



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Αντιγόνη Γέροντα**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου**

ΛΑΡΙΣΑ 2013

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου**

**Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Καθηγήτρια
Διευθύντρια ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Λάρισας**

**Άννα Γούσια
Επίκουρος Καθηγήτρια
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**

Copyright © Αντιγόνη Γέροντα, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

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

Ευχαριστίες

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γκούβα Μαίρη, οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες, για την άριστη συνεργασία που είχαμε κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της και τη γενικότερη συμβολή της στην ολοκλήρωση της.

Στην κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, που μου έδωσε την ευκαιρία να πραγματοποιήσω αυτό το μεταπτυχιακό.

Στην κ. Βλάχου Αργυρώ και στην κ. Τζερεμέ Ντίνα για την άριστη υποστήριξη που μου παρείχαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Στους συναδέλφους μου για την αμέριστη βοήθεια τους στη διεξαγωγή της έρευνας.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στην μητέρα μου

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	8
Summary in English	9
Εισαγωγή	10
ΜΕΡΟΣ I	11
ΜΕΡΟΣ II	38
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	39
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	39
2. Υλικό και Μέθοδος	40
2.1 Δείγμα	40
2.2 Διαδικασία	40
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	41
2.4. Στατιστική επεξεργασία	43
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	45
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	45
4. Περιγραφή των ερωτώμενων	46
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων	46
5. Αποτελέσματα Επίδρασης του θανάτου ενός ασθενούς στους επαγγελματίες υγείας	48
6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	50
6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	50
6.2 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις	51

7. Συζήτηση	57
7.1. Οριοθετήσεις	60
7.2. Το προφίλ των οικογενειών	60
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις	61
Βιβλιογραφία	62

Διερεύνηση των ψυχοσωματικών επιπτώσεων των κλινικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο και ο ρόλος τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η αρρώστια θεωρείται ο κρίκος ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο και επιτρέπει τη βιολογική ερμηνεία του φαινομένου της κατάρρευσης του οργανισμού. Ο θάνατος ορίζεται ποικιλοτρόπως. Ένας συνήθης ορισμός του θανάτου είναι η μη αναστρέψιμη διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους. Ο θρήνος θεωρείται, κατά κάποιο τρόπο, η έμφυτη και φυσιολογική αντίδραση των ανθρώπων στο θάνατο ενός αγαπημένου τους. Ο φυσιολογικός θρήνος εμφανίζεται με χιλιάδες συναισθηματικές, κοινωνικές, συμπεριφορικές, σωματικές και γνωστικές εκδηλώσεις. Οι θεωρίες για τον θρήνο και την απώλεια περιγράφηκαν από σημαντικούς επιστήμονες, όπως ο Freud, ο Bowlby, ο Lindemann, ο Caplan, Carter και η Kubler-Ross. Μεταξύ του θανάτου και της ζωής, μεσολαβεί μια μέγιστη νοσηλευτική διεργασία, η ανακουφιστική φροντίδα, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου. Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών. Οι παρεμβάσεις που αφορούν την απώλεια και το θρήνο ενδέχεται να σχεδιασθούν και να υλοποιηθούν από κάποια ή από όλα τα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρεμβαίνουν με στόχο να βοηθηθούν οι ασθενείς ή οι οικογένειες τους ώστε να προσαρμοσθούν σε μια απώλεια. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του θανάτου η σχέση νοσηλευτή ασθενούς έχει πολλές παραμέτρους. Υπάρχει η άποψη ότι η εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων μετά από ένα συμβάν θανάτου στο γενικό νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί σαν μετατραυματικό stress. Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Η ψυχοσυναισθηματική και σωματική συμπτωματολογία που έχει παρατηρηθεί στα μέλη του προσωπικού υγείας, που έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τον θάνατο των ασθενών τους συνίσταται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα.

Investigation of the impact of clinical psychosomatic on health professionals against the death and their role in primary health care

The illness is considered the link between life and death and allows the biological interpretation of the phenomenon of the collapse of the organization. Death is defined variously. A common definition of death is the irreversible cessation of cardiopulmonary function or irreversible cessation of all brain functions, including the brain stem. The lament is, somehow, the innate and natural reaction of people in the death of a loved one. Normal grief displayed by thousands of emotional, social, behavioral, physical and cognitive functions. The theories about grief and loss described by leading scientists like Freud, Bowlby, Lindemann, Caplan, Carter and Kubler-Ross. Between death and life, mediates a maximum nursing process, palliative care, which improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with a life threatening illness. The psychological care provided to the patient is also important to meet the basic needs for security, autonomy and self-control, through which they can maintain a positive self-image and dignity in the face of imminent death. The health staff provide effective support to the patient who dies, when they recognize the grieving process and encourage the expression of often painful feelings, thoughts and concerns. Interventions relating to loss and grief may be designed and implemented by some or all members of the health care team. Nurses and social workers intervene in order to help patients and their families to adapt to a loss. During the death process the relationship nurse patient has many parameters. It is thought that the occurrence of psychosomatic events after an incident of death in the general hospital can be considered as traumatic stress. In an effort to control and reduce the anxiety created by the death of any member of staff health, unconsciously activates some normal defense mechanisms. The psycho-emotional and physical symptoms that have been observed in members of the health personnel, who are often faced with the death of their patients consists of physical, psychological and behavioral symptoms.

Εισαγωγή

Ο θάνατος αποτελεί ένα φαινόμενο τόσο βιολογικό όσο και κοινωνικό το οποίο έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί τις ανθρώπινες κοινωνίες ανεξαρτήτως πολιτισμικού ή τεχνολογικού επιπέδου. Πέρα από τη βιολογική του διάσταση, ο θάνατος αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο εφόσον στην πρόσληψη και αντιμετώπισή του εμπλέκεται το σύνολο της κοινωνίας. Το σημαντικότερο στοιχείο όμως είναι ότι ο τρόπος πρόσληψής του συνδέεται άμεσα με τις κυρίαρχες κοσμοεικόνες και κοσμοθεωρίες οι οποίες ισχύουν στην κάθε ιστορική κοινωνία (Αλεξιάς, 2002).

Ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος παρέχει τη φροντίδα σε αρρώστους που διανύουν το τελικό κομμάτι της ζωής τους, έχει να εκτελέσει μια σειρά πράξεων, με σκοπό να αντισταθεί στην επέλευση του θανάτου ή να συμβάλλει στην προετοιμασία του επικείμενου θανάτου. Αυτή η αβέβαιη πάλη με το θάνατο οριοθετεί ένα πεδίο, όπου εύκολα γεννιούνται αισθήματα ενοχής. Το ερώτημα που τίθεται κάθε φορά είναι αν θα μπορούσε να είχε κάνει κάτι καλύτερο, κάτι περισσότερο απ' ό,τι η αναπότρεπτη πραγματικότητα επιβάλλει. Η εσωτερική σύγκρουση γεννιέται κάθε φορά που ο θάνατος επέρχεται (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

Όλοι οι θάνατοι δεν προκαλούν την ίδια έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου ατόμου μετά από μακροχρόνια νόσο είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

ΜΕΡΟΣ Ι

ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΕΙΣ: ΑΡΡΩΣΤΙΑ, ΑΠΩΛΕΙΑ, ΘΑΝΑΤΟΣ, ΘΡΗΝΟΣ

Η αρρώστια εκλαμβάνει τη μορφή διαμεσολάβησης από τη ζωή στο θάνατο, γίνεται ο ενδιάμεσος κρίκος ο οποίος επιτρέπει τη βιολογική ερμηνεία του φαινομένου της κατάρρευσης του οργανισμού. Η αρρώστια και ο θάνατος παύουν να αποτελούν αντιφύσεις εχθρικές και ξένες προς τον άνθρωπο, την ύπαρξη και τη ζωή του και γίνονται στοιχεία δομικά και ενδογενή της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο θάνατος και η αρρώστια δεν προσβάλλουν από τα έξω τον άνθρωπο και τη ζωή του αλλά βρίσκονται από την αρχή μέσα στη ζωή, μια ζωή η οποία τείνει νομοτελειακά στο θάνατό της. Ο θάνατος δεν είναι πλέον ένα εξωτερικό γεγονός στον άνθρωπο αλλά αποτελεί μια βιολογική κατάσταση η οποία τον χαρακτηρίζει από τη στιγμή της γέννησής του. Από τη στιγμή που γεννιέται, κύτταρα γεννιούνται και κάποια άλλα πεθαίνουν σε μια δυναμική διαδικασία διαμέσου της οποίας η ζωή εξελίσσεται. Η δυναμική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης εμπεριέχει το θάνατο ως βασικό στοιχείο για την ανανέωση της ζωής (Αλεξιάς, 2002).

Η απώλεια είναι δυνατόν να ορισθεί ως μια πραγματική ή δυνητική κατάσταση κατά την οποία ένα προσφιλές πρόσωπο, αντικείμενο, μέρος του σώματος ή συναίσθημα που προϋπήρχε χάθηκε ή άλλαξε και δεν έχουμε πλέον τη δυνατότητα να το δούμε, να το αισθανθούμε, να το ακούσουμε, να το κατανοήσουμε ή να το βιώσουμε. Η απώλεια ενδέχεται να είναι προσωρινή ή μόνιμη, πλήρης ή μερική, πραγματική ή αντιληπτή, φυσική ή συμβολική. Μόνο το πρόσωπο που βιώνει την απώλεια είναι σε θέση να προσδιορίσει την έννοια της. Η απώλεια, πάντα, οδηγεί σε αλλαγή. Το στρες που σχετίζεται με την απώλεια ενδέχεται να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα που οδηγεί σε φυσιολογική ή ψυχολογική μεταβολή του ατόμου ή της οικογένειας. Η αποτελεσματική ή μη αναποτελεσματική αντιμετώπιση των συναισθημάτων απώλειας καθορίζει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις αλλαγές που απορρέουν από αυτήν (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Ο θάνατος ορίζεται ποικιλοτρόπως. Ένας συνήθης ορισμός του θανάτου είναι η μη αναστρέψιμη διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών συμπεριλαμβανομένου και του

εγκεφαλικού στελέχους. Με τα διαθέσιμα συστήματα καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης, το συχνότερα χρησιμοποιούμενο κριτήριο για τον προσδιορισμό του θανάτου είναι ο εγκεφαλικός θάνατος (μόνιμη μη αντιστρεπτή διακοπή της λειτουργίας όλων των περιοχών του εγκεφάλου). Αν και ο θάνατος αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της ζωής, είναι συχνά μια εξαιρετικά δύσκολη στιγμή για τον ετοιμοθάνατο και τους οικείους του. Ο θάνατος είναι δυνατόν να είναι τυχαίος (όπως από τραυματισμό) ή να συνιστά κατάληξη ενός μακρού και οδυνηρού αγώνα με κάποια ανίατη ασθένεια, όπως ο καρκίνος ή το AIDS. Ενδέχεται, επίσης, να είναι σκόπιμος, όπως στην περίπτωση της αυτοκτονίας (Αλεξιάς, 2002).

Ο προπαρασκευαστικός θρήνος είναι ένας συνδυασμός πνευματικών και συναισθηματικών αντιδράσεων και συμπεριφορών με τις οποίες τα άτομα ρυθμίζουν την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους εν όψει κάποιας δυνητικής απώλειας. Ο προπαρασκευαστικός θρήνος ενδέχεται να είναι η αντίδραση ενός ατόμου στον επικείμενο θάνατο του, τη δυνητική απώλεια κάποιων μελών ή λειτουργιών του σώματος, τη δυνητική απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, ζώου ή παρουσίας ή στη δυνητική απώλεια ενός κοινωνικού ρόλου (Lemone & Burke, 2004).

Ο θρήνος θεωρείται, κατά κάποιο τρόπο, η έμφυτη και φυσιολογική αντίδραση των ανθρώπων στο θάνατο ενός αγαπημένου τους. Ο φυσιολογικός θρήνος εμφανίζεται με χιλιάδες συναισθηματικές, κοινωνικές, συμπεριφορικές, σωματικές και γνωστικές εκδηλώσεις. Η κατάθλιψη, η απελπισία, το άγχος, ο θυμός, η κόπωση, το κλάμα, η κοινωνική απομόνωση, οι διαταραχές του ύπνου, η μείωση της ενεργητικότητας, η συχνή σκέψη και ενασχόληση με το νεκρό, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η αίσθηση ότι βρίσκεται κανείς εκτός πραγματικότητας είναι μερικές από τις εκδηλώσεις αυτές (Ζαρταλούδη, 2010).

Οι παραδοσιακές θεωρίες διακρίνουν στο θρήνο διάφορες φάσεις ή στάδια που προφανώς διανύουν τα άτομα που πενθούν κατά τη διαδρομή τους προς την παραδοχή και το συμβιβασμό με το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Ο Bowlby (1982), ο πιο γνωστός υποστηρικτής μιας τέτοιας θεωρίας που βασίζεται στη διαδοχή φάσεων στο θρήνο, ορίζει τα στάδια αυτής της διεργασίας ως εξής:

- σοκ και άρνηση (περίοδος που κρατάει κάποιες εβδομάδες)
- διαμαρτυρία και λαχτάρα επανασύνδεσης με το άτομο που πέθανε (επίσης κάποιες εβδομάδες)
- απελπισία, που συνοδεύεται από σωματική και συναισθηματική αναστάτωση και από κοινωνική απομόνωση (με διάρκεια μηνών ή και ετών)

- μια περίοδος βαθμιαίας ανάρρωσης, που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη ευεξία και αποδοχή της απώλειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ, ΤΟ ΘΡΗΝΟ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Freud: Ψυχαναλυτική θεωρία

Ο Freud (1917,1957) ανέφερε το πένθος και το θρήνο ως τρόπους αντίδρασης απέναντι σε μια απώλεια. Περιέγραψε τη διεργασία του πένθους ως μια διαδικασία σταδιακής απαγκίστρωσης του ατόμου από το απολεσθέν άτομο ή αντικείμενο. Παρατήρησε ότι με τη φυσιολογική διεργασία του θρήνου, αυτή η απαγκίστρωση ακολουθείται από μια μορφή ετοιμότητας για τη δημιουργία νέων προσκολλήσεων (αφοσίωση σε άλλο άτομο). Συγκρίνοντας τη μελαγχολία με τα «φυσιολογικά» συναισθήματα πένθους και την έκφραση της που είναι ο θρήνος, ο Freud παρατήρησε ότι η «διεργασία του θρήνου» είναι μια μη παθολογική κατάσταση που φθάνει σε μια κατάσταση ολοκλήρωσης μετά από μια περίοδο ψυχικής οδύνης (Lemone & Burke, 2004).

Bowlby: Διαμαρτυρία, απελπισία και αποχωρισμός

Ο Bowlby (1980) πίστευε ότι η διεργασία του θρήνου μετά την απώλεια ή τον αποχωρισμό από κάποιο αγαπημένο αντικείμενο ή πρόσωπο, τερματίζει με επιτυχία όταν το άτομο που διακατέχεται από πένθος βιώνει συναισθήματα αποδέσμευσης από το απολεσθέν αντικείμενο ή πρόσωπο. Διέκρινε τη διεργασία του πένθους σε τρεις φάσεις και αναγνώρισε συμπεριφορές που είναι χαρακτηριστικές για την καθεμιά φάση, όπως:

- *Διαμαρτυρία.* Η φάση της διαμαρτυρίας χαρακτηρίζεται από τη μη αποδοχή της απώλειας. Το άτομο βιώνει συναισθήματα θυμού απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους, καθώς και συναισθήματα αμφιθυμίας για το απολεσθέν αντικείμενο ή πρόσωπο. Το κλάμα και οι εκρήξεις θυμού χαρακτηρίζουν τη φάση αυτή.

- *Απόγνωση.* Η συμπεριφορά του ατόμου αποδιοργανώνεται. Η απελπισία εντείνεται καθώς οι προσπάθειες άρνησης της απώλειας ανταγωνίζονται την αποδοχή της οριστικής απώλειας. Το κλάμα και η λύπη σε συνδυασμό με την επιθυμία επιστροφής του απολεσθέντος αντικειμένου ή προσώπου, καταλήγουν σε αποδιοργανωμένες σκέψεις καθώς το άτομο αναγνωρίζει την πραγματικότητα της απώλειας.
- *Αποχωρισμός.* Καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται ότι η απώλεια είναι οριστική και σταδιακά παύει να παραμένει προσκολλημένο στο απολεσθέν αντικείμενο, παρατηρείται επαναδιοχέτευση ενέργειας. Το άτομο θυμάται τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πλευρές της σχέσης. Τη φάση αυτή χαρακτηρίζουν εκδηλώσεις αισιοδοξίας και ετοιμότητας να προχωρήσει στη ζωή.

Engel: Οξείες και μακροχρόνιες αντιδράσεις θρήνου

Ο Engel (1964) συσχέτισε τη διεργασία του θρήνου με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης του στρες: όταν το άτομο αντιληφθεί και αξιολογήσει την απώλεια (το στρεσογόνο γεγονός), προσαρμόζεται στην κατάσταση αυτή. Η αναγνώριση της επίδρασης των γνωστικών παραγόντων στη διεργασία του θρήνου από τον Engel συνέβαλε σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση της διεργασίας αυτής.

Ο Engel περιέγραψε τρία βασικά στάδια στη διεργασία του θρήνου: το οξύ στάδιο, το στάδιο αποκατάστασης και το χρόνιο στάδιο. Το οξύ στάδιο επιτελείται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση (*shock* και *δυσπιστία*), ξεκινά αμέσως μόλις το άτομο μάθει τα νέα για την απώλεια. Η αρχική του αντίδραση ενδέχεται να είναι η άρνηση, η οποία είναι δυνατόν να βοηθήσει το άτομο να ανταπεξέλθει στον συγκλονιστικό αυτό πόνο. Εναλλακτικά, το άτομο που διακατέχεται από θρήνο, στη φάση αυτή πιθανόν να φαίνεται ότι αποδέχεται την απώλεια, κάνοντας δηλώσεις όπως «ήταν για το καλύτερο», ενώ καταπιέζει τα συναισθήματα του. Αυτή η φάση του *shock* και της *δυσπιστίας* διαρκεί φυσιολογικά λίγες ώρες. Είναι δυνατόν, όμως, να συνεχισθεί για 1-2 ημέρες.

Μετά την αποδρομή του *shock* και της *δυσπιστίας*, ακολουθεί η δεύτερη φάση, της σταδιακής συνειδητοποίησης και επίγνωσης της κατάστασης. Το ανέκκλητο της απώλειας γίνεται πραγματικότητα και αναδύονται συναισθήματα όπως πόνος, αγωνία, θυμός, ενοχή και επίρριψη ευθυνών. Το άτομο αισθάνεται την ανάγκη να αποδώσει σε κάποιον ευθύνες για την απώλεια. Εκφράσεις όπως «ας ήταν να» και «γιατί» κυριαρχούν στον εκπεφρασμένο ή εσωτερικό διάλογο του πενθούντος. Το κλάμα

αποτελεί συνήθη εκδήλωση. «Την περίοδο αυτή βιώνεται ή εκφράζεται ο μεγαλύτερος βαθμός αγωνίας ή απελπισίας, εντός των επιβαλλόμενων από τα πολιτισμικά πρότυπα ορίων». Οι πολιτισμικά προτυποποιημένες συμπεριφορές, όπως η διατήρηση μιας στωικής στάσης δημοσίως ή το ξέσπασμα του ατόμου σε κλάματα, χαρακτηρίζουν τη φάση αυτή.

Το οξύ στάδιο ακολουθείται από το στάδιο αποκατάστασης κατά το οποίο οι τελετές πένθους ανάγονται σε θεσμό. Οι φίλοι και η οικογένεια συγκεντρώνονται για να στηρίξουν το άτομο που πενθεί μέσω πολιτισμικά υπαγορευόμενων τελετουργιών. Με το πέρας του χρόνου, ο πενθών συνεχίζει να αισθάνεται ένα δυσβάσταχτο κενό και παραμένει προσκολλημένος στην απώλεια. Ο πενθών μπορεί να απευθυνθεί σε μια ομάδα υποστήριξης ή να αναζητήσει άλλη μορφή βοήθειας για την αντιμετώπιση της απώλειας.

Μετά τη φάση αποκατάστασης που διαρκεί περίπου ένα έτος, ο πενθών αρχίζει να συμβιβάζεται με την ιδέα της απώλειας. Σε αυτό το μακροχρόνιο στάδιο, ανανεώνεται το ενδιαφέρον του για τους ανθρώπους και την ανάληψη δραστηριοτήτων. Το άτομο αντιμετωπίζει την απώλεια στις πραγματικές της διαστάσεις καθώς αρχίζει να δημιουργεί νέες σχέσεις. Ο Engel παρατήρησε ότι η περίοδος αυτή ενδέχεται να διαρκέσει 1-2 έτη ακόμη (Lemone & Burke, 2004).

Lindemann: Κατηγορίες συμπτωμάτων

Ο Lindemann (1944) πήρε συνέντευξη από άτομα που είχαν χάσει κάποιο προσφιλέστερο πρόσωπο κατά τη διάρκεια κάποιας θεραπείας, από άτομα που υπήρξαν θύματα καταστροφών, καθώς και από συγγενείς μελών των ενόπλων δυνάμεων που είχαν πεθάνει. Η έρευνα του Lindemann τον ώθησε να περιγράψει το φυσιολογικό, τον προπαρασκευαστικό και τον περιπεπλεγμένο θρήνο. Περιέγραψε τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της φυσιολογικού θρήνου σε κατηγορίες σωματικής δυσφορίας (φυσικά συμπτώματα χωρίς οργανικό αίτιο), έμμονης ενασχόλησης με την εικόνα του θανόντα, αισθημάτων ενοχής, εχθρικότητας και απώλειας των προτύπων συμπεριφοράς.

Ο προπαρασκευαστικός θρήνος ορίστηκε ως μια ομάδα προβλέψιμων αντιδράσεων απέναντι σε προβλεπόμενη απώλεια. Οι αντιδράσεις αυτές περιλαμβάνουν το φάσμα των αισθημάτων τα οποία βιώνει ένα άτομο ή μια οικογένεια που απασχολείται έντονα με μια προβλεπόμενη απώλεια. Ο όρος *περιπεπλεγμένος θρήνος* περιγράφει τις όψιμες και δυσλειτουργικές αντιδράσεις απέναντι στην

απώλεια, ενώ παρατηρήθηκαν διάφορα εξουθενωτικά προβλήματα υγείας σε άτομα που εκδήλωσαν υπερβολικές ή όψιμες αντιδράσεις απέναντι στην απώλεια.

Caplan: Στρες και απώλεια

Η θεωρία του Caplan (1990) για το στρες και τη σχέση του με την απώλεια βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της διεργασίας του θρήνου. Ο ίδιος διεύρυνε το αντικείμενο της διεργασίας του θρήνου για να συμπεριλάβει όχι μόνο το πένθος αλλά και άλλα επεισόδια στρες τα οποία βιώνουν τα άτομα, όπως αυτά που βιώνονται μετά από μια χειρουργική επέμβαση ή τοκετό. Ο Caplan περιέγραψε τις περιόδους αυτές ως «ψυχολογικές κρίσεις οι οποίες επιταχύνονται από επικίνδυνα γεγονότα, τα οποία οδηγούν σε προσωρινή διαταραχή της φυσιολογικής ομοιοστατικής ισορροπίας των δυνάμεων και τα οποία χαρακτηρίζουν τη συνδιαλλαγή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του». Πίστευε ότι αυτά τα «επικίνδυνα γεγονότα» οδηγούν ορισμένα άτομα σε ψυχολογική αστάθεια διότι οι ικανότητες αντιμετώπισης που διαθέτουν, δεν τα βοηθούν να ανακτήσουν τον έλεγχο της αδιέξοδης κατάστασης που βιώνουν.

Ο Caplan περιέγραψε τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στην απώλεια, και οι οποίοι, όπως πίστευε, υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν ψυχική δυσφορία για ένα έτος ή περισσότερο μετά την απώλεια. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Η ψυχική οδύνη από τη λύση του δεσμού και η αγωνία του ατόμου να συμβιβασθεί με την απώλεια
- Η ζωή χωρίς τις θετικές πλευρές και την καθοδήγηση του απολεσθέντος προσώπου ή πηγής
- Η μειωμένη αποτελεσματικότητα των γνωστικών ικανοτήτων και των τρόπων επίλυσης προβλημάτων σε συνδυασμό με την αφύπνιση των συναισθημάτων δυσφορίας
- Ο Caplan περιέγραψε, επίσης, τη διαδικασία οικοδόμησης νέων δεσμών για την αντικατάσταση αυτών που έχουν απωλεσθεί. Η διεργασία αυτή περιλαμβάνει δύο στοιχεία: ένα αίσθημα ελπίδας και την ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων ως μια μορφή συμμετοχής στην καθημερινή ζωή (Lemone & Burke, 2004).

Kubler-Ross: Στάδια αντιμετώπισης της απώλειας

Η έρευνα της Kubler-Ross (1969, 1978) για τον αιφνίδιο και επικείμενο θάνατο παρείχε ένα πλαίσιο ειδικότερης γνώσης σε σχέση με τα στάδια αντιμετώπισης μιας επικείμενης ή πραγματικής απώλειας. Σύμφωνα με την Kubler-Ross, δεν περνούν όλα τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια απώλεια από τα στάδια αυτά, και τα άτομα εκείνα που περνούν τα στάδια αυτά ενδέχεται να μη τα βιώνουν με την περιγραφείσα σειρά. Κατά τον προσδιορισμό των σταδίων του αιφνίδιου και επικείμενου θανάτου, η Kubler-Ross (1978) υπογράμμισε επανειλημμένα τον κίνδυνο του πρόωρου χαρακτηρισμού ενός «σταδίου» και τόνιζε ότι στόχος της ήταν να περιγράψει τις παρατηρήσεις της σχετικά με το πώς τα άτομα συμβιβάζονται με τις καταστάσεις απώλειας. Ορισμένες ή όλες από τις παρακάτω αναφερόμενες αντιδράσεις πιθανόν να εκδηλωθούν κατά τη διάρκεια της διεργασίας του θρήνου και ενδέχεται να επανεμφανιστούν καθώς το άτομο βιώνει την απώλεια (Lemone & Burke, 2004).

- Το στάδιο της άρνησης: Οι περισσότεροι ασθενείς που πληροφορούνται ότι πάσχουν από κάποια θανατηφόρα ασθένεια αρχικά δεν συνειδητοποιούν πλήρως την κατάσταση. Επειδή ο θάνατος είναι κάτι το απεχθές, είναι φυσικό να κινητοποιούνται αυτόματοι μηχανισμοί άμυνας που έχουν σαν σκοπό να περιορίσουν τον φόβο και το άγχος. Η άρνηση και η αποκήρυξη της έννοιας του θανάτου λειτουργεί αρχικά θετικά περιορίζοντας το άγχος. Με την πάροδο όμως του χρόνου η άρνηση αυτή καθίσταται ανεπαρκής σαν μέσο άμυνας. Είναι πολύ λίγοι οι ασθενείς που μπορούν να διατηρήσουν τον μύθο της καλής τους υγείας μέχρι το τέλος. Η στάση του θεράποντος ιατρού θα καθορίσει κατά πόσο η άρνηση της πραγματικότητας θα λειτουργήσει θετικά για τον ασθενή. Εφόσον υπάρχει χρόνος και επιστημονικά τεκμηριωμένη αισιοδοξία, ο γιατρός μπορεί να ενθαρρύνει αυτήν τη στάση. Όταν όμως τα δεδομένα δείχνουν ότι ο θάνατος είναι προδιαγεγραμμένος, τότε ο γιατρός οφείλει να πει όλη την αλήθεια και να μην αφήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει μοναχός την εμπειρία του θανάτου. Αρκετοί ασθενείς δεν καταφέρνουν να ξεπεράσουν το πρώτο αυτό στάδιο αρνούμενοι πεισματικά να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα μέχρι την τελική πτώση. Υποβάλλονται διαρκώς σε επαναληπτικές εξετάσεις, ψάχνουν εναλλακτικές θεραπείες και γυρίζουν ασταμάτητα από γιατρό σε γιατρό μέχρι να βρουν κάποιον που να υποστηρίξει τη θέση τους (Kubler-Ross, 2001).
- Το στάδιο του θυμού: Όταν το στάδιο της άρνησης παρέλθει, τότε το μοιραίο ερώτημα «γιατί εγώ» αρχίζει να πυροδοτεί αισθήματα θυμού, αγανάκτησης και

οργής. Οι εκρήξεις θυμού είναι απροσδόκητες και ο ασθενής γίνεται ιδιότροπος και επιθετικός προς το οικογενειακό περιβάλλον και γενικά προς όλους εκείνους που μπορούν να χαίρονται αυτά που εκείνοι στερούνται ή πρόκειται σύντομα να στερηθούν. Τα νέα και τα δραστήρια άτομα είναι γενικά πιο επιρρεπή σ' αυτή την επιθετική και τυραννική συμπεριφορά προς το περιβάλλον. Ενοχλούνται με το παραμικρό, παραπονούνται διαρκώς και το κουδούνι στη νοσηλευτική θέση ηχεί ασταμάτητα. Ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό γίνονται αντικείμενα αδιάκοπης κριτικής σχετικά με την επάρκεια και τις ικανότητές τους. Πολλές φορές, λόγω της συμπεριφοράς αυτής, το επισκεπτήριο των οικείων προσώπων περιορίζεται και το γεγονός αυτό επιτείνει τον θυμό και το παράπονο των ασθενών. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αντιδρά με υπομονή και ευελιξία στις παράλογες απαιτήσεις και στην απότομη συμπεριφορά. Είναι τραγικό λάθος η λογομαχία και η σύγκρουση με τον ασθενή που βιώνει το δράμα του αποχωρισμού και της εγκατάλειψης. Εκείνο που βασικά χρειάζεται για να αντιπαρέλθει την εύλογη οργή του είναι να κατανοήσει ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένος και ότι αντιμετωπίζεται ακόμη σαν ζωντανό ανθρώπινο πλάσμα (Kubler-Ross, 2001).

- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης: Καθώς ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι με τον θυμό δεν αλλάζει το αναπόφευκτο, αρχίζει να εκδηλώνεται η ουτοπιστική συμπεριφορά της διαπραγμάτευσης και του παζαρέματος. Όπως συμβαίνει με τα παιδιά που τους τάζουν κάτι και υπόσχονται να είναι καλά για να αποκτήσουν κάτι που επιθυμούν από τους γονείς τους. Στη θλιβερή αυτή δημοπρασία που έχει σαν αντίτιμο τη θεραπεία ή τουλάχιστον μια μικρή παράταση της ζωής, τίθενται στο τραπέζι διάφορες υποσχέσεις που στοχεύουν στο να εξευμενίσουν τον Θεό και τη μοίρα. Υπόσχονται λοιπόν να αλλάξουν αν σωθούν, να γίνουν καλοί, να ευεργετήσουν τους συνανθρώπους τους και οτιδήποτε άλλο μπορεί να κυοφορήσει η ανθρώπινη φαντασία υπό τον όρο να τους δοθεί κάποια πίστωση χρόνου. Αν κερδίσουν λίγο χρόνο ξεχνούν τις υποσχέσεις και όπως τα παιδιά μηχανεύονται ένα καινούργιο παζάρεμα. Το στάδιο αυτό είναι συνήθως βραχύχρονο και δύσκολο να μελετηθεί καθώς η διαπραγμάτευση γίνεται πολλές φορές σε προσωπικό επίπεδο με τον Θεό (Kubler-Ross, 2001).
- Το στάδιο της κατάθλιψης: Σε προχωρημένο στάδιο της πάθησης, όταν τα συμπτώματα εντείνονται και η γενική κατάσταση χειροτερεύει, ο ασθενής συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της κατάστασης και καθώς η ομίχλη διαλύεται

αρχίζει να ατενίζει το τέλος του δρόμου. Τα μέσα αυτοάμυνας εξαντλούνται και ο ασθενής πέφτει σε κατάθλιψη. Οι πηγές της κατάθλιψης είναι πολλές. Αρχικά θλίβονται για την απώλεια των απλών καθημερινών πραγμάτων και για τους περιορισμούς και την ταλαιπωρία στην οποία θα υποβληθούν τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Στη συνέχεια επικεντρώνονται στα πράγματα που δεν πρόκειται ποτέ να ζήσουν και που για τους απλούς ανθρώπους αποτελούν πηγές χαράς και ολοκλήρωσης. Η κατάθλιψη κλιμακώνεται όταν συνειδητοποιούν την επικείμενη απώλεια των αγαπημένων προσώπων και τον κίνδυνο της απομόνωσης και της εγκατάλειψης. Η πιο δραματική όμως στιγμή έρχεται όταν αισθάνονται κοντά την ανάσα του θανάτου και κυριεύονται από την απόγνωση και τον τρόμο του άγνωστου. Η κατάθλιψη θεωρείται ένα μέσο με το οποίο προετοιμάζεται η συμφιλίωση με την ιδέα του θανάτου. Καθώς ο ασθενής ετοιμάζεται για το στάδιο της αποδοχής, η ενθάρρυνση και οι ελπιδοφόρες διαβεβαιώσεις από την πλευρά του θεράποντος ιατρού δεν φαίνεται να έχουν κανένα νόημα. Είναι αντιφατικό να λες στον ασθενή να μην αισθάνεται θλίψη και μοναξιά όταν έχει πλέον βαθιά συνειδητοποιήσει ότι όλα πρόκειται σύντομα να χαθούν. Όταν αφεθεί να εκφράσει ελεύθερα τη θλίψη του τότε ο δρόμος προς την αποδοχή γίνεται πιο εύκολος. Στο τελικό στάδιο της κατάθλιψης που έχει περισσότερο τα χαρακτηριστικά της απάθειας, ο ασθενής είναι σιωπηρός και αποφεύγει τις συζητήσεις. Εγκαταλείπει σιγά-σιγά τη μάχη και αρχίζει να πενθεί σιωπηρά για τον επικείμενο θάνατο του (Kubler-Ross, 2001).

- Το στάδιο της παράδοσης και της αποδοχής: Αφού περάσουν ή παρακαμφθούν τα προηγούμενα στάδια με ή χωρίς βοήθεια, ορισμένοι ασθενείς φθάνουν σ' ένα σημείο όπου δεν είναι ιδιαίτερα θλιμμένοι ή θυμωμένοι με τη μοίρα τους. Αναπολούν τη ζωή με τα αγαπημένα πρόσωπα και μπορούν να εκφράσουν τη λύπη τους και να πενθήσουν για την επικείμενη απώλεια των πραγμάτων και των προσώπων που έχουν σημασία γι' αυτούς, αλλά ατενίζουν το πεπρωμένο με ένα αίσθημα ήρεμης συγκατάβασης. Συνήθως είναι αδύναμοι και έχουν ανάγκη από συχνές περιόδους ανάπαυσης. Η αποδοχή αυτή είναι στην ουσία ένα κενό συναισθημάτων, είναι η ανάπαυση μετά τη μάχη και πριν από το τελευταίο ταξίδι. Ο κύκλος των ενδιαφερόντων στενεύει και ο ασθενής σταδιακά απομονώνεται από τον εξωτερικό κόσμο και από τα άτομα του στενού περιβάλλοντος. Η επικοινωνία γίνεται όλο και πιο σιωπηρή και δεν επιθυμεί τα μακρόχρονα επισκεπτήρια. Πολλές φορές με ένα νεύμα παροτρύνει τους

ανθρώπους να καθίσουν ήσυχα και να μην μιλούν. Δεν έχει ανάγκη από ανούσιες λέξεις, αλλά μονάχα από την παρουσία και τη φροντίδα των ανθρώπων γύρω του ώστε να μην αισθάνεται μόνος και εγκαταλελειμμένος. Το οικογενειακό περιβάλλον και οι στενοί φίλοι δεν θα πρέπει να εκλάβουν τη συμπεριφορά αυτή σαν απόρριψη της ζωής και του περιβάλλοντος παρά μόνον σαν ένα βήμα της φυσιολογικής διαδικασίας του αποχωρισμού από τα εγκόσμια. Αν και ο ασθενής απομονώνεται συναισθηματικά δημιουργώντας ένα νησί μέσα στον εαυτό του, εξακολουθεί να χρειάζεται την παρουσία και τη θαλπωρή των ανθρώπων γύρω του (Kubler-Ross, 2001).

Carter: Ζητήματα πένθους

Η Carter (1989) εστίασθηκε στον προσδιορισμό των ζητημάτων πένθους που εκφράζονται από άτομα τα οποία θρηνούν. Προσδιόρισε θέματα που αποκαλύπτονται από άτομα που έχουν βιώσει τον θάνατο αγαπημένου τους προσώπου, όπως:

- Ο μεταβαλλόμενος χαρακτήρας του θρήνου, συμπεριλαμβανομένων των «περιόδων» έντονου πόνου που είναι δυνατόν να πυροδοτούνται μετά από παρέλευση ετών από τον θάνατο, από μια φωτογραφία του προσφιλούς προσώπου, ένα αγαπημένο του τραγούδι, ένα άρωμα ή οτιδήποτε άλλο θυμίζει το προσφιλές πρόσωπο.
- Η διατήρηση της ανάμνησης του θανόντος, μια προσωπική διεργασία διατήρησης του γεγονότος και της σημασίας της ύπαρξης του προσφιλούς προσώπου.
- Οι προσδοκίες, προσωπικές και κοινωνικές, σχετικά με το πώς θα αντιδρούσε ο πενθών στη δοκιμασία.
- Ο σημαντικός ρόλος του προσωπικού ιστορικού στην ποιότητα και τη σημασία του προσωπικού πένθους (Lemone & Burke, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα (Γιακουμιδάκης & Μόνιου, 2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2008), με τον όρο ανακουφιστική φροντίδα εννοούμε την προσέγγιση, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίζονται μέσω της άμεσης αναγνώρισης, της σωστής αξιολόγησης και της αντιμετώπισης του πόνου, αλλά και άλλων συμπτωμάτων, οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η φροντίδα τελικού σταδίου ξεκινά, συνήθως, όταν ο ασθενής έχει πρόγνωση 6 μήνες ζωής ή λιγότερο και ολοκληρώνεται με την οικογένεια 1 έτος μετά το θάνατο του ασθενούς. Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα τελικού σταδίου συνεργάζονται με μια διεπιστημονική ομάδα ή άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, πνευματικοί σύμβουλοι, βοηθοί κατ' οίκον φροντίδας και εθελοντές για την παροχή περιεκτικής παρηγορητικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής που παρέχει φροντίδα τελικού σταδίου συνδυάζει όλες τις δεξιότητες του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας και έχει τη δυνατότητα να παρέχει καθημερινή συναισθηματική υποστήριξη στους ετοιμοθάνατους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα τελικού σταδίου είναι ειδικά καταρτισμένοι στην αντιμετώπιση του πόνου και των συμπτωμάτων της ασθένειας. Στόχος τους είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής

και η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ετοιμοθάνατου ασθενούς (Lemone & Burke, 2004).

Η ανακουφιστική φροντίδα:

- Ανακουφίζει από τον πόνο και άλλα συμπτώματα
- Επιβεβαιώνει την αξία της ζωής και αναγνωρίζει το θάνατο ως μια φυσιολογική διεργασία
- Δε στοχεύει ούτε στην επιτάχυνση, ούτε στην επιβράδυνση του θανάτου
- Ενοποιεί τις ψυχολογικές και πνευματικές διαστάσεις της φροντίδας
- Προσφέρει ένα υποστηρικτικό δίκτυο, το οποίο βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει κατά το δυνατό ενεργητικό ρόλο
- Προσφέρει ένα υποστηρικτικό δίκτυο, το οποίο βοηθά την οικογένεια να αντιμετωπίσει την ασθένεια του δικού της ανθρώπου και τον επακόλουθο θάνατο
- Ασκείται από ομάδα θεραπειών που στοχεύουν στην αναγνώριση των αναγκών του ασθενή και της οικογένειάς του
- Ενισχύει την ποιότητα ζωής και ενδέχεται να επιδρά θετικά στην πορεία της νόσου
- Είναι εφαρμόσιμη από τα αρχικά στάδια της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στην παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία
- Περιλαμβάνει παρεμβάσεις, οι οποίες οδηγούν σε βαθύτερη κατανόηση και καλύτερη διαχείριση των κλινικών συμπτωμάτων (Lorenz et al., 2008).

Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (*process of dying*), ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (*state of being dead*) (Kubler-Ross, 2005).

- Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητά του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμησή του και τον αυτοσεβασμό του.
- Ο φόβος της εξάρτησης είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτόρκες στη ζωή του. Αντιμέτωπο με την απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» για τους άλλους.

- Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε άλλης οργανικής δυσφορίας αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.
- Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς είναι ιδιαίτερα συχνός όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι δεν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στον ασθενή και οι συγγενείς απομακρύνονται ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα, επειδή υποφέρουν όταν βλέπουν τον αγαπημένο τους να πεθαίνει.
- Ο φόβος του αποχωρισμού εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό του ατόμου σχετικά με το τι θα απογίνουν οι συγγενείς του, πώς θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα εάν ο ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλε στη συνοχή της.
- Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση. Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς μπορεί να φοβούνται τη «θεία δίκη» που τους περιμένει στη μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.
- Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: «Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω βάλει στη ζωή μου;», «Θα χάσω την ταυτότητά μου;», «Υπάρχει ζωή μετά το θάνατο;», «Κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;».
- Ο φόβος για την τύχη του σώματος, η ταφή και η αποσύνθεσή του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Συνήθως οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες του επικεντρώνονται περισσότερο στο «πώς» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο ευαίσθητοποιημένο προσωπικό υγείας να συμβάλλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο.

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου. Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στον ίδιο, όσο και στο άμεσο περιβάλλον του. Παράλληλα θεωρείται αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων. Μ'αυτόν τον τρόπο δίνεται στον άρρωστο η δυνατότητα να προβλέψει όσα πρόκειται να συμβούν και να προσαρμοστεί σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις (Μαλλισόβα & Κάλλας, 2009).

Ο ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Ο θάνατος στο γενικό νοσοκομείο

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

Όλοι οι θάνατοι δεν προκαλούν την ίδια ένταση ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου ατόμου μετά από μακροχρόνια νόσο είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, αλλά και στην πείρα του νοσηλευτικού προσωπικού (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα

τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση η οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητη και αρνητική για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του αρρώστου. Κάτω από παρόμοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον άρρωστο, αλλά προστατεύει τον εαυτό του από την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή. Στην πραγματικότητα, ο μόνος τρόπος για να μπορέσει ο άρρωστος να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματά του, εκφράζοντάς τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να τον ακούσει και ενδιαφέρεται να τον καταλάβει (Μαλλισόβα & Κάλλας, 2008).

Φροντίδα Ασθενούς που πεθαίνει

Σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν εκπαιδευτεί στη φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς. Για παράδειγμα είναι λάθος η τακτική να μεταφέρεται ο ετοιμοθάνατος ασθενής σε ένα απομονωμένο δωμάτιο και να απομακρύνονται οι συγγενείς, τακτική που συναντιέται συνήθως στα νοσοκομεία. Η ορθή τακτική απαιτεί την παροχή φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει (Ellershaw & Ward, 2003).

Οι ασθενείς σταδιακά χάνουν τις δυνάμεις τους και είναι δύσκολο να λάβουν φάρμακα από το στόμα. Τα μη απαραίτητα φάρμακα διακόπτονται. Όταν απαιτείται η χορήγηση φαρμάκων (οπιοειδή, αντιεμετικά, αγχολυτικά) προτιμάται η υποδόρια χορήγηση και αν είναι δυνατόν η συνεχής έγχυση. Επίσης πρέπει να διακόπτονται οι εξετάσεις αίματος και η μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Επίσης πρέπει να διακόπτεται η χορήγηση ενδοφλέβια ορών. Η εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε αυτούς τους ασθενείς αποτελεί μάταιη και μη αρμόζουσα διαδικασία. Η παρακολούθηση του ασθενούς αφορά την διακριτική παρατήρηση για ζητήματα πόνου και άγχους. Αν υπάρχει διαταραχή στην ούρηση ή επίσχεση ούρων μπορεί να γίνει καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης, χωρίς άλλες επεμβατικές διαδικασίες (Ellershaw & Ward, 2003).

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που πεθαίνει, η οποία διασφαλίζει έναν ειρηνικό θάνατο, ορίζεται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (1997) και υποστηρίχθηκε περαιτέρω από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικών Κολεγίων

(American Association of Colleges of Nurses-AACN) (1999). Οι αρχές της παρηγορητικής φροντίδας είναι βασικές σε ό,τι αφορά τη φροντίδα του ασθενούς που πεθαίνει: από την άποψη, ότι οι άνθρωποι αυτοί ζουν μέχρι τη στιγμή που θα πεθάνουν, ότι αυτή η φροντίδα μέχρι την επέλευση του θανάτου είναι δυνατόν να παρασχεθεί από διάφορους επαγγελματίες υγείας και ότι η φροντίδα αυτής της μορφής είναι συντονισμένη, ευαίσθητη απέναντι στην πολιτισμική ποικιλότητα, παρέχεται σε 24ωρη βάση και είναι κατάλληλη για τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανησυχίες του ασθενούς και της οικογένειάς του. Παρακάτω αναφέρονται επιλεγμένες ικανότητες επαγγελματικής επάρκειας που είναι απαραίτητες για τους νοσηλευτές ώστε να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας στον ασθενή που πεθαίνει όπως ορίζεται από την AACN (1999), όπως:

- Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει ως αναπόσπαστη συνιστώσα της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή και η εκδήλωση συμπάθειας απέναντι στον ίδιο, την οικογένειά του και τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού γύρω από θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής.
- Η αναγνώριση των προσωπικών αντιλήψεων, αισθημάτων, αξιών και προσδοκιών σε σχέση με τον θάνατο αλλά και της προσωπικής, πολιτισμικής και πνευματικής ποικιλότητας που ενυπάρχει σε αυτές τις αντιλήψεις και τα έθιμα.
- Η εκδήλωση σεβασμού απέναντι στις απόψεις και τις επιθυμίες του ασθενούς κατά τη διάρκεια της φροντίδας στα τελευταία στάδια της ζωής.
- Η χρήση επιστημονικών μεθόδων για την εκτίμηση των συμπτωμάτων (π.χ. πόνος, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, άγχος, κόπωση, ναυτία/έμετος και διαταραχή της γνωσιακής λειτουργίας) που βιώνουν οι ασθενείς στο τέλος της ζωής τους.
- Η χρήση των δεδομένων από την εκτίμηση των συμπτωμάτων για τον σχεδιασμό και την παρέμβαση στη διαχείριση τους, μέσω της χρήσης των πλέον εξελιγμένων παραδοσιακών και συμπληρωματικών προσεγγίσεων.
- Η βοήθεια προς τον ασθενή, την οικογένειά του, τους συναδέλφους, αλλά και προς τον ίδιο του τον εαυτό για την αντιμετώπιση του πόνου, της θλίψης, της απώλειας και του πένθους κατά τη φροντίδα στο τέλος της ζωής.

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την πορεία προς το θάνατο

Ο θάνατος ενδέχεται να επέλθει γρήγορα ή αργά. Οι αλλαγές της φυσιολογικής κατάστασης του ασθενούς είναι μέρος της πορείας προς το θάνατο. Οι μεταβολές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα κάποιες ή όλες τις κλινικές εκδηλώσεις που παρατίθενται στο παρακάτω Πλαίσιο καθώς πλησιάζει ο θάνατος.

- Αδυναμία και κόπωση: Η αδυναμία και η κόπωση επιφέρουν δυσφορία, ιδιαίτερα στις αρθρώσεις του ασθενούς, και συμβάλλουν στον κίνδυνο εμφάνισης ελκών από πίεση.
- Ανορεξία και μειωμένη πρόσληψη τροφής: Αν και η ανορεξία και η μειωμένη πρόσληψη τροφής αποτελούν φυσιολογικές εκδηλώσεις από πλευράς του ασθενούς που πεθαίνει, ωστόσο η οικογένεια συχνά τις εκλαμβάνει ως «παραίτηση». Η ανορεξία πιθανόν να είναι προστατευτικός μηχανισμός. Η διάσπαση των λιπών του οργανισμού καταλήγει σε κέτωση, γεγονός που προκαλεί μια αίσθηση ευεξίας που βοηθά στη μείωση του πόνου. Η παρεντερική ή εντερική σίτιση δεν βελτιώνει τα συμπτώματα ούτε παρατείνει τη ζωή και είναι δυνατόν στην πραγματικότητα να προκαλέσει δυσφορία. Καθώς επιδεινώνονται η αδυναμία και η δυσκολία κατάποσης, το φαρυγγικό αντανακλαστικό (gag reflex) μειώνεται και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης όταν χορηγείται τροφή από το στόμα.
- Διαταραχή της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών: Η μειωμένη πρόσληψη υγρών από το στόμα είναι φυσιολογική στο τέλος της ζωής. Τα παρεντερικά υγρά χορηγούνται μερικές φορές για τη μείωση του παραληρήματος, αλλά ενδέχεται να προκαλέσουν οίδημα, δύσπνοια, βήχα και αναπνευστικές εκκρίσεις. Εάν ο ασθενής έχει οίδημα ή ασκίτη, υπάρχει περίσσεια υγρού στο σώμα και δεν υπάρχει, συνεπώς, κίνδυνος αφυδάτωσης.
- Υπόταση και νεφρική ανεπάρκεια: Καθώς μειώνεται η καρδιακή παροχή, μειώνεται και ο ενδαγγειακός όγκος αίματος. Ως εκ τούτου, μειώνεται η αιμάτωση και διακόπτεται η νεφρική λειτουργία. Η αποβολή ούρων είναι μειωμένη. Ο ασθενής θα παρουσιάσει ταχυκαρδία, υπόταση, ψυχρά άκρα και κυάνωση με διάστιξη του δέρματος.
- Νευρολογική δυσλειτουργία: Η νευρολογική δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα κάποιων ή όλων από τα εξής αναφερόμενα αίτια: μειωμένη εγκεφαλική αιμάτωση, υποξαιμία, μεταβολική οξέωση, σηψαιμία, συσσώρευση τοξινών από το ήπαρ και τη νεφρική ανεπάρκεια, δράση των φαρμάκων και σχετικοί με τη νόσο παράγοντες. Οι μεταβολές αυτές πιθανόν να καταλήξουν σε μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή διεγερτικό παραλήρημα. Οι ασθενείς με τελικό

παραλήρημα ενδέχεται να εμφανίζουν σύγχυση, ανησυχία ή διέγερση. Η διέγερση συνοδεύεται συνήθως από βογγητά, αναστεναγμούς και μορφασμούς, τα οποία συχνά εκλαμβάνονται λανθασμένα ως εκδήλωση πόνου. Το επίπεδο της συνείδησης μειώνεται συχνά σε σημείο που ο ασθενής αδυνατεί ξυπνήσει. Μολονότι το μειωμένο επίπεδο συνείδησης και η διέγερση είναι φυσιολογικές καταστάσεις στους ασθενείς που πεθαίνουν, εντούτοις προκαλούν έντονη συναισθηματική καταπόνηση στην οικογένεια. Ο ασθενής που πεθαίνει λόγω του ότι συνήθως εμφανίζει μεταβολή της εγκεφαλικής λειτουργίας, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται παρά την κλίνη και να μιλά καθαρά. Η ακοή θεωρείται ότι είναι η τελευταία αίσθηση που χάνει ο ασθενής που πεθαίνει. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει ποτέ να μιλά χαμηλόφωνα ή να συζητά με την οικογένεια αγνοώντας τον ασθενή.

- **Μεταβολές της αναπνευστικής λειτουργίας:** Οι μεταβολές της αναπνευστικής λειτουργίας είναι φυσιολογικές την περίοδο αυτή. Ο ασθενής ενδέχεται να εμφανίζει δύσπνοια, άπνοια ή αναπνοές Cheyne-Stokes, και πιθανόν να χρησιμοποιεί τους επικουρικούς μυς για να αναπνεύσει. Τα υγρά που συσσωρεύονται στους πνεύμονες και τον στοματοφάρυγγα είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αυτό που ονομάζεται «επιθανάτιος ρόγχος». Η χορήγηση οξυγόνου πιθανόν να μην ανακουφίσει αυτές τις εκδηλώσεις.
- **Ακράτεια ούρων και/ή κοπράνων:** Η απώλεια ελέγχου των σφιγκτήρων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ακράτεια κοπράνων ή ούρων.
- **Πόνος:** Σύνηθες πρόβλημα στους ασθενείς που πεθαίνουν, και μάλιστα είναι αυτό που συχνά οι άνθρωποι φοβούνται περισσότερο. Είναι υψίστης σημασίας η διατήρηση της ανακούφισης του ασθενούς με τη βοήθεια ανακουφιστικών μέτρων αλλά και με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις οδηγίες, για την αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους (Lemone & Burke, 2004).

Υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας

Καθώς επιδεινώνεται η κατάσταση, η γνώση του νοσηλευτή για τον ασθενή και την οικογένεια καθοδηγεί την παρεχόμενη φροντίδα. Είναι ίσως απαραίτητο να παρέχεται στους ασθενείς η ευκαιρία να εκφράζουν τις προσωπικές τους προτιμήσεις για το πού επιθυμούν να πεθάνουν, για την κηδεία και την ταφή. Ο ασθενής έχει ανάγκη από μια ευκαιρία να αποχαιρετήσει τους άλλους. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και στηρίζει

τον ασθενή και την οικογένεια στη διαδικασία του αποχωρισμού ως απαραίτητο μέρος της διεργασίας του θρήνου. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι ο αποχωρισμός είναι οδυνηρός και εάν το επιθυμεί ο ασθενής ή η οικογένεια παραμένει μαζί τους. Τα μέλη της οικογένειας συχνά φοβούνται να παρευρίσκονται δίπλα στον ετοιμοθάνατο την ώρα που ψυχορραγεί και το να πεθάνει κανείς μόνος είναι ο μεγαλύτερος φόβος που εκφράζουν οι ασθενείς (Ellershaw & Ward, 2003).

Οι παρεμβάσεις που αφορούν την απώλεια και το θρήνο ενδέχεται να σχεδιασθούν και να υλοποιηθούν από κάποια ή από όλα τα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρεμβαίνουν με στόχο να βοηθηθούν οι ασθενείς ή οι οικογένειες τους ώστε να προσαρμοσθούν σε μια απώλεια. Προβαίνουν, επίσης, σε παραπομπές σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (συμβούλους πένθους, κοινωνικές υπηρεσίες), σε ομάδες υποστήριξης, εφημέριους, ή σε υπηρεσίες νομικής/οικονομικής βοήθειας (Lemone & Burke, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Kalish (1985), σε έρευνά του, υποστηρίζει ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επιδίωξη των ιατρών είναι η ίαση της νόσου και έτσι οι στόχοι τους προσανατολίζονται στη θεραπεία του αρρώστου. Συνεπώς, αναλώνονται σε παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σ' αυτήν, με αποτέλεσμα η ιερότητα της ζωής να παραγκωνίζει την ποιότητα. Όταν συνειδητοποιούν ότι οι παρεμβάσεις τους αποδεικνύονται άσκοπες, απομακρύνονται από τον άρρωστο, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βιώνουν συναισθήματα ενοχής, οργής, αδυναμίας ή ματαιώσης (Παπαδάτου, 1999).

Αντίθετα, οι νοσηλευτές είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη φροντίδα του αρρώστου και βιώνουν από κοντά όλες τις φάσεις της πορείας του προς το κατώφλι του θανάτου. Βήμα-βήμα γνωρίζουν τον άρρωστο καλύτερα, συνδέονται μαζί του και επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να προσεγγίσει τον άρρωστο παρέχοντάς του την απαιτούμενη για την κατάστασή του νοσηλευτική φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να προστατεύσει τον εαυτό του από τα έντονα συναισθήματα που θα του προκαλέσει ο επικείμενος θάνατος. Προκειμένου να μειώσει και να ελέγξει τα συναισθήματά του, προβαίνει στην ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας και στην εφαρμογή ποικίλων συμπεριφορών. Κάθε θάνατος τον οποίο δεν μπορούμε να αναστείλουμε, ανακαλεί το φόβο του προσωπικού μας θανάτου. Η κατάργηση των συνόρων ανάμεσα στον προσωπικό μας θάνατο και στη γενική έννοια του θανάτου επέρχεται όταν με το πρόσωπο που πεθαίνει συνδεόμαστε συναισθηματικά (Παπαδάτου, 1999).

Ο θρήνος του επαγγελματία υγείας

Συχνά ερωτήματα που θέτονται από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου αφορούν αφενός στη στάση που πρέπει να τηρηθεί απέναντι στον ασθενή, βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, και αφετέρου στα προσωπικά συναισθήματα που πηγάζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες συνθήκες και στον τρόπο διαχείρισής τους. Ο προβληματισμός ως προς τον τρόπο αντίδρασης, η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, αλλά και ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισης ώστε ο ασθενής να νιώσει ελεύθερος να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του, ανήκουν στα θέματα που απασχολούν τον επαγγελματία υγείας (Winnie, 1999).

Οι τεχνολογικές ανακαλύψεις τροποποίησαν την οργανωτική και τεχνική πλευρά της αντιμετώπισης του ασθενούς που πεθαίνει. Οι επιστημονικές ανακαλύψεις τείνουν να ελαττώσουν τον πόνο και καλλιεργούν την παράλογη ελπίδα ότι μπορεί να νικηθεί ο θάνατος. Από την άλλη, η πίεση του φόρτου εργασίας είναι μεγάλη για το νοσηλευτικό προσωπικό, επιβαρύνει το νοσηλευτή σε συναισθηματικό επίπεδο και μεταβάλλει τις συνιστώσες της προσωπικής του ισορροπίας. Το πρόβλημα γίνεται οξύτερο για το νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης, της ομάδας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, των επειγόντων περιστατικών ή των μονάδων εντατικής θεραπείας, λόγω της αυξημένης συχνότητας με την οποία εκτίθεται στο στρεσογόνο παράγοντα. Έτσι, η θέση του ψυχιάτρου ή του ειδικευμένου ψυχολόγου σε ένα γενικό νοσοκομείο επιτρέπει την επεξεργασία της προβληματικής του θανάτου, όταν αυτός αγγίζει την ψυχή του νοσηλευτή (Κατσιμίγκας και συν., 2007).

Ο νοσηλευτής που έχει αναπτύξει μια στενή σχέση με το θανόντα είναι δυνατόν να νιώσει έντονα συναισθήματα θρήνου. Το μοίρασμα των συναισθημάτων με την οικογένεια μετά τον θάνατο του αγαπημένου προσώπου βοηθά τόσο τον νοσηλευτή όσο και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα τους για την απώλεια. Η παροχή χρόνου για εκδηλώσεις θρήνου μετά τον θάνατο του ασθενούς βοηθά στην απελευθέρωση των συναισθημάτων και αποτρέπει την «άμβλυση» αυτών, πρόβλημα που συχνά βιώνουν νοσηλευτές που φροντίζουν ετοιμοθάνατους ασθενείς. Το κλάμα μαζί με την οικογένεια (κάποτε θεωρούνταν αντιεπαγγελματική συμπεριφορά) αναγνωρίζεται σήμερα απλώς ως ενσυναίσθηση και φροντίδα (Lemone & Burke, 2004).

Οι γιατροί και νοσηλευτές που φροντίζουν βαρέως πάσχοντες ασθενείς ή ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο κάποιας νόσου, πρέπει να γνωρίζουν ότι η παρουσία τους κατά τη διάρκεια του θανάτου του ασθενούς και στο πένθος της οικογένειας είναι δυνατόν να αναζωπυρώσει τα συναισθήματα θρήνου για κάποια

προσωπική τους αξιόπεραστη απώλεια. Στις περιπτώσεις αυτές, οι θεράποντες ενδέχεται να νιώσουν την ανάγκη να εκφράσουν τη δική τους αντίδραση απέναντι στις δικές τους απώλειες. Επίσης, το προσωπικό που φροντίζουν ασθενείς που πεθαίνουν χρειάζονται την υποστήριξη των συναδέλφων τους και άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα αισθήματα συντριβής που συχνά νιώθουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο, το θρήνο ή την απώλεια (Martins et al., 2009).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του θανάτου η σχέση νοσηλευτή ασθενούς έχει πολλές παραμέτρους που αξίζει να αναφερθούν. Η May (1995) υπογραμμίζει το σημαντικό ρόλο της νοσηλεύτριας στο να βοηθήσει τον ασθενή να συμβιβαστεί με το θάνατο. Η σχέση αυτή βασίζεται σε διαδικασίες όπως «κάθομαι και ακούω» και «μιλάω», κατά τις οποίες ο ασθενής είναι το αντικείμενο της κλινικής πράξης ή η πηγή έκφρασης ψυχολογικών προβλημάτων. Η σχέση αυτή περιγράφεται σαν «σχέση πιστού-ιερέα», καθώς ο ασθενής έχει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον. Σε άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν θέλουν να εκτεθούν και είναι δύσκολο για τη νοσηλεύτρια να πείσει τον ετοιμοθάνατο να εκφράσει τα αισθήματά του.

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

Τα στάδια αυτά είναι:

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

Υπάρχει η άποψη ότι η εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων μετά από ένα συμβάν θανάτου στο γενικό νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί σαν μετατραυματικό

stress. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με φόβο, τρόμο και διάθεση απραξίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετατραυματικό stress είναι τέσσερα:

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

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

Αμυντικοί μηχανισμοί

Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Ένας άλλος τρόπος σχετίζεται με τους ανθρώπους που το περιβάλλουν: Η κοινωνική υποστήριξη τους επιτρέπει να αξιολογούν τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες τους. Ένας τρίτος τρόπος περιλαμβάνει τους συνειδητούς τρόπους υπερνίκησης του άγχους. Πρόκειται για την κατάστροψη ατομικών ή συλλογικών σχεδίων δράσης (Παπαδάτου, 1999).

Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από αυτούς τους μηχανισμούς:

- Ο μηχανισμός της άρνησης συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος και αποφεύγει την κατάθλιψη.
- Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύσει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του

- Ο μηχανισμός της προβολής αφορά την αποδοχή προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις
- Ο μηχανισμός της μετάθεσης επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση
- Άλλη αντίδραση που χρησιμοποιεί ως μέθοδο εκτόνωσης είναι το χιούμορ
- Μια άλλη αντίδραση αφορά το «παιχνίδι των πιθανοτήτων». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη πρόγνωση και τη πιθανότητα επιβίωσης του ασθενή. Αυτές οι εκδηλώσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του ασθενή ή και ο επικείμενος θάνατος
- Τέλος, μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά, τη διαρκή υπερδραστηριότητα ή την ακατάπαυτη ομιλία του προσωπικού υγείας που δεν επιτρέπουν στον ασθενή να αναπτύξει τις προσωπικές του σκέψεις και συναισθήματα, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα (Παπαδάτου, 1999).

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του άγχους. Ο οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος είναι ένας αληθινός κυματοθραύστης συνεπειών του άγχους. Το άτομο, αφενός, εκφράζεται σ' ένα σύνολο του οποίου έχει την αμέριστη υποστήριξη. Έτσι αναγνωρίζεται η αξία του και ενισχύονται η ταυτότητα και η αυτοεκτίμηση του (Bacque, 2001).

Τέλος, πέρα από την συνειδητοποίηση των αμυντικών μηχανισμών, τις τακτικές συνεδρίες για την παρακολούθηση των νοσηλευτών και τις εποπτικές ομάδες, με την συμμετοχή ενός ψυχολόγου ή ψυχαναλυτή, υπάρχουν και κάποιες άλλες στρατηγικές καταπολέμησης του άγχους. Σύμφωνα με τον Lazarus και Folkman (1984) οι διαδικασίες που ενεργοποιούνται ανήκουν σε 2 κατηγορίες:

- Στρατηγικές που στοχεύουν στο συναίσθημα. Αφορούν στον αυτοέλεγχο, στην απάθεια ή ακόμα την αποφυγή της συγκίνησης
- Στρατηγικές που επικεντρώνονται στο χειρισμό του προβλήματος επιτρέπουν στο άτομο να παραμένει σε εγρήγορση και να αντιδράσει δυναμικά, με την προϋπόθεση να μην έχει εξαιρετικά αγχώδη χαρακτήρα.

Ο στόχος των στρατηγικών αυτών είναι η προσπάθεια επανεκτίμησης του προβλήματος. Πρόκειται, λοιπόν, για μια απόπειρα γεφύρωσης του χάσματος ανάμεσα στις απειλές που δέχεται το άτομο και στα μέσα που διαθέτει για να τις αντιμετωπίσει (Bacque, 2001).

Ψυχοσυναισθηματικές και σωματικές εκδηλώσεις

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

1. Σωματικές Συνέπειες:

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

2. Ψυχολογικές Συνέπειες:

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

3. Συνέπειες στη Συμπεριφορά:

- Η κοινωνική αποξένωση οδηγεί στην κατάχρηση οινόπνεύματος, ναρκωτικών και φαρμάκων
- Η συμπεριφορά γίνεται μηχανική
- Μετάδοση αρνητικού κλίματος στη ομάδα
- Ατυχήματα
- Σταδιακή απώλεια της πίστη στο Θεό (Bacque, 2001).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν την αναπαράσταση των κλινικών επαγγελματιών υγείας ως προς το θάνατο και τις επιπτώσεις της απώλειας κάποιων ασθενών τους στην ψυχολογία τους καθώς και τη διασύνδεση αυτής της αναπαράστασης με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της στάσης των κλινικών επαγγελματιών υγείας ως προς το θάνατο των ασθενών τους. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων κοινωνικών και ψυχολογικών παραμέτρων (ψυχοπαθολογία, φόβος και στάση απέναντι στο θάνατο των ασθενών) σε γιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση της ομάδας των γιατρών και των νοσηλευτών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του φόβου με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου του φόβου στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Lundback et al., 2006; Birchwood et al., 2007). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας

είναι ότι τα άτομα που θα δώσουν θετική απάντηση στην επίδραση του θανάτου των ασθενών τους στην ψυχολογία τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα δώσουν αρνητική απάντηση και θα παρουσιάζουν και χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Φεβρουάριο του 2013, με τη συνεργασία της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν νοσοκομειακοί γιατροί και νοσηλευτές.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι εργαζόμενοι νοσηλευτές και γιατροί σε νοσοκομείο.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα λάμβανε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιωνόταν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 100 εργαζόμενους και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 70 εργαζόμενους. Από τους 70 φακέλους οι 6 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και οι 4 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 60 εργαζόμενοι σε κλινικές νοσοκομειακές μονάδες.

2.2 Διαδικασία

Στον κάθε εργαζόμενο που δεχόταν να λάβει μέρος στην έρευνα δινόταν ένας ανοιχτός φάκελος, ο οποίος εμπεριείχε το ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν τον Μάιο του 2012 και επεστράφησαν τα περισσότερα μετά το καλοκαίρι του 2012.

Με την επιστροφή των φακέλων έγινε από την ίδια την μεταπτυχιακή φοιτήτρια η καταγραφή και κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων και με τη βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών εργαλείων.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.3.2 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

2.3.3 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και στοιχεία για τη στάση και την αναπαράστασή τους ως προς την επίδραση τους από το θάνατο κάποιων ασθενών τους.

2.4. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SCL - 90	0,962
FPO	0,807

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα και τα δύο ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 60 νοσοκομειακοί εργαζόμενοι –γιατροί και νοσηλευτές. Από τους 60 εργαζόμενους οι 9 ήταν γιατροί (ποσοστό 15,0%) και οι 51 νοσηλευτές (ποσοστό 85,0%). Από τους 60 συνολικά ερωτώμενους, οι 20 ήταν άνδρες (ποσοστό 33,3%) ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων 40 (ποσοστό 66,7%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $36,2 \pm 7,8$, με εύρος 23-50, (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 175 οικογενειών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία, ρόλο στην οικογένεια και ρόλο στην έρευνα.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	20 (33,3)	40 (66,7)	60 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	27-49	23-50	23-50	
Μέση τιμή ($x \pm SD$)	$33,4 \pm 6,7$	$37,6 \pm 8,0$	$36,2 \pm 7,8$	$t = -1,998$ $P = 0,051$

x = μέση τιμή (Mean), SD = σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t = T-test.

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων

Από το δείγμα των γονιών της έρευνας πάνω από τους 8 στους δέκα διαμένουν σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,335$), συγκρινόμενες με το χ^2 του Pearson, (πίνακας, 3).

Οι 23 (ποσοστό 38,3%) από τους επαγγελματίες υγείας είναι άγαμοι, οι 29 (ποσοστό 48,3%) από τους επαγγελματίες υγείας του δείγματος βρίσκονται σε έγγαμη σχέση, οι 6 (ποσοστό 10,0%) είναι διαζευγμένοι και 2 (ποσοστό 3,3%) έχουν

απωλέσει το σύντροφό τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,000$), ως προς την οικογενειακή κατάσταση, συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,157$), με τους 7 στους 10 να είναι απόφοιτοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και τον 1 στους 10 να έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές (πίνακας, 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 60 εργαζομένων σε νοσοκομεία κατά διαμονή, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και ύπαρξη παιδιών.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	20 (33,3)	40 (66,7)	60 (100,0)	
Διαμονή				
Χωριό/Κωμόπολη	2 (10,0)	3 (7,5)	5 (8,3)	
Πόλη<150.000 κατοίκους	18 (90,0)	33 (82,5)	51 (85,0)	$\chi^2_p = 2,188$
Πόλη>150.000 κατοίκους	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (6,7)	$P = 0,335$
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	16 (80,0)	7 (17,5)	23 (38,3)	
Έγγαμος (η)	3 (15,0)	26 (65,0)	29 (48,3)	
Διαζευγμένος (η)	1 (5,0)	5 (12,5)	6 (10,0)	Fisher's Exact Test=21,239
Χήρος (α)	0 (0,0)	2 (5,0)	2 (3,3)	$P = 0,000$
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Απόφοιτος Λυκείου	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (1,7)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	8 (40,0)	24 (60,0)	32 (53,3)	Fisher's Exact Test=6,099
Απόφοιτος ΤΕΙ	4 (20,0)	10 (25,0)	14 (23,3)	$P = 0,157$
Μεταπτυχιακά	5 (25,0)	3 (7,5)	8 (13,3)	
Διδακτορικό	3 (15,0)	2 (5,0)	5 (8,3)	
Έχετε παιδιά;				
Ναι	4 (20,0)	31 (79,5)	35 (59,3)	L.R. = 20,133
Όχι	16 (80,0)	8 (20,5)	24 (40,7)	$P = 0,000$

\bar{x} = μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, $t = T$ -test, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS, L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.

5. Αποτελέσματα Επίδρασης του θανάτου ενός ασθενούς στους επαγγελματίες υγείας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των εργαζομένων ο θάνατος ενός ασθενούς επηρεάζει αρκετούς από επαγγελματίες υγείας, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Κατανομή, 60 νοσοκομειακών εργαζομένων κατά επίδραση από το θάνατο ενός ασθενούς τους

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	20 (33,3)	40 (66,7)	60 (100,0)	
Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας επηρεάζεστε;				
Καθόλου	7 (35,0)	10 (25,0)	17 (28,3)	Fisher's Exact Test =5,763 P=0,216
Πολύ Λίγο	8 (40,0)	7 (17,5)	15 (25,0)	
Μέτρια	3 (15,0)	11 (27,5)	14 (23,3)	
Αρκετά	1 (5,0)	6 (15,0)	7 (11,7)	
Πάρα πολύ	1 (5,0)	6 (15,0)	7 (11,7)	
Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας αισθάνεστε θυμό;				
Καθόλου	7 (35,0)	16 (40,0)	23 (38,3)	Fisher's Exact Test =2,669 P=0,629
Πολύ Λίγο	7 (35,0)	7 (17,5)	14 (23,3)	
Μέτρια	2 (10,0)	8 (20,0)	10 (16,7)	
Αρκετά	2 (10,0)	4 (10,0)	6 (10,0)	
Πάρα πολύ	2 (10,0)	5 (12,5)	7 (11,7)	
Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας αισθάνεστε στεναχώρια;				
Καθόλου	7 (35,0)	9 (22,5)	16 (26,7)	Fisher's Exact Test =4,518 P=0,338
Πολύ Λίγο	9 (45,0)	12 (30,0)	21 (35,0)	
Μέτρια	3 (15,0)	9 (22,5)	12 (20,0)	
Αρκετά	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (6,7)	
Πάρα πολύ	1 (5,0)	6 (15,0)	7 (11,7)	
Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας αισθάνεστε ενοχές;				
Καθόλου	8 (40,0)	18 (45,0)	26 (43,3)	Fisher's Exact Test =3,521 P=0,493
Πολύ Λίγο	7 (35,0)	7 (17,5)	14 (23,3)	
Μέτρια	3 (15,0)	6 (15,0)	9 (15,0)	
Αρκετά	2 (10,0)	5 (12,5)	7 (11,7)	

Πάρα πολύ	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (6,7)
-----------	---------	----------	---------

Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας αισθάνεστε φόβο;

Καθόλου	9 (45,0)	17 (42,5)	26 (43,3)	Fisher's Exact Test =3,317 P=0,530
Πολύ Λίγο	6 (30,0)	7 (17,5)	13 (21,7)	
Μέτρια	4 (20,0)	7 (17,5)	11 (18,3)	
Αρκετά	1 (5,0)	5 (12,5)	6 (10,0)	
Πάρα πολύ	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (6,7)	

Όταν πεθαίνει κάποιος από τους ασθενείς σας έχετε αϋπνίες;

Καθόλου	11 (55,0)	18 (45,0)	29 (48,3)	Fisher's Exact Test =4,344 P=0,356
Λίγες φορές	6 (30,0)	6 (15,0)	12 (20,0)	
Μερικές φορές	2 (10,0)	8 (20,0)	10 (16,7)	
Αρκετές φορές	1 (5,0)	4 (10,0)	5 (8,3)	
Πολύ συχνά	0 (0,0)	4 (10,0)	4 (6,7)	

Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

=====

6. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων σε νοσοκομειακή δομή ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

6.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε τα δύο ερωτηματολόγια. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.

Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FPQ III)	
Ελαφρύ πόνος (Minor Pain subscale)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.
Συνολικό σκορ	το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων.

6.2 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της αρνητικής επίδρασης από το θάνατο ενός ασθενούς στην ψυχολογία των νοσοκομειακών επαγγελματιών υγείας

Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του μεγέθους της αρνητικής επίδρασης από το θάνατο ενός ασθενούς στην ψυχολογία των νοσοκομειακών επαγγελματιών υγείας όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,003$)

2. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) (p =0,018)
3. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90) (p =0,000)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) (p =0,007)
5. Κατάθλιψη (Depression-SCL-90) (p =0,009)
6. Άγχος (Anxiety-SCL-90) (p =0,009)
7. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) (p =0,002)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety-SCL-90) (p =0,055)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) (p =0,003)
10. Ψυχωτισμός (Psychoticism-SCL-90) (p =0,053)
11. Ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale) (FPQ) (p =0,099)
12. Δριμύς πόνο (Severe Pain subscale) (FPQ) (p =0,064)
13. Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) (FPQ) (p =0,135)

Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της αρνητικής επίδρασης του θανάτου ενός ασθενούς στην ψυχολογία των νοσοκομειακών επαγγελματιών υγείας

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)

Σωματοποίηση (Somatization)	3,274	,018
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	6,080	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,984	,007
Κατάθλιψη (Depression)	3,793	,009
Άγχος (Anxiety)	3,750	,009
Επιθετικότητα (Hostility)	4,827	,002
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,467	,055
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	4,532	,003
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	2,501	,053
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	4,131	,005
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	3,825	,008
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FPQ-III)		
Ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale)	2,105	,099
Δριμύς πόνο (Severe Pain subscale)	2,435	,064
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	1,873	,135
Συνολικό σκορ	2,426	,065

6.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του θυμού που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους

Στον πίνακα 6, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του θυμού που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90) ($p = 0,000$)
2. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) ($p = 0,001$)
3. Άγχος (Anxiety-SCL-90) ($p = 0,001$)
4. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
5. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety-SCL-90) ($p = 0,001$)
6. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,001$)
7. Ψυχωτισμός (Psychoticism-SCL-90) ($p = 0,002$)

Πίνακας 6: Διαφοροποιήσεις μεταξύ του θυμού που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους		
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	3,165	,021
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	6,306	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	5,106	,001
Κατάθλιψη (Depression)	3,322	,017
Άγχος (Anxiety)	5,565	,001
Επιθετικότητα (Hostility)	8,415	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	5,195	,001
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	5,214	,001
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,894	,002
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	5,596	,001
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	3,069	,024
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FPQ-III)		
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	1,666	,178
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	1,733	,163

Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,840	,508
Συνολικό σκορ	1,587	,198

6.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ενοχών που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους

Στον πίνακα 7, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των ενοχών που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,001$)
2. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) ($p = 0,000$)
4. Κατάθλιψη (Depression-SCL-90) ($p = 0,001$)
5. Άγχος (Anxiety-SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety-SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism-SCL-90) ($p = 0,000$)

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ενοχών που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)

Σωματοποίηση (Somatization)	5,426	,001
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	9,782	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	9,752	,000
Κατάθλιψη (Depression)	5,480	,001
Άγχος (Anxiety)	9,062	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	12,052	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	8,585	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	9,419	,000

Ψυχωτισμός (Psychoticism)	8,457	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	9,487	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	7,056	,000
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FRQ-III)		
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	1,038	,400
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	,870	,491
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,651	,630
Συνολικό σκορ	,916	,465

6.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των αϋπνιών που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους

Στον πίνακα 8, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των αϋπνιών που αισθάνονται οι νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90) ($p = 0,000$)
2. Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90) ($p = 0,000$)
3. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) ($p = 0,000$)
4. Κατάθλιψη (Depression-SCL-90) ($p = 0,000$)
5. Άγχος (Anxiety-SCL-90) ($p = 0,000$)
6. Επιθετικότητα (Hostility-SCL-90) ($p = 0,000$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety-SCL-90) ($p = 0,000$)
8. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ($p = 0,000$)
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism-SCL-90) ($p = 0,000$)

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των αϋπνιών που αισθάνονται οι

νοσοκομειακοί επαγγελματίες υγείας από το θάνατο ενός ασθενούς τους		
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	7,496	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	10,937	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	11,863	,000
Κατάθλιψη (Depression)	7,659	,000
Άγχος (Anxiety)	12,090	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	11,175	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	13,195	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	11,655	,000
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	11,106	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	12,680	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	8,563	,000
Ερωτηματολόγιο Φόβου του Πόνου (FPQ-III)		
Ελαφρύ πόνος (Minor Pain subscale)	1,205	,324
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	1,489	,225
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,674	,614
Συνολικό σκορ	1,247	,308

7. Συζήτηση

Η απώλεια και η λύπη έχουν επίδραση στον ασθενή, στην οικογένεια και στον επαγγελματία υγείας. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας, ανάλογα με τη θέση του απέναντι στον ασθενή, βιώνει με το δικό του τρόπο την απώλεια ενός ασθενούς. Η αντίδραση αυτή σχετίζεται άμεσα με ατομικές αξίες ηθικές αξίες και αρχές, οι οποίες επιδρούν σε κάθε άτομο σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.

Η επαφή με τον ασθενή που πεθαίνει μπορεί να οδηγήσει στην πυροδότηση προσωπικών συναισθημάτων και φόβων σχετικά με την προσωπική απώλεια. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή την περίπτωση μπορεί να εφαρμοστούν μηχανισμοί άμυνας. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η φροντίδα μπορεί να επικεντρωθεί μόνο στις φυσικές ανάγκες, αποφεύγοντας την συναισθηματική συναναστροφή με τον ασθενή και μιλώντας μόνο όταν το ζητά ο ασθενής και μόνο για ευχάριστα ζητήματα. Αυτές οι συμπεριφορές έχουν σαν αποτέλεσμα τη συναισθηματική αποστασιοποίηση, την απόσυρση και την αποφυγή ενός ασθενή που πεθαίνει, τη στιγμή μάλιστα που ο ασθενής επιθυμεί τη διαπροσωπική επαφή και την επιμελή φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό, τις λίγες στιγμές πριν το τέλος της ζωής του. Τέτοιες συμπεριφορές εξασφαλίζουν ψυχο-συναισθηματικά τον επαγγελματία υγείας, αλλά από την άλλη αποκλείουν την ικανοποίηση των ψυχοσωματικών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών πριν το επικείμενο τέλος. Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να διορθωθούν μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, δίνοντας ιδιαίτερη βάση στην έκφραση των συναισθημάτων, των αντιδράσεων απέναντι στο θάνατο, με σκοπό να προαχθεί η παροχή φροντίδας, η αποδοχή του ασθενή που πεθαίνει και η εξασφάλιση επαρκούς επικοινωνίας (Rando, 1984).

Αν θέσουμε το ζήτημα σε νοσηλευτικό - επαγγελματικό επίπεδο, πρέπει να λάβουμε υπόψιν ότι οι νοσηλεύτριες έχουν ενεργή συμμετοχή στο σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, έχουν σε πολλές περιπτώσεις διαφορετική φιλοσοφία προσέγγισης του ζητήματος του θανάτου από τους συναδέλφους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, έχουν διαφορετική αντίληψη στο ζήτημα της ματαιότητας της φροντίδας, αλλά από την άλλη όλα αυτά μπορεί να υποτιμηθούν λόγω της έλλειψης εκπαίδευσης (Espinosa et al., 2010).

Είναι φυσιολογικό ένας επαγγελματίας υγείας και πολύ περισσότερο μια νοσηλεύτρια να βιώνει το αίσθημα της λύπης πριν και μετά το θάνατο ενός ασθενούς. Αυτή η συναισθηματική κατάσταση μπορεί να είναι επώδυνη και σε πολλές περιπτώσεις, όταν εκτίθεται αλληπάλληλα στο θάνατο ασθενών, δεν προλαβαίνει να επανέρθει στη φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Ίσως σε αυτές τις περιπτώσεις η άθροιση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, χωρίς ένα μεσοδιάστημα ψυχοσυναισθηματικής ίασης, να έχει αθροιστικό αποτέλεσμα στον ψυχισμό του επαγγελματία υγείας (Burt J et al., 2008).

Σύμφωνα με τον Vachon (2001) υπάρχουν 4 βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συναισθηματική και πνευματική αντίδραση ενός νοσηλευτή, κατά την παροχή υπηρεσιών, σε έναν ασθενή που πεθαίνει. Ο πρώτος είναι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, που επηρεάζει την επαγγελματική κοινωνικοποίηση. Από τη μια υπάρχει η τάση του ελέγχου των συναισθημάτων και της διατήρησης μιας συναισθηματικής απόστασης από τον ασθενή και την οικογένεια του. Από την άλλη υπάρχει η τάση που ενισχύει τη διαπροσωπική σχέση επαγγελματία και ασθενή και απαιτεί την εμπλοκή του επαγγελματία στον συναισθηματικό κόσμο του ασθενή. Η έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να βοηθήσει τη νοσηλεύτρια να αντιμετωπίσει την απώλεια και τη λύπη. Ο δεύτερος παράγοντας έχει σχέση με τις προσωπικές εμπειρίες που έχει ο επαγγελματίας υγείας, σε επαγγελματικό ή σε προσωπικό επίπεδο και πιθανώς με ζητήματα λύπης και απώλειας που δεν έχουν ξεκαθαρίσει και μπορεί να επηρεάζουν την επαγγελματική στάση απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει και την οικογένεια του. Ο τρίτος παράγοντας αφορά τη στάση ζωής του επαγγελματία υγείας σε σχέση με διάφορες προσωπικές καταστάσεις, όπως ο θάνατος στην οικογένεια, η φροντίδα ηλικιωμένων, ο χωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, τα παιδιά που φεύγουν από το σπίτι, ένας χωρισμός ή μια ασθένεια. Όλα τα παραπάνω μπορεί να έχουν επίδραση στην επαφή του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή που πεθαίνει. Τέλος η παρουσία ή η απουσία συστημάτων υποστήριξης μπορεί να προάγουν ή να αποτρέψουν την ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή του επαγγελματία υγείας.

Ο σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας συνίσταται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν φυσική και συναισθηματική αγωνία. Σε αυτό το στάδιο εμπεριέχεται η επικοινωνία του ασθενούς με την ομάδα υγείας. Η επικοινωνία σε αυτή τη φάση έχει δύο χαρακτηριστικά: ο ασθενής είναι τρωτός και ο χρόνος είναι περιορισμένος. Η σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς σε αυτή τη φάση πρέπει να βασιστεί στην οικειότητα και στη διαθεσιμότητα (Mok & Chiu 2004).

Η σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς που πεθαίνει μπορεί να βασιστεί είτε στις ανθρωπιστικές αξίες, προσφέροντας αξιοπρέπεια και σεβασμό στον πάσχοντα, είτε σε τεχνικό-επιστημονικά μέσα, με απώτερο στόχο την παράταση της ζωής, παραβλέποντας το γεγονός ότι ο ασθενής υποφέρει και χάνει την αξιοπρέπεια του (Becker 1997).

Εδώ μπορούμε να παραθέσουμε τη διαφορετική επίπτωση που μπορεί να έχει ο θάνατος στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα που έχουν συχνή επαφή με ετοιμοθάνατους ασθενείς, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ογκολογικά τμήματα, σε σχέση με επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα με μικρή ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα, όπως τα παιδιατρικά ή μαιευτικά τμήματα. Το παραπάνω ερώτημα μπορεί να τεθεί σε ερευνητικό επίπεδο, με σκοπό την αποτίμηση της γεγονότος του θανάτου σε σαφώς διαφορετικές εργασιακές ομάδες, με διαφορετικές εργασιακές αξίες και σαφώς διαφορετική φιλοσοφία στην προσέγγιση του συμβάντος του θανάτου.

Ο Corley (2002) θέτει ερωτήματα που πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο: παράγοντες πρόληψης του άγχους σε σχέση με τον θάνατο, παρεμβάσεις μείωσης της επίπτωσης του θανάτου στους επαγγελματίες υγείας, συσχέτιση μεταξύ του άγχους απέναντι στο θάνατο, του εργασιακού άγχους και της εργασιακής ικανοποίησης.

Με βάση τα παραπάνω ερωτήματα οι Elpern et al. (2005) βρήκαν ότι ο επαγγελματίας υγείας και ειδικότερα οι νοσηλεύτριες μπορεί να αντιδράσουν απέναντι στο θάνατο του ασθενούς τους με θυμό, απογοήτευση, ενοχή, απώλεια της αυτοεκτίμησης, κατάθλιψη, νυχτερινούς εφιάλτες, προσβολή, λύπη, ανησυχία, αίσθημα απώλειας υποστήριξης και έλλειψης δύναμης.

Ένα σημείο που λείπει από την έρευνα μας και αξίζει παραπέρα διερεύνησης είναι οι μέθοδοι που μπορεί να εφαρμοστούν από τους επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση αυτών των ψυχοσωματικών διαταραχών που προκαλούνται από την έννοια του θανάτου μέσα στο χώρο εργασίας τους. Σχετική μελέτη των LaPorte et al., (2003) δίνει μια πρώτη προσέγγιση αυτής της διάστασης. Αναφέρουν ότι οι μέθοδοι

που μπορεί να εφαρμοστούν από τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν την ισορροπία, την ανάπτυξη συστημάτων υποστήριξης και την εκπαίδευση σε θέματα ζωής και θανάτου. Η ισορροπία συνίσταται στην ικανότητα να βρεθεί η μέση οδός μεταξύ του άγχους που προκύπτει από την απώλεια, της παροχής ποιοτικής φροντίδας υγείας και στην προσωπική ικανοποίηση και ανταμοιβή από την εργασία. Ο σκοπός των συστημάτων υποστήριξης είναι να μειώσουν την αρνητική επίδραση του θανάτου, βοηθώντας τον επαγγελματία υγείας να εκφράσει τα συναισθήματα του. Τα συστήματα υποστήριξης μπορεί να είναι ομαδικά ή ατομικά. Τέλος σημαντική θεωρείται η γνώση σχετικά με το θέμα του θανάτου. Η γνώση προάγει την αυτοπεποίθηση και μειώνει το άγχος.

7.1. Οριοθετήσεις

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

7.2. Το προφίλ των οικογενειών

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν την επίδραση των εργαζομένων σε νοσοκομειακές δομές από τον θάνατο κάποιων ασθενών τους.

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

Ο θάνατος μέσα στο νοσοκομείο εντάσσεται στην καθημερινότητα και σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι εξοικειωμένοι με το δυσάρεστο αυτό συμβάν. Οι επαγγελματίες υγείας μένουν σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστοι από το συμβάν του θανάτου και συγχρόνως έχουν αναπτύξει μηχανισμούς συναισθηματικής προφύλαξης, με αποτέλεσμα να μην εξωτερικεύουν καταπιεσμένα συναισθήματα, όπως θυμό, ενοχή ή φόβο. Επίσης φαίνεται να εκλείπει η σωματοποίηση ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών, όπως επίσης και η έκφραση της επίδρασης του θανάτου με μείζονα και ελάσσονα ψυχιατρικά σημεία και συμπτώματα.

Πρέπει να σημειωθούν δυο βασικές παράμετροι, οι οποίες αξίζουν παραπέρα διερεύνησης: στο ελληνικό σύστημα περίθαλψης φαίνεται να απουσιάζει ο όρος παρηγορητική φροντίδα, οι αρχές της παρηγορητικής φροντίδας και οι ειδικοί επιστήμονες που θα εφαρμόσουν την παρηγορητική φροντίδα και θα προσδώσουν την πρέπουσα αξία στο νόημα της ζωής και του θανάτου στον πάσχοντα συνάνθρωπο. Το δεύτερο ζήτημα είναι ότι ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας αποφεύγει τη συναισθηματική εμπλοκή με τον ασθενή που πεθαίνει, προτάσσει ασπίδες ψυχοσυναισθηματικής προστασίας και αφήνει την υπόθεση του επερχόμενου θανάτου σε άλλους, συνήθως στο συγγενικό περιβάλλον, μένοντας μόνο στο τυπικό της υπόθεσης.

Βιβλιογραφία

1. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. American Association of Colleges of Nursing (1999). *Peaceful death: Recommended competencies and curricular guidelines for end of life care*. Washington DC: AACN
3. Bacque MF. (2001). Το πένθος του ιατρού και της ιατρικής ομάδας : αίτια, συμπτώματα & καταπολέμηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των θεραπειών, στο: *Πένθος και υγεία: άλλοτε και σήμερα. το σοκ της απώλειας, οι ψυχολογικές επιπτώσεις. Αντιμετώπιση*. Εκδόσεις θυμάρι: Αθήνα.
4. Becker CT. (1997). Nursing students' experiences of caring for dying patients. *J Nurs Educ.*; 36(9):408-15.
5. Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss Volume 3; loss sadness and depression*. London: Hogarth Press
6. Bowlby J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*, 52(4):664-78.
7. Burt J, Shipman C, Addington-Hall J., White P. (2008). Nursing the dying within a generalist caseload: a focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1470–1478.
8. Corley M. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*; 9:636/50.
9. Costello J. (2001). Nursing older dying patients; findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1): 59-68

10. Ellershaw J., Ward C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*; 326: 30-4
11. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*; 14: 523-30.
12. **Espinosa L., Young A., Symes L., Haile B., Walsh T. (2010). ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Crit Care Nurs Q*, Vol. 33, No. 3, pp. 273-281**
13. Feldstein M., Gemma P. (1995). Oncology Nurses and Chronic Compounded Grief. *Cancer Nursing* 18(3):228-236
14. Figley C. (2002) Compassion Fatigue; Psychotherapists Chronic lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58:1433-1441
15. Harper BC. (1997). *Death: the coping mechanism of the health professional*. South Eastern University Press.
16. Hirsch C. R., & Holmes A. E., (2007). Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, (4), pp.161-165.
17. Hirsh A., George S., Bialosky J. and Robinson M. (2007). Fear of pain, paincatastrophizing, and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *The Journal of Pain*, 8, (4), pp.56.
18. *Journal of Psychiatry*, 101:141-148.
19. Kalish RA. (1985). *Death, grief and caring relationships*. Monterey, Ca, Brooks/Cole.
20. Katz R., Johnson T. (2006) *When professionals Weep; emotional and countertransference responses in end of life care*. New York :Routledge.
21. Kubler-Ross E. (2001). **Θάνατος – Μια αλλαγή ζωτικής σημασίας**. Εκδόσεις Έσσοπρον: Αθήνα.
22. LaPorte Matzo M., Sherman D., Lo K., Egan K., Grant M., Rhome A. (2003). Strategies for Teaching Loss, Grief, and Bereavement. *Nurse Educator*, Volume 28, Number 2 pp 71-76
23. Lazarus R., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
24. Lemone P., Burke K. (2004). **Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς**. Τόμος II. Έκδοση 3^η. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
25. Lightsey Jr.R.O., Wells G.A., Wang M.C., Pietruszka T., & et all., (in press). (2008). Emotion-Oriented Coping, Avoidance Coping, and Fear of Pain as

- Mediators of the Relationship Between Positive Affect, Negative Affect, and Pain-Related Distress Among African American and Caucasian College Women. *The Counseling Psychologist*, pp.1-28.
26. Lindeman E. (1944) Symptomatology and recovery from acute grief *American*
 27. Lorenz KA., Lynn J., Dy SM., et al. (2008).Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 148 (2):147-159.
 28. Marthaler, M. 2005. End-of-life care. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 24(5):215-218.
 29. Martins J., Robazzi M. (2009). Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(1):52-58.
 30. May C. (1995) 'To call it work somehow demeans it': the social construction of talk in the care of terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 22(3), 556-561.
 31. McNeil D.W., & Brunetti G.D., (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, (5), pp. 513-520.
 32. McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998).Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, (4), pp.389-410.
 33. McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
 34. Mok E, Chiu PC. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs.* ;48(5):475-83.
 35. Papadatou D., et al. (2001). Caring for Dying Children; a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong *Cancer Nursing*, 24(5) 402-412.
 36. Rando AT. (1984).*Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign, Ill: Research Press.
 37. Redinbaugh E., Sullivan A., Block S., Gadmer N., Lakoma M., Mitchell A., Seltzer D., Wolford J., Arnold R. (2003). Doctors' emotional reactions to recent death of a patient:cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*, 327:185-9.
 38. Rickerson E. (2005). How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief related symptoms and need for bereavement support among long term care staff. *Journal of pain and symptom management*, 30(3): 227-233.

39. Rooda, L.A., Clements, R., & Jordan, M.L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1683-1687.
40. Smith P. (1992). *The emotional labour of nursing: How nurses care*. London: Macmillan.
41. Weigel, C., Parker, G., Fanning, L., Reyna, K., & Gasbarra, D. B. (2007). Apprehension among hospital nurses providing end of life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(2), 86-91.
42. Williams J., Hadjistavropoulos T. & Asmundson G.J.G., (2005). The effects of age and fear of pain on attentional and memory biases relating to pain and falls. *Anxiety Stress and Coping*, 18, (1), pp. 53-69.
43. Wilson J., Kirshbaum M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20 (9), 559-563.
44. Winnie M. (1999). Clinical strategies for teaching nursing students to care for the dying client. *Nurse Educ*, 24: 7-8
45. World Health Organization. (2008). WHO definition of palliative care. WHO web site. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
46. Αλεξιάς Γ. (2002). Η διαχείριση του θανάτου στο νοσοκομείο: η εργαλειοποίηση της ανθρώπινης ύπαρξης. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 108: 229-256
47. Γιακουμιδάκης Κ., Μόνιου Α. (2008). Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: Ευρύτερη προσέγγιση. *Nosokomiaka Chronika*, 71, Supplement: 280-290.
48. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
49. Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
50. Ζαρταλούδη Α. (2010). Διαπολιτισμική διερεύνηση του πένθους και του θρήνου. *Interscientific Health Care*, Τόμος 2, Τεύχος 2, 55-63.
51. Ιωαννίδης, Ι.Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
52. Κατσιμίγκας Γ., Μαραγκούτη Αικ., Σπηλιοπούλου Χ., Γκίκα Μ. (2007). Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου. *Νοσηλευτική*, 46(4): 441-452.
53. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
54. Κωστούρου Σ., Αδάμου Ε. (2009). Δικαιώματα ασθενών που πεθαίνουν. *Nosokomiaka Chronika*, 71, Supplement, 302-308.

55. Μαλλισόβα Ε., Κάλλας Ι. (2009). Ψυχικές και πνευματικές ανάγκες ασθενή τελικού σταδίου. *Nosokomiaka Chronika*, 71, Supplement: 291-301.
56. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική, vol. 2*, p. 42-48.
57. Παπαδάτου Δ. (1999). Η επικοινωνία του προσωπικού με τον ασθενή στο: Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
58. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
59. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
60. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
61. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
62. Vachon M. (2001). The nurse's role: the world of palliative care nursing. In: Ferrell BR, Coyle N, eds. *Textbook of Palliative Nursing*. New York, NY: Oxford University Press; 647-662