



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

ΥΠΟ

ΕΛΠΙΔΑΣ ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗ

Πτυχιούχου Νοσηλεύτριας Π.Ε.

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους
των απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/ Παρηγορητική Φροντίδα»

Λάρισα, 2025

Επιβλέπουσα: Δρ. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
3. Δρ. Ανδρούλα Καρολιά, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Π.Γ.Ν. Λάρισας

Αναπληρωματικό μέλος:

Μεταξία Μπαρέκα Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

**MANAGING THE PSYCHOLOGICAL BURDEN OF NURSES DEALING
WITH PALLIATIVE CARE**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Αλγολογία και Ανακουφιστική/ Παρηγορική φροντίδα» του Τμήματος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Κατά την διάρκεια των σπουδών μου, που ολοκληρώνονται με την εκπόνηση αυτής της εργασίας, είχα την δυνατότητα να διευρύνω τον τρόπο σκέψης μου και την τύχη να γνωρίσω έναν καινούργιο κόσμο.

Θα ήθελα να εκφράσω την βαθύτατη ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα κα. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την υποστήριξη, το ενδιαφέρον, την επιστημονική καθοδήγηση και τη βοήθειά της στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Ανταποκρίθηκε σε κάθε μου ερώτημα και έδειξε κατανόηση απέναντι στις δυσκολίες τις οποίες αντιμετώπισα για στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Διευθύντρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, κα. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, για την ευκαιρία που μου δόθηκε να παρακολουθήσω αυτό το πρόγραμμα και για την άρτια λειτουργία και οργάνωση του, η οποία συνέβαλε στην ακαδημαϊκή μου εξέλιξη.

Ακολούθως, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, την κα. Μεταξία Μπαρέκα, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Λάρισας, για τις πολύτιμες συμβουλές τους και την καθοδήγηση τους, που συνέβαλαν στην επιστημονική μου εξέλιξη.

Επίσης, οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος, οι οποίοι μας προσέφεραν απλόχερα γνώσεις και ερεθίσματα κατά τη διάρκεια των σπουδών μας και που ήταν η αφορμή για ακόμα περισσότερες αναζητήσεις. Οι συζητήσεις και οι διαλέξεις τους αποτέλεσαν πολύτιμη βοήθεια ώστε να φέρουμε εις πέρας τις σπουδές μας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πατέρα μου για την αμέριστη στήριξη και ηθική συμπαράσταση που μου προσέφερε.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρηγορητική φροντίδα, ως ολοκληρωμένη προσέγγιση για την ανακούφιση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, ενέχει υψηλό ψυχολογικό κόστος για τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές, λόγω της συνεχούς επαφής με τον θάνατο και την έντονη συναισθηματική εμπλοκή, βιώνουν συχνά αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση, η οποία εκδηλώνεται με Burnout, δευτερογενές τραυματικό στρες και κόπωση της συμπόνιας.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθούν: α) Οι πηγές και οι μορφές της ψυχολογικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών που εργάζονται στην παρηγορητική φροντίδα, β) Οι στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης αυτής της επιβάρυνσης, γ) Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας και της ηγεσίας στη στήριξη του προσωπικού.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση πρόσφατων ερευνών (2000–2024) με αναφορά σε διεθνή επιστημονικά άρθρα, οδηγίες φορέων και συγγράμματα. Αναλύθηκαν θεωρητικά μοντέλα για το Burnout και τη δευτερογενή τραυματική επιβάρυνση, ενώ ανασκοπήθηκαν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πρόληψης και υποστήριξης.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση ανέδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση στους νοσηλευτές είναι πολυπαραγοντική και επηρεάζεται από: α) Τη συχνότητα επαφής με τον θάνατο, β) Την ένταση συναισθηματικής εμπλοκής, γ) Τις οργανωσιακές συνθήκες εργασίας (φόρτος, υποστελέχωση, έλλειψη εποπτείας), δ) Οι αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα και την ενσυνειδητότητα, την τακτική εποπτεία και ομάδες υποστήριξης και την προώθηση κουλτούρας συμπονετικής ηγεσίας.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών στην παρηγορητική φροντίδα απαιτεί πολυεπίπεδη προσέγγιση που συνδυάζει ατομικές δεξιότητες ανθεκτικότητας με συστημική υποστήριξη. Η θεσμοθέτηση εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών δομών αποτελεί προϋπόθεση για την ποιότητα της φροντίδας και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών.

Λέξεις- Κλειδιά: Παρηγορητική φροντίδα, Νοσηλευτική, Ψυχολογική επιβάρυνση Επαγγελματική εξουθένωση, Κόπωση συμπόνιας, Ανθεκτικότητα

Abstract

Introduction: Palliative care, as a comprehensive approach to pain relief and improving the quality of life of patients with life-threatening illnesses, entails a high psychological cost for healthcare professionals. Nurses, due to their constant contact with death and intense emotional involvement, often experience increased psychological stress, which manifests itself in burnout, secondary traumatic stress, and compassion fatigue.

Objective: The aim of this study was to investigate: a) the sources and forms of psychological stress experienced by nurses working in palliative care, b) strategies for preventing and managing this stress, c) The role of organizational culture and leadership in supporting staff.

Method: A literature review of recent research (2000–2024) was conducted with reference to international scientific articles, guidelines, and textbooks. Theoretical models of burnout and secondary traumatic stress were analyzed, and documented prevention and support interventions were reviewed.

Results: The analysis showed that psychological stress in nurses is multifactorial and influenced by: a) frequency of contact with death, b) intensity of emotional involvement, c) organizational working conditions (workload, understaffing, lack of supervision), d) The most effective coping strategies include training in self-care and mindfulness, regular supervision and support groups, and the promotion of a culture of compassionate leadership.

Conclusions: Managing the psychological burden of nurses in palliative care requires a multi-level approach that combines individual resilience skills with systemic support. The establishment of educational and support structures is a prerequisite for quality care and the maintenance of mental health among professionals.

Keywords: Palliative Care, Nursing, Professional Burnout, Psychological burden, Compassion fatigue, Resilience

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1	Εισαγωγή	7
1.1	Ο ορισμός της Ανακουφιστικής/ Παρηγορητικής Φροντίδας.....	8
1.2	Ιστορική αναδρομή της Ανακουφιστικής/ Παρηγορητικής.....	9
1.3	Η φύση και η σημασία της Παρηγορητικής Φροντίδας.....	11
Κεφάλαιο 2	Το επάγγελμα του νοσηλευτή.....	13
2.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή ανακουφιστικής- Προσδοκίες και Δοκιμασίες.....	15
2.2	Ηθικό πλαίσιο στη νοσηλευτική.....	17
2.3	Συνθήκες εργασίας σε Ελλάδα και εξωτερικό.....	20
Κεφάλαιο 3	Οι πηγές της ψυχολογικής επιβάρυνσης.....	24
3.1	Αντιμέτωποι με την απώλεια.....	24
3.2	Σχέση με τον ασθενή και την Οικογένεια.....	24
3.3.	Η πίεση του συστήματος υγείας.....	25
Κεφάλαιο 4	Το Burnout στον χώρο της Παρηγορητικής Φροντίδας.....	26
Κεφάλαιο 5	Δευτερογενές Τραυματικό στρες και κόπωση της συμπόνιας.....	28
Κεφάλαιο 6	Ψυχική ανθεκτικότητα και στρατηγικές αντιμετώπισης.....	30
6.1.	Η Σημασία της Οργανωσιακής Κουλτούρας και της Ηγεσίας.....	31
Κεφάλαιο 7	Παρεμβάσεις και καλές πρακτικές για την πρόληψη και την αντιμετώπιση.....	32
7.1	Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικής Υγείας.....	32
Εδικό μέρος		
Κεφάλαιο 8	Σκοπός της Έρευνας.....	33
8.1	Μεθοδολογία της Έρευνας.....	34
8.2	Στρατηγική Αναζήτησης.....	35
Κεφάλαιο 9	Αποτελέσματα.....	37
9.1	Συγκριτική ανάλυση των άρθρων	40
Κεφάλαιο 10	Συμπεράσματα.....	43
Βιβλιογραφικές αναφορές.....		45

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Η παρηγορητική φροντίδα συνιστά ένα θεμέλιο ανθρωπισμού και ιατρικής σοφίας, διαμορφωμένο μέσα από αιώνες πολιτιστικής και επιστημονικής εξέλιξης. Καθώς η κοινωνία μετασχηματίζεται και το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, η αναγκαιότητα για ποιοτική φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής αναδεικνύεται ως ύψιστη προτεραιότητα των συστημάτων υγείας¹. Ωστόσο, πίσω από την αξιοπρεπή φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας –και κυρίως οι νοσηλευτές– φέρουν ένα βάρος σιωπηλής ψυχικής οδύνης που συχνά παραμένει αθέατο².

Η συνεχής έκθεση στον πόνο, η εμπλοκή στις διαπροσωπικές σχέσεις με ασθενείς και οικογένειες, αλλά και οι οργανωτικές πιέσεις δημιουργούν ένα τοξικό μίγμα παρατεταμένου στρες, το οποίο δύναται να οδηγήσει σε εξάντληση, δευτερογενές τραυματικό στρες και αποπροσωποποίηση³. Η επιβάρυνση αυτή δεν είναι τυχαία ούτε ατομική υπόθεση· είναι συστημικό φαινόμενο που απαιτεί προληπτική και πολυδιάστατη αντιμετώπιση⁴.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει:

- τα αίτια και τις διαστάσεις της ψυχολογικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών στην παρηγορητική φροντίδα,
- τις επιπτώσεις σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο,
- τις στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης,
- τον ρόλο της οργανωσιακής υποστήριξης και της ηγεσίας.

Η εργασία αυτή θα φωτίσει πτυχές της ανείπωτης ψυχολογικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών και θα προτείνει πρακτικές λύσεις βασισμένες σε τεκμηριωμένη γνώση⁵.

1.1 Ο ορισμός της ανακουφιστικής/παρηγορητικής

Ετυμολογικά η λέξη «palliative» προέρχεται από το λατινικό «pallium», το οποίο σημαίνει μανδύας ή μάσκα και χρησιμοποιείται για να δείξει ότι η ανακουφιστική φροντίδα έχει στόχο την κάλυψη των αντιδράσεων μιας ασθένειας για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία ή την παροχή υποστήριξης σε ανθρώπους που η θεραπευτική αγωγή δεν μπορεί να τους βοηθήσει ⁶.

Ο πρώτος ορισμός της ανακουφιστικής/ παρηγορικής φροντίδα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος δόθηκε το 1990, ανέφερε ότι η Ανακουφιστική/ Παρηγορική φροντίδα είναι η συνολική φροντίδα ασθενών των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτική θεραπεία και τόνιζε την σημασία της για αυτή τη μερίδα ανθρώπων. Η παρηγορητική φροντίδα αφορούσε στους ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και σχετιζόταν με τον έλεγχο του πόνου και άλλων συμπτωμάτων και ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων που είναι πρωταρχικής σημασίας.

Στόχος της ανακουφιστικής σύμφωνα με τον ΠΟΥ ήταν η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Μάλιστα, πολλές πτυχές της παρηγορητικής φροντίδας μπορούσαν να εφαρμοστούν νωρίτερα στην πορεία της νόσου, σε συνδυασμό με την αντικαρκινική θεραπεία. Ένας τέτοιος ορισμός μπορεί να ερμηνευθεί και ως υποβιβασμός της παρηγορητικής φροντίδας στα τελευταία στάδια φροντίδας.

Το 2002 ο ορισμός αυτός αναθεωρήθηκε και προστέθηκε η παρακάτω οραματική δήλωση: «Η παρηγορητική φροντίδα ενισχύει την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποφέρουν από ασθένειες που επιδεινώνονται προοδευτικά ή έχουν κακή πρόγνωση και της οικογένειάς τους, μέσα από την πρόληψη, την εκτίμηση και την αντιμετώπιση του πόνου, των ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών και των υπόλοιπων συμπτωμάτων που προκύπτουν και λειτουργεί προάγοντας την αξιοπρέπεια και την άνεση και μπορεί ακόμα και να επηρεάσει θετικά την πορεία της ασθένειας» ⁷.

Η Ανακουφιστική/ Παρηγορητική φροντίδα προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο και άλλα ενοχλητικά συμπτώματα που προκύπτουν από την ασθένεια, επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί τον θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία. Ωστόσο, δεν έχει ως σκοπό ούτε να επισπεύσει, ούτε να αναβάλει

τον θάνατο. Λειτουργεί ενσωματώνοντας τις ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές, που έχει η φροντίδα των ασθενών και προσφέρει ένα υποστηρικτικό σύστημα, ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και όσο πιο ενεργά γίνεται μέχρι το τέλος της ζωής τους, να μη χάσουν δηλαδή την λειτουργικότητα τους. Ακόμη, προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης στην οικογένεια για να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει την κατάσταση κατά τη διάρκεια της ασθένειας του δικού τους ανθρώπου και μετέπειτα και στο δικό τους πένθος.

Η σπουδαιότητα της παρηγορητικής φροντίδας έγκειται στο ότι δεν αφορά μόνο όλες τις πτυχές των αναγκών του ασθενούς, αλλά και στην κάλυψη των αναγκών της οικογένειας και τις ανάγκες της οικογένειας και των πάροχων υγειονομικής περίθαλψης οι οποίοι επίσης επιβαρύνονται από αυτές τις καταστάσεις ⁸.

1.2 Ιστορική Αναδρομή της ανακουφιστικής/παρηγορητικής

Η παρηγορητική φροντίδα στα πρώτα της βήματα εστίαζε στην φροντίδα των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο και σχετιζόταν με την διαχείριση του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Μεταγενέστερα, η παρηγορητική φροντίδα αναγνωρίστηκε ως μια ξεχωριστή ειδικότητα που έχει ως σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και τα δυσάρεστα συμπτώματα που προκαλεί η ασθένεια, καθώς και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που ταλαιπωρούνται από ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή.

Η ιστορική εξέλιξη της παρηγορητικής φροντίδας συνδέεται άρρηκτα με το κίνημα των hospices, το οποίο αναπτύχθηκε κατά τις δεκαετίες του 1960–1970 υπό την επιρροή της Cicely Saunders, που ανέδειξε τη σημασία της «ολικής φροντίδας» ⁹. Η πρωτοπόρα Βρετανίδα νοσηλεύτρια και ιατρός ίδρυσε για πρώτη φορά το σύγχρονο κίνημα του ξενώνα νοσηλείας, που εστίαζε στην φροντίδα ασθενών που ταλαιπωρούνταν από ανίατες ασθένειες και εξέφρασε τις ιδέες της σε σχέση με τη φροντίδα των σύγχρονων νοσοκομείων. Μάλιστα, η ίδια υποστήριξε ότι μόνο η συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι σε θέση να ανακουφίσει τον δυσβάσταχτο πόνο του θανάτου, αφού παρατήρησε ενδελεχώς ασθενείς τελικού σταδίου. Η

Saunders μοιράστηκε τις σκέψεις και με άλλους ιατρούς και με την πάροδο του χρόνου η φιλοσοφία της ανακουφιστικής/παρηγορικής εξελίχθηκε και προχώρησε, πέρα από τις ανίατες ασθένειες, στα ευρύτερα οφέλη που προσφέρει και στην βελτίωση της ζωής και άλλων ασθενών.

Στη δεκαετία του 1960, η ψυχίατρος Elisabeth Kübler-Ross από τις Ηνωμένες Πολιτείες συμμετείχε με τη σειρά της στο κίνημα για ανάδειξη της προσφοράς των ξενώνων φροντίδας με την έκδοση του βιβλίου της «On Death and Dying». Ήταν η πρώτη που ανέλυσε τα πέντε στάδια του πένθους, στο επαναστατικό της βιβλίο, και έζησε το μεγαλύτερο μέρος της ζωής της διδάσκοντας για την πρακτική της φροντίδας του ανθρώπου, παρά τις αντιδράσεις του κόσμου^{10,11}. Το 1967, η Saunders άνοιξε το St Christopher's Hospice στο Sydenham, καθώς πίστευε πως με τη σωστή και φροντίδα, οι τελευταίες μέρες της ζωής ενός ασθενή θα μπορούσαν να γίνουν αξιοπρεπείς και ευτυχισμένες.

Το 1974 χάρη στις διαλέξεις της Dr Saunders, η Florence Wald, η κοσμήτορας της Σχολής Νοσηλευτικής του Yale, ίδρυσε τον πρώτο ξενώνα στις ΗΠΑ, στο Branford, Κονέκτικατ. Οι πρώτοι ξενώνες στις ΗΠΑ βρίσκονταν σε σπίτια και τα ηγούνταν εθελοντές. Το ίδιο έτος ο Dr Balfour Mount, χειρουργός ογκολόγος από το Πανεπιστήμιο McGill, επινόησε τον όρο «ανακουφιστική φροντίδα» προκειμένου να τον διακρίνει από τη φροντίδα του ξενώνα¹⁰.

Η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να παρέχεται από νωρίς δηλαδή από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας και να συνεχιστεί παράλληλα με τη θεραπεία ή τις προσπάθειες παράτασης της ζωής, χωρίς η ίδια βέβαια να αποσκοπεί σε αυτήν, ενώ ο ξενώνας αποτελεί μόνο ένα μέρος της παρηγορητικής φροντίδας. Αργότερα το 1990 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε την παρηγορητική φροντίδα σαν μια ξεχωριστή ειδικότητα που στοχεύει στην ανακούφιση από τον πόνο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που ταλαιπωρούνται από ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή.

Τέλος, το 2006 το Αμερικανικό Συμβούλιο Ιατρικών Ειδικοτήτων (ABMS) και το Συμβούλιο Διαπίστευσης για Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση (ACGME) αναγνώρισαν με τη σειρά τους τα hospice και την ανακουφιστική/ παρηγορητική φροντίδα ως ξεχωριστή ειδικότητα ¹².

Στην Ευρώπη, η θεσμοθέτηση της παρηγορητικής φροντίδας καθυστέρησε σε σχέση με άλλες περιοχές, ενώ στην Ελλάδα άρχισε να αναπτύσσεται συστηματικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες ¹³.

Στη σύγχρονη θεώρηση, η παρηγορητική φροντίδα δεν περιορίζεται στους ογκολογικούς ασθενείς, αλλά καλύπτει πληθώρα παθήσεων – από καρδιακή ανεπάρκεια μέχρι νευροεκφυλιστικά νοσήματα¹⁴. Η ολοκληρωμένη φροντίδα απαιτεί συντονισμό πολλών επαγγελματιών και τη συμμετοχή των νοσηλευτών ως συνδετικού κρίκου με τον ασθενή και την οικογένεια. Επειδή η αντιμετώπιση που απαιτείται σε μία τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι πολύπλευρη, η ανακουφιστική στελεχώνεται από μια διεπιστημονική ομάδα με πληθώρα επαγγελματιών των οποίων η κατάρτιση θα συνεισφέρει καθεμία με το δικό της τρόπο. Η ομάδα αυτή πλαισιώνεται όχι μόνο από εξειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας όπως είναι οι φυσιοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί ακόμα και κάποιοι πνευματικοί-θρησκευτικοί εκπρόσωποι. Η διεπιστημονική αυτή ομάδα οφείλει να επανεξετάζει και να διορθώνει το πλάνο της παρεχόμενης φροντίδας ανάλογα με την εξέλιξη της ασθένειας, το οποίο επιτυγχάνεται μέσα από την διαρκή επικοινωνία μεταξύ των μελών που την απαρτίζουν⁵.

1.3 Η Φύση και η Σημασία της Παρηγορητικής Φροντίδας

Η παρηγορητική φροντίδα ορίζεται ως η ενεργός, ολιστική προσέγγιση που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες¹⁵. Το πεδίο αυτό περιλαμβάνει την πρόληψη και ανακούφιση του πόνου, αλλά και την υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής και πνευματικής διάστασης του ασθενούς¹⁶.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποια ανίατη ασθένεια βιώνουν τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική δυσφορία, η οποία δρα αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους. Οι κλινικοί γιατροί που ασχολούνται με την ανακουφιστική/ παρηγορική φροντίδα προσπαθούν σε πρώτο επίπεδο να ανακουφίσουν τον πόνο, ενισχύοντας την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και επιτρέποντας τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων.

Παγκοσμίως πάνω από 20,4 εκατομμύρια άνθρωποι κάθε χρόνο έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ανθρώπους(19 εκατομμύρια) είναι ενήλικες άνω των 50 ετών, και το 34% από αυτούς αφορά σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο και τουλάχιστον το 7% είναι παιδιά. Με το ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων να αυξάνεται συνεχώς, ο αριθμός των ενηλίκων που χρειάζονται την παρηγορητική φροντίδα πρόκειται να αυξηθεί και άλλο ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η ανακουφιστική φροντίδα συνεχίζει να μην παρέχεται στους περισσότερους ανθρώπους, ειδικά στις χώρες μικρομεσαίων εισοδημάτων ακόμα και όταν η επιβάρυνση από τον πόνο και η ανάγκη για παρηγορητική φροντίδα είναι τεράστια^{17,18}. Παρόλο που τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης ενσωμάτωσης της ανακουφιστικής για την καλύτερη διαχείριση της νόσου είναι πιο διαδεδομένα από ότι στο παρελθόν, αρκετοί άνθρωποι οι οποίοι υποφέρουν από χρόνιες απειλητικές για τη ζωή ασθένειες δεν λαμβάνουν ποτέ υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας ή στρέφονται σε αυτές μόνο στα τελευταία στάδια της ασθένειας τους ¹⁹.

Η σημασία της παρηγορητικής φροντίδας αποτυπώνεται και στις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ, που επισημαίνουν ότι η έλλειψη επαρκούς πρόσβασης ισοδυναμεί με παραβίαση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων¹. Η ένταξη της φροντίδας αυτής στο σύστημα υγείας παραμένει επιτακτική, ιδιαίτερα σε κοινωνίες που γερνούν ταχέως²⁰.

Κεφάλαιο 2. Το επάγγελμα του νοσηλευτή

Η ιστορία της νοσηλευτικής επιστήμης ξεκινά από την αρχαιότητα και συνδέεται με την ιατρική και την υγειονομική περίθαλψη σε διάφορους πολιτισμούς από 3.000 π.Χ. Από την αρχή του ανθρώπινου είδους δημιουργήθηκε η ανάγκη για νοσηλευτικές υπηρεσίες, διότι οι άνθρωποι είχαν ανέκαθεν ζητήματα υγείας από τραυματισμούς, ασθένειες κλπ.

Η νοσηλευτική θεωρείται η παλαιότερη από τις τέχνες και η νεότερη από τα επαγγέλματα. Η περίοδος όμως κατά την οποία η νοσηλευτική είδε την αυγή στην Ευρώπη ήταν από τα μέσα του 18^{ου} αιώνα με την πρωτοπόρο της σύγχρονης νοσηλευτικής Florence Nightingale γνωστή και ως «η κυρία με την λάμπα». Πρόκειται για μία συμβολική φιγούρα στον χώρο της νοσηλευτικής που ξεχώρισε για την αφοσίωση της να υπηρετεί τους άπορους και άρρωστους ανθρώπους και για τις κινήσεις που έκανε ώστε να αναβαθμιστεί το καθεστώς του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Συνειδητοποίησε τις ανάγκες των νοσοκομείων και ελλείψεις φροντίδας σε επισκέψεις που συνόδευε την άρρωστη μητέρα της. Επηρεασμένη από όσα είδε αποφάσισε να παρευρεθεί στο πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών στο Kaiserworth, στην Γερμανία, το 1850. Στην συνέχεια μετέβη στο βρετανικό νοσοκομείο στο Scutari της Κωνσταντινούπολης και οργάνωσε το νοσοκομείο για να παρέχει φροντίδα στους τραυματισμένους στρατιώτες. Το 1860 οργάνωσε το πρώτο βρετανικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές. Η συνεισφορά της στην νοσηλευτική επιστήμη αναγνωρίστηκε ποικιλοτρόπως²¹.

Κατά τον 19^ο και 20^ο αιώνα στην Ευρώπη η αναβίωση της επιστημονικής έρευνας και μάθησης επηρέασε τη νοσηλευτική με αποτέλεσμα να γίνει οργανωμένη πρακτική στα μέσα του 1800. Το 1900 η νοσηλευτική εκπαίδευση ξεκίνησε μέσα από τα νοσοκομεία. Τότε η νοσηλευτική θεωρείτο υποβαθμισμένη και οι νέοι νοσηλευτές ασχολούνταν με εργασίες που δεν αφορούσαν την επιστήμη τους όπως πχ καθαριότητα, ξεσκόνισμα, πλύσιμο πιάτων. Το ωράριο εργασίας ήταν εξαντλητικό διότι υποχρεώνονταν να εργάζονται 10-12 ώρες ημερησίως σε βάρδιες, επτά ημέρες την εβδομάδα για περίοδο δυο ή τριών ετών. Μετά την αποφοίτηση τους οι περισσότεροι έβρισκαν δουλειά ως εσωτερικοί νοσηλευτές παρέχοντας ιδιωτική νοσηλεία σε σπίτια πλουσίων και οι αμοιβές τους ήταν πολύ χαμηλές αντίστοιχες με τον

σημερινό κατώτατο μισθό. Εκεί τους αναθέτονταν καθήκοντα όπως χορήγηση φαρμάκων, λουτρό των ασθενών, κλύσματα και περιποίηση πληγών.

Σε χώρες όπως η Ελλάδα που η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού, διατίθενται λιγότερα κονδύλια για την δημόσια υγεία με αποτέλεσμα την παροχή κακών νοσηλευτικών υπηρεσιών. Σαφώς ήταν αρκετά δύσκολο να βρεθεί ένας μόνο ορισμός για τη νοσηλευτική επιστήμη καθώς είναι συνυφασμένη με διάφορες έννοιες. Η νοσηλευτική σχετίζεται με την έννοια της «φροντίδας», όμως το «να φροντίζεις» δεν ανήκει αποκλειστικά στον νοσηλευτή καθώς πολλοί άνθρωποι σε διάφορους πολιτισμούς είχαν αυτή τη δυνατότητα. Υπάρχουν αναλύσεις οι οποίες τονίζουν ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ως στόχο την απομάκρυνση ή την ανακούφιση του πόνου των ασθενών. Η ενσυναίσθηση χρειάζεται να διακατέχει τόσο τους νοσηλευτές, όσο και όλους τους παρόχους φροντίδας. Ο κάθε φροντιστής χρειάζεται να αναπτύξει αυτή την ικανότητα ώστε να αντιμετωπίζει τον ασθενή όπως θα ήθελε να αντιμετωπίζουν εκείνον αν ποτέ βρισκόταν σε αυτή τη θέση. Η φροντίδα συνδέεται με κώδικες δεοντολογίας και ηθικής στο άτομο που τη λαμβάνει. Τα παραπάνω μπορεί να είναι αποτέλεσμα εκπαίδευσης, τεχνικών δυνατοτήτων, διαπροσωπικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων καθώς και αίσθημα ηθικής ευθύνης προς τον ασθενή. Δεν είναι λίγες οι φορές στις οποίες η νοσηλευτική εργασία έχει θεωρηθεί ένα απλό, εύκολο επάγγελμα που μπορεί να το κάνει ο καθένας. Η νοσηλευτική δεν περιορίζεται στο πλύσιμο και στην σίτιση των ασθενών όπως πίστευαν πολλοί. Μια τέτοια αντίληψη μειώνει τον ρόλο ζωτικής σημασίας που έχουν οι νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας και ασφάλειας.

Σήμερα οι νοσηλευτές αποτελούν παγκοσμίως περίπου το 60% του εργατικού δυναμικού στον χώρο της υγείας. Βρίσκονται 24 ώρες το 24ωρο, ολόκληρο τον χρόνο δίπλα στις κλίνες των νοσοκομείων, γεγονός που τους επιτρέπει να δημιουργούν θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς και γνώση των περιστατικών ώστε να τους προσφέρουν την καλύτερη δυνατή υποστήριξη. Ο χρόνος που χρειάζεται ένας νοσηλευτής δίπλα στον ασθενή είναι πολύ σημαντικός προκειμένου να παρέχει ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, καθώς μπορεί να παρατηρήσει και να ερμηνεύσει αλλαγές των συνθηκών του ασθενή από μια άλλη σκοπιά και να παρέχει άμεσα φροντίδα

για τις εκάστοτε ανάγκες του. Αδιαμφισβήτητα λοιπόν, η συνεισφορά των νοσηλευτών στα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι αναντικατάστατη ²² .

2.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή: Προσδοκίες και Δοκιμασίες

Ο νοσηλευτής παρηγορητικής φροντίδας δεν είναι απλώς εκτελεστής ιατρικών οδηγιών. Είναι μάρτυρας του τέλους, σύντροφος στον πόνο και θεματοφύλακας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Καθημερινά καλείται να επιτελέσει ορισμένες αρμοδιότητες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ο ρόλος αυτός, όσο ανεκτίμητος, τόσο απαιτητικός, περιλαμβάνει ποικίλες λειτουργίες που υπερβαίνουν τα στενά όρια της τεχνικής φροντίδας⁵.

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν τη διαχείριση συμπτωμάτων, την υποστήριξη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, τη διευκόλυνση επικοινωνίας με την οικογένεια και συχνά τη διευθέτηση υπαρξιακών και πνευματικών ζητημάτων¹⁵. Όταν τα λεκτικά μέσα δεν αρκούν, πολλές φορές μπορούν «να διαβάσουν» τον ασθενή μέσα από την γλώσσα του σώματος του και να αναγνωρίσουν τις ανησυχίες τόσο του ίδιου του ασθενή, όσο και του περιβάλλοντος του. Έτσι μπορούν να παρέχουν σε έναν βαθμό συναισθηματική υποστήριξη. Αυτή η διαρκής εγγύτητα με τον πάσχοντα άνθρωπο θεμελιώνει μια σχέση που πολλοί νοσηλευτές περιγράφουν ως «ιερή» αλλά και οδυνηρή. Μάλιστα, η σχέση που μπορεί να έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή μπορεί να διευκολύνει στην εκμείευση σημαντικών στοιχείων για την υγεία του ασθενούς. Η οικειότητα που αναπτύσσει ο ασθενής με τον νοσηλευτή μπορεί να τον κάνει να αποκαλύψει και να εκμυστηρευτεί άγνωστες μέχρι τότε πληροφορίες. Η δημιουργία ενός φιλικού κλίματος με τον ασθενή διευκολύνει την εξέλιξη της θεραπευτικής του πορείας, καθώς συμβάλει στην εξατομίκευση της θεραπείας και στην δημιουργία ενός σχεδίου νοσηλείας σύμφωνα με τις ανάγκες του³. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και πολλές φορές αφιερώνει χρόνο για την παροχή συναισθηματικής φροντίδας, η οποία απευθύνεται πέρα από τους ασθενείς και στα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντος.

Ο σύγχρονος επαγγελματίας καλείται να λειτουργεί σε περιβάλλον που συνδυάζει τεχνολογία και βαθιά ανθρωπιά. Καθώς η τέχνη και η επιστήμη της νοσηλευτικής και η παρηγορητική φροντίδα εξελίσσονται διαρκώς, η παρηγορητική νοσηλευτική, η οποία θεωρείται μια υποειδικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής εξελίσσεται και αυτή με την πάροδο των χρόνων.

Στην νοσηλευτική που επικεντρώνεται στην την ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνονται η αξιολόγηση, η διάγνωση και η θεραπεία των ανθρώπινων ζητημάτων σε πραγματική ή δυνητικά περιοριστική ασθένεια και για τον λόγο αυτό απαιτείται ένα δυναμικό σχέδιο φροντίδα για τον ασθενή και την οικογένεια με στόχο τη μείωση του πόνου. Η επαγγελματική πρακτική απαιτεί υψηλή κλινική επάρκεια, δεξιότητες επικοινωνίας, συναισθηματική ευφυΐα και ψυχική ανθεκτικότητα²³. Η νοσηλευτική παρηγορητικής φροντίδας χρειάζεται άτομα με έντονη κριτική σκέψη, που να έχουν αναπτύξει τα επίπεδα νοητικής τους λειτουργίας και να είναι ικανά να χρησιμοποιούν τις σύνθετες δεξιότητες της παρηγορητικής νοσηλευτικής. Ο ρόλος του νοσηλευτή που ασχολείται με την παρηγορητική απαιτεί προηγμένες ικανότητες, οι οποίες χρειάζονται για την αντιμετώπιση των ψυχο- κοινωνικών, των σωματικών, και πνευματικών αναγκών και ζητημάτων οργάνωσης που αφορούν στους ασθενείς αυτούς²⁴.

Όπως επισημαίνει η Radbruch (2009), «η παρουσία του νοσηλευτή στα τελευταία βήματα της ζωής έχει βαρύτητα που ξεπερνά κάθε εγχειρίδιο»¹⁶. Ωστόσο, οι διαρκείς αλλαγές στη φύση των υπηρεσιών υγείας, η οικονομική κρίση και η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού εντείνουν την πίεση στους νοσηλευτές. Σε πολλές χώρες, οι πολιτικές λιτότητας και οι περικοπές προσωπικού συρρικνώνουν τον χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν σε ουσιαστική επικοινωνία με τον ασθενή²⁰.

Πολλές μελέτες αναδεικνύουν πως οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας βιώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής καταπόνησης από συναδέλφους τους σε άλλες ειδικότητες². Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με το πλήθος των ψυχοκοινωνικών προσδοκιών που εναποτίθενται επάνω τους²⁵.

2.2 Το ηθικό πλαίσιο στη νοσηλευτική

Πρώτα από όλους ο Αριστοτέλης έχει περιγράψει την ηθική αναφέροντας ως αρετή. Η λέξη ηθική προέρχεται από την λέξη «ήθος» που σημαίνει χαρακτήρας. Οι καθολικοί κανόνες συμπεριφοράς βάσει των οποίων προσδιορίζεται το είδος των ενεργειών και των κινήτρων που δρα κάποιος, είναι οι ηθικές αξίες. Όταν η ηθική ενός ατόμου βρίσκεται σε σύγκρουση και ενεργεί σύμφωνα με τις αξίες και πεποιθήσεις του, ακόμα και με κίνδυνο αρνητικά αποτελέσματα για το ίδιο τότε γίνεται λόγος για ηθικό θάρρος.

Μελέτες για το ηθικό θάρρος έχουν γίνει σε ποικίλους τομείς όπως σε ζητήματα φιλοσοφίας, ψυχολογίας και στη νοσηλευτική. Οι αξίες ηθικού περιεχομένου είναι απαραίτητες για όλους τους εργαζόμενους στα συστήματα υγείας. Στον χώρο της νοσηλευτικής η ηθικά θαρραλέα συμπεριφορά έχει αποκτήσει παγκοσμίως αναγκαίο ρόλο στην προώθηση της ηθικής φροντίδας και της ασφαλούς διαχείρισης των ασθενών. Θεμέλιο για τους νοσηλευτές που καθημερινά ασχολούνται με ηθικά ζητήματα είναι οι πράξεις ηθικής. Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας και η ισότητα μεταξύ των ασθενών είναι αρχές που διέπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και έχουν ως στόχο το καλό των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας των Νοσηλευτών τόσο η επαγγελματική ικανότητα όσο και η ηθική χρειάζεται να χαρακτηρίζουν όλους τους νοσηλευτές. Στην ιατρική δεοντολογία η αρχαιότερη παγκοσμίως αναγνωρισμένη αρχή θέτει την δράση με γνώμονα το καλό του ασθενούς σε προτεραιότητα. Ωστόσο, οι νοσηλευτές συχνά εξαιτίας ηθικών διλημμάτων που συναντούν μπορεί να έρθουν σε σύγκρουση με τον Κώδικα Δεοντολογίας. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται να βρίσκουν τις ισορροπίες στην παροχή φροντίδας του ασθενούς. Μεταφορικά, είναι οι συνήγοροι των ασθενών και πρέπει να υπερασπίζονται τις τέσσερις βασικές αρχές της ηθικής, οι οποίες είναι η αυτονομία, η δικαιοσύνη, η ευεργεσία και η προώθηση του καλού του ασθενούς ²⁶.

Επειδή, ο νοσηλευτής έρχεται σε ηθικές συγκρούσεις με οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, ιατρούς, ασθενείς ακόμα και συναδέλφους νοσηλευτές, είναι αναγκαίο να είναι οπλισμένος με ηθική επάρκεια, να έχει δηλαδή ηθικό θάρρος και τεκμηριωμένα πρότυπα ποιότητας της παρεχόμενης

φροντίδας. Καθήκον του είναι να δρα με στόχο την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας και την ανακούφιση του πόνου, αναγνωρίζοντας πάντα τα δικαιώματα των ασθενών και τηρώντας τους θεσπισμένους νόμους. Έχει ηθική ευθύνη να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς, να τηρεί εμπιστευτικότητα και να συμβάλλει στην επικοινωνία με τον πάσχοντα ²⁷. Η αυτονομία του ασθενούς είναι πρωταρχικό μέλημα. Ο κάθε ασθενής δηλαδή, έχει το δικαίωμα να αποφασίζει εκείνος για την υγεία του με βάση τις πεποιθήσεις και τις αξίες του. Πολλές φορές, οι πεποιθήσεις του αυτές μπορεί να είναι αντίθετες με τις κατευθυντήριες οδούς και τις προτάσεις θεραπείας που προτείνουν οι θεράποντες ιατροί και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, ο ασθενής είναι σε θέση να αρνηθεί φάρμακα, θεραπείες, επεμβάσεις και διάφορες άλλες ιατρικές παρεμβάσεις παρά την θετική επίδραση που μπορεί να προσφέρουν τα παραπάνω στην κατάσταση της υγείας του. Σε μια τέτοια περίπτωση, απαιτείται σεβασμός στην επιλογή αυτή του ασθενούς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η κακομεταχείριση των ασθενών δεν έχει θέση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αντίθετα, η προώθηση της παροχής βοήθειας σε ανθρώπους που το χρειάζονται και η διάθεση προσφοράς και ευεργεσίας είναι σημαντικά στοιχεία που πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αντιμετωπίζονται ισότιμα και δίκαια όποιο κι αν είναι το προφίλ τους και από όπου κι αν προέρχονται. Για τον λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει καθεστώς δικαιοσύνης στον χώρο της υγείας. Η προστασία του καλού του ασθενούς, δηλαδή η αποφυγή πρόκλησης βλαβών στους ασθενείς είναι μια αρχή αρκετά δύσκολο να τηρηθεί. Σε περιστατικά όπου η υποστήριξη της ζωής είναι πλέον αδύνατη ή όπου η επιλογή του ασθενούς είναι τέτοια που δεν αφήνει περιθώρια βελτίωσης, ο νοσηλευτής συναντήσει ηθικές δυσκολίες ²⁶.

Στις σημερινές συνθήκες εργασίας, στις οποίες η κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών των ασθενών είναι ολοένα και δυσκολότερη εξαιτίας της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη είναι μια καθημερινή πρόκληση. Το «σωστό» ή το «λάθος» σε ζητήματα ηθικής, τα οποία προκύπτουν ανά πάσα στιγμή είναι η βάση για παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και για την λήψη αποφάσεων από έναν

επαγγελματία υγείας. Στον χώρο της Εντατικής για παράδειγμα, οι νοσηλευτές μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με την αμφισβήτηση του αν υπάρχει πραγματική αξία στις προσπάθειες και τον κόπο τους να διατηρήσουν με κάθε δυνατό τρόπο στην ζωή ή όχι τον ασθενή, ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν πολλές ελπίδες, ως αποτέλεσμα της μεγάλης ταλαιπωρίας και που συναντούν. Σε τέτοια ηθικά διλήμματα είναι φυσιολογικό να μπαίνουν κάποιες οι νοσηλευτές φορές λόγω του εξαντλητικού επαγγέλματος που επιτελούν και του καθημερινού άγχους που τους διακατέχει.

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, μια μεγάλη μερίδα νοσηλευτών, δείχνει αδυναμία αντιμετώπισης των ηθικών ζητημάτων. Το αίσθημα της ηθικής δυσφορίας, δηλαδή την δυσκολία λήψης μιας απόφασης εξαιτίας εσωτερικών και εξωτερικών συγκρούσεων και περιορισμών σε περιπτώσεις που ο νοσηλευτής έχει γνώση του τι είναι ηθικά σωστό είναι συχνό φαινόμενο. Σε ένα ισχυρό ιεραρχικό σύστημα υγείας, μία τέτοια κατάσταση τον κάνει διστακτικό να εκφέρει την γνώμη του, του προκαλεί το αίσθημα αδυναμίας και μπορεί τον σημαδέψει συναισθηματικά. Όταν επαναλαμβανόμενα ζητήματα ηθικής δεν αντιμετωπίζονται κατάλληλα, παρόλη την καλή θέληση των νοσηλευτών, η γνώση των επιλογών που υπάρχουν σε ένα ηθικό δίλημμα είναι ανεπαρκής.

Κάποιες από τις βασικές τους ευθύνες που συνδέονται άμεσα με την ηθική είναι η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους και η ανακούφιση του πόνου ακόμα και όταν το κόστος είναι υψηλό και οι πόροι πολύ περιορισμένοι ²⁷. Άλλες φορές, εξαιτίας της επίμονης αναζήτησης ιατρικών επιτευγμάτων, της τεχνολογίας ή του κόστους περίθαλψης η ηθική έρχεται σε δεύτερη μοίρα. Εκεί ο νοσηλευτής μπορεί να προάγει την ποιότητα ζωής και παρεχόμενης φροντίδας του ασθενούς και να του προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια υποστηρίζοντας τον. Οφείλει να είναι πρόθυμος να αναλάβει προσωπικούς κινδύνους με υπευθυνότητα για να προστατεύσει τους ασθενείς και να παρέχει καλή φροντίδα. Επίσης, η ηθική ακεραιότητα δηλαδή η τήρηση των ηθικών αρχών και ατομικών αξιών ακόμα και με κίνδυνο για αρνητικά αποτελέσματα, η ηθική ευαισθησία δηλαδή η ικανότητα αναγνώρισης ηθικών διλημμάτων και ευσυνειδησία, είναι σημαντικά χαρίσματα που χρειάζεται να έχει ο νοσηλευτής. Όλα τα παραπάνω βέβαια, απαιτούν την ύπαρξη ηθικής κρίσης ώστε η πράξη θάρρους να υπερισχύει

από τις αρνητικές συνέπειες. Στο ηθικό θάρρος μπορεί να συμπεριληφθεί ακόμα και η παραδοχή λαθών όταν αυτά μπορεί να συμβούν και η ανάληψη της ευθύνης των πράξεων του.

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές ορισμένες φορές φαίνεται να υστερούν από θάρρος ηθικής και δεοντολογίας, γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης των συστημάτων εκπαίδευσης και αυτοδιδασκαλίας από τους αρμόδιους των οργανισμών αυτών. Η εξοικείωση με τα ηθικά διλήμματα τα οποία μπορεί να αντιμετωπίσει ένας νοσηλευτής θα πρέπει να ξεκινά πρώτα από την προπτυχιακή του εκπαίδευση και έπειτα στην κλινική νοσηλευτική του πορεία ²⁸.

2.3 Οι συνθήκες εργασίας σε Ελλάδα και εξωτερικό

Το επάγγελμα του νοσηλευτή απαιτεί συναισθηματική, διανοητική και φυσική προσπάθεια και στοχεύει στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ασθενούς, στην ψυχολογική του υποστήριξη και φυσική του φροντίδα. Για να μπορέσει ένας νοσηλευτής να ασκήσει σωστά το επάγγελμα, προϋπόθεση είναι η ύπαρξη των κατάλληλων γνώσεων, τεχνικών, διαπροσωπικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τη διαρκή αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Το επίπεδο στελέχωσης του κλάδου και οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτή σε ευρύτερο πλαίσιο επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Έναν από τους μεγαλύτερους επιστημονικούς και επαγγελματικούς κλάδους παγκοσμίως στον χώρο της υγείας αποτελούν οι νοσηλευτές, καθώς είναι παρόντες σε όλους τους τομείς της περίθαλψης. Υπολογίζεται ότι γύρω στο 95% της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς κατά τη νοσηλεία είναι από τους νοσηλευτές. Όμως, παρόλη την μεγάλη συνεισφορά τους στην υγεία μια μεγάλη μερίδα νοσηλευτών αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το επάγγελμα και κατευθύνονται σε άλλους επαγγελματικούς χώρους. Οι βασικότεροι λόγοι που συμβάλουν στην δυσαρέστηση τους από τον κλάδο είναι τα κυλιόμενα ωράρια, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, οι χαμηλοί μισθοί τους και η μικρή αναγνώριση της προσφοράς και του ρόλου που έχει το επάγγελμα τους στην κοινωνία.

Οι νοσηλευτές εργάζονται συχνά χωρίς τις ημέρες ανάπαυσης που δικαιούνται, με πολλές απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες εβδομαδιαία

χωρίς ωστόσο να λαμβάνουν και τους ανάλογους μισθούς. Αν και δεν υπάρχει κάποια τεκμηριωμένη άποψη που να αποδίδει ασθένειες στην εργασία με βάρδιες, τα άτομα που εργάζονται σε πολλά νυχτερινά ωράρια φαίνεται να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών ύπνου, αίσθησης κόπωσης και καταπόνησης οργανισμού και ως αποτέλεσμα συνέπειες στην προσωπική τους υγεία.

Επιπλέον μερικοί από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών είναι η στελέχωση, οι χώροι στους οποίους εργάζονται, ο εξοπλισμός και τα υλικά και τεχνικά μέσα που παρέχονται σε αυτούς τους χώρους. Η ποιότητα του περιβάλλοντος που εργάζεται ένας νοσηλευτής έχει ως βασικό κριτήριο την ποσοτική και ποιοτική στελέχωση του χώρου. Η αναλογία αντιστοιχίας νοσηλευτή-ασθενή αφορά στην ποσοτική σύνθεση του προσωπικού, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών αφορά στην ποιοτική σύνθεση. Χωρίς μια επαρκή στελέχωση η παροχή ποιοτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας, η ασφαλής εφαρμογή νοσηλευτικών πρακτικών και η διάθεση ουσιαστικού χρόνου με τον ασθενή είναι αδύνατο να υπάρξουν. Εξαιτίας της υποστελέχωσης ένας νοσηλευτής καλείται να καλύψει τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού ασθενών, ιδίως τις απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες που η ποσοτική συγκέντρωση τους είναι μικρότερη από την πρωινή βάρδια.

Στα περισσότερα νοσοκομεία, δεν γίνεται διαχωρισμός των κατηγοριών του προσωπικού σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών καθιστά την αντιστοιχία ασθενών προς έναν νοσηλευτή ακόμα πιο δύσκολη. Όταν ο όγκος εργασίας των νοσηλευτών αυξάνεται, η προγραμματισμένη παροχή φροντίδας είναι αδύνατο να δοθεί. Οι πιθανότητες να γίνει κάποιο λάθος ή να συμβεί κάποιος τραυματισμός κατά την παροχή φροντίδας αυξάνονται. Επιπλέον η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών είναι αναπόφευκτη. Η μείωση αυτής της εξουθένωσης χρειάζεται να γίνει βασικός στόχος της σύγχρονης πολιτικής υγείας με σκοπό την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στον χώρο αυτό.

Επομένως, η μη επαρκής στελέχωση των νοσοκομείων με προσωπικό αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την ασφαλή φροντίδα των ασθενών και την σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστών τους. Από την άλλη πλευρά, οι γνώσεις που είναι εφοδιασμένοι οι νοσηλευτές αποκτούνται

μέσα από την σωστή εκπαίδευση τους, της οποίας το επίπεδο συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική τους κρίση.

Ο εξοπλισμός των νοσηλευτικών δομών και οι υλικοτεχνικές υποδομές συντελούν στην καλή απόδοση και αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών, στην εργασιακή ικανοποίηση τους, αλλά και κάποιες φορές στην καλή επικοινωνία μεταξύ αυτών και άλλων επαγγελματιών στον χώρο της υγείας. Η ύπαρξη δηλαδή, των κατάλληλων υποδομών μπορεί να βοηθήσει στις ιατρονοσηλευτικές διεπαγγελματικές σχέσεις και κατά συνέπεια στην θετική εμπειρία των ασθενών από τον νοσοκομειακό χώρο. Στην Ελλάδα μολονότι ανά διαστήματα έχουν γίνει κάποιες κινήσεις βελτίωσης των υπαρχόντων νοσοκομείων και ανέγερση νέων, η ύπαρξη παλαιών κτιρίων με ανεπαρκή εξοπλισμό, χώρους εργασίας με κακή αρχιτεκτονική δομή και θαλάμους χωρίς τους απαραίτητους χώρους υγιεινής συνεχίζουν να αποτελούν μερικά από τα προβλήματα που πλαισιώνουν το περιβάλλον εργασίας του Νοσηλευτικού προσωπικού ²⁹.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν την ομαλή λειτουργία ενός συστήματος υγείας, πέρα από το επαρκές γνωστικό και αριθμητικό επίπεδο του προσωπικού και το κατάλληλο περιβάλλον εργασίας, συμβάλλει και η συνεργασία και επικοινωνία των επαγγελματιών μεταξύ τους. Η διαπροσωπική επικοινωνία τόσο μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης όσο και μεταξύ των εργαζομένων ανεξαρτήτου ειδικότητας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων διαδικασιών. Αυτή η επικοινωνία και η συνεργασία μπορεί να είναι είτε καλή είτε κακή και από αυτές ορίζεται το επίπεδο της λειτουργίας ενός οργανισμού παροχής υγείας και φροντίδας.

Όταν η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των επιμέρους ειδικοτήτων είναι εφικτή οδηγεί στην παροχή αποτελεσματικότερης φροντίδας και κατά συνεπεία την γρηγορότερη ανάρρωση, αποκατάσταση και βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Ωστόσο η επαγγελματική σύγκρουση είναι συχνό φαινόμενο, η οποία μπορεί να είναι είτε διαπροσωπική είτε ομαδική, ιεραρχική ή λειτουργική. Η λειτουργική συνήθως προκύπτει από τις δομικές δυσλειτουργίες ενός οργανισμού. Οι λόγοι για τους οποίους είναι πιο πιθανό να δημιουργηθούν συγκρούσεις είναι συνήθως οι γενικότερες συνθήκες εργασίας, το κύρος, η επιβολή απόψεων, τα αυξημένα ποσοστά άγχους, η αποποίηση ευθυνών ή την μη αποσαφήνιση αρμοδιοτήτων, τα επίπεδα

εκπαίδευσης, η ελλιπής προφορική επικοινωνία, οι περιορισμένοι πόροι και η προκλητική συμπεριφορά προς τις ανώτερες βαθμίδες.

Ως εκ τούτου, η ανάγκη ενός ξεκάθαρα επαγγελματικού καθηκοντολογίου, δηλαδή ο ορισμός συγκεκριμένων αρμοδιοτήτων θα χρησίμευε και θα βοηθούσε στην αποφυγή των παραπάνω συγκρούσεων. Οι μη καθορισμένοι ρόλοι στην άσκηση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι λογικό να επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ για παράδειγμα των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών.

Αναμφισβήτητα, η καλή συνεργασία των εργαζομένων από διαφορετικές ειδικότητες επηρεάζεται από χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου όπως διοικητικές ικανότητες, εργατικότητα, ψυχολογική ετοιμότητα και προθυμία. Η αποτελεσματική συνεργασία αυτή και η καλή επικοινωνία με τη σειρά τους έχουν θετικό αντίκτυπο στον ασθενή προσφέροντας του άνεση και κάλυψη των αναγκών του, ψυχολογική υποστήριξη και το κατάλληλο πλαίσιο για προγραμματισμό των συνηθειών του ³⁰.

Κεφάλαιο 3. Οι Πηγές της Ψυχολογικής Επιβάρυνσης

Η ψυχολογική επιβάρυνση δεν προκύπτει αποκλειστικά από το συναισθηματικό βάρος της απώλειας. Αντίθετα, είναι προϊόν μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας, τη φύση της φροντίδας, την προσωπικότητα και τις προσδοκίες του επαγγελματία. Η ψυχική και σωματική υγεία του επαγγελματία επηρεάζονται αρνητικά από τα ατομικά του χαρακτηριστικά αλλά και από την καθημερινή έκθεση του σε ένα περιβάλλον εργασίας με αυξημένες απαιτήσεις στις οποίες δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει, αυξημένο φόρτο εργασίας και πίεση χρόνο. Τα δημογραφικά στοιχεία, το βιολογικό, γενετικό υπόβαθρο, τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και οι κιρκάδιοι ρυθμοί είναι παράγοντες που ασκούν επιρροή στην γενική υγεία και ευημερία ενός ανθρώπου και κατά συνέπεια στην ψυχική υγεία του⁴.

3.1 Αντιμέτωποι με την Απώλεια

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα αντιμετωπίζουν καθημερινά πολύ δύσκολες καταστάσεις και συχνά έρχονται σε επαφή με τον θάνατο. Η επαναλαμβανόμενη εμπειρία του θανάτου είναι κεντρική πηγή στρες για τους νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας ³¹. Η απώλεια του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν έχει διαμορφωθεί στενός δεσμός, μπορεί να γεννήσει θλίψη, αίσθημα ματαίωσης και υπαρξιακά ερωτήματα. Όπως επισημαίνει η Papavasiliou (2018), η συσσώρευση πένθους χωρίς επαρκή επεξεργασία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης¹³. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας στην Ευρώπη, οι νοσηλευτές ανέφεραν πως η συχνότητα θανάτων και η δυσκολία διαχείρισης των συναισθημάτων τους είναι από τις κύριες αιτίες επιβάρυνσης¹⁴.

3.2 Η Σχέση με τον Ασθενή και την Οικογένεια

Η έντονη συναισθηματική εμπλοκή με τον ασθενή και τους οικείους του, ενώ είναι συχνά πηγή ικανοποίησης, ενδέχεται να προκαλεί και ψυχική εξάντληση¹⁵. Η διαχείριση της επικοινωνίας σε κρίσιμες στιγμές, οι

συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας και η ανάγκη συνεχούς διαθεσιμότητας διαβρώνουν σταδιακά την ψυχική ανθεκτικότητα του επαγγελματία⁵. Σύμφωνα με τον Figley (1995), η δευτερογενής τραυματική καταπόνηση προκύπτει ακριβώς από αυτή τη συνεχή έκθεση στη δυστυχία των άλλων³². Οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας γίνονται αποδέκτες της απόγνωσης, του θυμού και της ενοχής των οικογενειών, φορτίζοντας τη δική τους ψυχολογική δεξαμενή³³.

3.3 Η Πίεση του Συστήματος Υγείας

Η πίεση του συστήματος υγείας συνιστά έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα. Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού, η γραφειοκρατία και η οικονομική αβεβαιότητα ενισχύουν το άγχος²⁰. Σε πολλές χώρες, η αναγνώριση της παρηγορητικής φροντίδας ως προτεραιότητας πολιτικής υγείας είναι περιορισμένη, γεγονός που αφήνει τους νοσηλευτές χωρίς επαρκείς πόρους και υποστήριξη¹⁶. Η έρευνα της Sinclair et al. (2017) κατέδειξε ότι οι δομικές ελλείψεις συμβάλουν όχι μόνο στο Burnout, αλλά και σε ένα γενικευμένο αίσθημα αποξένωσης από το επάγγελμα³. Τα παλαιά νοσηλευτικά κτίρια, ο ανεπαρκής εξοπλισμός, η έλλειψη χώρων υγιεινής και η κακή αρχιτεκτονική δομή συντελούν στην επιδείνωση των συνθηκών εργασίας. Η υποστελέχωση επιτείνει τα προβλήματα. Οι αντίξοες συνθήκες του επαγγέλματος των νοσηλευτών είναι κομβικές για την επαγγελματική εξουθένωση, εξαιτίας της ανάθεσης πολλαπλών καθηκόντων, με μεγάλο φόρτο σε συνδυασμό με έλλειψη πόρων. Είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται σε εναλλασσόμενες βάρδιες με χαμηλές αποδοχές, λόγω έλλειψης προσωπικού, κάτι που οδηγεί σε αντιδράσεις και μεγάλη εργασιακή δυσαρέσκεια³⁴. Το κλίμα αυτό οδηγεί ορισμένους νοσηλευτές να αποχωρούν από τον χώρο ή να αλλάζουν αντικείμενο, επιτείνοντας το φαινόμενο της επαγγελματικής αποστράτευσης⁴.

Κεφάλαιο 4. Το Burnout στον Χώρο της Παρηγορητικής Φροντίδας

Η εργασία ενός ανθρώπου ανάλογα με την ικανοποίηση που προσφέρει, δημιουργεί το αίσθημα της καταξίωσης, της προσωπικής επιτυχίας, της αυτοεκτίμησης και τελικά της ατομικής ολοκλήρωσης και προωθεί την ψυχική και σωματική υγεία του. Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται άμεσα με την παραγωγική εργασία και την αποδοτικότητα των οργανισμών και γενικότερα όλων των χώρων εργασίας, αλλά και με τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η εργασία ενός ατόμου οφείλει να καλύπτει τόσο τις ανάγκες όσο και τις προσδοκίες του, να βοηθά στην αυτοεκτίμηση, να του παρέχει ασφάλεια και μία καλή ποιότητα ζωής προκειμένου να προστατεύεται η σωματική και ψυχική του ακεραιότητα. Ωστόσο, κατά τις τελευταίες δυο δεκαετίες πληθώρα αλλαγών σε κοινωνικό, οικονομικό αλλά και τεχνολογικό επίπεδο έχουν οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά στρες και κόπωσης στην καθημερινότητα.

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης –ή αλλιώς Burnout– περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Freudenberg το 1974, όμως έγινε ευρέως γνωστό χάρη στη Maslach, η οποία το ανέλυσε ως τρισδιάστατη συνθήκη: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μείωση της προσωπικής επίτευξης⁴. Το 1982 η Maslach έδωσε τον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στο οποίο ο εργαζόμενος στον χώρο της υγείας δεν δείχνει πλέον ενδιαφέρον και δεν έχει τα καλά συναισθήματα που είχε παλαιότερα προς τους ασθενείς του, σταματάει να νιώθει γεμάτος από τη δουλειά του και την απόδοσή του και αποκτά αρνητική εικόνα για το ίδιο του τον εαυτό^{35,36}. Χάρη στον ορισμό από την Maslach που προαναφέρθηκε, ακολούθησε ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης από την ICD-11(International classification of diseases formortality and morbidity statistics) σύμφωνα με τον οποίο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν λαμβάνεται υπόψη ως ασθένεια ή ως μια κατάσταση που χρειάζεται ιατρική περίθαλψη αλλά αξιολογείται ως φαινόμενο που σχετίζεται με την επαγγελματική δράση του ατόμου³⁷.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πλαίσια παρηγορητικής φροντίδας βρίσκονται ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε αυτή τη δοκιμασία, λόγω της συστηματικής εμπλοκής τους με το πένθος και την ανθρώπινη θνητότητα². Ακόμη, περιγράφεται ως ένα σύνδρομο στο οποίο είναι εμφανή τα αποτελέσματα του χρόνιου εργασιακού στρες το οποίο δεν έχει διαχειριστεί σωστά.

Η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί το πρωτεύον χαρακτηριστικό του Burnout. Οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι δεν διαθέτουν πλέον το ψυχικό απόθεμα για να προσφέρουν στους ασθενείς. Το συναίσθημα αυτό, όταν παραταθεί, οδηγεί στην αποπροσωποποίηση – μια στάση αποστασιοποίησης και κυνισμού απέναντι στον πάσχοντα, που λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας⁴. Η τρίτη διάσταση, η μείωση της προσωπικής επίτευξης, συνδέεται με το αίσθημα ότι, παρά τις θυσίες και την προσπάθεια, ο επαγγελματίας δεν καταφέρνει να κάνει ουσιαστική διαφορά. Στην παρηγορητική φροντίδα, όπου ο στόχος δεν είναι η ίαση αλλά η ανακούφιση, η διάσταση αυτή εμφανίζεται συχνά εντονότερη¹⁵. Όπως επισημαίνει ο Radbruch (2009), πολλοί νοσηλευτές δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το έργο τους ως επιτυχημένο όταν το τελικό αποτέλεσμα είναι ο θάνατος¹⁶.

Ποιοι είναι οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη Burnout;

Η βιβλιογραφία εντοπίζει κυρίως:

- Υψηλή ένταση συναισθηματικών απαιτήσεων²⁵.
- Χαμηλή αίσθηση ελέγχου στις διαδικασίες φροντίδας²⁰.
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης²³.
- Ατομικοί παράγοντες, όπως η τελειομανία ή η υπερβολική ταύτιση με τον ρόλο του σωτήρα³³.

Η επίπτωση του Burnout είναι πολυεπίπεδη: πλήττει την υγεία των νοσηλευτών, υπονομεύει την ποιότητα της φροντίδας και αυξάνει το κόστος του συστήματος υγείας, λόγω συχνών απουσιών και πρόωρης αποχώρησης από το επάγγελμα⁴.

Πρόσφατες παρεμβάσεις εστιάζουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας και στην καλλιέργεια κουλτούρας ενσυνειδητότητας, αναγνωρίζοντας ότι το Burnout δεν είναι αδυναμία χαρακτήρα, αλλά φυσικό επακόλουθο παρατεταμένου στρες³⁸.

Κεφάλαιο 5. Δευτερογενές Τραυματικό Στρες και Κόπωση της Συμπόνιας

Το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελεί μία άλλη, πιο υποδόρια, διάσταση της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Περιγράφει τα συμπτώματα που βιώνει ένας επαγγελματίας όταν εκτίθεται επανειλημμένα στο τραύμα και στην απώλεια των άλλων ³². Σε αντίθεση με το Burnout, που σχετίζεται κυρίως με την επαγγελματική κόπωση, το δευτερογενές τραυματικό στρες θυμίζει μετατραυματική διαταραχή, με εικόνα υπερδιέγερσης, παρεμβατικών σκέψεων και αποφυγής ³³.

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτή τη μορφή επιβάρυνσης, λόγω της έντασης και της συχνότητας των εμπειριών θανάτου².

Η κόπωση της συμπόνιας αποτελεί ένα συγγενές φαινόμενο, που συνδυάζει την εξάντληση και τη συναισθηματική αποστασιοποίηση. Μια από τις αρετές που αποτελούν προϋπόθεση για να λειτουργήσει ευεργετικά η παρηγορητική φροντίδα είναι η συμπόνια. Ο νοσηλευτής που αισθάνεται συμπόνια μπορεί να δημιουργήσει ένα κλίμα ασφάλειας για τον ασθενή και την οικογένεια ή τα άτομα που τον φροντίζουν. Η συμπονετική φροντίδα είναι θεμελιώδης για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας και στηρίζεται στην ανάπτυξη καλών σχέσεων και εμπιστοσύνης ανάμεσα στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης και στον ασθενή ή στην οικογένεια του. Η Figley (2002) την περιγράφει ως «το κόστος της φροντίδας»: το τίμημα που πληρώνει ο επαγγελματίας όταν προσφέρει εαυτόν ξανά και ξανά ³³. Μελέτες σε νοσηλευτές έχουν δείξει ότι η κόπωση της συμπόνιας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, άγχους και αίσθημα ανεπάρκειας³. Η συχνή έκθεση σε πένθος και το αίσθημα αδυναμίας να αποτρέψει τον θάνατο εδραιώνουν ένα κλίμα απαισιοδοξίας και ματαίωσης. Ιδιαίτερα, την επαφή με τον θάνατο έχει έντονη επίδραση στην ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών⁵.

Η διαφορά ανάμεσα στο Burnout και στην κόπωση της συμπόνιας είναι ουσιαστική: ενώ το πρώτο είναι αποτέλεσμα παρατεταμένου στρες κάθε φύσεως, η δεύτερη προκύπτει κυρίως από τη βαθιά συναισθηματική εμπλοκή

και την έλλειψη ορίων ανάμεσα στον εαυτό και τον άλλο³². Όταν η κόπωση της συμπόνιας συνυπάρχει με το Burnout, οι συνέπειες είναι πολλαπλασιαστικές ²⁵.

Κεφάλαιο 6. Ψυχική Ανθεκτικότητα και Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται δημιουργικά σε δύσκολες συνθήκες, να διατηρεί την ελπίδα και να αντλεί νόημα ακόμα και μέσα από την οδύνη³⁹. Για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε πλαίσια παρηγορητικής φροντίδας, η καλλιέργεια ανθεκτικότητας δεν είναι πολυτέλεια αλλά προϋπόθεση επιβίωσης. Σύμφωνα με τον Meadors και Lamson (2008), η ανθεκτικότητα χτίζεται σε τρία επίπεδα: το ατομικό, το ομαδικό και το οργανωσιακό²⁵. Στο ατομικό επίπεδο, σημαντικό ρόλο έχουν οι δεξιότητες αυτοφροντίδας, η συνειδητή ρύθμιση συναισθημάτων και η ικανότητα οριοθέτησης²³.

Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει πρακτικές που ενισχύουν τη σωματική και ψυχική υγεία, όπως η τακτική άσκηση, η σωστή διατροφή, η καλή ποιότητα ύπνου και η διατήρηση σχέσεων εκτός εργασίας³⁸. Αν και πολλές φορές αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό, η συστηματική φροντίδα του εαυτού έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το Burnout και την κόπωση της συμπίνας³².

Ένα σημαντικό εργαλείο που έχει κερδίσει έδαφος είναι η ενσυνειδητότητα (mindfulness). Οι Krasner et al. (2009) περιγράφουν την ενσυνειδητότητα ως «την ικανότητα να βρίσκεσαι με πλήρη παρουσία στην παρούσα στιγμή, χωρίς κριτική». Σε δομημένα προγράμματα, η πρακτική αυτή έχει φανεί ότι μειώνει το άγχος και αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία³⁸.

Σύμφωνα με τους Whitebird et al. (2013), προγράμματα εκπαίδευσης στην ενσυνειδητότητα βελτίωσαν σημαντικά τη διαχείριση των συναισθημάτων στους επαγγελματίες υγείας²³. Ο συνδυασμός mindfulness με γνωσιακή αναδόμηση και δεξιότητες επικοινωνίας είναι αποτελεσματικός²⁵.

Στο ομαδικό επίπεδο, η ύπαρξη εποπτείας (supervision) και η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης έχει αποδειχθεί προστατευτική. Η αναστοχαστική συζήτηση διευκολύνει την εκφόρτιση συναισθημάτων και ενισχύει το αίσθημα του ανήκειν⁴⁰.

Τέλος, στο οργανωσιακό επίπεδο, η κουλτούρα που αναγνωρίζει την ψυχολογική ευημερία και παρέχει εκπαίδευση, υποστήριξη και αναγνώριση είναι καθοριστική για τη διατήρηση της ανθεκτικότητας³.

6.1. Η Σημασία της Οργανωσιακής Κουλτούρας και της Ηγεσίας

Η ηγεσία και η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελούν θεμέλιο της ψυχολογικής ασφάλειας των νοσηλευτών²⁰. Ένας οργανισμός που επενδύει στη στήριξη του προσωπικού καλλιεργεί εμπιστοσύνη και ανθεκτικότητα. Σύμφωνα με τη Maslach και τον Leiter (2016), το Burnout είναι απόρροια αποσύνδεσης μεταξύ επαγγελματία και εργασιακού περιβάλλοντος. Η κουλτούρα που βασίζεται στον σεβασμό, την επικοινωνία και την αίσθηση σκοπού μειώνει δραστικά το στρες⁴.

Η ηγεσία καλείται να υπηρετήσει διπλό ρόλο: να προάγει την ποιοτική φροντίδα και να φροντίζει τους φροντιστές. Οι Sullivanetal. (2019) τονίζουν ότι το στυλ ηγεσίας με έμφαση στην υποστήριξη συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα Burnout²⁰.

Η διαθεσιμότητα πόρων, η δίκαιη διαχείριση και η επαγγελματική ανάπτυξη συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχικής ευρωστίας²³. Επιπλέον, η ηγεσία πρέπει να ενισχύει κουλτούρα ανοιχτής συζήτησης για τα συναισθήματα²⁵.

Η Radbruch (2009) σημειώνει πως όταν η εργασία εκτιμάται, οι επαγγελματίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη δέσμευση. Το μοντέλο «συμπονετικής ηγεσίας» θέτει την ενσυναίσθηση στο επίκεντρο⁵.

Κεφάλαιο 7. Παρεμβάσεις και Καλές Πρακτικές για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της ψυχολογικής επιβάρυνσης απαιτούν πολυεπίπεδη στρατηγική²⁵. Καμία παρέμβαση δεν επαρκεί από μόνη της. Η εκπαίδευση προσωπικού στη διαχείριση πένθους, επικοινωνίας και αυτοφροντίδας αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο ⁵. Προγράμματα με βιωματικές ασκήσεις σχετίζονται με μείωση Burnout ⁴⁰. Η ενσυνειδητότητα αποτελεί τεκμηριωμένη πρακτική³⁸. Τα προγράμματα αυτά βελτιώνουν τη διαχείριση συναισθημάτων²³. Η εποπτεία και οι ομάδες στήριξης ενισχύουν την ανθεκτικότητα³. Η διοικητική αναγνώριση και η κουλτούρα σεβασμού είναι επίσης καθοριστικές. Η αναγνώριση και η επιβράβευση των νοσηλευτών από τις ιεραρχικές δομές της υπηρεσίας μπορεί να συμβάλει στην ψυχική τους ευεξία στην βελτίωση του εργασιακού τους ζήλου¹⁶.

7.1 Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής Υγείας

Η εργασία ανέδειξε την πολυπαραγοντική φύση της επιβάρυνσης των νοσηλευτών⁴. Η ενίσχυση ανθεκτικότητας απαιτεί στρατηγικές που βασίζονται σε δομές υποστήριξης³.

Προτείνονται:

1. Καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ψυχοεκπαίδευσης.
2. Ενσωμάτωση εποπτείας ως θεσμού.
3. Πολιτικές που αναγνωρίζουν την ψυχολογική εργασία.
4. Συμπονετική ηγεσία και κουλτούρα εκτίμησης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 8 Σκοπός της Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η καταγραφή, η σύνθεση και η κριτική αξιολόγηση των υφιστάμενων επιστημονικών δεδομένων σχετικά με:

- Τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική επιβάρυνση και το Burnout των νοσηλευτών που εργάζονται σε παρηγορητικά πλαίσια.
- Τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης στην υγεία, την επαγγελματική απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας.
- Τις παρεμβάσεις και στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης της ψυχολογικής καταπόνησης.
- Η ανασκόπηση αποσκοπεί στη χαρτογράφηση κενών στη γνώση και την παροχή τεκμηριωμένων προτάσεων για μελλοντική έρευνα και πρακτική.

Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Πώς επηρεάζει η επίγνωση (mindfulness) τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς αντίληψης και διαχείρισης του πόνου και συγκεκριμένα την αντίληψη της οσφυαλγίας;
2. Ποιες είναι οι ψυχολογικές και συμπεριφορικές διεργασίες μέσω των οποίων η επίγνωση συμβάλλει στη διαχείριση της οσφυαλγίας;
3. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων επίγνωσης (όπως MBSR και MBCT) στη μείωση της έντασης του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνια οσφυαλγία;

8.1 Μεθοδολογία της Έρευνας

Η μεθοδολογία βασίστηκε στις αρχές της συστηματικής ανασκόπησης όπως περιγράφονται από τους PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Στρατηγική αναζήτησης: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL, Scopus, PsycINFO) για άρθρα που δημοσιεύθηκαν από το 2000 έως σήμερα και χρησιμοποιήθηκαν οι συνδυασμοί των λέξεων-κλειδιών όπως: «Palliative care, Nurses, Burnout, Compassion fatigue, Psychological distress, Resilience». Επίσης, εφαρμόστηκαν φίλτρα για αγγλική γλώσσα και πλήρες κείμενο.

Κριτήρια ένταξης: α) Πρωτογενείς ποσοτικές ή ποιοτικές μελέτες, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, β) Εργασίες που εστιάζουν σε νοσηλευτές παρηγορητικής ή ανακουφιστικής φροντίδας, γ) Μελέτες που εξετάζουν το Burnout, το δευτερογενές τραυματικό στρες ή την ανθεκτικότητα.

Κριτήρια αποκλεισμού: α) Μελέτες σε άλλους επαγγελματίες υγείας χωρίς διάκριση των δεδομένων για νοσηλευτές, β) Άρθρα μη δημοσιευμένα σε έγκριτα περιοδικά (grey literature, αφίσες συνεδρίων).

Διαδικασία επιλογής και ανάλυσης: Η επιλογή των μελετών έγινε σε δύο στάδια: αρχικά μέσω τίτλου και περίληψης και στη συνέχεια με πλήρη ανάγνωση και χρησιμοποιήθηκε πίνακας εξαγωγής δεδομένων για την καταγραφή βασικών στοιχείων (σκοπός, δείγμα, εργαλεία, αποτελέσματα).

Ερώτηση PEO

Επειδή πρόκειται για ανασκόπηση που αφορά εμπειρίες και παράγοντες κινδύνου, το PEO μοντέλο είναι καταλληλότερο.

Η επιλογή των μελετών πραγματοποιήθηκε βάσει προκαθορισμένων και αναθεωρημένων κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, τα οποία συντάχθηκαν με γνώμονα τη βελτιωμένη προσαρμοστικότητα του πλαισίου PEO (Population – Exposure – Outcome), καθώς και τις ανάγκες σύγχρονης ερευνητικής τεκμηρίωσης στο πεδίο της επίγνωσης.

P (Population): Νοσηλευτές που εργάζονται σε παρηγορητική/ανακουφιστική φροντίδα

Ε (Exposure): Έκθεση σε ψυχολογικά φορτισμένα περιστατικά, συνεχής επαφή με θάνατο και πένθος

Ο (Outcome): Εμπειρίες Burnout, δευτερογενούς τραυματικού στρες και στρατηγικές ανθεκτικότητας

Ερώτηση έρευνας (PEO): Ποιες είναι οι εμπειρίες και οι παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική επιβάρυνση (Burnout, δευτερογενές τραυματικό στρες, κόπωση συμπόνιας) των νοσηλευτών που εργάζονται σε πλαίσια παρηγορητικής φροντίδας; (What are the experiences and factors associated with psychological distress (burnout, secondary traumatic stress, compassion fatigue) among nurses working in palliative care settings?)

8.2. Στρατηγική αναζήτησης (PRISMA)

Η διαδικασία εντοπισμού των σχετικών μελετών ακολούθησε αυστηρά τις προδιαγραφές του πλαισίου PRISMA, το οποίο διασφαλίζει τη διαφάνεια, την πληρότητα και την αναπαραγωγικότητα της ανασκόπησης. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων, συγκεκριμένα στη:

- PubMed/MEDLINE

Για την αναζήτηση το ακριβές search strategy ήταν:

```
( ["Palliative Care"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "end of life care"[Title/Abstract] OR "palliative care"[Title/Abstract] OR "hospice care"[Title/Abstract]) ) AND ( ("Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[Title/Abstract]) ) AND ( ("Burnout, Professional"[Mesh] OR "Compassion Fatigue"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Secondary Traumatic Stress"[Title/Abstract] OR "burnout"[Title/Abstract] OR "compassion fatigue"[Title/Abstract] OR "psychological distress"[Title/Abstract] OR "emotional burden"[Title/Abstract] OR "resilience"[Title/Abstract]) ) AND ( "2000/01/01"[Date - Publication] : "2024/12/31"[Date - Publication] )
```

Η διαδικασία επιλογής περιλάμβανε τέσσερα στάδια, σύμφωνα με το διάγραμμα ροής PRISMA:

1. Αρχική ανεύρεση τίτλων και περιλήψεων,
2. Αφαίρεση διπλοτύπων,

3. Αξιολόγηση περιλήψεων βάσει των κριτηρίων PICO,
4. Πλήρης ανάγνωση και τελική ένταξη των επιλέξιμων άρθρων.

Κεφάλαιο 9. Αποτελέσματα

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μελέτες που επιλέχθηκαν και τα αποτελέσματά τους καθώς και η σύγκριση μεταξύ τους.

1.	Hussain FA. Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. Br J Nurs. 2021 Apr 22;30(8):484-489. doi: 10.12968/bjon.2021.30.8.484. PMID: 33876679.
2.	Diehl E, Rieger S, Letzel S, Schablon A, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC, Dietz P. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. PLoS One. 2021 Jan 22;16(1):e0245798. doi: 10.1371/journal.pone.0245798. PMID: 33481918; PMCID: PMC7822247.
3.	Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. J Adv Nurs. 2010 Nov;66(11):2510-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x.Epub 2010 Aug 23. PMID: 20735502; PMCID: PMC3865804.
4.	Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jun 12;13(5):131-204. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1898. PMID: 26455609.
5.	Busolo D, Woodgate R. Palliative care experiences of adult cancer patients

	from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Jan;13(1):99-111. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1809. PMID: 26447011.
6.	De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, Manara DF. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. Nurs Ethics. 2021 Aug;28(5):614-627. doi: 10.1177/0969733020964859. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33267730.
7.	Cross LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. J Hosp Palliat Nurs. 2019 Feb;21(1):21-28. doi: 10.1097/NJH.0000000000000477. PMID: 30608916; PMCID: PMC6343956.
8.	Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, Haase JE. Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication. J Pediatr Oncol Nurs. 2015 Jul-Aug;32(4):240-52. doi: 10.1177/1043454214555196. Epub 2015 Jan 2. PMID: 25556105.
9.	Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Ramírez-Baena L, Membrive-Jiménez MJ, Suleiman-Martos N. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020 Oct 21;17(20):7672. doi: 10.3390/ijerph17207672. PMID: 33096682; PMCID: PMC7589426.
10.	Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. Nurse Educ Today. 2016 Mar;38:144-9. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.026. Epub 2015 Dec 4. PMID:

Οι νοσηλευτές στην παρηγορητική φροντίδα αντιμετωπίζουν σημαντικές ψυχολογικές προκλήσεις, όπως επαναλαμβανόμενη θλίψη, στρες και συναισθηματική εξουθένωση. Η υιοθέτηση πρακτικών αυτοφροντίδας, υποστήριξη από συναδέλφους και οργανωσιακή εκπαίδευση κρίνονται αναγκαία για τη διατήρηση της ψυχικής τους ευεξίας ⁴¹. Η μελέτη των Gómez-Urquiza et al. (2020) διαπίστωσε υψηλή επικράτηση Burnout στους νοσηλευτές παρηγορητικής φροντίδας, με κύριους παράγοντες κινδύνου την υπερβολική εργασιακή απαίτηση, την έλλειψη ελέγχου και την έντονη συναισθηματική εμπλοκή. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα τους αντιμετωπίζει συμπτώματα όπως σωματική ένταση, ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου ³⁴.

Απαιτούνται στοχευμένες στρατηγικές πρόληψης και ενίσχυσης της ανθεκτικότητας. Η σχέση φόρτου εργασίας και Burnout μετριάζεται σημαντικά όταν οι νοσηλευτές διαθέτουν προσωπικούς, κοινωνικούς και οργανωσιακούς πόρους. Η ενίσχυση των πόρων αυτών δρα ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης ⁴². Η ηθική δυσφορία είναι έντονη εμπειρία για τους νοσηλευτές που φροντίζουν ετοιμοθάνατους ασθενείς, συνδέεται με συναισθήματα αδυναμίας και ενοχής και μπορεί να υπονομεύσει την επαγγελματική ταυτότητα. Απαιτούνται οργανωσιακές δομές που προάγουν τη συζήτηση και την υποστήριξη σε ηθικά διλήμματα ⁴³. Η κόπωση της συμπόνιας αποτελεί διακριτή έννοια από το Burnout και σχετίζεται με παρατεταμένη έκθεση στον ανθρώπινο πόνο. Η κατανόηση του φαινομένου και η στοχευμένη εκπαίδευση συμβάλλουν στη μείωση των επιπτώσεων της ⁴⁴.

Οι νεοεισερχόμενοι νοσηλευτές βιώνουν δυσκολία στη διαχείριση της επικοινωνίας στο τέλος της ζωής, με αποτέλεσμα άγχος και ανασφάλεια. Το επάγγελμα του νοσηλευτή απαιτεί κατάλληλες γνώσεις, τεχνικές, επικοινωνιακές δεξιότητες και αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και η καθοδήγηση από έμπειρους επαγγελματίες είναι κρίσιμη. Η δυνατότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των νοσηλευτών και η παροχή κινήτρων για αυτή, συντελεί στην καλύτερη διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων της φροντίδας των ασθενών και μέσω

της αποκτηθείσας επιστημονικής γνώσης⁴⁵. Η καθημερινή ηθική πίεση και τα διλήμματα αυξάνουν το στρες στους νοσηλευτές και επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία τους. Υποστηρικτικές οργανωσιακές πολιτικές και ευκαιρίες αναστοχασμού μπορούν να αμβλύνουν αυτά τα φαινόμενα⁴⁶. Η ανασκόπηση των Gillmanetal. (2015) ανέδειξε πληθώρα στρατηγικών που προάγουν την ανθεκτικότητα, όπως η ενσυνειδητότητα, η εποπτεία και τα προγράμματα διαχείρισης στρες. Η εφαρμογή συνδυαστικών παρεμβάσεων θεωρείται πιο αποτελεσματική από μεμονωμένες πρακτικές.

Οι εμπειρίες ασθενών από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα υπογραμμίζουν την ανάγκη πολιτισμικής ευαισθησίας στην παρηγορητική φροντίδα⁴⁷. Αντίστοιχα, οι νοσηλευτές χρειάζονται εκπαίδευση για την κατανόηση πολιτισμικών διαφορών και την αποτελεσματική επικοινωνία¹⁸. Η συμμετοχή στη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών, είναι για τους νοσηλευτές πηγή τόσο νοήματος όσο και συναισθηματικού βάρους. Η ανάγκη για υποστήριξη και καθοδήγηση είναι ουσιαστική ώστε να αποφευχθεί η αποξένωση και η εξουθένωση ⁴⁸.

9.1 Συγκριτική Ανάλυση των Άρθρων

Άξονας	Συμπεράσματα Άρθρων
1. Επικράτηση και Παράγοντες Burnout	Πολλαπλές μελέτες (2, 3, 5, 7, 8) επιβεβαιώνουν ότι το Burnout είναι συχνό μεταξύ των νοσηλευτών παρηγορητικής φροντίδας. Βασικοί παράγοντες κινδύνου είναι: υψηλός φόρτος εργασίας (3), παρατεταμένη έκθεση στον πόνο (5), συναισθηματική εμπλοκή (2) και ηθικά διλήμματα (7). Η έλλειψη πόρων και υποστήριξης επιτείνει την επιβάρυνση.
2. Ηθική Δυσφορία και Συναισθηματικές Προκλήσεις	Τα άρθρα 4 και 7 αναδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν ηθική δυσφορία λόγω της αδυναμίας να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών ή λόγω συγκρούσεων αξιών. Η ηθική πίεση συνδέεται με συναισθήματα ενοχής και απογοήτευσης. Παράλληλα, το 6 και το 10 περιγράφουν την ψυχική φόρτιση από

Αξονας	Συμπεράσματα Άρθρων
3.Κόπωση της Συμπόνιας και Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	την εγγύτητα στον θάνατο και την ευθύνη της επικοινωνίας. Το άρθρο 5 ορίζει την κόπωση της συμπόνιας ως διακριτή έννοια από το Burnout, ενώ το 2 υπογραμμίζει τη συνύπαρξή τους. Τα 3 και 8 συμφωνούν ότι οι προσωπικοί και οργανωσιακοί πόροι μπορούν να μειώσουν την ένταση αυτών των φαινομένων.
4.Εκπαίδευση και Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Το 1, το 6 και το 8 επισημαίνουν ότι η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, αυτοφροντίδα και ενσυνειδητότητα είναι κρίσιμες. Το 8 ειδικότερα τονίζει ότι οι συνδυαστικές παρεμβάσεις (π.χ. mindfulness + εποπτεία) είναι αποτελεσματικότερες από τις μεμονωμένες.
5.Ρόλος Οργανωσιακών Πόρων και Κουλτούρας	Το 3 και το 7 δείχνουν ότι η υποστήριξη από τη διοίκηση και οι δομές εποπτείας μειώνουν την επιβάρυνση. Το 4 προσθέτει ότι η ύπαρξη χώρου συζήτησης των ηθικών διλημάτων προστατεύει την επαγγελματική ταυτότητα.
6.Πολιτισμικές Διαστάσεις	Το άρθρο 9 εστιάζει στη σημασία της πολιτισμικής ευαισθησίας, επισημαίνοντας ότι οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν την επικοινωνία και την ψυχολογική επιβάρυνση.
7.Συναισθηματική Ανταμοιβή και Νόημα	Το 10 υπογραμμίζει ότι, παρά τις δυσκολίες, οι νοσηλευτές αντλούν αίσθημα νοήματος από τη φροντίδα των ασθενών, γεγονός που μπορεί να μετριάξει την εξουθένωση αν υπάρχει υποστήριξη.

Κοινά Συμπεράσματα από τη σύγκριση των άρθρων είναι:

- Η ψυχολογική επιβάρυνση είναι πολυπαραγοντική, με τη συναισθηματική και ηθική διάσταση να παίζουν καθοριστικό ρόλο.
- Η έλλειψη οργανωσιακής υποστήριξης ενισχύει το Burnout και την κόπωση συμπίονιας.
- Η εκπαίδευση και η ενίσχυση ανθεκτικότητας αποτελούν κοινή πρόταση όλων των μελετών.
- Η συστηματική εποπτεία και η καλλιέργεια κουλτούρας σεβασμού εμφανίζονται ως βασικά αντίδοτα.

Ενώ μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι μελέτες διαφοροποιούνται στα:

- Ορισμένες επικεντρώνονται περισσότερο στην ηθική διάσταση (4, 7).
- Άλλες αναδεικνύουν την πολιτισμική ευαισθησία (9).
- Κάποιες εστιάζουν σε νεοεισερχόμενους νοσηλευτές και τις ιδιαίτερες δυσκολίες τους (6).
- Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν στη σημασία συνδυαστικών παρεμβάσεων αλλά ποικίλλουν ως προς τη μεθοδολογία και τον πληθυσμό μελέτης.

Κεφάλαιο 10. Συμπεράσματα

Η σύγκριση των δέκα μελετών ανέδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών που εργάζονται στην παρηγορητική φροντίδα είναι ένα πολυδιάστατο και συστημικό φαινόμενο.

Η διακινδύνευση της υγείας των νοσηλευτών καθίσταται ανασταλτικός παράγοντας για την εύρυθμη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Επομένως θα πρέπει να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας με στόχο τον περιορισμό του φόρτου εργασίας.

Πρώτον, σχεδόν όλες οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η συχνή έκθεση στον θάνατο, η έντονη συναισθηματική εμπλοκή και η ηθική δυσφορία αποτελούν βασικές πηγές στρες και Burnout. Η επαφή με τον θάνατο και το θλιβερό κλίμα που επικρατεί αποτελούν εξίσου στρεσογόνους παράγοντες. Η κόπωση της συμπόνιας εμφανίζεται ως ξεχωριστή διάσταση, η οποία σχετίζεται με τη συνεχή συναισθηματική επένδυση στη φροντίδα των ασθενών και μπορεί να συνυπάρχει με το Burnout, πολλαπλασιάζοντας τις επιπτώσεις στην υγεία και την επαγγελματική ικανοποίηση.

Δεύτερον, η έλλειψη οργανωσιακών και κοινωνικών πόρων, όπως εποπτεία, καθοδήγηση, αναγνώριση και κατάλληλο προσωπικό, συνδέεται άμεσα με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και αίσθημα ματαίωσης. Αντίθετα, οι μελέτες αναδεικνύουν ότι η ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων, όπως η υποστηρικτική κουλτούρα, η επαγγελματική καθοδήγηση και οι προσωπικές δεξιότητες ανθεκτικότητας, μπορεί να περιορίσει τις αρνητικές επιπτώσεις.

Τρίτον, η εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας, στη διαχείριση πένθους και στην αυτοφροντίδα, καθώς και η ενίσχυση της ενσυνειδητότητας, αποτελούν κοινά προτεινόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης και πρόληψης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συνδυαστικές παρεμβάσεις είναι συχνά πιο αποτελεσματικές από τις μεμονωμένες.

Τέταρτον, η σημασία της πολιτισμικής ευαισθησίας και της κατανόησης των αξιακών συστημάτων των ασθενών αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης, ιδιαίτερα σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα, καθώς επηρεάζει τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και την επιβάρυνση των επαγγελματιών.

Τέλος, οι μελέτες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι, παρά τη δυσκολία και το φορτίο, οι νοσηλευτές αντλούν βαθιά νοήματα και επαγγελματική ικανοποίηση από τη συνοδεία των ασθενών και των οικογενειών τους στο τελευταίο στάδιο της ζωής. Αυτό το στοιχείο μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά όταν το πλαίσιο εργασίας καλλιεργεί σεβασμό, ασφάλεια και αναγνώριση.

Συνολικά, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ανάγκη θεσμοθέτησης ολοκληρωμένων στρατηγικών υποστήριξης, εκπαίδευσης και οργανωσιακής παρέμβασης, που θα προστατεύουν την ψυχική υγεία των νοσηλευτών και θα προάγουν μια κουλτούρα φροντίδας που σέβεται τόσο τον ασθενή όσο και τον φροντιστή.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization, 2020. *Palliative Care*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Accessed 30 June 2025].
2. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K. and Morphet, J., 2013. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nursing Journal*, 7, pp.14–21.
3. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. and Smith-MacDonald, L., 2017. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, pp.9–24.
4. Maslach, C. and Leiter, M.P., 2016. *Burnout: A Short History*. London: Routledge.
5. Ferrell, B. and Coyle, N., 2010. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
6. World Health Organization, "Palliative care", <https://www.who.int/health-topics/palliative-care#:~:text=Palliative%20care%20is%20a%20crucial,psychological%2C%20social%2C%20or%20spiritual>
7. Strang Peter, "Palliative oncology and palliative care", *Molecular Oncol* 12 Aug 2022; 16(19):3399–3409, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9533690/>.
8. World Health Organization, "National cancer control programmes: policies and managerial guidelines", 2nd ed, 2002, pp.83-91 <https://iris.who.int/handle/10665/42494>.
9. Saunders, C., 2000. The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), pp.7–13.
10. Loscalzo Matthew J., "Palliative Care: An Historical Perspective", *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2008 (1): 465,

https://www.researchgate.net/publication/23655025_Palliative_Care_A_n_Historical_Perspective

11. Kübler-Ross Elisabeth, Stanford Wessler, Louis V. Avioli, "On Death and Dying", *JAMA*, 1972;221(2):174-179,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5067627/>
12. "Brief History of Palliative Care", December 30, 2020,
<https://resident360.nejm.org/content-items/history-of-palliative-care>
(τελευταία πρόσβαση 10/12/24)
13. Papavasiliou, E., Payne, S. and Seymour, J., 2018. Family caregivers' experiences of caring for a dying patient in Greece. *Health & Social Care in the Community*, 26(6), pp.e998–e1006.
14. Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J.N., Ernecoff, N.C., Hanmer, J., Hoydich, Z.P., Curtis, J.R., Emanuel, L.L., and Casarett, D.J., 2016. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316(20), pp.2104–2114.
15. Cherny, N. and Radbruch, L., 2015. European Society of Medical Oncology (ESMO) guidelines for pain management in cancer patients. *Annals of Oncology*, 26(Suppl 5), pp.v131–v137.
16. Radbruch, L. and Payne, S., 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), pp.278–289.
17. Stjernswärd Jan, Kathleen M Foley, Frank D Ferris, "The public health strategy for palliative care", *J Pain Symptom Manage*, 2007 May;33(5):486-93,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17482035/>
(πρόσβαση 13/01/2025).
18. Busolo David, Roberta Woodgate, "Palliative care experiences of adult cancer patients from ethnocultural groups: a qualitative systematic review protocol", *JBIC Database System Rev Implement Rep*, 2015 Jan;13(1):99-111,
19. Connor Stephen R. (Ed.), *Global Atlas of Palliative Care*, 2nd Edition, WHO, London 2020 :10-44.

20. Sullivan, D.R., Early, S.R., Cunningham, C.J.L. and Stoner, C.R., 2019. The long arm of leadership: Leader behavior, perceived support, and employee outcomes. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 26(2), pp.161–179.
21. Natasha McEnroe, “Celebrating Florence Nightingale's bicentenary”, *Lancet*. 2020 May 9;395(10235):1475-1478. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30992-2. PMID: 32386583; PMCID: PMC7252134.
22. Jackson Jennifer & Janet E. Anderson-Jill Maben, “What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework”, in *International Journal of Nursing Studies* 122 (2021): 2-9 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944> (πρόσβαση 10/05/25)
23. Whitebird, R.R., Kreitzer, M.J., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R. and Enstad, C.J., 2013. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), pp.676–686.
24. Autelitano Cristina, Elisabetta Bertocchi et al., “The Specialist Palliative Care Nurses’ in an Italian Hospital: role, competences, and activities”, *Acta Biomedica*, 31 Mar 2021; 92(2) :2-10 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8138805/>.
25. Meadors, P. and Lamson, A., 2008. Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), pp.24–34.
26. Haddad Lisa M. & Robin A. Geiger, “Nursing Ethical Considerations”, 2023 Aug 14, In: StatPearls, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252310/>
27. Ulrich Connie M., Carol Taylor et al, “Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice”, *J. Adv. Nurs*, 2010 November, 66(11) :2-10 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735502/>
28. Pajakoski Elina & [Sunna Rannikko](#), “Moral courage in nursing - An integrative literature review”, *Nursing & Health Sciences*, Volume 23, Issue 3: Strengthening Resilience in Healthcare, Pages i-iv, 565-776, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33389792/>.

29. Δημητριάδου Παντέκα Αλεξάνδρα-Λαβδανίτη Μαρία- Μηνασίδου Ευγενία- Τσαλογλίδου Αρετή- Καυκιά Θεοδώρα- Σαπουντζή- Κέπια Δέσποινα, «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό», *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, Τόμος 8ος, Τεύχος 3^ο :222-239, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2009,
30. Φουντούκη Αντιγόνη, Θεόδωρος Γκατζέλης, Δημήτριος Πάντας, Δημήτριος Θεοφανίδης, «Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου», *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, Τόμος 8ος, Τεύχος 4^ο :336-352, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009.
31. Anderson, N.E., Kent, B. and Owens, R.G., 2019. "Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death." *International Journal of Nursing Studies*, 90, pp.39–48.
32. Figley, C.R., 1995. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
33. Figley, C.R., 2002. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), pp.1433–1441.
34. Gómez-Urquiza J., Albendín-García L. et al., "Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, Oct 21;17(20):7672. doi:10.3390/ijerph17207672. PMID: 33096682; PMCID: PMC7589426.
35. Maslach Christina, Burned-out. *Human Behavior* 9, (1976), 16-22
https://www.researchgate.net/publication/263847499_Burned-Out
(πρόσβαση 13/01/2025)
36. Maslach Christina & Susan E. Jackson, "Burnout in Organizational settings, in In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual*, Vol.5, Beverly Hills, CA: Sage, 1984, pp.133-153,
https://www.researchgate.net/publication/232497134_Burnout_in_organization_settings

37. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), 2018
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
 (πρόσβαση 10/11/2024)
38. Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J. and Quill, T.E., 2009. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), pp.1284–1293.
39. Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K. and Donohue, P., 2015. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), pp.412–420.
40. Schmidt, J.E. and Andrykowski, M.A., 2004. The role of social and dispositional variables in stress response to a cancer diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), pp.635–642.
41. Hussain FA. Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. *Br J Nurs*. 2021 Apr 22;30(8):484-489. doi:10.12968/bjon.2021.30.8.484. PMID: 33876679.
42. Diehl E, Rieger S, Letzel S, Schablon A, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC, Dietz P. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. *PLoS One*. 2021 Jan 22;16(1):e0245798. doi: 10.1371/journal.pone.0245798. PMID: 33481918; PMCID: PMC7822247.
43. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, Manara DF. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2021 Aug;28(5):614-627. doi: 10.1177/0969733020964859. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33267730.
44. Cross LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019 Feb;21(1):21-28. doi: 10.1097/NJH.0000000000000477. PMID: 30608916; PMCID: PMC6343956.
45. Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, Haase JE. Novice Nurses' Experiences With

- Palliative and End-of-Life Communication. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015 Jul-Aug;32(4):240-52. doi:10.1177/1043454214555196. Epub 2015 Jan 2. PMID: 25556105.
46. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010 Nov;66(11):2510-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x. Epub 2010 Aug 23. PMID: 20735502; PMCID: PMC3865804.
47. Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep*. 2015 Jun 12;13(5):131-204. doi:10.11124/jbisrir-2015-1898. PMID: 26455609.
48. Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today*. 2016 Mar;38:144-9. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.026. Epub 2015 Dec 4. PMID: 26689734.