το άγχος και τη συναισθηματική εξάντληση θα μπορούσε να προσφέρει πολύτιμες γνώσεις. Τέτοιες μελέτες θα μπορούσαν να ενημερώσουν για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, συστημάτων υποστήριξης και εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και των μηχανισμών αντιμετώπισης του ιατρικού προσωπικού.

Μια άλλη πολλά υποσχόμενη ερευνητική κατεύθυνση είναι η εξέταση των στρατηγικών επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ασθενών και των οικογενειών σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Η κατανόηση των εμποδίων στην αποτελεσματική επικοινωνία και η διερεύνηση καινοτόμων προσεγγίσεων για τη διευκόλυνση ανοικτών, ειλικρινών και ενσυναισθητικών διαλόγων θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τις πρακτικές κοινής λήψης αποφάσεων. Η έρευνα θα μπορούσε να επικεντρωθεί στην αποτελεσματικότητα διαφόρων εργαλείων και μοντέλων επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού προηγμένης φροντίδας και των διαβουλεύσεων παρηγορητικής φροντίδας, στην ευθυγράμμιση των στόχων της θεραπείας με τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών.

Η ίδια η έννοια της ματαιότητας της θεραπείας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Ο ορισμός και η λειτουργική εφαρμογή της ιατρικής ματαιότητας με τρόπο που να είναι τόσο κλινικά σχετικός όσο και ηθικά ορθός παραμένει μια πρόκληση. Συγκριτικές μελέτες σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, ειδικότητες και πολιτισμικά πλαίσια θα μπορούσαν να ρίξουν φως στις διαφορετικές ερμηνείες της ματαιότητας και στους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές κρίσεις. Μια τέτοια έρευνα θα μπορούσε να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο διαφοροποιημένων κατευθυντήριων γραμμών και κριτηρίων για τον προσδιορισμό του πότε οι παρεμβάσεις είναι απίθανο να προσφέρουν ουσιαστικό όφελος.

Οι ηθικοί προβληματισμοί γύρω από την παροχή μάταιων θεραπειών και οι αρχές της ευεργεσίας, της μη κακομεταχείρισης και της αυτονομίας προσφέρουν ένα

άλλο πλούσιο πεδίο έρευνας. Φιλοσοφικές και εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι ηθικές αρχές εφαρμόζονται στην πράξη, καθώς και τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, θα μπορούσαν να ενισχύσουν την κατανόηση της λήψης ηθικών αποφάσεων στην υγειονομική περίθαλψη. Η έρευνα θα μπορούσε επίσης να διερευνήσει το ρόλο των υπηρεσιών ηθικής συμβουλευτικής στην υποστήριξη των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης και των οικογενειών μέσω σύνθετων σεναρίων λήψης αποφάσεων.

Τέλος, οι κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις της διαχείρισης των μάταιων θεραπειών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χρήζουν προσοχής. Η διερεύνηση του αντίκτυπου των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης, της κατανομής των πόρων και των νομικών πλαισίων στην παροχή μάταιων ιατρικών θεραπειών θα μπορούσε να παράσχει κρίσιμες γνώσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές αξίες και οι κανόνες διαμορφώνουν την ιατρική πρακτική. Οι μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν την αποδοτικότητα των παρεμβάσεων που θεωρούνται μάταιες, την επίδραση των νομικών κινδύνων στη λήψη ιατρικών αποφάσεων και τις δυνατότητες μεταρρυθμίσεων πολιτικής για την προώθηση πιο βιώσιμων και ηθικά υπεύθυνων πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] Rhodes P, Shaw S. Informal care and terminal illness. *Health & social care in the community*. 1999 Jan;7(1):39-50.
- [2] Carter H, MacLeod R, Brander P, McPherson K. Living with a terminal illness: patients' priorities. *Journal of advanced nursing*. 2004 Mar;45(6):611-20.
- [3] Fleck LM. Just caring: health care rationing, terminal illness, and the medically least well off. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2011 Jun;39(2):156-71.
- [4] Bradley SE, Frizelle D, Johnson M. Coping with terminal illness: The experience of attending specialist palliative day care. *Journal of palliative medicine*. 2010 Oct 1;13(10):1211-8.
- [5] Dalgaard KM, Thorsell G, Delmar C. Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital-based palliative care. *International journal of palliative nursing*. 2010 Feb;16(2):87-92.
- [6] Guy M, Stern TA. The desire for death in the setting of terminal illness: a case discussion. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2006;8(5):299.
- [7] Wisesrith W, Sukcharoen P, Sripinkaew K. Spiritual care needs of terminal ill cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2021 Dec;22(12):3773.
- [8] Emanuel N, Simon MA, Burt M, Joseph A, Sreekumar N, Kundu T, Khemka V, Biswas B, Rajagopal MR, Emanuel L. Economic impact of terminal illness and the willingness to change it. *Journal of palliative medicine*. 2010 Aug 1;13(8):941-4.
- [9] Kemp C. Spiritual care in terminal illness: Practical applications for nurses. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 1994 Sep;11(5):31-6.

- [10] Sultana A, Sharma R, Hossain MM, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics*. 2020 Jul 4;5(4):308-11.
- [11] Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among healthcare providers of COVID-19; a systematic review of epidemiology and recommendations. *Archives of academic emergency medicine*. 2021;9(1).
- [12] Dubale BW, Friedman LE, Chemali Z, Denninger JW, Mehta DH, Alem A, Fricchione GL, Dossett ML, Gelaye B. Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC public health*. 2019 Dec;19(1):1-20.
- [13] Yang S, Meredith P, Khan A. Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian journal of psychiatry*. 2015 Jun 1;15:15-20.
- [14] Chemali Z, Ezzeddine FL, Gelaye B, Dossett ML, Salameh J, Bizri M, Dubale B, Fricchione G. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC public health*. 2019 Dec;19(1):1-21.
- [15] Cocchiara RA, Peruzzo M, Mannocci A, Ottolenghi L, Villari P, Polimeni A, Guerra F, La Torre G. The use of yoga to manage stress and burnout in healthcare workers: a systematic review. *Journal of clinical medicine*. 2019 Feb 26;8(3):284.
- [16] Sweileh WM. Research trends and scientific analysis of publications on burnout and compassion fatigue among healthcare providers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2020 Dec;15(1):1-0.
- [17] Talae N, Varahram M, Jamaati H, Salimi A, Attarchi M, Kazempour Dizaji M, Sadr M, Hassani S, Farzanegan B, Monjazebe F, Seyedmehdi SM. Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Journal of Public Health*. 2020 Jan 1:1-6.
- [18] Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, West CP, Meyers D. Burnout among health care professionals: a call to

explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. NAM perspectives. 2017 Jul 5.

- [19] Alavi SM, Kia-Keating M, Nerenberg C. Secondary traumatic stress and burnout in health care providers: A post-disaster study. *Traumatology*. 2022 Oct 10.
- [20] Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, Poplau S, Goelz E, Taylor S, Nankivil N, Brown R, Linzer M, Cappelucci K, Barbouche M. Prevalence and correlates of stress and burnout among US healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine*. 2021 May 1;35.
- [21] Çelmeçe N, Menekay M. The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Frontiers in psychology*. 2020 Nov 23;11:597624.
- [22] Benevides-Pereira AM, Das Neves Alves R. A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV. *AIDS care*. 2007 Apr 1;19(4):565-71.
- [23] Sriharan A, Ratnapalan S, Tricco AC, Lupea D. Women in healthcare experiencing occupational stress and burnout during COVID-19: a rapid review. *BMJ open*. 2021;11(4).
- [24] Pianta RC. *Teaching Children Well: New Evidence-Based Approaches to Teacher Professional Development and Training*. Center for American Progress. 2011 Nov.
- [25] DeMonte J. *High-Quality Professional Development for Teachers: Supporting Teacher Training to Improve Student Learning*. Center for American Progress. 2013 Jul.
- [26] Brockbank A, McGill I. *The action learning handbook: powerful techniques for education, professional development and training*. Routledge; 2003 Dec 16.

- [27] Lambert M, Vero J, Zimmermann B. Vocational training and professional development: a capability perspective. *International Journal of Training and Development*. 2012 Sep;16(3):164-82.
- [28] Bubb S, Earley P. The use of training days: Finding time for teachers' professional development. *Educational Research*. 2013 Sep 1;55(3):236-48.
- [29] Elman NS, Illfelder-Kaye J, Robiner WN. Professional Development: Training for Professionalism as a Foundation for Competent Practice in Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005 Aug;36(4):367.
- [30] Bound H. Vocational education and training teacher professional development: Tensions and context. *Studies in Continuing Education*. 2011 Jul 1;33(2):107-19.
- [31] Olakulehin FK. Information and communication technologies in teacher training and professional development in Nigeria. *Turkish Online Journal of Distance Education*. 2007 Jan 1;8(1):133-42.
- [32] Brown M, Boyle B, Boyle T. Professional development and management training needs for heads of department in UK secondary schools. *Journal of educational administration*. 2002 Feb 1;40(1):31-43.
- [33] Faraclas KL. A Professional Development Training Model for Improving Co-Teaching Performance. *International Journal of Special Education*. 2018;33(3):524-40.
- [34] Roberts J. Future and changing roles of staff in distance education: a study to identify training and professional development needs. In *Expanding Horizons in Open and Distance Learning 2020 Jun 9 (pp. 37-53)*. Routledge.
- [35] Van Veen K, Zwart R, Meirink J. What makes teacher professional development effective. *Teacher learning that matters: International perspectives*. 2012 Feb 27:3-21.
- [36] Ekanayake SY, Wishart J. Integrating mobile phones into teaching and learning: A case study of teacher training through professional development

- workshops. *British Journal of Educational Technology*. 2015 Jan;46(1):173-89.
- [37] Luneta K. Designing continuous professional development programmes for teachers: A literature review. *Africa Education Review*. 2012 Jul 1;9(2):360-79.
- [38] Headey B, Holmström E, Wearing A. The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being. *Social Indicators Research*. 1984 Oct;15:203-27.
- [39] Krause N, Herzog AR, Baker E. Providing support to others and well-being in later life. *Journal of gerontology*. 1992 Sep 1;47(5):P300-11.
- [40] Mouratidis K. Built environment and social well-being: How does urban form affect social life and personal relationships?. *Cities*. 2018 Apr 1;74:7-20.
- [41] Uysal M, Sirgy MJ, Woo E, Kim HL. Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. *Tourism Management*. 2016 Apr 1;53:244-61.
- [42] Gröpel P, Kuhl J. Work–life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfilment. *British Journal of Psychology*. 2009 May;100(2):365-75.
- [43] Creed PA, Bartrum DA. Personal control as a mediator and moderator between life strains and psychological well-being in the unemployed. *Journal of Applied Social Psychology*. 2008 Feb;38(2):460-81.
- [44] Argan M, Argan MT, Dursun MT. Examining relationships among well-being, leisure satisfaction, life satisfaction, and happiness. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2018 Jan 1;7(4):49-59.
- [45] Klonek FE, Meinecke AL, Hay G, Parker SK. Capturing team dynamics in the wild: The communication analysis tool. *Small Group Research*. 2020 Jun;51(3):303-41.

- [46] Mohanty A, Mohanty S. The impact of communication and group dynamics on teamwork effectiveness: The case of service sector organisations. *Academy of Strategic Management Journal*. 2018;17(4):1-4.
- [47] Devitt B, Philip J, McLachlan SA. Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings: health professionals' perspectives. *Journal of oncology practice*. 2010 Nov;6(6):e17-20.
- [48] Schaubroeck J, Carmeli A, Bhatia S, Paz E. Enabling team learning when members are prone to contentious communication: The role of team leader coaching. *human relations*. 2016 Aug;69(8):1709-27.
- [49] Antai-Otong ID. Effective communication and team coordination. *Initiating and Sustaining the Clinical Nurse Leader Role: A Practical Guide: A Practical Guide*. 2009 Aug 3:83.
- [50] Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2005 Jan 1;21(1):10-6.
- [51] Van Puyenbroeck S, Stouten J, Vande Broek G. Coaching is teamwork! The role of need-supportive coaching and the motivational climate in stimulating proactivity in volleyball teams. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2018 Jan;28(1):319-28.
- [52] Edward KL, Hercelinskyj G, Giandinoto JA. Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017 Jun;26(3):215-25.
- [53] Yang FH, Chang CC. Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008 Jun 1;45(6):879-87.
- [54] Kinman G, Leggetter S. Emotional labour and wellbeing: what protects nurses?. *InHealthcare* 2016 Nov 30 (Vol. 4, No. 4, p. 89). MDPI.

- [55] Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*. 2017 May 1;70:71-88.
- [56] Gray B. Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. *Journal of Gender Studies*. 2010 Dec 1;19(4):349-60.
- [57] Schmidt KH, Diestel S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*. 2014 Nov 1;51(11):1450-61.
- [58] Gray B, Smith P. Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*. 2009 Jul 1;9(4):253-61.
- [59] Huynh T, Alderson M, Thompson M. Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2008 Oct;64(2):195-208.
- [60] Vaughan L, Duckett AA, Adler M, Cain J. Ethical and clinical considerations in treating infections at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019 Apr 1;21(2):110-5.
- [61] Moazam E, Moazam E, Abassi M. Ethical aspects of end-of-life care and end-stage disease: A review article. *Journal of Isfahan Medical School*. 2020;38(584):528-36.
- [62] Moldovan D, Moldovan I, Rusu C, Kacso I, Părvu L, Gherman-Caprioara M. End of life ethical issues in patients with end-stage renal disease. *Revista Romana de Bioetica*. 2012;10(1).
- [63] Neerkin J, Riley J. Ethical aspects of palliative care in lung cancer and end stage lung disease. *Chronic Respiratory Disease*. 2006 Apr;3(2):93-101.
- [64] Schwarz ER, Philip KJ, Simsir SA, Czer L, Trento A, Finder SG, Cleenewerck LA. Maximal care considerations when treating patients with

end-stage heart failure: ethical and procedural quandaries in management of the very sick. *Journal of religion and health*. 2011 Dec;50:872-9.

- [65] Gama G, Vieira M, Barbosa F. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012 Jun;18(6):267-73.
- [66] Gerow L, Conejo P, Alonzo A, Davis N, Rodgers S, Domian EW. Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of nursing scholarship*. 2010 Jun;42(2):122-9.
- [67] Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*. 2005 Sep;3(3):173-81.