



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των
επαγγελματιών υγείας σχετικά με το θάνατο και τη
φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου**

Δημήτριος Αθ. Γκαρέλης

Νοσηλεύτης

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαλλιαρού Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
PRIMARY HEALTH CARE



DIPLOMA THESIS

**Investigation of attitudes and perceptions of health
professionals on the death and care
of end-stage patients**

Copyright © Δημήτριος Γκαρέλης, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκριση 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.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όσους με βοήθησαν κατά την εκπόνησή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Μαλλιάρου Μαρία για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και για την καθοδήγηση και την ευγενική της ανταπόκριση στις απορίες μου.

Ευχαριστώ ακόμη, τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία και κ. Γκούβα Μαίρη για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μου πρόσφεραν στην περίοδο των σπουδών.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, για την πολύτιμη στήριξη που μου παρείχε κατά τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Γκαρέλης Δημήτριος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	12
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	12
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του θανάτου	12
1.2 Θεωρίες για τον θάνατο	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	15
ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ	15
2.1 Οι ασθενείς τελικού σταδίου και η φροντίδα τους	15
2.2 Η διαχείριση του θανάτου	16
2.3 Η εφαρμογή της Παρηγορητικής Φροντίδας στους ασθενείς τελικού σταδίου	18
2.4 Βασικές αρχές της Παρηγορητικής Φροντίδας	19
2.5 Ηθικές αρχές στην περίθαλψη ασθενών τελικού σταδίου	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	23
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	23
3.1 Οι στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο	23
3.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς που πεθαίνουν	25
3.3 Η επίδραση της ενσυναίσθησης	27
3.4 Η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°	31
ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ	31
4.1 Αποτελέσματα ερευνών	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	34
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
1.1 Σκοπός.....	34
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα	34
1.3 Πληθυσμός μελέτης	34
1.4 Ερευνητική διαδικασία	35
1.5 Ερωτηματολόγιο.....	35
1.6 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων	38
1.7 Δειγματοληπτική Μέθοδος.....	39
1.8 Ηθική και Δεοντολογία έρευνας.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	40
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
1.1 Στατιστική ανάλυση.....	40
1.2 Συζήτηση	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	73

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο και στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη διερεύνησης των στάσεων και των αντιλήψεων των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», το διάστημα Ιανουάριος – Μάρτιος 2019. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 124 επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, που περιλάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, ερωτήσεις διερεύνησης του προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (DAP-R), ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου (FATCOD-30), καθώς και ερωτήσεις κλίμακας για την συγχώρεση (HFS), την αυτοσυμπόνια (SCS) και την ενσυναίσθηση (TEQ). Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αρχικά κωδικοποιήθηκαν, στη συνέχεια καταχωρηθήκαν και πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των απαντήσεων με τη βοήθεια της περιγραφικής ανάλυσης και τη χρήση του υπολογιστικού στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for Social Science).

Αποτελέσματα: Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκε, ως καταλληλότερο είδος μελέτης, η περιγραφική έρευνα παρατήρησης. Από τα 150 ερωτηματολόγια επεστράφησαν, συμπληρωμένα, τα 124 (ποσοστό ανταποκρισιμότητας ίσο, περίπου, με 83%). Στην έρευνα συμμετείχαν 124 άτομα εκ των οποίων 21 άντρες (16,9%) και 103 γυναίκες (83,1%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 41,04 έτη ($\pm 8,2$) ενώ το εύρος των ηλικιών μετρήθηκε από 22 έως 61 ετών. Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων στη μελέτη καταγράφηκαν 35 άγαμοι (28,23%), 83 έγγαμοι (66,94%), 5 διαζευγμένοι (4,03%) και 1 χήρος (0,81%). Για το εκπαιδευτικό επίπεδο 23 είναι απόφοιτοι ΠΕ (18,55%), 82 ΤΕ (66,13%) και 19 ΔΕ (15,32%). Με μεταπτυχιακό είναι το 21% ενώ με διδακτορικό το 2,4%. Από τους συμμετέχοντες το 14,5% (18 άτομα) είναι Ιατροί και το 85,5% (106 άτομα) είναι Νοσηλευτές. Τα ερευνητικά αποτελέσματα παρείχαν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο καθώς και στην φροντίδα ασθενών

τελικού σταδίου, με τα έτη εργασιακής εμπειρίας, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην διαμόρφωση των στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με την έρευνα οι παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση των στάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, είναι το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση καθώς και το επάγγελμα. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, γίνεται σαφές ότι ο θάνατος επηρεάζει το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, ωστόσο θα πρέπει μελλοντικές έρευνες να εστιαστούν στην περαιτέρω διερεύνησή της.

Λέξεις – κλειδιά: θάνατος, στάσεις, αντιλήψεις, επαγγελματίες υγείας, παρηγορητική φροντίδα

ABSTRACT

Purpose: The present study aims to investigate attitudes and perceptions of medical and nursing staff toward death and care of end - stage patients.

Material and methods: This is a descriptive study of the attitudes and perceptions of health professionals. The study was conducted at the University General Hospital of Larissa and at the General Hospital of Larissa «Koutlibaneio and Triantafyllio», from January to March 2019. The study population consisted of 124 health professionals. An anonymous self-completed and weighted questionnaire was used to collect the data, which included questions of socio-demographic characteristics, questions about investigation of death attitudes profile (DAP-R), questions about attitudes in the care of end-stage patients (FATCOD-30), as well as scale questions for forgiveness (HFS), self-compassion (SCS) and empathy (TEQ). The completed questionnaires were initially coded, then recorded and processed responses using the descriptive analysis and the use of the SPSS computational statistical program (Statistical Package for Social Science).

Results: In order to answer the research questions, the descriptive observation survey was chosen as the most appropriate type of study. Of the 150 questionnaires, 124 were filled in (a response rate of approximately 83%). 124 people, of whom 21 were men (16.9%) and 103 women (83.1%), participated in the survey. The mean age of the sample is 41.04 years (± 8.2), while the age range is measured from 22 to 61 years. The marital status of respondents in the study recorded 35 unmarried (28.23%), 83 married (66.94%), 5 divorced (4.03%) and 1 widower (0.81%). For the educational level 23, they are graduates of University Education (18,55%), 82 Technological Education (66,13%) and 19 Secondary Education (15,32%). With a postgraduate degree it is 21% while with a doctorate of 2.4%. Of the participants, 14.5% (18 persons) are Doctors and 85.5% (106 persons) are Nurses. The research results provided important information on the factors that influence and shape the attitude of health professionals towards death as well as on the care of end-stage patients, with years of work experience, age and level of education being important elements in shaping attitudes of medical and nursing staff.

Conclusions: According to the survey, the factors contributing to the attitudes of doctors and nurses to death are gender, education level, marital status and

occupation. Based on the findings of this research, it is clear that death affects medical and nursing staff, but future research will have to focus on its further investigation.

Key words: death, attitudes, perceptions, health professionals, palliative care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης, και συνεπώς είναι αναπόφευκτο ότι αποτελεί θέμα αγωνίας και ανησυχίας σε κάποιο στάδιο της ζωής μας. Το άγχος του θανάτου ορίζεται ως ένα αίσθημα φόβου, ανησυχίας ή άγχους όταν κάποιος σκέφτεται τη διαδικασία του θανάτου ή τι συμβαίνει μετά το θάνατο. Σύμφωνα με τον Bond (1998), ο θάνατος ορίζεται ως η κατάσταση της μη ύπαρξης, ο τερματισμός της βιολογικής ζωής. Επίσης, ο Freud (1915), υποδηλώνει ότι είναι εντελώς αδύνατο να φανταστούμε πώς είναι να είμαστε νεκροί. Υποστηρίζει ότι κάθε φορά που προσπαθούμε να φανταστούμε κάτι τέτοιο, «επιβιώνουμε ως θεατές» γιατί βαθιά όλοι νομίζουν ότι είναι αθάνατοι¹. Ο θάνατος είναι ένα ψυχολογικό και φυσικό γεγονός και επηρεάζει όχι μόνο το άτομο που πεθαίνει αλλά και τους ανθρώπους που το φροντίζουν, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών υγείας². Ο θάνατος είναι μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που μοιράζονται όλοι οι άνθρωποι, και αποτελεί ένα φυσικό φαινόμενο που συναντάται στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης^{3,4}.

Οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα, και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, είναι αυτοί που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς στην τερματική τους φάση. Καθώς ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να υποστηρίζουν, να φροντίζουν, να διευκολύνουν, και να κάνουν τους ασθενείς να νιώσουν πιο άνετα στο τέλος της ζωής και παράλληλα να τους βοηθήσουν να πεθάνουν με αξιοπρέπεια, ο ρόλος αυτός προκαλεί ψυχοκοινωνική δυσφορία, όπως άγχος και ανεπιθύμητες συμπεριφορές⁵.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στον θάνατο, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών εμπειριών, του πολιτισμού, της θρησκείας και της ηλικίας¹. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά το θάνατο και η στάση τους απέναντι στον θάνατο μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που προσφέρουν στους ασθενείς με τελική νόσο καθώς και τις οικογένειές τους⁶. Η ιδανική θετική στάση απέναντι στο θάνατο, ορίζεται ως η ευελιξία στις διαπροσωπικές σχέσεις, η επιθυμία για ανοιχτή επικοινωνία για κρίσιμα ζητήματα και η ψυχολογική αντίληψη σε σχέση με τους ασθενείς τελικού σταδίου και των οικογενειών τους. Η φροντίδα ενός ασθενή με τελική ασθένεια απαιτεί μεγάλη ικανότητα και κατανόηση εκ μέρους των νοσηλευτών⁷. Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τη στάση των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου, με τους συγγραφείς να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η επαφή με τους

συγκεκριμένους ασθενείς αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα που καθορίζει την νοοτροπία των νοσηλευτών¹.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας θανάτου, ο χρόνος είναι περιορισμένος και ο ασθενής νιώθει ευάλωτος. Οι συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές δυσφορίες είναι κοινές καθώς τα άτομα αντιμετωπίζουν την τερματική φάση μιας ασθένειας και τον επικείμενο θάνατό τους. Η παρηγορητική φροντίδα είναι αυτή που αποσκοπεί στην προώθηση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας των ασθενών των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται πλέον στην θεραπευτική αγωγή. Η εμπιστοσύνη, η επίτευξη των στόχων των ασθενών και των νοσηλευτών, η φροντίδα και η αμοιβαιότητα είναι σημαντικά στοιχεία στην παροχή της παρηγορητικής φροντίδας. Η ύπαρξη αυτών όχι μόνο βελτιώνουν τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, αλλά και διευκολύνουν την προσαρμογή τους στην ασθένειά τους, τον πόνο που τελικά ευνοεί και μπορεί να οδηγήσει σε μια καλή εμπειρία θανάτου⁸.

Η παρηγορητική φροντίδα απαιτεί την ίδια προσοχή στη λεπτομέρεια, την κριτική σκέψη και την συμπόνια όπως και η θεραπευτική φροντίδα. Είναι ολιστική, αντιμετωπίζοντας την σωματική, την κοινωνική, την συναισθηματική και την πνευματική ευημερία του ασθενούς. Προέρχεται από την ευαισθητοποίηση, την εκτίμηση και το σεβασμό για το σύνολο του ασθενούς. Οι αρχές της παρηγορητικής φροντίδας περιλαμβάνουν τον σεβασμό των στόχων, των επιλογών και των προσωπικών προτιμήσεων του ασθενούς, παρέχοντας μια ολοκληρωμένη φροντίδα και αξιοποιώντας τα πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής ομάδας, αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ανησυχίες των φροντιστών, δημιουργώντας συστήματα και μηχανισμούς υποστήριξης. Η παρηγορητική φροντίδα πρέπει να αποτελεί «αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τη διάγνωση ή τη ρύθμιση περίθαλψης»⁹.

Η φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου απαιτεί τις δεξιότητες, τη γνώση, την κατανόηση, τη συμπόνια και τους πόρους όλων των μελών μιας διεπιστημονικής ομάδας για να παρέχει έλεγχο των συμπτωμάτων, οικογενειακή υποστήριξη, βοήθεια στην λήψη αποφάσεων, παρακολούθηση της περίθαλψης και υποστήριξη στο πένθος. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς είναι υποστηρικτικός και μέσω της ενσωμάτωσης της παρηγορητικής φροντίδας, μπορούν να αρχίσουν να αλλάζουν την παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής, εξασφαλίζοντας στους ασθενείς τελικού σταδίου ένα "κατάλληλο θάνατο"⁹.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του θανάτου

Ο θάνατος έχει καθοριστεί από την ιατρική επιστήμη χρησιμοποιώντας τα βασικά καρδιοπνευμονικά πρότυπα. Τα πρότυπα αυτά έλαβαν τη μορφή είτε ενός καρδιακού ή πνευμονικού λειτουργικού κριτηρίου για το θάνατο¹⁰. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν τον θάνατο ως ένα μοναδικό γεγονός, αλλά υπάρχουν πολλοί ορισμοί που αναφέρονται στον όρο του θανάτου. Σύμφωνα με τον Επιστημονικό ορισμό, ο θάνατος είναι η πράξη του θανάτου, το τέλος της ζωής, η ολική και μόνιμη παύση όλων των ζωτικών λειτουργιών ενός οργανισμού. Ο ορισμός αυτός είναι πλησιέστερος στο νόημα του βιολογικού θανάτου, της μη αναστρέψιμης διακοπή της αναπνοής και η επακόλουθη απώλεια της ικανότητας χρήσης οξυγόνου. Ο βιολογικός θάνατος είναι η πιο κοινή έννοια του όρου του θανάτου, έχουν περιγραφεί όμως και άλλα είδη θανάτου, όπως για παράδειγμα ο ψυχολογικός, ο κοινωνικός και ο κλινικός θάνατος¹¹.

Ωστόσο, καθώς αναπτύχθηκε η ιατρική τεχνολογία, δημιουργήθηκε ένα κενό ανάμεσα στα παραδοσιακά καρδιοπνευμονικά πρότυπα και τις αντιλήψεις για το θάνατο¹⁰. Μία από τις σημαντικότερες πρώιμες ωθήσεις προς έναν ακριβή ορισμό του θανάτου συνέβη στη δεκαετία του 1960, όταν οι ανησυχίες σχετικά με την πρόοδο της τεχνολογίας οδήγησαν μια ad hoc επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard να αναπτύξουν μια σειρά κριτηρίων για το τι αποτελούσε έναν μόνιμα μη λειτουργικό εγκέφαλο(αυτό που ονομάζεται 'μη αναστρέψιμο κώμα')¹⁰. Τα «κριτήρια του Harvard» ισοδυναμούσαν με κριτήρια για τον θάνατο στον εγκέφαλο και περιελάμβαναν:

- την έλλειψη ικανότητας του ατόμου να αντιληφθεί εξωτερικά ερεθίσματα και να ανταποκριθεί σε αυτά

- την απουσία κινήσεων και αναπνοής
- την έλλειψη προκλητών αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους
- Ισοηλεκτρικό Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)¹².

Το 1968 η Εφημερίδα της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (JAMA) δημοσίευσε την έκθεση της επιτροπής του Πανεπιστημίου Harvard. Αυτός ο ορισμός οδήγησε στην κοινή αποδοχή του «εγκεφαλικού θανάτου» ως ορισμού του θανάτου στα περισσότερα βιομηχανικά έθνη¹³. Σήμερα, περίπου πενήντα χρόνια μετά τη δημοσίευση της έκθεσης της ad hoc επιτροπής, η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου είναι γενικά αποδεκτή. Ο εγκεφαλικός θάνατος διαγιγνώσκεται μετά από καταστροφικές βλάβες στον εγκέφαλο, όπως τραύμα, ενδοκρανιακή αιμορραγία ή υποξική εγκεφαλική βλάβη, ενώ υπάρχει κυκλοφορία και παρέχεται μηχανικός αερισμός. Περίπου το 70% όλων των χωρών του κόσμου διαθέτει επί του παρόντος νομική διάταξη ή κατευθυντήριες οδηγίες που υποστηρίζουν τη διάγνωση του θανάτου με τη χρήση νευρολογικών κριτηρίων. Η υιοθέτηση των κριτηρίων για τη διάγνωση του θανάτου με τη χρήση νευρολογικών κριτηρίων συνοδεύτηκε επίσης από μια αυξανόμενη αποδοχή της έννοιας ότι όλος ο ανθρώπινος θάνατος είναι τελικά θάνατος του εγκεφάλου¹⁴.

1.2 Θεωρίες για τον θάνατο

Διάφορα θεωρητικά πλαίσια για το θάνατο έχουν διατυπωθεί κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών. Πολλές από αυτές τις θεωρίες προσπάθησαν να δώσουν δομή και νόημα στην έννοια του θανάτου¹⁵. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ψυχίατρος Elisabeth Kübler-Ross, όπου το 1969 στο βιβλίο της με τίτλο “On Death and Dying” περιέγραψε τα πέντε στάδια που βιώνει ένας ασθενής τελικού σταδίου στην πορεία του προς τον θάνατο. Με βάση τις συνεντεύξεις σε περισσότερους από 200 ασθενείς τελικού σταδίου, η Kubler-Ross θεώρησε τα πέντε στάδια στη διαδικασία της ψυχολογικής αντίδρασης στο θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, τα πέντε στάδια περιλαμβάνουν^{15,16}:

- Το στάδιο της άρνησης
- Το στάδιο του θυμού
- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης
- Το στάδιο της κατάθλιψης
- Το στάδιο της αποδοχής

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο ασθενής τελικού σταδίου αντιδρά στο σοκ των ειδήσεων για μια ανίατη ασθένεια αρχικά αρνούμενος να πιστέψει ότι είναι αλήθεια και έτσι αρνείται την τρέχουσα κατάσταση. Το στάδιο άρνησης ακολουθείται από το δεύτερο και το τρίτο στάδιο του θυμού και της διαπραγμάτευσης. Το τρίτο στάδιο της διαπραγμάτευσης περιλαμβάνει την ελπίδα ότι το άτομο μπορεί με κάποιο τρόπο να αναβάλει ή να καθυστερήσει το θάνατο. Αυτό το στάδιο ακολουθείται από το στάδιο της κατάθλιψης όταν γίνεται σαφές στο άτομο ότι δεν μπορεί πλέον να αρνηθεί την πρόοδο της νόσου¹⁵. Αναφορικά με το πέμπτο στάδιο της αποδοχής, η επίτευξη αυτού του σταδίου δεν σημαίνει ότι το άτομο είναι χαρούμενο ή ανακουφισμένο. Αντίθετα, το άτομο μπορεί να στερείται αίσθησης και απλά να αναγνωρίζει ότι πεθαίνει. Σύμφωνα με την Kübler-Ross, κάποιος ασθενής που βρίσκεται στην πορεία προς το θάνατο, δεν μπορεί να περάσει από όλα αυτά τα στάδια και υπάρχει πιθανότητα να κλονιστεί ανάμεσα τους. Για μερικούς, η κίνηση μέσα από αυτά τα στάδια μπορεί να είναι γρήγορη, ενώ για άλλους μπορεί να είναι αργή¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

2.1 Οι ασθενείς τελικού σταδίου και η φροντίδα τους

Οι ασθενείς τελικού σταδίου είναι συχνά ηλικιωμένοι που είναι μόνοι και επομένως πιο ευαίσθητοι. Είναι σύνηθες για αυτούς τους ασθενείς να ζουν το υπόλοιπο της ζωής τους αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτά τα προβλήματα σχετίζονται με την ανακούφιση των συμπτωμάτων και δυσχεραίνουν την κάλυψη των αναγκών τους, καθώς οι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και την κοινωνική, ψυχολογική και πνευματική υγεία των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτές είναι οι ανάγκες που καλύπτει η Παρηγορητική Φροντίδα¹⁷.

Η διαδικασία του θανάτου για τους ασθενείς τελικού σταδίου ξεκινάει με ψυχολογική έννοια κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Οι ψυχολογικοί και βιολογικοί δείκτες σηματοδοτούν την πρόοδο στο θάνατο. Η γνωστική λειτουργία σε πολλούς ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου μειώνεται σημαντικά τις εβδομάδες πριν από το θάνατο, ενώ η ανησυχία, η δύσπνοια, ο πόνος και το παραλήρημα είναι κοινές τις τελευταίες 48 ώρες. Ειδικές αλλαγές παρατηρούνται όταν ο θάνατος είναι επικείμενος, συνήθως στις ημέρες που προηγούνται του τελικού συμβάντος. Αυτές τις αλλαγές δεν τις βιώνουν όλοι οι ασθενείς τελικού σταδίου, αλλά η γνώση αυτών, δίνει παρηγοριά στους ασθενείς και την οικογένεια ενώ παράλληλα καθοδηγεί τους φροντιστές στην παροχή της φροντίδας¹⁸.

Η σημασία της καλής φροντίδας στο τέλος της ζωής, τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο¹⁹. Παρά τις μεγάλες προόδους στην τεχνολογία και την ιατρική τεχνολογία, η ιατρική δεν μπορεί να θεραπεύσει όλες τις ασθένειες. Ο θάνατος είναι μια από τις πιο βαθιές συναισθηματικές εμπειρίες που συναντούν οι άνθρωποι, με τις πολιτιστικές, εθνικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της στάσης τους απέναντι στον θάνατο. Ο θάνατος συχνά αναγκάζει τους ανθρώπους να

εξετάσουν βαθιά ερωτήματα: Το νόημα της ζωής, η ύπαρξη της ψυχής και η δυνατότητα μετά θάνατον ζωής²⁰.

Βοηθώντας τους ασθενείς να επιτύχουν μια καλή ποιότητα ζωής στο τέλος της ζωής τους, αυτό απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στις σωματικές, τις ψυχολογικές, τις κοινωνικές και τις πνευματικές πτυχές της ευημερίας. Οι ασθενείς συχνά έχουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα ως αποτέλεσμα μιας ανιάτης ασθένειας ή της θεραπείας τους. Ο πόνος είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα φυσικά συμπτώματα καθώς και η δύσπνοια, οι γαστρεντερικές διαταραχές, το παραλήρημα, η διέγερση, η κόπωση και η ανορεξία. Η φροντίδα έχει ως στόχο τον έλεγχο ή την ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων και τη διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερης λειτουργίας και ανεξαρτησίας. Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο υφίστανται ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων με πολλές ανησυχίες και η ψυχολογική τους δυσφορία μπορεί να μην σχετίζεται άμεσα με τα σωματικά συμπτώματα. Ο φόβος της επιδείνωσης ή της επανεμφάνισης της νόσου και του θανάτου επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό αυτούς τους ασθενείς. Τα συναισθήματα του άγχους, της κατάθλιψης, της θλίψης, της μοναξιάς, της απελπισίας και του θυμού είναι επίσης κοινά. Η φροντίδα έχει ως στόχο να αναγνωρίσει τη συναισθηματική δυσφορία, να αποκαταστήσει κάποια αίσθηση ελέγχου και να επικεντρωθεί στις ευνοϊκές πτυχές της ζωής των ασθενών²¹.

2.2 Η διαχείριση του θανάτου

Ο θάνατος είναι μια παγκόσμια πραγματικότητα που επηρεάζει όλους τους ανθρώπους. Για ορισμένους ο θάνατος είναι μια τρομακτική, αν και αναπόφευκτη, εμπειρία. Παρόλο που τα άτομα έχουν επίγνωση του αναπόφευκτου θανάτου, πώς ή πότε θα συμβεί δεν είναι γνωστό. Ο θάνατος μπορεί να είναι τρομακτικός και αυτό μπορεί να είναι και ταμπού σε πολλούς πολιτισμούς. Αν και οι άνθρωποι γενικά δεν αναπτύσσουν θετική στάση απέναντι στον θάνατο, παράγοντες όπως το επάγγελμα, το φύλο, η εκπαίδευση, οι εμπειρίες προσωπικής ζωής και οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους, την αναζήτηση του νοήματος της ζωής και του θανάτου, τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους προς το θάνατο και το βαθμό στον οποίο φοβούνται το θάνατο²².

Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές, εκτίθενται συχνά σε θανάτους στον χώρο του Νοσοκομείου. Οι τελευταίες ώρες έως και ημέρες πριν πεθάνει ένας ασθενής μπορεί να είναι οι πιο σημαντικές για τον ασθενή και την

οικογένειά του. Οι νοσηλευτές είναι συχνά οι επαγγελματίες υγείας που διευκολύνουν έναν αξιοπρεπή θάνατο που τιμά τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους. Για να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη στο τέλος του κύκλου της ζωής, οι νοσηλευτές πρέπει όχι μόνο να έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα, αλλά πρέπει επίσης να αναπτύξουν τις στάσεις και τη διαπροσωπική ικανότητα για να παρέχουν και παρηγορητική φροντίδα. Αυτό περιλαμβάνει και την ενσυναίσθηση τοποθετώντας δηλαδή τον εαυτό τους στη θέση του άλλου, την γνησιότητα που εκφράζεται μέσω ανοιχτότητας, την αξιοπιστία, την άνευ όρων θετική άποψη με την αποδοχή μη κρίσης και την προσοχή στην κριτική σκέψη παρέχοντας ενημερωμένες επιλογές και κατανοώντας τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες μιας κατάστασης²³. Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η δομημένη εκπαίδευση, η οποία ενσωματώνει προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης στην παρηγορητική φροντίδα, μπορεί να βελτιώσει τη γνώση και τη στάση απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής^{24,25}. Η διασφάλιση ενός καλού θανάτου για όλους, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση όχι μόνο για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας αλλά και για την κοινωνία²⁶.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία (Evidence based guidelines) υπάρχουν για να βοηθήσουν στη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων οδηγιών για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και την περίθαλψη για το πένθος²⁶. Οι κατευθυντήριες οδηγίες απευθύνονται σε γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη για τους ασθενείς αντιμετωπίζοντας το θάνατο²⁷. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Εξέλιξης Φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου (NICE), οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν:

- να παρέχουν συστάσεις για τη θεραπεία και τη φροντίδα των ανθρώπων από τους επαγγελματίες υγείας
- να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη προτύπων με σκοπό την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας
- να χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση και την κατάρτιση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας
- να βοηθήσουν τους ασθενείς να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις
- να βελτιώσουν την επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας²⁸.

2.3 Η εφαρμογή της Παρηγορητικής Φροντίδας στους ασθενείς τελικού σταδίου

Η παρηγορητική ιατρική περιλαμβάνει την κλινική παρηγορητική φροντίδα, την εκπαίδευση και την έρευνα που επικεντρώνεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών με προχωρημένη νόσο και των οικογενειών τους. Ο τομέας της παρηγορητικής ιατρικής είναι η ανακούφιση του πόνου και περιλαμβάνει την σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική²⁹. Η αξιολόγηση και η ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι επομένως θεμελιώδεις στόχοι της παρηγορητικής φροντίδας³⁰.

Η παρηγορητική φροντίδα αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην ανακούφιση των ασθενών που πάσχουν από προχωρημένη νόσο και σε εκείνους που βρίσκονται κοντά τους, με ειδική αντιμετώπιση της επικοινωνίας, της διαχείρισης των συμπτωμάτων, του συντονισμού της περίθαλψης, των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών πεποιθήσεων, της υποστήριξης της θλίψης και του πένθους και των νομικών και δεοντολογικών ανησυχιών. Έχει μια διεπιστημονική εστίαση και μπορεί να συνυπάρχει με τη θεραπευτική και διαρκώς παρατεταμένη θεραπεία. Η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί βασικό συστατικό της κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά για τους κλινικούς γιατρούς που φροντίζουν ηλικιωμένους ενήλικες³¹.

Η παροχή θεραπείας, φροντίδας και υποστήριξης σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν θάνατο αποτελεί βασικό ιατρικό καθήκον που απαιτεί υψηλό βαθμό σεβασμού της αξιοπρέπειας και των αυτόνομων επιθυμιών του ασθενούς και σημαντική δεοντολογική ευθύνη. Η εκπλήρωση αυτού του καθήκοντος πρέπει να καθοδηγείται από τις αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Η παρηγορητική φροντίδα είναι ιδιαίτερα σημαντική στην τερματική φάση, αλλά θα πρέπει να εισαχθεί σε πολύ προγενέστερο στάδιο κατά τη διάρκεια μιας χρόνιας πάθησης και να παρασχεθεί παράλληλα με θεραπευτικές προσπάθειες. Στο τέλος της ζωής, μια "πτυχή της αξίας είναι η ανάγκη ώστε τα άτομα να αισθάνονται αυτόνομα και να έχουν μια αίσθηση της σημασίας του σκοπού στη ζωή. Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς στο τέλος της ζωής τους έχουν υψηλό επίπεδο σπουδαιότητας όσον αφορά την αυτονομία τους³².

Η ποιοτική φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής εμφανίστηκε ως σημαντική έννοια στις βιομηχανικές χώρες. Το 1997, το Ινστιτούτο Ιατρικής, στην έκθεση με τίτλο «Προσεγγίζοντας τον θάνατο», εντόπισε έξι στοιχεία ποιοτικής φροντίδας στο

τέλος της ζωής. Τα στοιχεία αυτά περιλαμβάνουν την συνολική ποιότητα ζωής, την φυσική ευεξία και λειτουργία, την ψυχοκοινωνική ευεξία και λειτουργία, την πνευματική ευεξία, την αντίληψη περίθαλψης από τον ασθενή καθώς και την οικογενειακή ευεξία και αντιλήψεις³³. Στην παρηγορητική φροντίδα, οι έρευνες έχουν δείξει ότι για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στο τέλος της ζωής και την καθιέρωση ουσιαστικών και υποστηρικτικών σχέσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αισθάνονται άνετα με το θάνατο και με τους ασθενείς τελικού σταδίου. Η επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με όλες τις πτυχές της φροντίδας τους και ιδιαίτερα στην παρηγορητική φροντίδα, είναι κρίσιμη³⁴. Η ικανότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους ασθενείς και οικογένειες τους, είναι μια σημαντική ικανότητα για την παροχή της παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές που παρέχουν παρηγορητική αγωγή, πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να εξηγούν τις περίπλοκες πληροφορίες, καθώς οι ασθενείς συχνά αναζητούν σαφήνεια σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, να ενημερώνουν για τα φάρμακα καθώς και για το θεραπευτικό πλάνο. Οι νοσηλευτές παρηγορητικής αγωγής πρέπει να είναι σε θέση να κοινοποιούν αυτές τις πληροφορίες τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του³⁵. Ωστόσο, η κατάρτιση στην επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας δεν βρίσκεται σε αναπτυγμένο επίπεδο. Για να αλλάξει αυτό το κενό στην επικοινωνία, είναι απαραίτητη η επαρκής εκπαίδευση. Η θεωρητική εκπαίδευση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και πολιτισμικά ευαίσθητη για να επηρεάσουν θετικά τη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας και να προωθήσουν την επαγγελματική ανάπτυξη³⁴. Είναι σημαντικό τα εκπαιδευτικά προγράμματα να οδηγήσουν στην ενδυνάμωση των γενικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Αυτή η εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει τόσο στο προπτυχιακό όσο και στο μεταπτυχιακό επίπεδο εκπαίδευσης²⁶.

2.4 Βασικές αρχές της Παρηγορητικής Φροντίδας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO:World Health Organization) έχει αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές για την ανακούφιση από χρόνιο πόνο. Σύμφωνα λοιπόν με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η παρηγορητική φροντίδα είναι η ενεργός συνολική φροντίδα των ασθενών των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή. Ο έλεγχος του πόνου, των άλλων συμπτωμάτων και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων είναι πρωταρχικής

σημασίας. Ο στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Πολλές απόψεις της παρηγορητικής φροντίδας εφαρμόζονται επίσης νωρίτερα κατά τη διάρκεια της ασθένειας, σε συνδυασμό με την αντικαρκινική θεραπεία. Η Παρηγορητική φροντίδα:

- επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί τον θάνατο ως μια κανονική διαδικασία
- ούτε επιταχύνει ούτε αναβάλλει το θάνατο
- παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία
- ενσωματώνει τις ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει την οικογένεια να αντιμετωπίσει την ασθένεια του ασθενούς και το δικό τους πένθος³⁶.

Η παρηγορητική φροντίδα έχει τις ρίζες της στο κίνημα του νοσοκομείου. Τα τελευταία χρόνια η παρηγορητική φροντίδα έχει καθιερωθεί σε έναν αυξανόμενο αριθμό χωρών και είναι αναγνωρισμένη ιατρική ειδικότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο³⁶. Όταν η παρηγορητική ιατρική είχε αναγνωριστεί ως ιατρική ειδικότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1987, ο συμφωνημένος ορισμός ήταν "η μελέτη και η διαχείριση ασθενών με ενεργή, προοδευτική, πολύ προχωρημένη ασθένεια, για την οποία η πρόγνωση είναι περιορισμένη και η εστίαση της φροντίδας είναι η ποιότητα της ζωής"³⁷. Οι ακαδημαϊκές θέσεις έχουν καθιερωθεί σε αρκετές χώρες, κυρίως στην Αυστραλία και τον Καναδά. Υπάρχουν επίσης, αρκετές εθνικές ενώσεις για την παρηγορητική φροντίδα καθώς και επιστημονικά περιοδικά αφιερωμένα στο θέμα³⁶.

Οι περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αναπτύξει δομές παρηγορητικής φροντίδας με πρότυπο το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Η Ελλάδα καθυστέρησε να αναπτύξει τέτοιες δομές και να εφαρμόσει πολιτικές παρηγορητικής φροντίδας, καθώς ο όρος "παρηγορητική φροντίδα" παρουσιάστηκε πρώτη φορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) το έτος 2005. Σε επίπεδο Ελλάδας, η παρηγορητική φροντίδα παρέχεται από τα περίπου 47 Ιατρεία Πόνου που βρίσκονται στα δημόσια Νοσοκομεία όλης της επικράτειας και υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)³⁸.

2.5 Ηθικές αρχές στην περίθαλψη ασθενών τελικού σταδίου

Η δεοντολογία είναι ένας κλάδος της φιλοσοφίας που εξετάζει τα δικαιώματα και τα λάθη, τι πρέπει ή τι πρέπει να γίνει. Η κλινική ηθική αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της κατανόησης της ηθικής στον τομέα της ιατρικής και των επιστημών υγείας. Ορίζονται ως «οι υποχρεώσεις ηθικής φύσεως που διέπουν την πρακτική της ιατρικής». Ο στόχος της κλινικής ηθικής είναι η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης των ασθενών, με έμφαση στη δέσμευση για την ευημερία των ασθενών³⁹.

Αρκετά ηθικά ζητήματα προκύπτουν στη φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών με προχωρημένη νόσο. Παρόλο που ορισμένα ζητήματα παραμένουν πολύ αμφιλεγόμενα, υπάρχει ένα κοινό έδαφος βασισμένο στην εφαρμογή του Όρκου του Ιπποκράτη που αγκάλιασε τις κλασικές αρχές της ιατρικής δεοντολογίας, της ευεργεσίας, της μη κακοποίησης, της αυτονομία και της δικαιοσύνης³⁹.

Η κατανόηση των αρχών που διέπουν τη βιοϊατρική δεοντολογία είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γιατροί και οι ασθενείς τους, οι οποίοι βρίσκονται στο τέλος της ζωής. Οι δεοντολογικές αρχές περιλαμβάνουν την αυτονομία, την ευεργεσία, τη μη ελεημοσύνη, τη δικαιοσύνη και την πιστότητα⁴⁰.

Εάν μια από τις αρχές δεοντολογίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η κεντρική στη λήψη δεοντολογικών αποφάσεων, η αυτονομία θα ανταποκρινόταν στην περιγραφή αυτή. Η αυτονομία καλεί τον ασθενή να είναι ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων, δηλαδή να έχει το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Αυτή η αρχή απαιτεί από τους γιατρούς να διατηρήσουν το δικαίωμα του ασθενούς σε αυτοδιάθεση ακόμη και όταν ο ασθενής έχει χάσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Η διατήρηση αυτή μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη χρήση προκαταβολικών οδηγιών⁴⁰. Ο σεβασμός της αυτονομίας έχει όρια, που εστιάζονται στον Νόμο περί Ψυχικής Ικανότητας του 2005⁴¹ και στην αυξημένη έμφαση στην επιλογή των ασθενών. Ο γιατρός πρέπει να αναγνωρίσει αυτά τα όρια, έχοντας επίγνωση των άλλων ευθυνών: να επωφεληθεί δηλαδή και να μην βλάψει τον ασθενή και να χρησιμοποιήσει σωστά τους πόρους⁴². Η «λήψη αποφάσεων» είναι από μόνη της μια πολύ περίπλοκη διαδικασία σκέψεων και δημιουργεί διάφορες προκλήσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους στην προσπάθειά τους να συντάξουν μια απόφαση φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής τους. Τα άτομα έχουν δικαίωμα να υποβάλλουν τις

προτιμήσεις τους για το τέλος της ζωής τους. Το δικαίωμα του ατόμου να εκφράζει αυτόνομα τις επιλογές θεραπείας στο τέλος του κύκλου ζωής του πρέπει να τηρείται δεοντολογικά λαμβάνοντας υπόψη τη χρήση προκαταρκτικών θεραπειών και την πρόβλεψή τους. Αυτό το δικαίωμα αυτονομίας έχει ορισμένους περιορισμούς και, ως εκ τούτου, αντιμετωπίζει ένα ηθικό δίλημμα⁴³.

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών απαιτεί από το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίζει το δικαίωμα ενός ατόμου να διατηρεί τις απόψεις του, να κάνει τις επιλογές και να ενεργεί βάσει των δικών του αξιών και πεποιθήσεων⁴⁴. Η αλήθεια είναι βασική για τον σεβασμό της αυτονομίας. Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να έχουν πλήρη ενημέρωση, αν και αυτό μπορεί να μειωθεί καθώς πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους. Ο γιατρός θα πρέπει να έχει τις δεξιότητες για να εντοπίσει τις προτιμήσεις του ασθενούς και να δώσει τις πληροφορίες με ειλικρίνεια και ευαισθησία. Η εξήγηση όλων των συνεπειών μιας απόφασης, η διασφάλιση ότι ο ασθενής έχει ικανότητα και έχει εκτιμήσει όλες τις σημαντικές συνέπειες, επιδεικνύει σεβασμό στην αυτονομία⁴².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Οι στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο

Οι άνθρωποι που εργάζονται στην υγειονομική περίθαλψη και ειδικότερα οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζουν το θάνατο στην καθημερινή τους πρακτική, και παρόλο που είναι δύσκολο να προβλεφθούν ή να προκύψουν απαντήσεις στη διαδικασία του θανάτου, όταν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το θάνατο, οι απαντήσεις και οι στάσεις τους μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τις προηγούμενες εμπειρίες τους. Η φροντίδα προς τους ασθενείς τελικού σταδίου και η αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να είναι μια από τις πιο δύσκολες πτυχές του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν τους ασθενείς τελικού σταδίου, πρέπει να αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα του θανάτου, υποστηρίζοντας και φροντίζοντας τους ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον. Έτσι, τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τις δικές τους αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στον θάνατο πριν μπορέσουν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους στην αντιμετώπιση του θανάτου²².

Οι στάσεις χαρακτηρίζονται ως ένα σύστημα πεποιθήσεων και γνώσεων που όλοι έχουν ή έχουν μάθει κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι άνθρωποι δεν έχουν έμφυτη τη διάθεση για την φροντίδα στον θάνατο. Οι στάσεις απέναντι στον θάνατο είναι οι ψυχολογικές συμπεριφορές που μαθαίνονται μέσω των κοινωνικών και των πολιτιστικών εμπειριών. Οι συμπεριφορές των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τελικού σταδίου, μπορεί να έχουν σημαντική επίπτωση στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν⁴⁵.

Η στάση απέναντι στον θάνατο επηρεάζεται από το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο, τις θρησκευτικές ή τις πνευματικές πεποιθήσεις, καθώς και από την ηλικία, τα έτη κλινικής εμπειρίας, τις ατομικές αξίες, τη φιλοσοφία της ζωής, το ιστορικό απωλειών και τα γνωστικά πλαίσια μέσω των οποίων αποδίδονται διαφορετικές έννοιες σε εμπειρίες σχετικές με το θάνατο⁴⁶. Οι στάσεις στον θάνατο

μπορούν να επηρεάσουν τη στάση των επαγγελματιών του τομέα υγείας απέναντι στους ασθενείς, την προθυμία να μιλήσουν για το θάνατο, ακόμα και τη λήψη ιατρικών αποφάσεων, καθώς και την επιλογή τους να αποφεύγουν ή να αναζητούν εξειδίκευση σε πεδία έκθεσης στον θάνατο²².

Οι στάσεις αυτές μπορούν να αλλάξουν μέσω της εκπαίδευσης, μέσω των εμπειριών, και μέσω της εξερεύνησης των συναισθημάτων, των νοοτροπιών και των πεποιθήσεων για τον εαυτό και τους άλλους. Η φροντίδα για τους ασθενείς με σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, απαιτεί ειδικές γνώσεις και κατάρτιση για όλους τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, και ένα μέρος αυτής της εκπαίδευσης περιλαμβάνει την εκπαίδευση των νοσηλευτών ώστε να τους βοηθήσει στην ανάπτυξη θετικής στάσης απέναντι στο θάνατο. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της εμπειρίας των νοσηλευτών που φροντίζουν τους ασθενείς στην τερματική περίοδο της ζωής τους και της θετικής στάσης απέναντι στον θάνατο. Πολλά ερευνητικά ευρήματα επίσης υποστηρίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης για την αλλαγή της στάσης απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου²².

Ο σκοπός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν τον θάνατο είναι να επιτρέψει και να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να καθορίσουν και να προσδιορίσουν τη στάση τους απέναντι στην πραγματικότητα του θανάτου. Τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να είναι αποτελεσματικά για την αύξηση της συνειδητοποίησης του θανάτου, μειώνοντας έτσι το άγχος του θανάτου και προωθώντας τις θετικές στάσεις όσον αφορά τη φροντίδα των ασθενών με τερματική νόσο. Η έρευνα για την εκπαίδευση σχετικά με το θάνατο ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1960, πρώτα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στη συνέχεια σε άλλες χώρες όπως η Αγγλία και ο Καναδάς. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, δημιουργήθηκαν εκπαιδευτικά προγράμματα για το θάνατο και η εκπαίδευση για το θάνατο ενσωματώθηκε στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτικών τμημάτων. Είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να συνειδητοποιήσουν πώς οι γνώσεις και οι στάσεις τους σχετικά με το θάνατο επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς τελικού σταδίου²². Ένας από τους στόχους της εκπαίδευσης για την φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι να κάνει την επικοινωνία πιο ανοιχτή, εξετάζοντας τα κρίσιμα ζητήματα που προκύπτουν και σχετίζονται με το φόβο του θανάτου, προκειμένου να μειωθεί το άγχος και να βελτιωθεί η στάση προς τους ασθενείς τελικού σταδίου⁴⁷. Επειδή ο θάνατος είναι ένα ζήτημα που επηρεάζει βαθιά την ανθρώπινη ζωή, δεν είναι δυνατόν να ισχυριστεί

κανείς ότι μόνο η γνώση για το θάνατο καθορίζει τη συμπεριφορά του φροντιστή. Γι' αυτόν τον λόγο, η εκπαίδευση για το θάνατο δεν πρέπει μόνο να μεταφέρει πληροφορίες, αλλά και να συμβάλει στη διαμόρφωση και ανάπτυξη θετικών προσωπικών στάσεων και συνειδητοποίησης του θανάτου²².

3.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς που πεθαίνουν

Η φροντίδα για τους ασθενείς τελικού σταδίου μπορεί να είναι μια συναισθηματικά οδυνηρή, δυσάρεστη και απειλητική εμπειρία. Η συναισθηματική ενόχληση που σχετίζεται με τη φροντίδα για το θάνατο είναι πιθανό να επιδεινωθεί από τις περιορισμένες γνώσεις των νοσηλευτών για θέματα που σχετίζονται με το τέλος της ζωής. Ιστορικά, οι νοσηλευτές δεν έχουν λάβει εκτεταμένη εκπαίδευση για το πώς να φροντίσουν τους ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους. Αυτή η έλλειψη εκπαίδευσης αντανακλάται στο επίπεδο και την ποιότητα της περίθαλψης στο τέλος του κύκλου ζωής που παρέχεται στους ασθενείς⁷.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς τελικού σταδίου έχει πολλές πτυχές και κυμαίνεται από την απλή πράξη μέχρι την αντιμετώπιση πολλαπλών συναισθημάτων. Ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης επικεντρώνεται στην επικοινωνία, στον πόνο και την ανακούφιση των συμπτωμάτων, στη γνώση των διαθέσιμων πόρων και την προώθηση της συμμετοχής καθώς και στον έλεγχο της λήψης των αποφάσεων από τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο. Επομένως, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι να είναι υποστηρικτής, συνήγορος και φροντιστής⁷. Ορισμένες πτυχές όπως η επικοινωνία, η λήψη αποφάσεων με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια, η συνέχεια της φροντίδας, η συναισθηματική και η πνευματική υποστήριξη και η υποστήριξη για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας έχουν αναφερθεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στο τέλος της ζωής⁴⁸.

Η επικοινωνία αποτελεί τη βασική δεξιότητα για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν υψηλής ποιότητας, αποτελεσματική και συμπνευτική περίθαλψη στους ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους⁴⁸. Η επικοινωνία στο τέλος της ζωής έχει ελάχιστες απαιτήσεις. Πρόκειται για μια επέκταση της συνεχιζόμενης επικοινωνίας μεταξύ των

κλινικών ιατρών, των νοσηλευτών, των ασθενών και των οικογενειών τους. Η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια του πρέπει να είναι συμπονετική, ολοκληρωμένη και κατανοητή και πρέπει να επικεντρώνεται σε ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους⁹. Οι Curtis και Patrick (2001) ισχυρίζονται ότι η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί κατάρτιση, πρακτική, σχεδιασμό και προετοιμασία. Για να πραγματοποιήσουν ανοιχτή και ειλικρινή επικοινωνία σχετικά με το θάνατο, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πρώτα να είναι άνετοι με το θάνατο. Οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν την προσεκτική ακρόαση, την αντιμετώπιση των ανησυχιών, την ενσυναίσθηση και την συχνή επαφή⁹.

Ένας ακόμη ρόλος της νοσηλευτικής είναι ο ρόλος της υποστήριξης. Οι νοσηλευτές επέκτειναν τον ρόλο τους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής, επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση και ενεργώντας ως υποστηρικτές στην περίοδο του τέλους της ζωής του ασθενούς αναπτύσσοντας παράλληλα σχέσεις εμπιστοσύνης με τα μέλη της οικογένειας⁴⁹. Στο πλαίσιο της περίθαλψης στο τέλος της ζωής, η λήψη αποφάσεων στις περισσότερες περιπτώσεις αναφέρεται στην συνέχιση ή την απόσυρση της θεραπείας. Παρόλο που ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει, μετά από πλήρη ενημέρωση, εάν θα υποβληθεί σε οποιαδήποτε πτυχή της θεραπείας, οι ασθενείς με τελική νόσο συνήθως δεν είναι ικανοί να σκεφτούν και να αποφασίσουν, καθώς μπορεί να είναι κατασταλαμένοι και διασωληνωμένοι με υποστήριξη της αναπνοής. Ως εκ τούτου, μεγάλο μέρος της συζήτησης σχετικά με το τι συμβαίνει στον ασθενή και της αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία λαμβάνουν χώρα μεταξύ της οικογένειας του ασθενούς και των κλινικών ιατρών και νοσηλευτών⁴⁸. Οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν με τα μέλη της οικογένειας καθ' όλη τη διάρκεια της περίθαλψης. Η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής είναι σημαντική για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ της ιατρικής ομάδας και της οικογένειας⁵⁰.

Ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι επίσης η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη. Καθώς η πλειονότητα των ασθενών τελικού σταδίου δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν, η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη επικεντρώνεται κυρίως στην οικογένεια των ασθενών. Μελέτες έχουν δείξει υψηλά επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης μεταξύ των μελών της οικογένειας των ασθενών τελικού σταδίου⁴⁸. Οι Bach et al. το 2009 σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Western Journal of Nursing Research*, υποστήριξαν ότι ένας από τους ρόλους τους νοσηλευτών στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης αποτελεί η συνεχής παρουσία παρέχοντας άνεση, φροντίδα και ακρόαση⁵¹.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής είναι πολύ σύνθετος, απαιτώντας προσωπικές ψυχολογικές προετοιμασίες, ευελιξία και δύναμη⁴⁹. Οι ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους μπορεί να εμφανίσουν ακραία συμπτώματα που περιλαμβάνουν σωματική, πνευματική και ψυχοκοινωνική ταλαιπωρία. Η πρόληψη και η διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων, ενώ βελτιστοποιείται η ποιότητα ζωής στην διαδικασία του θανάτου, αποτελεί ρόλο των επαγγελματιών υγείας⁵². Ο επαρκής έλεγχος του πόνου και των συμπτωμάτων είναι το βασικό συστατικό της περίθαλψης στο τέλος της ζωής⁵³.

3.3 Η επίδραση της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση είναι ένα σημαντικό συστατικό της κοινωνικής γνώσης που συμβάλλει στην ικανότητά μας να κατανοούμε και να ανταποκρινόμαστε στα συναισθήματα των άλλων, να επιτυγχάνουμε συναισθηματική επικοινωνία και να προωθούμε την κοινωνική συμπεριφορά. Ο όρος «ενσυναίσθηση» προέρχεται από την μετάφραση της Γερμανικής λέξης *Einfühlung* του Titchener, που σημαίνει «συναίσθημα». Σε γενικές γραμμές, αντικατοπτρίζει τις συνέπειες της αντίληψης της κατάστασης των πραγμάτων. Παρά την εξέχουσα θέση της κατανόησης της ενσυναίσθησης στην αναπτυξιακή έρευνα και τις διεπιστημονικές έρευνες σχετικά με τις ικανότητες της, ένας σαφής, συναινετικός ορισμός της δομής της ενσυναίσθησης παραμένει ασαφής⁵⁴. Η ενσυναίσθηση που έχει περιγραφεί ως η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και των σκέψεων του άλλου έχει πολλά οφέλη αναφορικά με την επικοινωνία, την ικανοποίηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση⁵⁵.

Μερικοί άνθρωποι από τη φύση είναι πιο ενσυναίσθητικοί από τους άλλους και ως εκ τούτου η ικανότητα να συναισθάνονται ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο. Ωστόσο, η αποκτηθείσα ενσυναίσθηση μπορεί να διδαχθεί ως δεξιότητα και να αναπτυχθεί με την πρακτική και την εμπειρία. Έχει επίσης τονιστεί ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο μιας σχέσης φροντίδας και ιδιαίτερα κρίσιμης σημασίας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Οι ερευνητές συμφωνούν στο θετικό ρόλο που παίζει η ενσυναίσθηση στις διαπροσωπικές σχέσεις κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι αξίες της σε μια θεραπευτική σχέση έχουν τονιστεί, σχέσεις στις οποίες οι επαγγελματίες του τομέα υγείας κατανοούν τα συναισθήματα των ασθενών σαν να ήταν οι ίδιοι οι ασθενείς⁵⁶.

Η έννοια της ενσυναίσθησης έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής έρευνας⁵⁷. Η Sand L. και η Strang P. σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2006 στο περιοδικό *Journal of Palliative Medicine*, ισχυρίζονται ότι η ενσυναίσθηση και η προσωρινή φροντίδα με αμοιβαία συνύπαρξη και συμμετοχή μπορεί να μειώσουν την αντίληψη της υπαρξιακής μοναξιάς στους ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους⁵⁸. Επίσης, μια πρόσφατη μελέτη των Yuguero et al. (2017) που διεξήχθη στην Lleida της Ισπανίας σχετικά με τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, έδειξε ότι τα υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης⁵⁹.

Οι έρευνες όμως σχετικά με την επιρροή της ενσυναίσθησης συνεχίζουν να απασχολούν. Η ενσυναίσθηση δεν είναι μια πρόσφατη αντίληψη ενδιαφέροντος για την ψυχολογία, αλλά η επίδρασή της στη συγχώρεση έχει προκαλέσει νέα σκέψη. Η ενσυναίσθηση είναι η "πνευματική ταύτιση με τα συναισθήματα, τις σκέψεις ή τις στάσεις του άλλου", και πιστεύεται ότι η συγχώρεση ενός ατόμου μπορεί να συμβεί εξ αιτίας της ύπαρξης της ενσυναίσθησης⁶⁰. Πολλές μελέτες έχουν ερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ της ενσυναίσθησης, της συγχώρεσης και της ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα των ερευνών που αφορούν τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και συγχώρεσης έχουν βρει μια θετική σχέση. Η ποιότητα ζωής μπορεί να βελτιωθεί με τη συγχώρεση, η οποία θεωρείται στρατηγική αντιμετώπισης. Τα υψηλά επίπεδα συγχώρεσης έχουν βρεθεί ότι συνδέονται με υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία στους ηλικιωμένους ασθενείς⁶¹.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένας σημαντικός διεθνής διάλογος γύρω από τη συμπόνια στην πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, το θέμα της συμπόνιας έχει συζητηθεί ελάχιστα όσον αφορά την έρευνα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας⁶². Η συμπόνια έχει οριστεί ως «βαθιά συνειδητοποίηση του πόνου ενός άλλου σε συνδυασμό με την επιθυμία να ανακουφιστεί». Η συμπόνια μιλάει στα συναισθήματα που προκαλούνται από την επαφή με τον ασθενή και πώς αυτά τα συναισθήματα διαμορφώνουν την προσέγγισή στη φροντίδα⁶³. Μαζί με την ενσυναίσθηση, η συμπόνια αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως βασικές διαστάσεις μιας ποιοτικής εμπειρίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας και στην αυξημένη ικανοποίηση και αφοσίωση των ασθενών. Συχνά οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης συμβαίνουν στις πιο ευαίσθητες και ευάλωτες περιόδους κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Όταν αυτές οι αλληλεπιδράσεις εμφανίζονται με τη στήριξη της συμπόνιας, δημιουργεί μια βάση για μια σχέση

εμπιστοσύνης που ενθαρρύνει τον ασθενή, και σήμερα θεωρείται βασικός καθοριστικός παράγοντας ποιοτικών αποτελεσμάτων⁶⁴.

3.4 Η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας

Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην παροχή άμεσης φροντίδας των ασθενών, ο θάνατος ενός ασθενούς μπορεί να φέρει μια αίσθηση απώλειας και θλίψης που θα μπορούσε τελικά να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται κατάλληλα και επαρκώς σε άλλους ασθενείς¹.

Πολλές μελέτες τα τελευταία 30 χρόνια έχουν διερευνήσει το άγχος του θανάτου μεταξύ των ατόμων. Αυτό είναι ένα αίσθημα άγχους ή φόβου στη σκέψη του θανάτου ή σε σχέση με το θάνατο: ένας κοινός φόβος ή φοβία. Οι νοσηλευτές και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια της κλινικής εργασίας τους, εκτίθενται συχνά σε θανάτους ασθενών. Οι προσωπικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας προς το θάνατο μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν κατά τη διάρκεια των τελευταίων σταδίων της ζωής ενός ασθενούς. Αντιμέτωποι με συναισθηματικά ζητήματα όπως η πραγματικότητα των θανάτων, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται δεξιότητες και εμπειρίες για να διαχειριστούν τέτοιους φόβους⁶⁵.

Το θέμα του εργασιακού άγχους στα επαγγέλματα υγείας έχει τεκμηριωθεί για περισσότερα από 40 χρόνια και έρευνες έχουν δείξει ότι αυξάνεται σε πολλές χώρες. Το εργασιακό άγχος είναι η επιβλαβής σωματική και συναισθηματική αντίδραση σε μια κακή αντιστοιχία μεταξύ της υπερφόρτωσης της εργασίας και των ικανοτήτων, των πόρων ή των αναγκών του εργαζόμενου. Οι επιστήμες υγείας θεωρούνται γενικά ως αγχωτικά και απαιτητικά επαγγέλματα σε σύγκριση με άλλα, με τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας να είναι πιο συχνά εκτεθειμένοι σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Πολλές μελέτες σχετικά με το άγχος στον χώρο της εργασίας, έχουν επιχειρήσει να εξετάσουν τις επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στην υγεία και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Φαίνεται ότι υπάρχει καθολική συμφωνία ότι η εμπειρία του εργασιακού άγχους έχει συνήθως επιπτώσεις στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων, αυξάνει τις ψυχιατρικές ασθένειες και μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένες μορφές σωματικών ασθενειών και προβλημάτων συμπεριφοράς. Το εργασιακό άγχος δεν επηρεάζει μόνο την υγεία και την ευημερία του ατόμου, αλλά μπορεί επίσης να έχει δυσμενείς συνέπειες για τους ασθενείς καθώς και για τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης για τον οποίο

εργάζεται το άτομο, μέσω της μειωμένης παραγωγικότητας του, της απουσίας του και του κύκλου των εργασιών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το άγχος της εργασίας συνδέεται με το χαμηλότερο ηθικό επίπεδο, τη μειωμένη εργασιακή απόδοση, τον υψηλότερο κύκλο εργασιών, τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, την απώλεια παραγωγικότητας, τα υψηλά ποσοστά απουσιών και τη μειωμένη ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς⁶⁶.

Εκτός από το άγχος στον χώρο της εργασίας, συχνή είναι και η εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές, υποφέρουν από έντονο άγχος και την επαγγελματική εξάντληση, καθώς εργάζονται με ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) έχει οριστεί ως σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Σύμφωνα με τον Maslach, η εξάντληση είναι το αποτέλεσμα χρόνιας πίεσης (στο χώρο εργασίας) που δεν έχει αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική αποπροσωποποίηση και η αίσθηση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Η συναισθηματική εξάντληση οδηγεί σε απώλεια ανησυχίας για τους άλλους και τελικά εξελίσσεται σε αισθήματα ανεπάρκειας και αποτυχίας. Η αποπροσωποποίηση εμφανίζεται όταν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τους ασθενείς ως αντικείμενα και αναπτύσσουν δυσμενείς στάσεις απέναντί τους. Η ύπαρξη της ψυχολογικής επιβάρυνσης των εργαζομένων, μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους, μειώνοντας την ψυχική τους ανθεκτικότητα παράλληλα με την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς. Η επαγγελματική εξουθένωση παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα, στον τομέα της νοσηλευτικής και στον τομέα της υγείας γενικότερα, με πολλές συνέπειες. Οι φυσικές, οι ψυχολογικές και οι διαπροσωπικές / κοινωνικές επιδράσεις του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας μπορεί να διαφέρουν, ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες, την οργανωτική κουλτούρα, τον φόρτο και τις συνθήκες εργασίας. Οι επαγγελματικές συνέπειες επομένως της εξουθένωσης, έχουν σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο για την υγεία και την ευεξία των εργαζομένων αλλά και για την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών⁶⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

4.1 Αποτελέσματα ερευνών

Οι στάσεις απέναντι στον θάνατο έγιναν θέμα ψυχολογικού ενδιαφέροντος στα τέλη της δεκαετίας του '50 με την έρευνα του Αμερικάνου ψυχολόγου Herman Feifel (1956,1959), σχετικά με τους ηλικιωμένους και ψυχικά ασθενείς πληθυσμούς, παρόλο που μια σειρά από πρωτοποριακές έρευνες εμφανίστηκαν πριν από εκείνη την εποχή. Μεθοδολογικά, αυτές οι έρευνες βασίζονταν σε προβολικές μεθόδους (π.χ., η καταγραφή των θεμάτων του θανάτου μέσω Test Θεματικής Δοκιμασίας Απόκρισης) και με έγκυρα ερωτηματολόγια⁶⁸.

Την χρονική περίοδο μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1960 ο όγκος των ερευνών σχετικά με τις στάσεις απέναντι στο θάνατο άρχισε να αυξάνεται, παράλληλα με το αυξανόμενο ενδιαφέρον για το θέμα του θανάτου. Την περίοδο αυτή και μέχρι τα τέλη του 1970 ξεκίνησε και η ανάπτυξη των πρώτων ευρέως διαθέσιμων εργαλείων που σχεδιάστηκαν για την άμεση αξιολόγηση του φόβου, της απειλής και του άγχους του θανάτου⁶⁸.

Η έρευνα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο έχει αγγίξει ένα αξιοσημείωτο φάσμα θεμάτων κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού αιώνα⁶⁸. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των ιατρών και των νοσηλευτών προς το θάνατο είναι το φύλο, η ηλικία, το προσωπικό υπόβαθρο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η θρησκεία, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι πρόσφατες εμπειρίες θανάτου μελών και φίλων της οικογένειας. Επίσης, η επιστημονική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει και αυτή την στάση τους. Αυτές οι μελέτες σημείωσαν ότι η περισσότερη εμπειρία οδηγεί σε λιγότερη ανησυχία σχετικά με το θάνατο και τη θετική στάση απέναντι στη φροντίδα⁷.

Σύμφωνα με τους Rooda et al. (1999) οι παράγοντες που καθορίζουν τη στάση απέναντι στον θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου είναι πολυάριθμοι και σύνθετοι. Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα συστήματα πολιτιστικών, κοινωνικών, φιλοσοφικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων που δίνουν νόημα στο θάνατο, καθώς και προσωπικά και γνωστικά πλαίσια μέσα στα οποία προέρχονται και ερμηνεύονται οι στάσεις των ατόμων απέναντι στον θάνατο. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι έχουν πολύ διαφορετική στάση απέναντι στον θάνατο, κάποιες θετική στάση και κάποιες αρνητική. Ο φόβος του θανάτου είναι η συχνότερα διερευνηθείσα στάση. Στην έρευνα των Rooda et al. ερωτήθηκαν 403 νοσηλευτές που εργάζονταν σε διαφορετικά τμήματα και είχαν μικρή εμπειρία στη φροντίδα ασθενών σταδίου. Διαπίστωσαν ότι η στάση απέναντι στην φροντίδα των ασθενών με τελική νόσο ήταν αρνητική όταν συνδέεται με το φόβο του θανάτου και θετική όταν συνδέεται με μια ουδέτερη αποδοχή του θανάτου⁶⁹.

Οι Dunn et al. (2005) μελέτησαν και αυτοί την εμπειρία των νοσηλευτών και την παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου σε ένα περιβάλλον ογκολογίας, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 58 από νοσηλευτές ογκολογικών και χειρουργικών κλινικών. Με βάση τα ερευνητικά αποτελέσματα διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη έκθεση σε ασθενείς που πέθαναν απεφάνθησαν πιο θετικές στάσεις⁷. Χρησιμοποιώντας επίσης το ερωτηματολόγιο DAP-R και FATCOD, διαπίστωσαν ότι τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η εκπαίδευση που έλαβαν για το θάνατο ήταν οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες της θετικής στάσης απέναντι στον θάνατο².

Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν επίσης από τη μελέτη των Malliarou et al. (2011)¹, οι οποίοι χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο DAP-R σε δείγμα 150 Ελλήνων νοσηλευτών που εργάζονται στην παρηγορητική φροντίδα σε ένα Γενικό Νοσοκομείο προκειμένου να συνδέσουν τις στάσεις απέναντι στον θάνατο με τους δημογραφικούς παράγοντες. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με περισσότερη εργασιακή εμπειρία παρουσίασαν πιο θετική στάση απέναντι στον θάνατο, γεγονός που επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία στην εργασία και πιο ικανή αντιμετώπιση των καταστάσεων στο τέλος του κύκλου της ζωής².

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη των Lange et al. (2008), όπου σε ένα δείγμα νοσηλευτών ογκολογίας, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία, η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας αλλά και η εμπειρία της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου έχουν άμεσο αντίκτυπο στις νοσηλευτικές συμπεριφορές με τους μεγαλύτερους και πιο έμπειρους νοσηλευτές να έχουν πιο θετικές στάσεις. Στην προαναφερθείσα

μελέτη αποδείχθηκε ακόμη ότι η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση των στάσεων⁷⁰. Αυτό διαπιστώθηκε και από την μελέτη της Frommelt (2003), όπου μετά από ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για το θάνατο σε μια ομάδα 115 μεταπτυχιακών νοσηλευτών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα ανέπτυξε πιο θετική στάση απέναντι στον θάνατο, σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης η οποία δεν υπέστη σημαντικές μεταβολές⁷¹.

Η περιγραφική ποσοτική μελέτη των Zyga et al. (2011), που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε ένα δείγμα 49 νοσηλευτών, έδειξε ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην Παρηγορητική Φροντίδα είχε αντίκτυπο στην διαμόρφωση των στάσεων τους, με τους νοσηλευτές οι οποίοι είχαν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση να μην εμφανίζουν φόβο απέναντι στο θάνατο και δυσκολίες στην επικοινωνία. Στην συγκεκριμένη μελέτη αποδείχθηκε ακόμη ότι η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την στάση απέναντι στο θάνατο⁴.

Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από την πρόσφατη μελέτη των Sharour et al. (2017)⁵, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία είναι παράγοντες που ενισχύουν τη θετική στάση απέναντι στο θάνατο και στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Οι μελέτες για τη στάση απέναντι στο θάνατο έχουν πραγματοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό με δείγματα φοιτητών ή επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Έχει αποδειχθεί σε άλλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης ότι η παροχή φροντίδας στους ασθενείς τελικού σταδίου μπορεί να είναι μια συναισθηματικά και σωματικά δύσκολη εμπειρία. Οι στάσεις στον θάνατο μπορούν να επηρεάσουν τη στάση των επαγγελματιών του τομέα υγείας απέναντι στους ασθενείς, την προθυμία να μιλήσουν για το θάνατο, ακόμα και τη λήψη ιατρικών αποφάσεων, καθώς και την επιλογή τους να αποφύγουν ή να επιδιώξουν εξειδίκευση σε πεδία έκθεσης στον θάνατο¹.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο, αλλά και η διερεύνηση της συμπεριφοράς τους απέναντι στους ασθενείς τελικού σταδίου.

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Πώς αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας τον θάνατο στον χώρο του Νοσοκομείου;
- Ποιά είναι η σχέση μεταξύ ηλικίας και της στάσης απέναντι στο θάνατο;
- Ποιά είναι η σχέση μεταξύ εργασιακής εμπειρίας και της στάσης απέναντι στο θάνατο;
- Υπάρχει συσχέτιση του επαγγέλματος με την στάση απέναντι στο θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου;

1.3 Πληθυσμός μελέτης

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη διερεύνησης των στάσεων και των αντιλήψεων των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, από έναν αριθμό 124 επαγγελματιών υγείας από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και από το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο». Η επιλογή του δείγματος υλοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν: i) το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό να προέρχεται από τις επιλεγμένες κλινικές για την μελέτη, ii) να έχουν φροντίσει ασθενείς τελικού σταδίου, iii) να έχουν βιώσει

περιστατικό θανάτου κατά την διάρκεια της εργασιακής τους εμπειρίας. Η έρευνα περιλάμβανε την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

1.4 Ερευνητική διαδικασία

Κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος - Μάρτιος του 2019 μοιράστηκαν 150 ανώνυμα ερωτηματολόγια σε διάφορες κλινικές στο Πανεπιστημιακό και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Οι κλινικές που συμμετείχαν ήταν η ΜΕΘ, ΜΣΝ, Χειρουργική, Νευροχειρουργική, Παθολογική, Καρδιολογική, Πνευμονολογική και Ογκολογική. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στις προϊστάμενες των αντίστοιχων κλινικών οι οποίες, εν συνεχεία, τα μοίραζαν στο προσωπικό της κλινικής. Από τα 150 ερωτηματολόγια επεστράφησαν, συμπληρωμένα, τα 124 (ποσοστό ανταποκρισιμότητας ίσο, περίπου, με 83%).

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Επιπλέον, στους συμμετέχοντες διευκρινίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τα δικαιώματα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων διαφυλάσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

1.5 Ερωτηματολόγιο

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και ερωτήσεις διερεύνησης του προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (DAP-R), ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου (FATCOD-30), και ερωτήσεις κλίμακας για την συγχώρεση (HFS), την αυτοσυμπόνια (SCS) και την ενσυναίσθηση (TEQ).

Για την διερεύνηση του προφίλ συμπεριφοράς θανάτου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile – Revised (DAP-R), το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα⁷². Το αρχικό ερωτηματολόγιο DAP-R φτιάχτηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1964⁷³. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Οι υποκλίμακες είναι:

- Fear of death – Φόβος του θανάτου: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
- Death avoidance – Αποφυγή Θανάτου: 3, 10, 12, 19, 26
- Neutral acceptance – Ουδέτερη στάση: 6, 14, 24, 17, 30
- Approach acceptance – Στάση Αποδοχής: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
- Escape acceptance – Στάση Διαφυγής: 5, 9, 11, 23, 29

Σύμφωνα με τους Bellali et al. (2018)⁴⁶, η ελληνική εκδοχή του DAP-R χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Fear of death – Φόβος του θανάτου: 1, 2, 7, 18, 21
- Death avoidance – Αποφυγή Θανάτου: 3, 10, 12, 19, 26
- Neutral acceptance – Ουδέτερη στάση: 6, 14, 24, 17, 30
- Approach acceptance – Στάση Αποδοχής: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
- Escape acceptance – Στάση Διαφυγής: 5, 9, 11, 23, 29
- After Death Concerns – Μετά θάνατον ανησυχίες: 20, 32

Το ερωτηματολόγιο FATCOD – 30, σχεδιάστηκε το 1988 από την Katherine Frommelt⁷¹, και περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις διερεύνησης των στάσεων απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα). Το ερωτηματολόγιο FATCOD – 30 αποτελείται από έναν ίσο αριθμό θετικών και αρνητικών στοιχείων. Οι θετικές ερωτήσεις αποτελούνται από την 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, και 30 με το υπόλοιπο σύνολο να αποτελούν τις αρνητικές ερωτήσεις. Στις θετικές ερωτήσεις το διαφωνώ απόλυτα βαθμολογείται με 1 βαθμό, ενώ στις αρνητικές ερωτήσεις γίνεται αντιστροφή και βαθμολογείται με 5. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 30 έως 150 βαθμούς, με την υψηλότερη βαθμολογία να δηλώνει πιο θετική στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Για την διερεύνηση της συγχώρεσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Heartland Forgiveness Scale (HFS)⁷⁴ που δημοσιεύθηκε το 2005 από την Laura Yamhure Thompson. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επτάβαθμια Likert scale (1: σχεδόν πάντα λάθος για μένα, 3: πιο συχνά λάθος για

μένα, 5: πιο συχνά αληθινή για μένα, 7: σχεδόν πάντα αληθινή για μένα), με τις ερωτήσεις 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15 και 17 να αντιστρέφονται. Για την συνολική βαθμολογία γίνεται άθροισμα των τιμών που συνθέτουν την κλίμακα. Οι βαθμολογίες για το συνολικό HFS μπορεί να κυμαίνονται από 18 έως 126 και για τις υποκλίμακες του από 6 έως 42. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες και περιλαμβάνουν:

- HFS Forgiveness of Self – Αυτό-συγχώρεση: 1 - 6
- HFS Forgiveness of Others – Συγχώρεση των άλλων: 7 - 12
- HFS Forgiveness of Situations – Συγχώρεση καταστάσεων: 13 – 18

Για την διερεύνηση της αυτοσυμπόνιας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Dr. Kristin Neff (2003) Self Compassion Scale (SCS)⁷⁵. Η κλίμακα SCS περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (Σχεδόν ποτέ, Μερικές φορές, Ενδιάμεσα, Συχνά, Σχεδόν πάντα), με τις ερωτήσεις 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 και 25 να αντιστρέφονται. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από τον μέσο όρο των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων.

Οι υποκλίμακες είναι:

- Είδη προσωπικής φροντίδας: 5, 12, 19, 23, 26
- Στοιχεία αυτοεκτίμησης: 1, 8, 11, 16, 21
- Κοινά Ανθρωπιστικά Στοιχεία: 3, 7, 10, 15
- Στοιχεία απομόνωσης: 4, 13, 18, 25
- Στοιχεία ευαισθητοποίησης: 9, 14, 17, 22
- Ανώτερα προσδιορισμένα στοιχεία: 2, 6, 20, 24

Για την μέτρηση της ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) των Spreng, Mckinnon, Mar και Levine (2009)⁵⁴ το οποίο αποτελείται από 16 ερωτήσεις, όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (Ποτέ, Σπάνια, Μερικές φορές, Συχνά, Πάντα), με τις ερωτήσεις 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14 και 15 να αντιστρέφονται. Οι απαντήσεις προστίθενται μεταξύ τους για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία, με τις τιμές να κυμαίνονται από 0 έως και 64. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλά

επίπεδα ενσυναίσθησης. Οι απαντήσεις των 16 ερωτήσεων ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες/άξονες:

- Άξονας 1 – Συναισθηματική Κατάσταση των άλλων: 2, 7, 10, 15
- Άξονας 2 – Αλτρουισμού: 5, 14, 16
- Άξονας 3 – Συμπονετική Φυσιολογική Διέγερση: 3, 6, 9, 11
- Άξονας 4 – Αντίληψη Συναισθηματικής Κατάστασης άλλου: 1, 4
- Άξονας 5 – Συναισθηματική Κατάσταση των άλλων: 8
- Άξονας 6 – Συχνότητα Συμπεριφορών: 13

Για την χρήση των ερωτηματολογίων έχει χορηγηθεί άδεια χρήσης από τους συγγραφείς.

1.6 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας των κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής, που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή α ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη διερεύνηση της σχέσης των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου, με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, έγινε χρήση παραμετρικών και μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών ανάλογα με την ικανοποίηση της παραδοχής της κανονικής κατανομής των δεδομένων. Για τον έλεγχο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού λογισμικού «SPSS-25». Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε στο 5%.

1.7 Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η «δειγματοληψία ευκολίας» καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα είναι άμεσα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν. Λόγω αυτών των περιορισμών, η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

1.8 Ηθική και Δεοντολογία έρευνας

Πριν την διεξαγωγή της έρευνας υποβλήθηκαν αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά, στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», ώστε να δοθεί η σχετική άδεια της διανομής του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, κατατέθηκε στα Επιστημονικά Συμβούλια αντίγραφο του Ερευνητικού Πρωτόκολλου της έρευνας. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο περιλάμβανε τον σκοπό της παρούσας μελέτης, τους επιμέρους στόχους, τα ερευνητικά ερωτήματα, την ανάλυση του τρόπου συλλογής των δεδομένων καθώς και την αναλυτική περιγραφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Μετά από την σύγκληση των Επιστημονικών Συμβουλίων, δόθηκε η άδεια διεξαγωγής της μελέτης και της διανομής των ερωτηματολογίων. Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν αυστηρά οι θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μιας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, έγινε τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και της εμπιστευτικότητας των ερευνητικών δεδομένων. Όλες οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες και εμπιστευτικές και χρησιμοποιήθηκαν μόνο στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων για τους ερευνητικούς σκοπούς της διπλωματικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

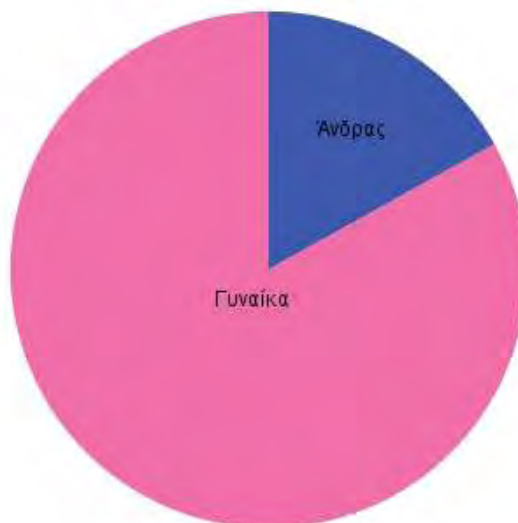
1.1 Στατιστική ανάλυση

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 62 άνδρες και 38 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 41,4 έτη (τυπική απόκλιση 8.23) και διάμεσο τιμή 41. Στον πίνακα, που ακολουθεί, παρουσιάζονται συγκεντρωτικά όλα τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων.

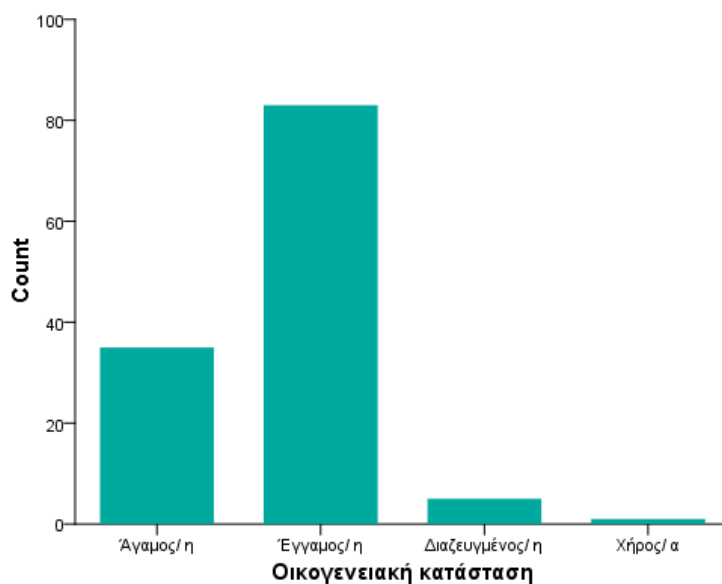
Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων

		N
Φύλο	Άνδρας	21
	Γυναίκα	103
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	35
	Έγγαμος/ η	83
	Διαζευγμένος/ η	5
	Χήρος/ α	1
Επάγγελμα	Ιατρός	18
	Νοσηλεύτης	106
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΠΕ	23
	ΤΕ	82
	ΔΕ	19
Επίπεδο μετεκπαιδείωσης	Χωρίς μετεκπαίδευση	26
	Μεταπτυχιακό	3
	Διδακτορικό	95
Έτη εργασίας	1-5 έτη	30
	6-10 έτη	15
	11-15 έτη	29
	16-20 έτη	29
	>20 έτη	21

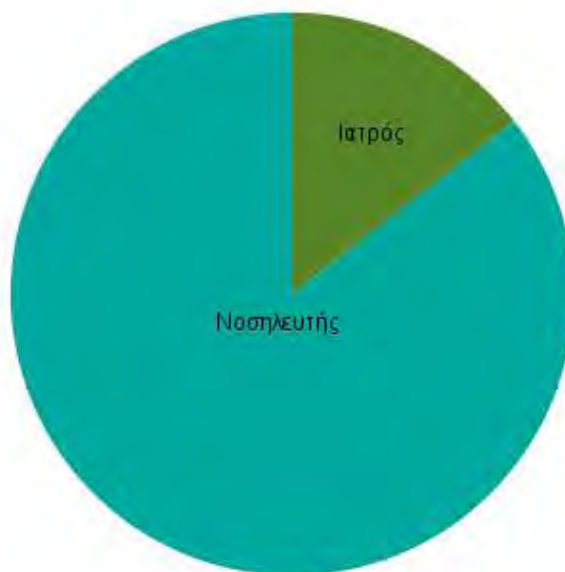
Γράφημα 1. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά φύλο



Γράφημα 2. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά οικογενειακή κατάσταση



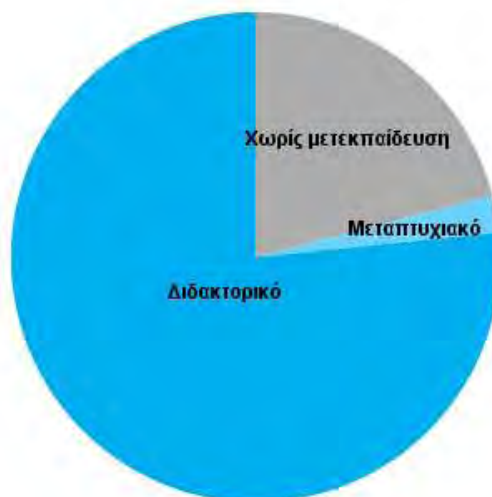
Γράφημα 4. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά ιδιότητα



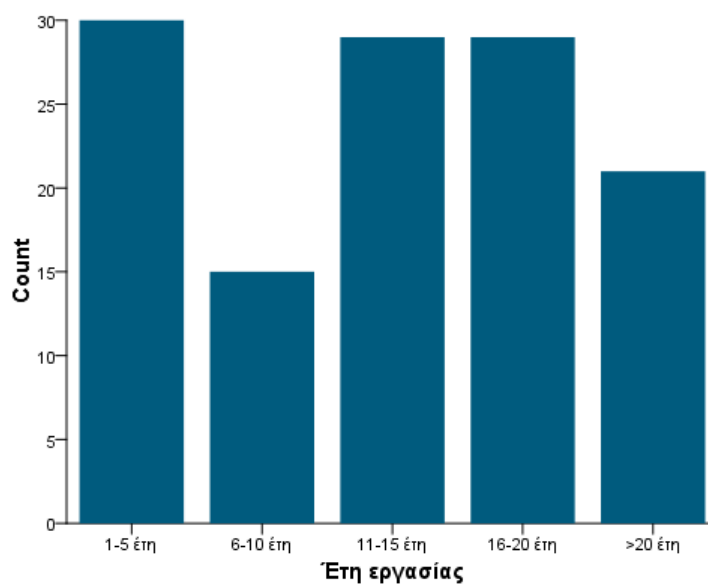
Γράφημα 3. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο



Γράφημα 5. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά μετεκπαιδευτικό επίπεδο



Γράφημα 6. Κατανομή συχνότητας συμμετεχόντων κατά μετεκπαιδευτικό επίπεδο



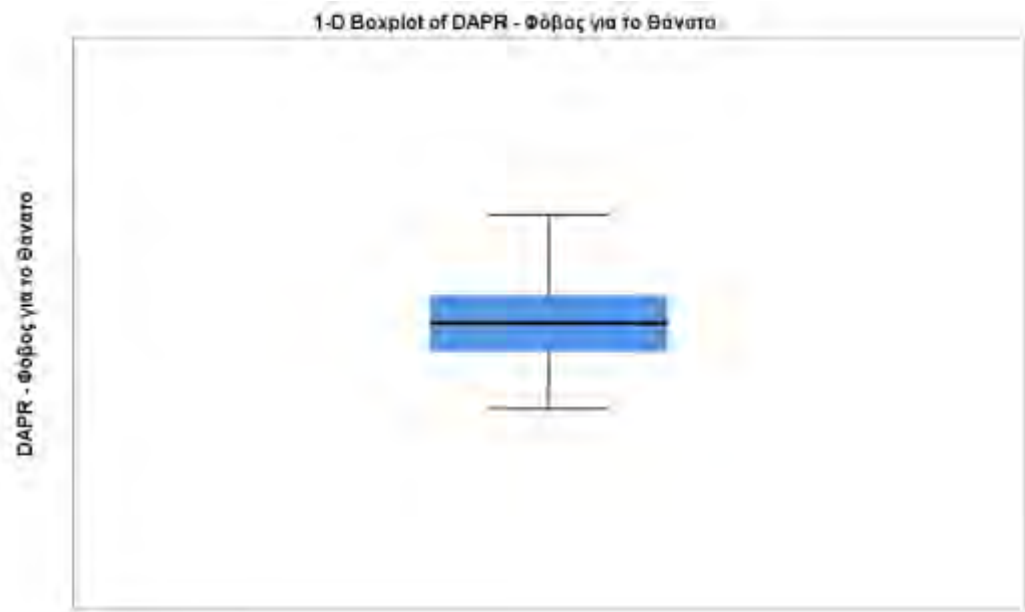
Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων της μελέτης.

Πίνακας 2. Στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων της μελέτης

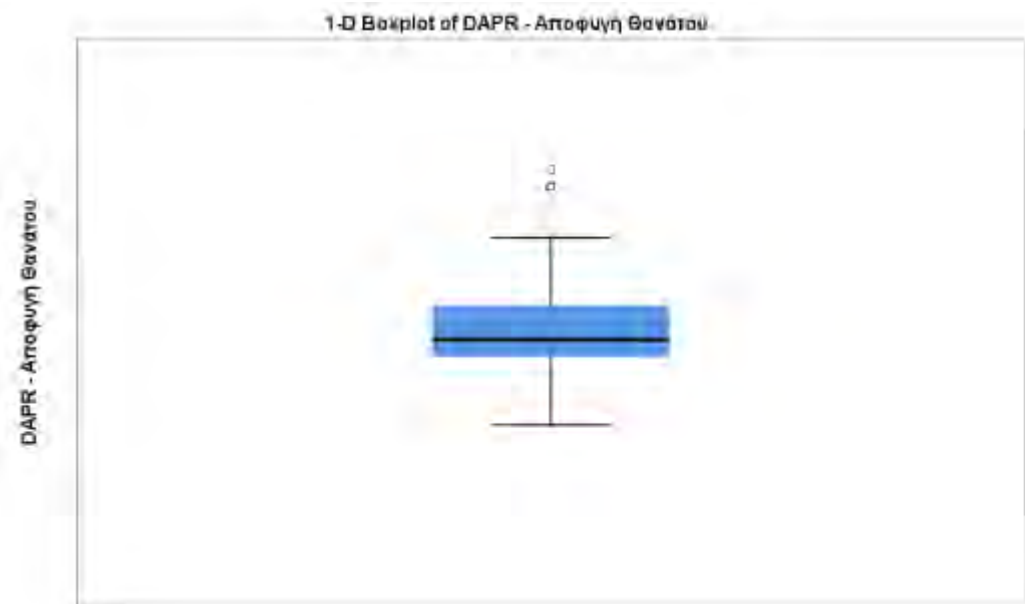
	<i>Min-Max</i>	<i>Mean</i>	<i>Standard Deviation</i>	<i>Median</i>
<i>DAPR - Φόβος για το Θάνατο</i>	7 - 49	27.8	3.5	27.5
<i>DAPR - Αποφυγή Θανάτου</i>	5 - 35	19.6	2.8	19.0
<i>DAPR - Ουδετερότητα</i>	5 - 35	12.4	4.7	12.0
<i>DAPR - Στάση Αποδοχής</i>	10 - 70	41.2	4.3	41.0
<i>DAPR - Στάση Διαφυγής</i>	5 - 35	20.1	3.0	19.5
<i>FATCOD-30</i>	30 - 150	100.3	8.7	99.0
<i>HFS</i>	26 - 130	76.7	9.8	77.0
<i>SCS</i>	18 - 126	80.5	10.1	80.5
<i>TEQ</i>	0 - 64	33.5	4.1	33.5

Προκειμένου να υπάρχει μία οπτική απεικόνιση της τάσης των απαντήσεων σε κάθε ερωτηματολόγιο, παρουσιάζονται παρακάτω τα θηκογράμματα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για κάθε ερωτηματολόγιο, τοποθετημένα αναλογικά βάσει της ανώτερης και κατώτερης τιμής που μπορεί να λάβει το κάθε ερωτηματολόγιο.

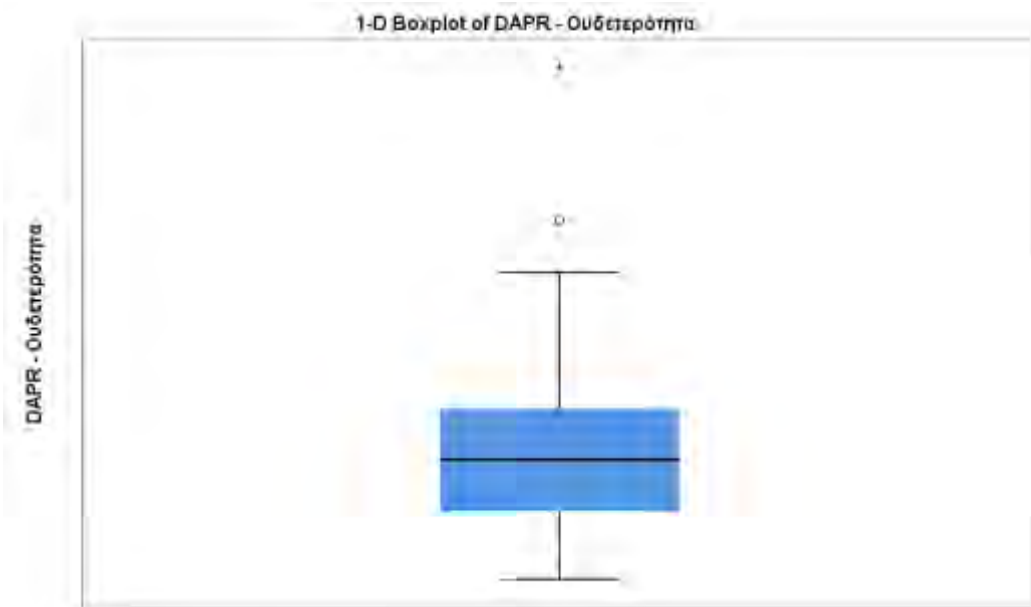
Γράφημα 8. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Φόβος για το θάνατο



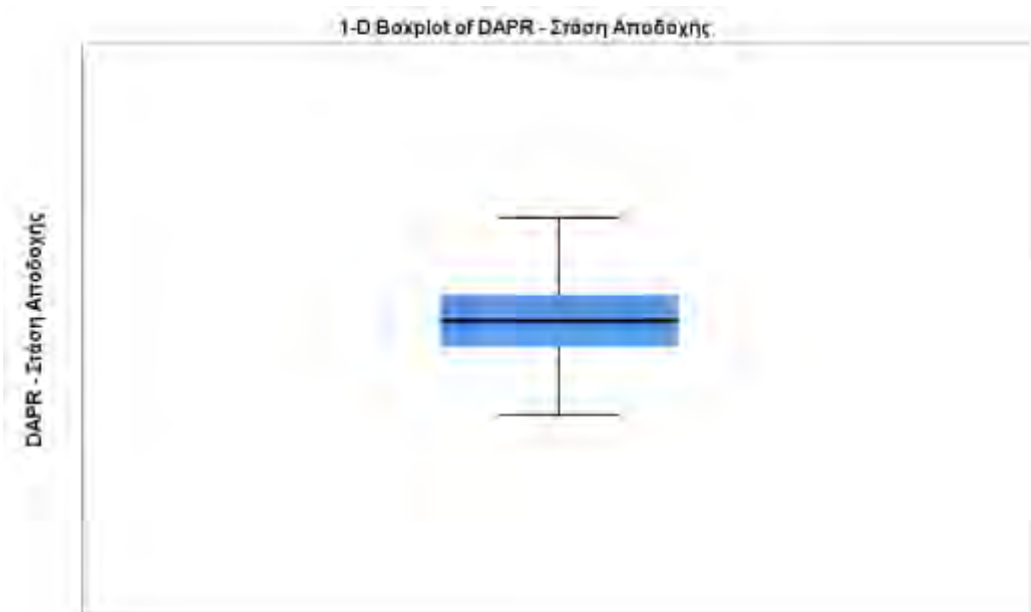
Γράφημα 7. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Αποφυγή θανάτου



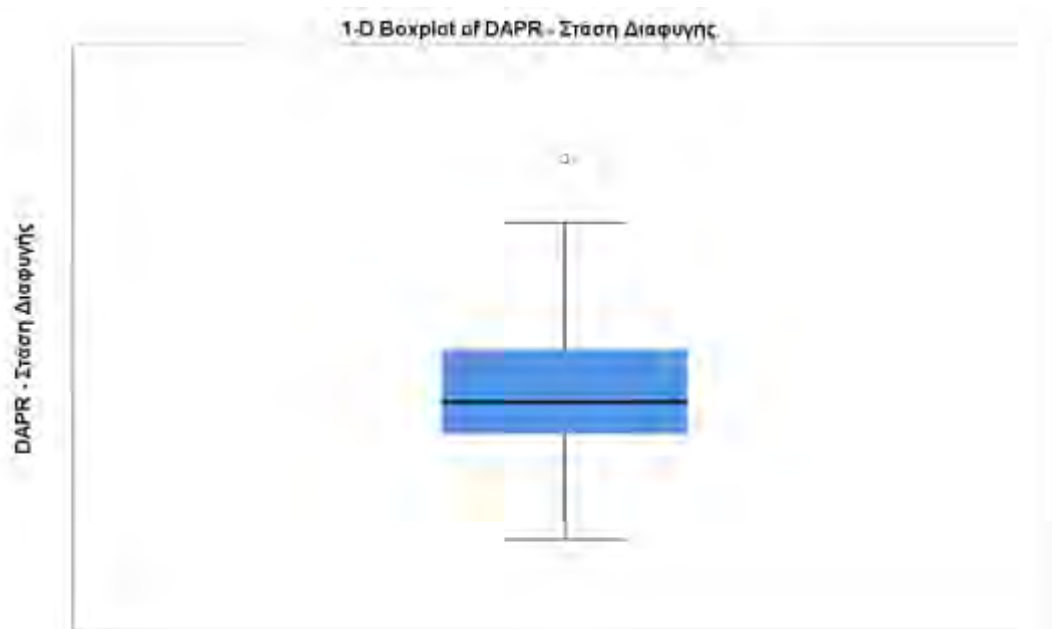
Γράφημα 9. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Ουδετερότητα



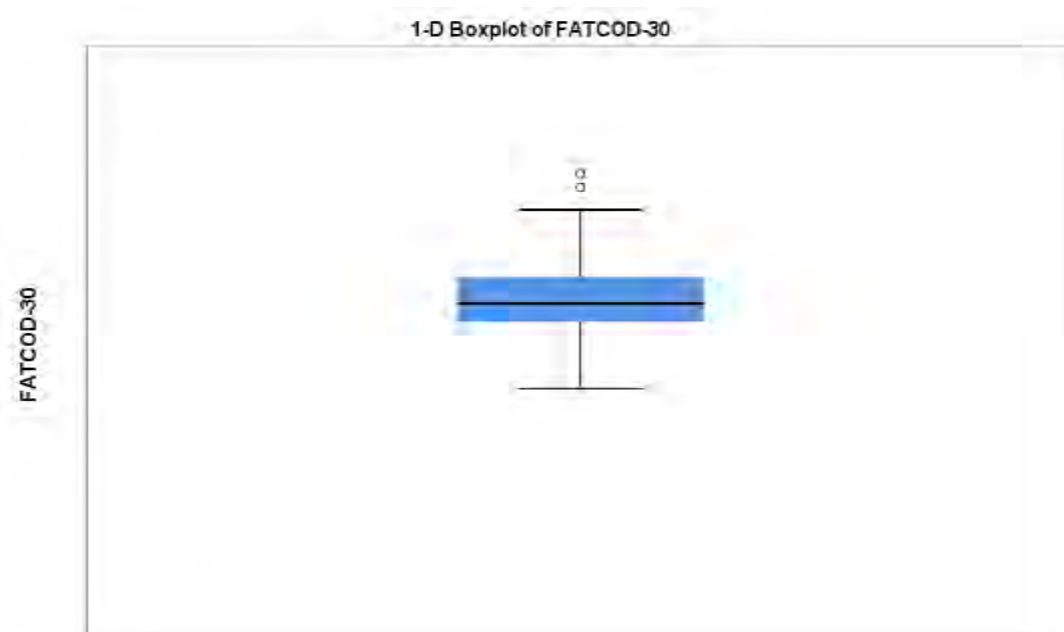
Γράφημα 10. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Στάση αποδοχής



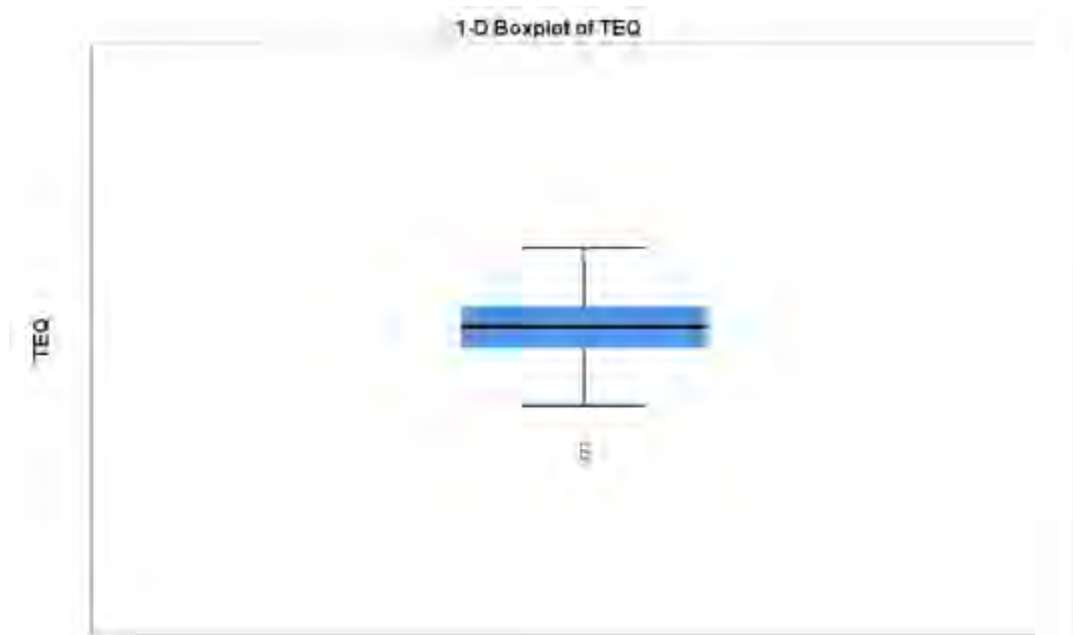
Γράφημα 11. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Στάση διαφυγής



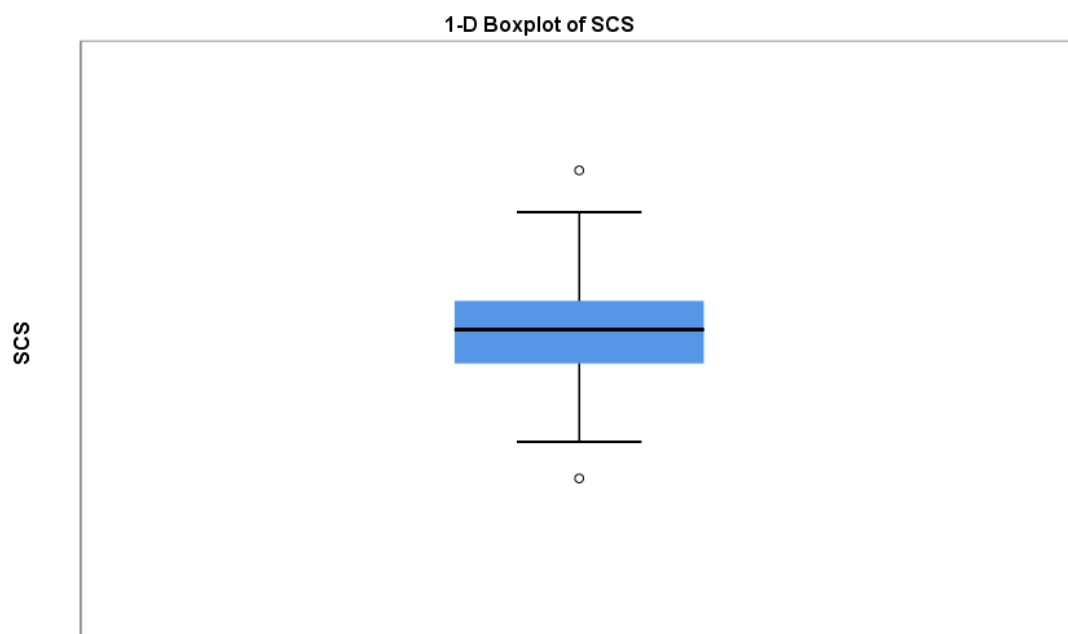
Γράφημα 12. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο FATCOD-30



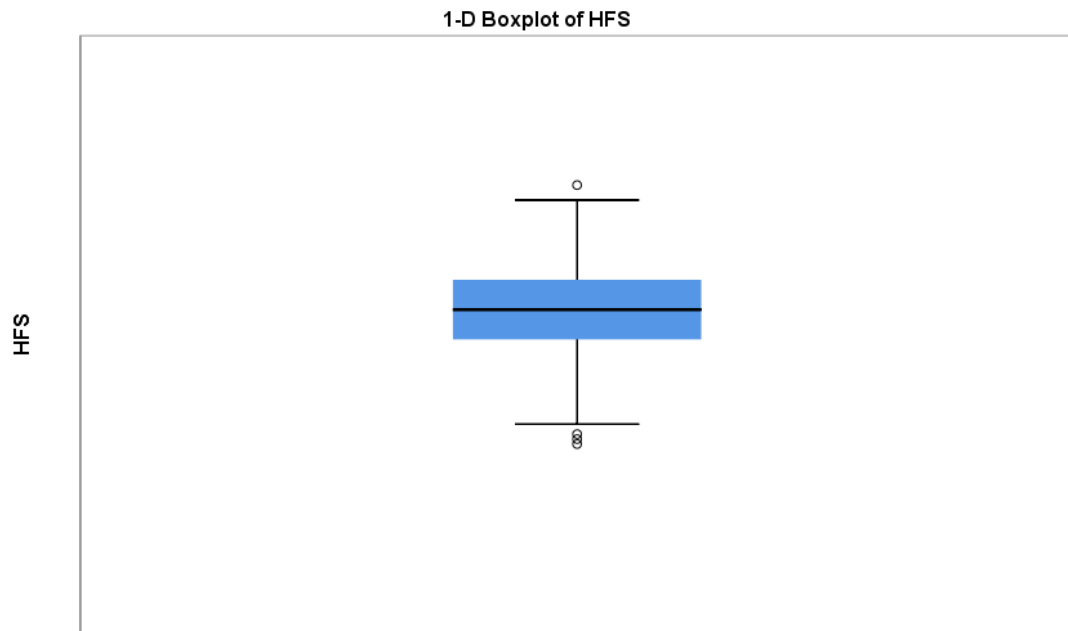
Γράφημα 13. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο TEQ



Γράφημα 14. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο SCS



Γράφημα 15. Θηκόγραμμα (boxplot) των κατανομών των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο HFS

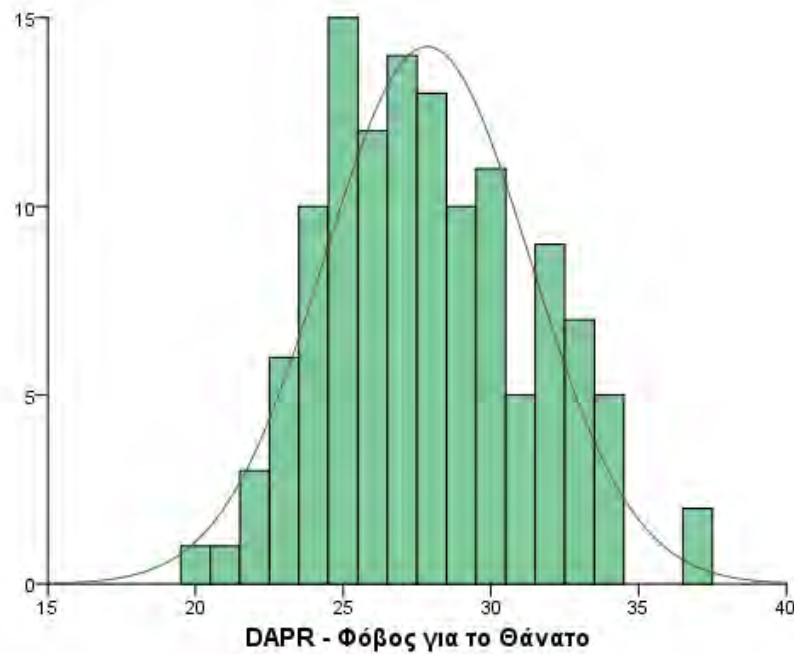


Ο στατιστικός έλεγχος των Shapiro-Wilk έδειξε ότι την παραδοχή της Κανονικότητας την πληρούν τα ερωτηματολόγια DAPR - Στάση Αποδοχής, HFS, και SCS.

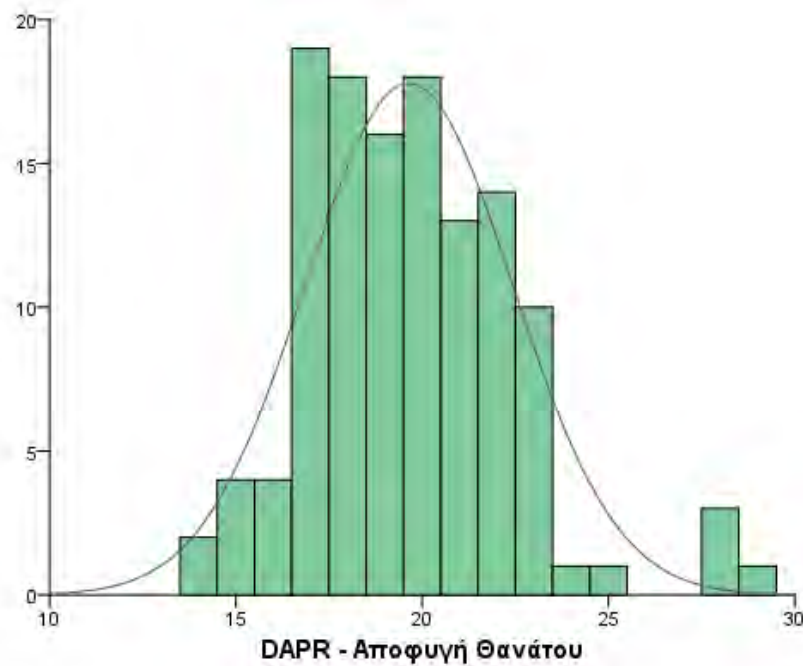
Πίνακας 3. Έλεγχος Κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών

	Statistic	Shapiro-Wilk df	Sig.
DAPR - Φόβος για το Θάνατο	.978	124	.045
DAPR - Αποφυγή Θανάτου	.946	124	.000
DAPR - Ουδετερότητα	.905	124	.000
DAPR - Στάση Αποδοχής	.989	124	.423
DAPR - Στάση Διαφυγής	.960	124	.001
FATCOD-30	.972	124	.010
HFS	.989	124	.402
SCS	.992	124	.724
TEQ	.964	124	.002

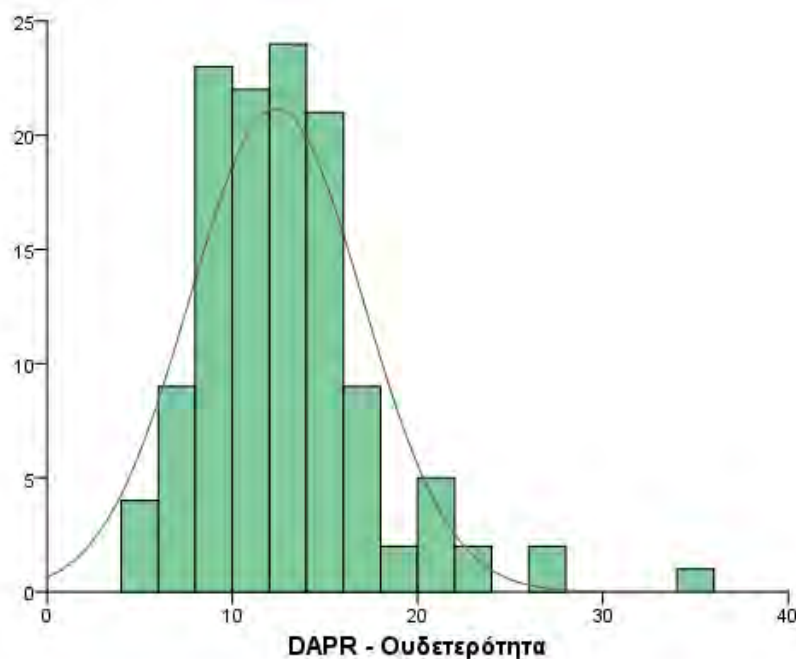
Γράφημα 16. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DARP-Φόβος για τον θάνατο



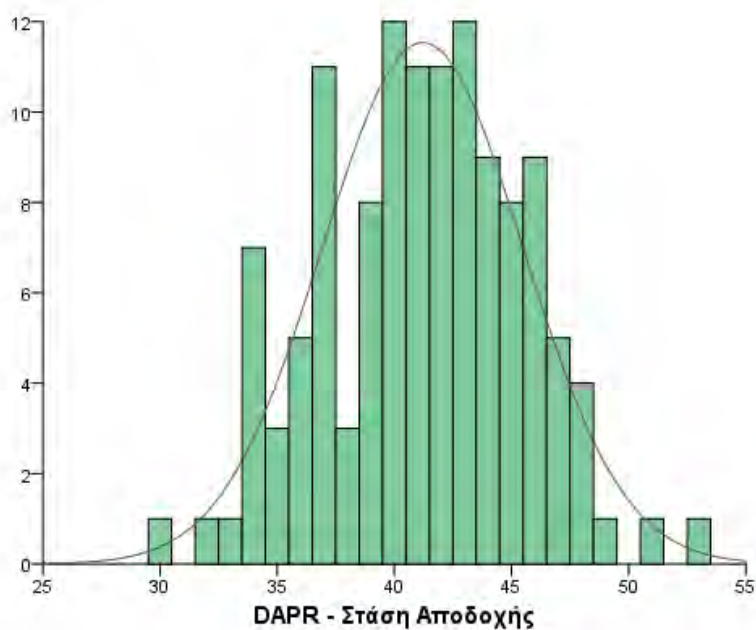
Γράφημα 17. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DARP-Αποφυγή θανάτου



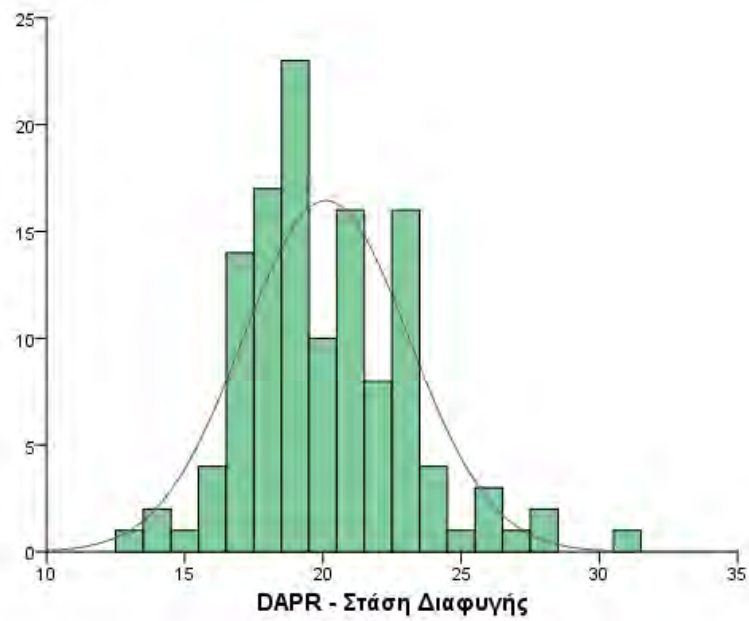
Γράφημα 19. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Ουδετερότητα



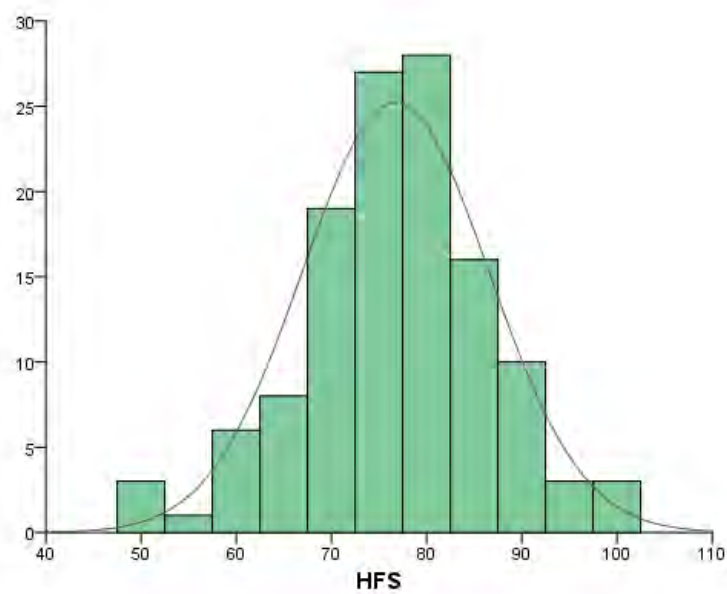
Γράφημα 18. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Στάση αποδοχής



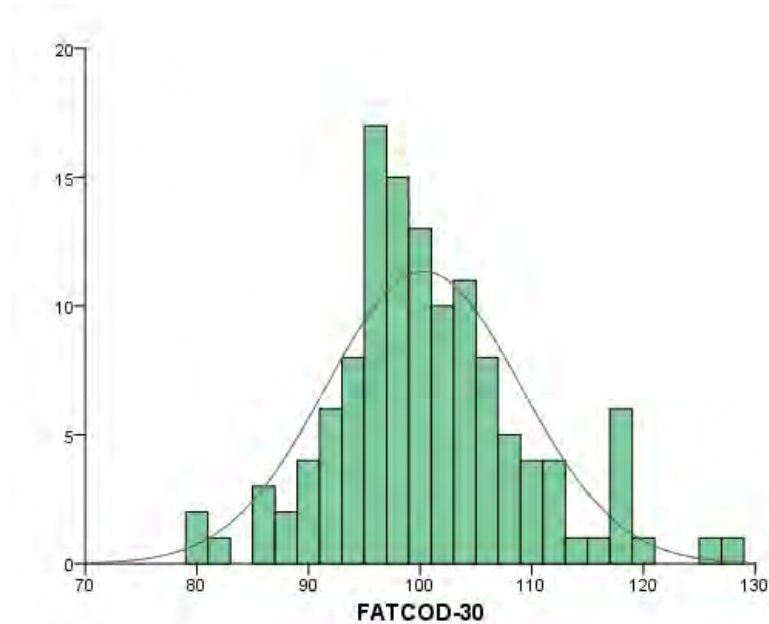
Γράφημα 20. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο DAPR-Στάση διαφυγής



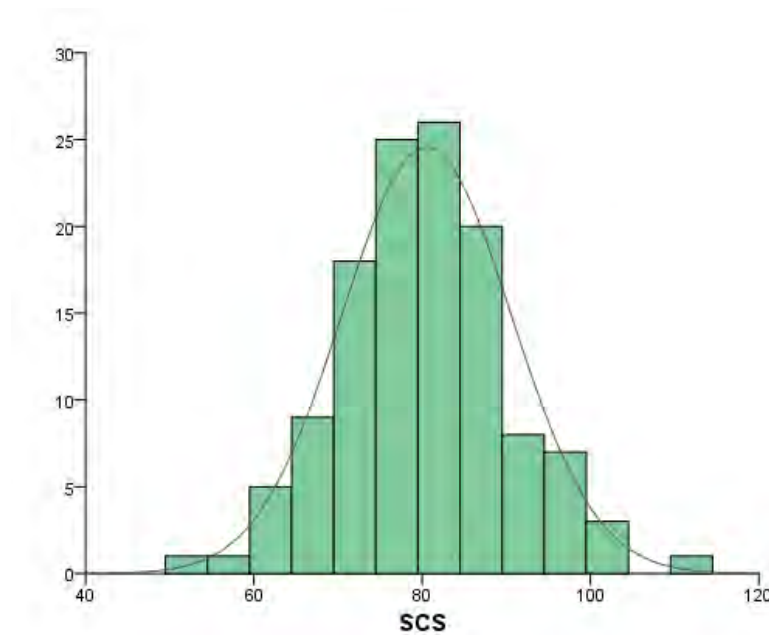
Γράφημα 21. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο HFS



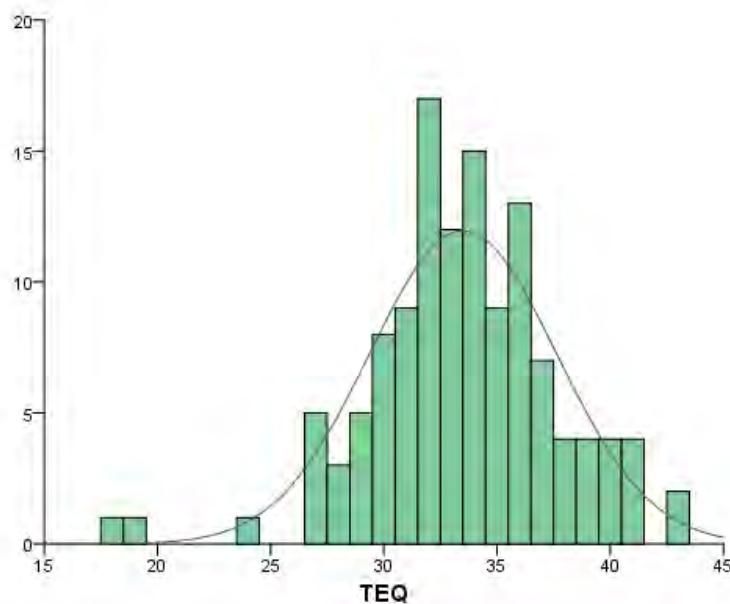
Γράφημα 22. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο FATCOD-30



Γράφημα 23. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο SCS



Γράφημα 24. Κατανομή των βαθμολογιών, για το ερωτηματολόγιο TEQ



Η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου «DAPR» μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach, για το σύνολο των ερωτήσεων, είναι ίση με 75.8 %.

Η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου «FATCOD-30» μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach, για το σύνολο των ερωτήσεων, είναι ίση με 66.8 %.

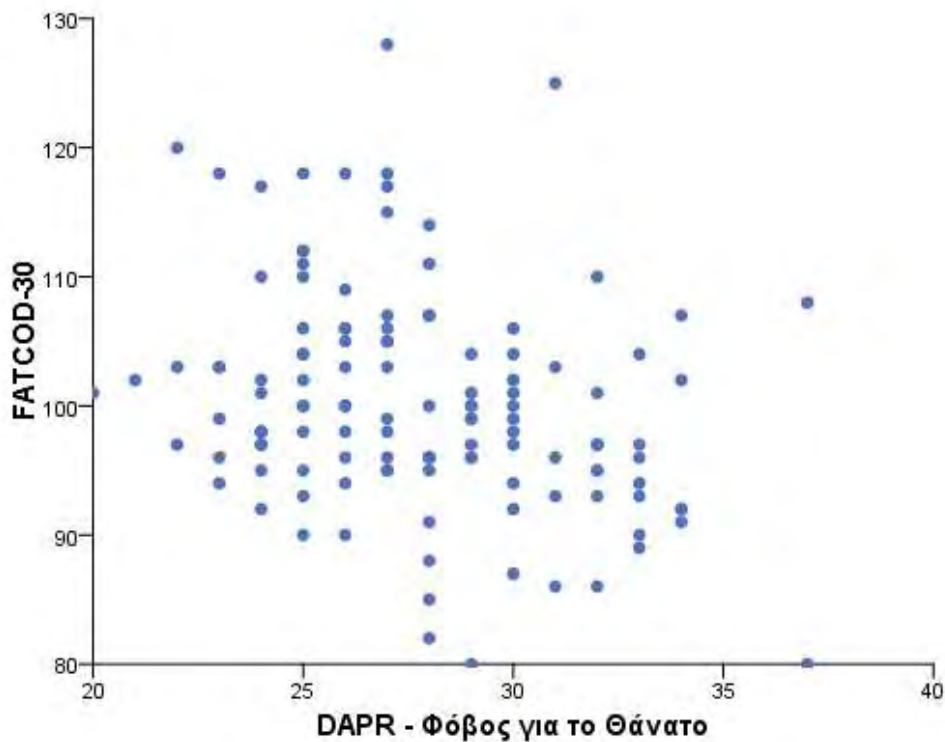
Η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου «HFS» μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach, για το σύνολο των ερωτήσεων, είναι ίση με 59 %.

Η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου «SCS» μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach, για το σύνολο των ερωτήσεων, είναι ίση με 73.6 %.

Η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου «TEQ» μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach, για το σύνολο των ερωτήσεων, είναι ίση με 43.7 %.

Η μελέτη των συσχετίσεων, όλων των δυνατών κατά ζεύγη συνδυασμών, των ερωτηματολογίων, έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο «FATCOD-30» και στο «DAPR - Φόβος για το Θάνατο» ($r(124) = -0.294, p = 0.001$).

Γράφημα 25. Στικτόγραμμα συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Φόβος για το Θάνατο» και του «FATCOD-30»

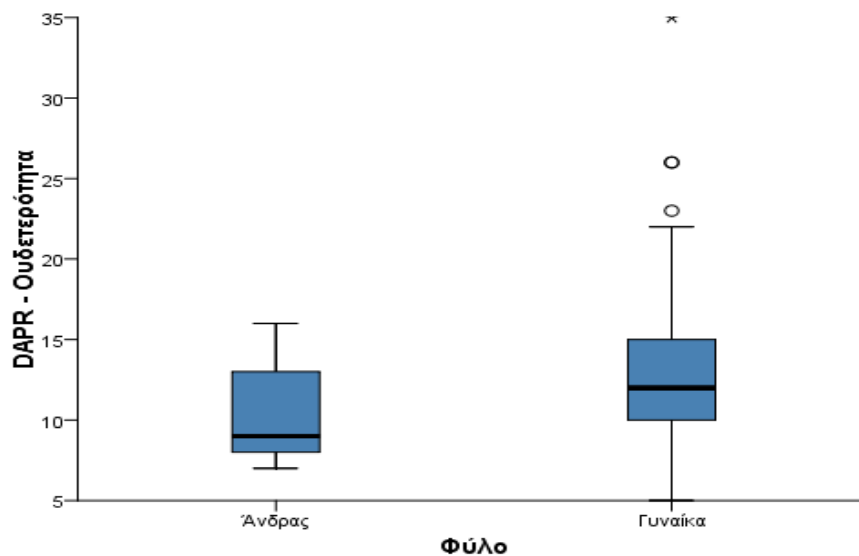


Η στατιστική δοκιμασία των Mann-Whitney εφαρμόστηκε για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι το μέσο επίπεδο της συνολικής βαθμολογίας των ανδρών διαφέρει από το μέσο επίπεδο της συνολικής βαθμολογίας των γυναικών, για κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια της παρούσας μελέτης.

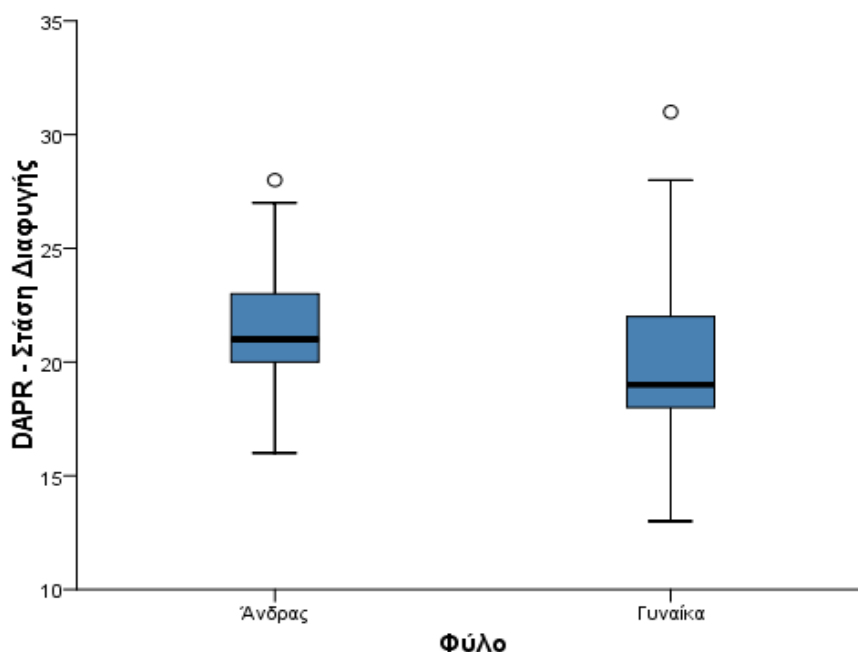
Το αποτέλεσμα των δοκιμασιών που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά είναι:

- «DAPR - Ουδετερότητα» ($Z = -2.254$, $p = 0.024$, H_0 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα» δεν διαφέρει ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, H_1 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα» διαφέρει ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες).
- «DAPR - Στάση Διαφυγής» ($Z = -2.206$, $p = 0.027$, H_0 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου GR-SCS δεν διαφέρει ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, H_1 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου GR-SCS διαφέρει ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες).

Γράφημα 27. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα», ανά φύλο



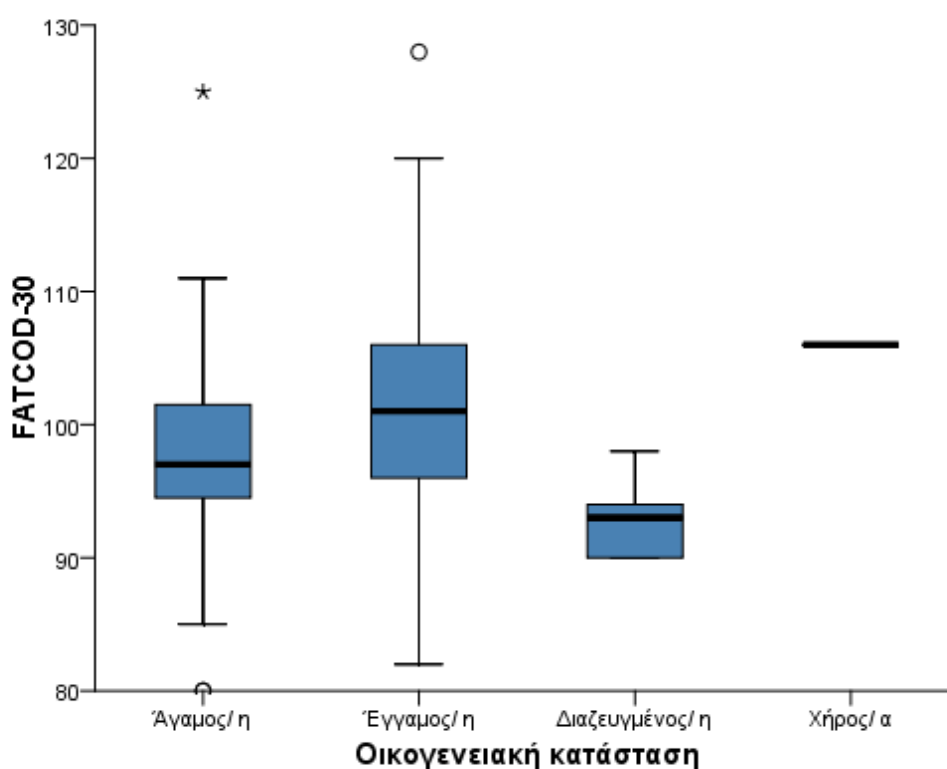
Γράφημα 26. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής», ανά φύλο



Η στατιστική δοκιμασία των Kruskal-Wallis αποκάλυψε σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD-30 και των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» ($\chi^2(3) = 11.749$, $p = 0.008$, H_0 : Δεν

υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD-30 και των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση», H_1 : Υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD-30 και των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση»).

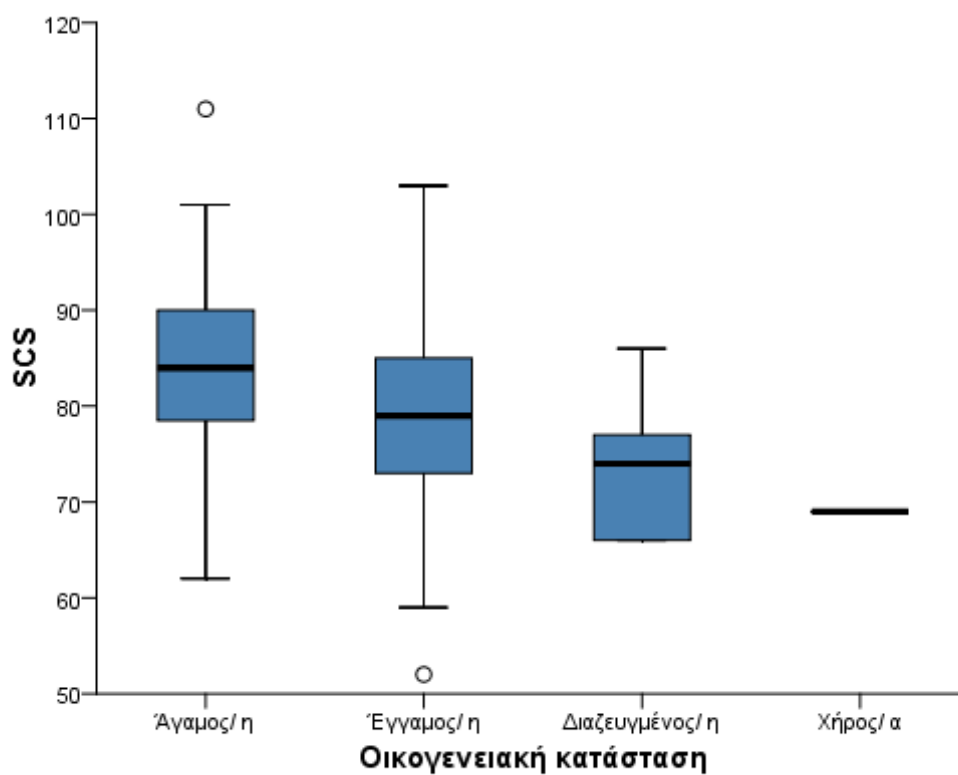
Γράφημα 28. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου FATCOD-30, ανά οικογενειακή κατάσταση



Η στατιστική δοκιμασία των Kruskal-Wallis αποκάλυψε σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου SCS και των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» ($\chi^2(3) = 10.296$, $p = 0.016$, H_0 : Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου SCS και

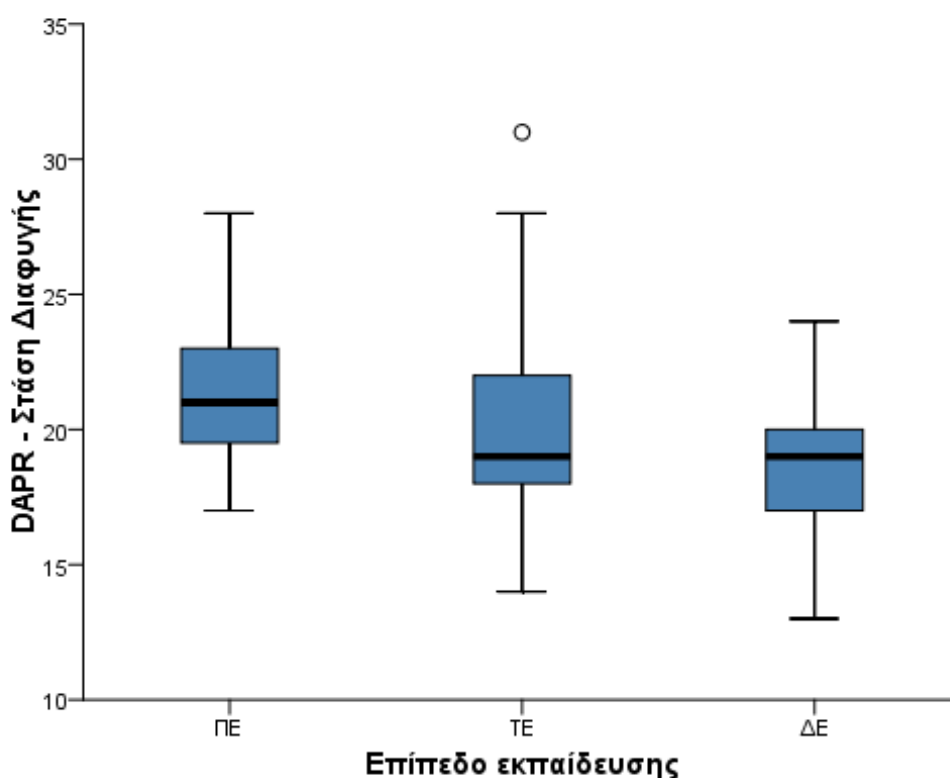
των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση», H_1 : Υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου SCS και των κατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση»).

Γράφημα 29. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου SCS, ανά οικογενειακή κατάσταση



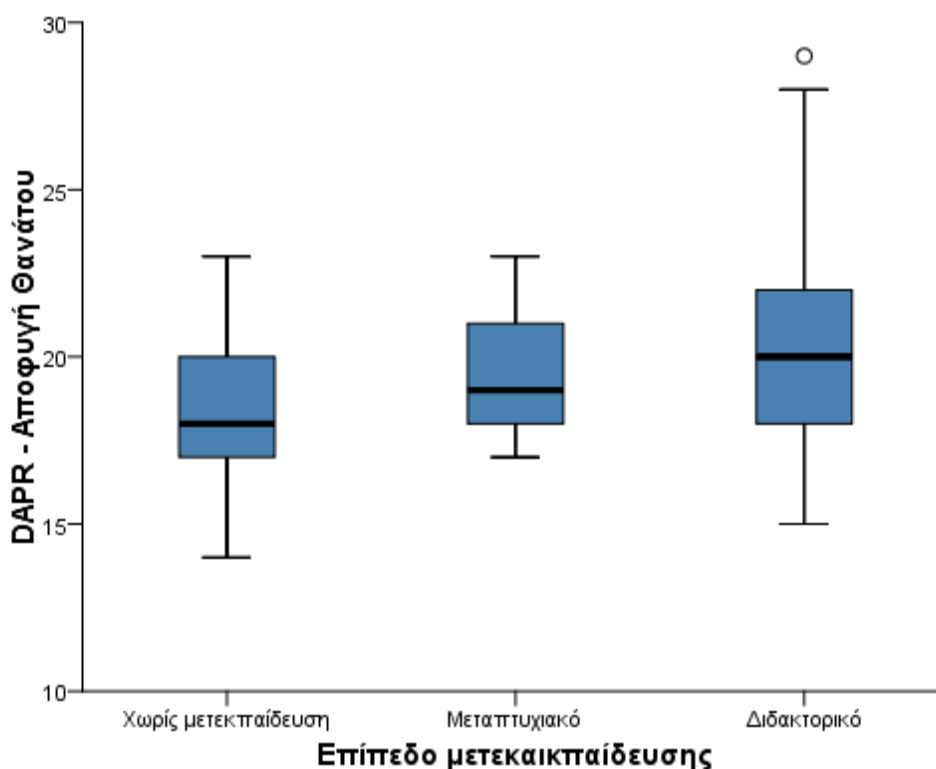
Η στατιστική δοκιμασία των Kruskal-Wallis αποκάλυψε σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης» ($\chi^2(2) = 7.526, p = 0.023, H_0$: Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης», H_1 : Υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης»).

Γράφημα 30. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής», ανά επίπεδο εκπαίδευσης



Η στατιστική δοκιμασία των Kruskal-Wallis αποκάλυψε σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR – Αποφυγή θανάτου» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο μετεκπαίδευσης» ($\chi^2(2) = 5.305$, $p = 0.07$, H_0 : Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR – Αποφυγή θανάτου» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο μετεκπαίδευσης», H_1 : Υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR – Αποφυγή θανάτου» και των κατηγοριών της μεταβλητής «Επίπεδο μετεκπαίδευσης»).

Γράφημα 31. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Αποφυγή θανάτου», ανά επίπεδο μετεκπαίδευσης

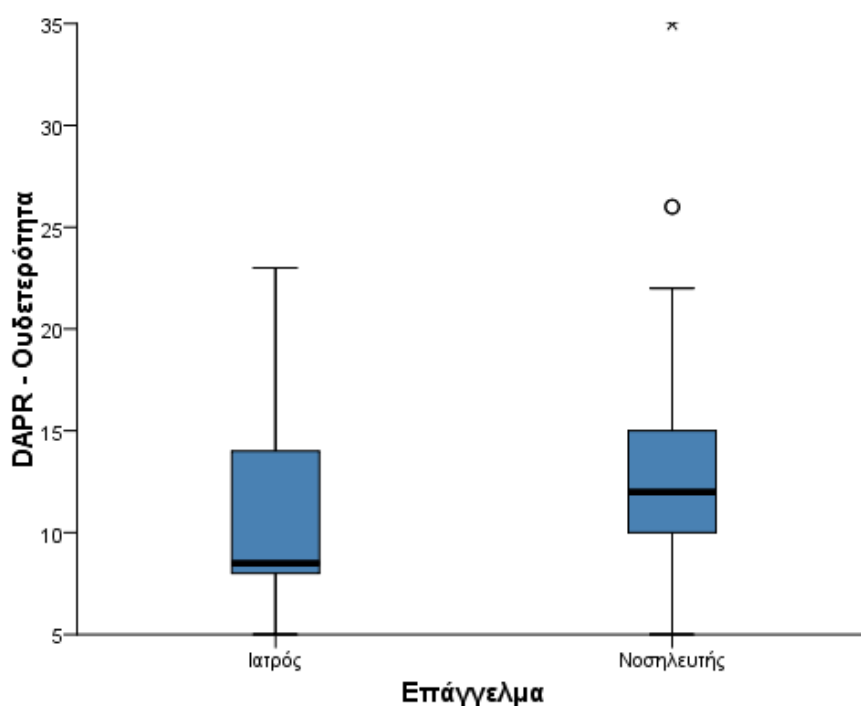


Η στατιστική δοκιμασία των Mann-Whitney εφαρμόστηκε για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι το μέσο επίπεδο της συνολικής βαθμολογίας νοσηλευτικού προσωπικού διαφέρει από το μέσο επίπεδο της συνολικής βαθμολογίας του ιατρικού προσωπικού, για κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια της παρούσας μελέτης.

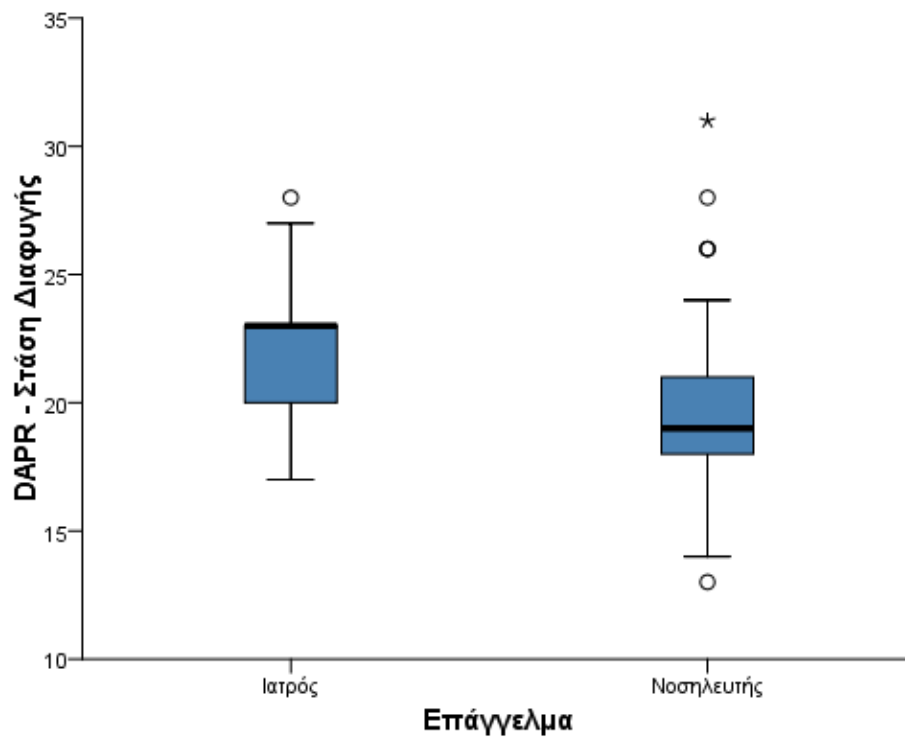
Το αποτέλεσμα των δοκιμασιών που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά είναι:

- «DAPR - Ουδετερότητα» ($Z = -2.407$, $p = 0.016$, H_0 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα» δεν διαφέρει ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, H_1 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα» διαφέρει ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό).
- «DAPR – Στάση διαφυγής» ($Z = -3.246$, $p = 0.001$, H_0 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση διαφυγής» δεν διαφέρει ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, H_1 : Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση διαφυγής» διαφέρει ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό).

Γράφημα 32. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR - Ουδετερότητα», ανά επαγγελματική ιδιότητα



Γράφημα 33. Κατανομή συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου «DAPR – Στάση Διαφυγής», ανά επαγγελματική ιδιότητα



1.2 Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο καθώς και στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Τα ευρήματα της έρευνας αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν σημαντικά στοιχεία στην διαμόρφωση των στάσεων για το θάνατο ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον στη παρούσα έρευνα, παρατηρείται και μια συνολική διαφορά του μέσου επιπέδου της συνολικής βαθμολογίας για το νοσηλευτικό προσωπικό με το αντίστοιχο μέσο επίπεδο της συνολικής βαθμολογίας του ιατρικού προσωπικού. Αυτό αντανακλά μια διαφορετική προσέγγιση ανά επάγγελμα και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση των ζητημάτων του τέθηκαν.

Οι αναλύσεις εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα σημείωσαν υψηλά ποσοστά, με το χαμηλότερο ποσοστό από τα ερωτηματολόγια να εμφανίζει το Toronto Empathy Questionnaire κάτι που στο σύνολό του εμφανίζει την αξιοπιστία της παρούσης έρευνας.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα, παρατηρείται από την μελέτη των συσχετίσεων, όλων των δυνατών κατά ζεύγη συνδυασμών, των ερωτηματολογίων, ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο «FATCOD-30» και στο «DAPR - Φόβος για το Θάνατο». Αυτό αντανακλάται στο ρόλο του νοσηλευτή και είναι δείκτης που έχει μετρηθεί σε πολλές έρευνες και εμφανίζεται και στη παρούσα μελέτη⁶⁹. Σε αντίστοιχες μελέτες εξωτερικού έχει εξίσου παρατηρηθεί η αρνητική συσχέτιση με τους επαγγελματίες υγείας που εκδηλώνουν περισσότερο το αίσθημα του φόβου για το θάνατο, να έχουν λιγότερο θετικό αντίκτυπο στην παροχή φροντίδα υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου⁷⁶⁻⁷⁹.

Μέσα από το πρίσμα των κοινωνικών χαρακτηριστικών και συγκεκριμένα ανάμεσα στο φύλο, στη Στάση Ουδετερότητας παρουσιάζεται διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, με τις γυναίκες να εμφανίζουν πιο ουδέτερη στάση, ενώ αντίθετα στην μελέτη για τη Στάση Διαφυγής σε ανά φύλο, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες. Το φύλο είναι μια παράμετρος που αναμένεται στις έρευνες αυτές να δίνουν συσχετίσεις και αποτυπώνεται σε αρκετές μελέτες⁸⁰. Παρόμοια όσον αφορά την γνωστικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων,

στατιστική σημαντικότητα ανευρέθηκε και στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου «DAPR - Στάση Διαφυγής» και «DAPR – Αποφυγή θανάτου» με τις κατηγορίες της μεταβλητής «Επίπεδο εκπαίδευσης». Η παράμετρος της εκπαίδευσης δεν είναι τυχαία, καθώς απαιτείται εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία για το χειρισμό καταστάσεων όπως η φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου⁸¹. Ωστόσο εκτός από την γνώση και την πρακτική, η διεθνής εμπειρία αναφέρει και την εξέλιξη στη συμπεριφοράς του ίδιου του επαγγελματία της υγείας ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει από την συναισθηματική φόρτιση που προκαλούν τέτοιες καταστάσεις^{79, 81-83}.

Άλλη μια στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται στη μέση συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD-30 και SCS με τις κατηγορίες της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» κάτι που θα μπορούσε να δείχνει την βαρύτητα που έχει στη αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων από τους επαγγελματίες υγείας, η προσωπική ζωή και συγκεκριμένα η διάσταση της συμβίωσης ή όχι, για την στάση τους. Το οικογενειακό περιβάλλον τόσο με την μορφή απορρόφησης της φόρτισης αλλά και ως εμπειρία στην αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων από προσωπικά βιώματα, βοηθά στην τρόπον τινά, εκπαίδευσή τους για να φέρουν εις πέρας το έργο τους⁸⁴. Τα χρόνια στα οποία μπορεί να έχει εκτεθεί κάποιος σε τέτοιες καταστάσεις μέσα στην οικογένεια, τείνουν να έχουν θετικό αντίκτυπο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στην φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου^{85,86}.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως τα ευρήματα της έρευνας συμβαδίζουν με τη βιβλιογραφία και υποστηρίζεται ακόμη περισσότερο η δυσκολία και συνάμα η ευθύνη των επαγγελματιών της υγείας κατά την άσκηση του έργου τους. Μια σειρά συναισθηματικά και σωματικά δύσκολες εμπειρίες που συσσωρεύονται στο χρόνο και μπορεί να διαφέρουν από κλάδο σε κλάδο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, αλλά μπορούν να επηρεάσουν τη στάση τους απέναντι τόσο στους ασθενείς όσο και στον ίδιο του τον εαυτό, πάνω στα ευαίσθητα αυτά θέματα.

Με την μελέτη αυτή δεν τελειώνει η έρευνα πάνω στο θάνατο και τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, αλλά συμπληρώνει και δίνει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη. Σε ένα συνεχώς αναπτυσσόμενο τομέα όπως της υγείας με την αναζήτηση ολοένα και πιο ολοκληρωμένων υπηρεσιών, είναι σημαντικό να αξιολογούνται οι αντιλήψεις για να βελτιώνονται τομείς όπως το περιβάλλον εργασίας, η υποστήριξη και άλλα τόσο για τους ασθενείς τελικού σταδίου όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Malliarou M., Sarafis P., Sotiriadou K., Serafeim T., Karathanasi K., Moustaka M. et al. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science*. 2011 April: Vol.3, No.1.
2. Gama G., Barbosa F., Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs*. 2012 Jun;18(6):267-73.
3. Iranmanesh S., Häggström T., Axelsson K., Sävenstedt S. Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holist Nurs Pract*. 2009 Jul-Aug;23(4):243-52.
4. Zyga S., Malliarou M., Lavdaniti M., Athanasopoulou M., Sarafis P. Greek renal nurses' attitudes towards death. *Journal of Renal Care*. 2011 May;37(2):101-7.
5. Sharour LA., Suleiman K., Yehya D., Kaladeh M.AL., Malak M., Subih KM. et al. Nurses' students' attitudes toward death and caring for dying cancer patients during their placement. *EuroMediterranean Biomedical Journal*. 2017,12(40) 189–193
6. Edo-Gual M., Monforte-Royo C., Aradilla-Herrero A., Tomás-Sábado J. Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *J Clin Nurs*. 2015 Sep;24(17-18):2429-38.
7. Ali WGM., Ayoub NS. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences* 3 (1), 16-23
8. Mok E., Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):475-83.
9. Ciccarello GP., Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs*. 2003 Sep-Oct;22(5):216-22.
10. Sarbey B. Definitions of death: brain death and what matters in a person. *J Law Biosci*. 2016 Dec; 3(3): 743–752.
11. Aiken LR. *Definitions and Determination of Death: Dying, Death, and Bereavement*. 4th Edition, Lawrence Erlbaum Associates Mahwah, NJ 200: 7-8.

- 12.** Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma. *JAMA*.1968 Aug 5;205(6):337-40.
- 13.** Bodman DA. Death and Families. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*, First Edition. John Wiley & Sons, Inc. 2016:1-2.
- 14.** Manara AR. All human death is brain death: The legacy of the Harvard criteria. *Resuscitation*; 2019; 138: 210-212.
- 15.** Copp G. A review of current theories of death and dying. *J Adv Nurs*. 1998 Aug;28(2):382-90.
- 16.** Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York, NY: Macmillan Publishing. 1969
- 17.** Zyga S., Mazarakou C., Koinis A., Alicari V., Christopoulou G., Malliarou M. Death Management. Regional Nurses and Doctors' Attitudes and Beliefs: The Case of a District Hospital in Greece. *International Journal Of Occupational Health and Public Health Nursing*, vol.2, no.1, 2015, 29-45.
- 18.** Gavrin J., Chapman CR. Clinical management of dying patients. *West J Med*. 1995 Sep; 163(3): 268–277.
- 19.** Sleeman K. Caring for a dying patient in hospital. *BMJ* 2013; 346.
- 20.** Jafari M., Rafiei H., Nassehi A., Soleimani F., Arab M., Noormohammadi MR. Caring for dying patients: Attitude of nursing students and effects of education. *Indian J Palliat Care*. 2015 May-Aug;21(2):192-7.
- 21.** Ferrell B., Coyle N. An Overview of Palliative Nursing Care. *Lippincotts Case Manag*. 2002 Jul-Aug;7(4):163-8.
- 22.** Cevik B., Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nurs*. 2013 Nov-Dec;36(6):E58-65.
- 23.** Sherman DW., Matzo ML., Pitorak E., Ferrell BR., Malloy P. Preparation and care at the time of death: content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *J Nurses Staff Dev*. 2005 May-Jun;21(3):93-100; quiz 101-2.
- 24.** Brajtman S., Fothergill-Bourbonnais F., Casey A., Alain D, Fiset V. Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs. *Int J Palliat Nurs*. 2007 May;13(5):213-21.

- 25.** Brajtman S., Fothergill-Bourbonnais F., Fiset V., Alain D. Survey of educators' end-of-life care learning needs in a Canadian baccalaureate nursing programme. *Int J Palliat Nurs.* 2009 May;15(5):233-41.
- 26.** Ellershaw J., Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ.* 2003 Jan 4; 326 (7379):30-4.
- 27.** Swiss Academy Of Medical Sciences. Medical-ethical guidelines: Management of dying and death. *Swiss Med Wkly.* 2018 Nov 30;148:w14664. Μετα το 11
- 28.** National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life (NG31). London: NICE; 2015 Dec 16.
- 29.** Abrahm JL. Update in palliative medicine and end-of-life care. *Annu Rev Med.* 2003;54:53-72. Epub 2001 Dec 3
- 30.** Smedbäck J., Öhlén J., Årestedt K., Alvariza A., Fürst CJ., Håkanson C. Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliative and Supportive Care*, Cambridge University Press, Volume 15, Issue 4 August 2017, pp. 417-424.
- 31.** Morrison LJ., Morrison RS. Palliative care and pain management. *Med Clin North Am.* 2006 Sep;90(5):983-1004.
- 32.** Lavoie M., Blondeau D., Martineau I. The integration of a person-centered approach in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, Cambridge University Press (2013), 11, 453–464.
- 33.** Singer P., Bowman K. Quality end-of-life care: A global perspective. *BMC Palliative Care*, 2002; 1: 4.
- 34.** Abu Hasheesh MO, Al-Sayed AboZeid S., Goda El-Said S., Alhujaili AD. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal* 7(4):384-394.
- 35.** Schroeder K., Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2018 Jan-Mar; 5(1): 4–8.

- 36.** Report of a WHO Expert Committee. Cancer pain relief and palliative care. World Health Organ Tech Rep Ser. 1990;804:11
- 37.** O'Neill B., Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. BMJ. 1997 Sep 27; 315(7111): 801–804.
- 38.** Πιερράκος Γ., Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Νικολαδός Γ., Γούλα Α., Λατσού Δ., και συν. Αξιολόγηση της Λειτουργιάς των Ιατρείων Πόνου του ΕΣΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2013, 52 (1): 81-92.
- 39.** Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer 'living to the end'. Annals of Oncology, Volume 24, Issue suppl_7, 1 October 2013, Pages vii55–vii58.
- 40.** Cavalieri T. Ethical Issues at the End of Life. JAOA, Vol 101, No10, October 2001
- 41.** Department for Constitutional Affairs. Code of Practice Mental Capacity Act London: DCA 2005.
- 42.** Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. Clinical Medicine 2010, Vol 10, No 3: 282–5.
- 43.** Karnik S., Kanekar A. Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review. Healthcare (Basel) 2016 Jun; 4(2): 24.
- 44.** Lindberg C., Fagerstrom C., Sivberg B., Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. Journal of Advanced Nursing 70(10), 2208–2221.
- 45.** Mastroianni C., Piredda M., Taboga C., Mirabella F., Marfoli E., Casale G., et al. Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B: psychometric testing of the Italian version for students. OMEGA Journal of Death and Dying 2015, Vol. 70(3) 227–250.
- 46.** Bellali T., Giannopoulou I., Tsourti Z., Malliarou M., Sarafis P., Minasidou E., et al. Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. Journal of Nursing Measurement, Volume 26, Number 2, 2018.
- 47.** Hegedus K., Zana Á., Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. Palliat Med. 2008 Apr;22(3):264-9.
- 48.** Efstathiou N., Clifford C. The critical care nurse's role in End- of- Life care: issues and challenges. Nurs Crit Care. 2011 May-Jun;16(3):116-23.

- 49.** Blaževičienė A., Newland J., Čivinskienė V., Beckstrand R. Oncology nurses' perceptions of obstacles and role at the end-of-life care: cross sectional survey. *Blaževičienė et al. BMC Palliative Care* (2017) 16:74.
- 50.** Langley G., Schmollgruber S., Fulbrook P., Albarran JW., Latour JM. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. *Nurs Crit Care*. 2014 Jan;19(1):9-17.
- 51.** Bach V., Ploeg J., Black M. Nursing Roles in End-of-Life Decision Making in Critical Care Settings. *West J Nurs Res*. 2009 Jun;31(4):496-512.
- 52.** Rome RB., Luminais HH., Bourgeois DA., Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J*. 2011 Winter;11(4):348-52.
- 53.** Wilkie DJ., Ezenwa MO. Pain and Symptom Management in Palliative Care and at End of Life. *Nurs Outlook*. 2012 Nov; 60(6): 357–364.
- 54.** Spreng RN., McKinnon M., Mar R., Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62–71, 2009.
- 55.** Yuguero O., Forné C., Esquerda M., Pifarré J., Abadías MJ., Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Sep; 96(37): e8030.
- 56.** Ouzouni C., Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal* 6(3):534-552.
- 57.** Cliffordson C. The hierarchical structure of empathy: dimensional organization and relations to social functioning. *Scand J Psychol*. 2002 Feb;43(1):49-59.
- 58.** Iranmanesh S., Häggström T., Axelsson K., Sävenstedt S. Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holist Nurs Pract*. 2009 Jul-Aug;23(4):243-52.
- 59.** Yuguero O., Marsal JR., Esquerda M., Vivanco L., Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017; 23(1): 4–10.

- 60.** Aragon PJ. Empathy-Motivated Forgiveness: The Influence of Empathy, Prior Experience, and Contextual Factors in Route to Forgiveness of a Transgressor. *Int J Psychol Behav Anal* 2: 114.
- 61.** Ye Y., Ma D., Yuan H., Chen L., Wang G., Shi J. et al. Moderating Effects of Forgiveness on Relationship Between Empathy and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Structural Equation Modeling Approach. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Feb;57(2):224-232.
- 62.** Tierney S. What place does compassion hold in the conduct and production of health services research? *Journal of Compassionate Health Care* (2018) 5:1
- 63.** Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007 Jul 28;335(7612):184-7.
- 64.** Guastello S., Frampton SB. Patient-centered care retreats as a method for enhancing and sustaining compassion in action in healthcare settings. *Journal of Compassionate Health Care* 2014, 1:2
- 65.** Peters L., Cant R., Payne S., O'Connor M., McDermott F., Hood K. et al. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nurs J*. 2013; 7: 14–21.
- 66.** Wazqar DY. Oncology nurses' perceptions of work stress and its sources in a university-teaching hospital: A qualitative study. *Nurs Open*. 2019 Jan; 6(1): 100–108.
- 67.** Malliarou M., Zyga S., Fradelos E., Sarafis P. Measuring death attitude and burnout of Greek nursing personnel. *American Journal of Nursing Science* 2015; 4(2-1): 74-77.
- 68.** Neimeyer RA., Wittkowski J., Moser RP. Psychological Research on Death Attitudes: An Overview And Evaluation, *Death Studies*, 28:4, 309-340.
- 69.** Ozcelik H., Aksoy F., Sonmez E., Fadiloglu C. Attitudes to death of nurses in Turkey and factors affecting them. *Hos Pal Med Int Jnl*. 2018;2(6):303–309.
- 70.** Lange M., Thom B., Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum*. 2008 Nov;35(6):955-9.

- 71.** Frommelt KH. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003 Jan-Feb;20(1):13-22.
- 72.** Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σεραφείμ Τ., Σωτηριάδου Κ., Θεοδοσοπούλου Ε. Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) – Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2011; 4 (1): 14-26
- 73.** Wong PTP., Reker GT., Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In: RA. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994: 121-148.
- 74.** Thompson, L.Y., Snyder, CR. (2003). Measuring forgiveness. In Shane J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2003: 301-312.
- 75.** Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- 76.** Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 1999; 26 (10): 1683-1687.
- 77.** Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 2010; 37 (1): E43-E49.
- 78.** Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum*. 2008; 35 (6): 955-959.
- 79.** Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: a review of literature. *Int J Nurs Midwifery*. 2010; 2 (1): 1-9.
- 80.** Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag*. 2007; 12 (6): 339-344.
- 81.** Hegedus K, Zana A, Szabo G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*. 2008; 22 (3): 264-269.

- 82.** Irvin, S. The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*.2007; 7 (4): 30–34.
- 83.** Payne, S.A., Dean, S.J., & Kalus, C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28 : 700–706.
- 84.** Weigel C et al. Apprehension among hospital nurses providing endof-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2007. 9(2): p. 86-91.
- 85.** Dean SA. comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 1998. 28(4): p. 700a706.
- 86.** Stoller EP. Effect of experience on nurses' responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing research* 1980. 29(1): p. 35-38.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ»



Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής, διεξάγουμε μελέτη για την διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Η συμμετοχή και η υποστήριξή σας στη συγκεκριμένη μελέτη είναι εξαιρετικά σημαντική. Όλες οι απαντήσεις θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στη στατιστική ανάλυση δεδομένων για τους ερευνητικούς σκοπούς της διπλωματικής εργασίας. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συμβολή σας στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας καθώς και για το χρόνο σας.

Δημήτριος Γκαρέλης

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ___/___/2019

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΧΗΡΟΣ/Α

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΝΑΙ ΤΟΤΕ ΠΕΙΤΕ ΜΑΣ ΠΟΣΑ: ____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΙΑΤΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΠΕ)

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΤΕ)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΔΕ)

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ (MSc)

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ (PhD)

ΚΑΝΕΝΑ

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ:

1 - 5 ΕΤΗ 16-20 ΕΤΗ

6-10 ΕΤΗ >20 ΕΤΗ

11-15 ΕΤΗ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΜΗΜΑ: ____

2. ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έναν αριθμό από προτάσεις σχετικά με τις διαφορετικές συμπεριφορές προς το θάνατο. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και μετά αποφασίστε το πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε. Για παράδειγμα σε ένα σημείο μπορεί να

διαβάσετε: «ο θάνατος είναι φίλος» Καθορίστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα.

ΣΑ= συμφωνώ απόλυτα, Σ= συμφωνώ, ΣΜ= συμφωνώ μέτρια, Α= αναποφάσιτος, ΔΜ= διαφωνώ μέτρια, Δ= διαφωνώ, ΔΑ= διαφωνώ απόλυτα. Σημειώστε ότι οι επιλογές εναλλάσσονται μεταξύ απόλυτης συμφωνίας σε απόλυτη διαφωνία και ξανά από απόλυτης διαφωνίας σε απόλυτη συμφωνία.

Εάν συμφωνείτε απόλυτα με τη πρόταση θα πρέπει να κυκλώσετε **ΣΑ**. Εάν διαφωνείτε απόλυτα θα πρέπει να κυκλώσετε **ΔΑ**. Εάν είστε αναποφάσιτος κυκλώστε **Α**. Ωστόσο, προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε με φειδώ τη κατηγορία επιλογών αναποφάσιτου.

Είναι σημαντικό να δουλέψετε την απάντηση σε κάθε μία πρόταση. Κάποιες από τις προτάσεις θα σας φανούν όμοιες, αλλά είναι αναγκαίο όλες να δείχνουν μικρές διαφορές στη συμπεριφορά.

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

3. FATCOD - 30

Μέσα από αυτές τις προτάσεις, ο σκοπός είναι να γίνει αντιληπτό πως νιώθουν οι παρέχοντες φροντίδα υγείας που δεν ανήκουν στην οικογένεια του ασθενούς, απέναντι σε καταστάσεις που εμπλέκονται με τον ασθενή. Όλες οι προτάσεις αφορούν την παροχή φροντίδας στον ασθενή τελικού σταδίου και την οικογένειά του/της. Όταν υπάρχει αναφορά σε έναν ασθενή τελικού σταδίου, θεωρείται ως ασθενής που είναι σε προθανάτια κατάσταση με προσδόκιμο επιβίωσης 6 μήνες ή λιγότερο.

Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε ότι αντανακλά καλύτερα τα δικά σας προσωπικά αισθήματα όσον αφορά την συμπεριφορά και την κατάσταση που παρουσιάζεται και απαντήστε και στις 30 προτάσεις του ερωτηματολογίου.

ΔΑ= Διαφωνώ απόλυτα, **Δ=** Διαφωνώ, **Α=** Αβέβαιος/η, **Σ=** Συμφωνώ, **ΣΑ=** Συμφωνώ απόλυτα

1.	Η παροχή φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου είναι μια αξιόλογη εμπειρία	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
2.	Ο θάνατος δεν είναι ότι χειρότερο μπορεί να συμβεί σε κάποιον	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
3.	Θα αισθανόμουν άβολα να μιλήσω για τον επικείμενο θάνατο του με τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
4.	Η παροχή φροντίδας προς την οικογένεια θα πρέπει να συνεχιστεί και κατά την διάρκεια του θρήνου και του πένθους	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
5.	Δεν θέλω να παρέχω φροντίδα σε έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
6.	Οι παρέχοντες φροντίδα υγείας που δεν είναι μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να είναι αυτοί που θα μιλήσουν για τον θάνατο με τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
7.	Ο χρόνος που απαιτείται για την φροντίδα ασθενή τελικού σταδίου με απογοητεύει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
8.	Θα με αναστάτωνα όταν ο ασθενής τελικού σταδίου που φρόντιζα θα έχανε κάθε ελπίδα για βελτίωση της υγείας του	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
9.	Είναι δύσκολο να αναπτύξεις στενές σχέσεις με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
10.	Είναι στιγμές που ο ασθενής τελικού σταδίου προσμένει τον θάνατο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
11.	Όταν ο ασθενής τελικού σταδίου ρωτά "Πεθαίνω;" , πιστεύω το καλύτερο είναι να αλλάζεις θέμα σε κάτι ευχάριστο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
12.	Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στην παροχή σωματικής φροντίδας του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
13.	Θα ευχόμουν ο ασθενής τελικού σταδίου τον οποίο φρόντιζα να πέθαινε όταν δεν ήμουν παρών	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
14.	Φοβάμαι να γίνω φίλος με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
15.	Νομίζω ότι θα ήθελα να το βάλω στα πόδια όταν ο ασθενής τελικά πεθαίνει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ

16. Η οικογένεια χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη για να αποδεχτεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
17. Καθώς ο ασθενής τελικού σταδίου πλησιάζει στο τέλος οι φροντιστές υγείας, μη μέλη της οικογένειας πρέπει να αποσυρθούν από τον ασθενή	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
18. Οι οικογένειες πρέπει να ενδιαφέρονται για να συμβάλλουν στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου για όσο χρόνο του απομένει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
19. Ο ασθενής τελικού σταδίου δεν πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει αποφάσεις όσον αφορά την σωματική του φροντίδα	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
20. Οι οικογένειες πρέπει να παραμένουν όσο είναι δυνατόν ως το φυσιολογικό περιβάλλον για τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
21. Είναι ευεργετικό για τον ασθενή τελικού σταδίου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του/της	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
22. Η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
23. Οι φροντιστές υγείας πρέπει να επιτρέπουν στον ασθενή τελικού σταδίου να έχει ευέλικτο πρόγραμμα επισκεπτηρίων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
24. Ο ασθενής τελικού σταδίου και η οικογένειά του/της πρέπει να είναι οι κύριοι λήπτες των αποφάσεων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
25. Ο εθισμός στα αναλγητικά φάρμακα δεν πρέπει να είναι θέμα ανησυχίας για έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
26. Θα ήταν άβολο να μπω στο δωμάτιο ενός ασθενούς τελικού σταδίου που κλαίει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
27. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να λαμβάνουν ειλικρινείς απαντήσεις όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
28. Η εκπαίδευση των οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι δουλειά των φροντιστών υγείας μη μελών της οικογένειας	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
29. Τα μέλη της οικογένειας που είναι κοντά στον ασθενή μπορεί να παρέμβουν στην δουλειά των επαγγελματιών φροντιστών υγείας	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
30. Είναι δυνατό οι φροντιστές υγείας μη μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν στην προετοιμασία για τον θάνατο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ

*Φροντιστής υγείας μη μέλος της οικογένειας θεωρείται οποιοσδήποτε παρέχει φροντίδα υγείας στον ασθενή τελικού σταδίου, επαγγελματίας ή όχι, που δεν είναι μέλος της οικογένειάς του

4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΓΧΩΡΕΣΗ – Heartland Forgiveness Scale (HFS)

Στην πορεία της ζωής μας μπορεί να συμβούν αρνητικά γεγονότα, είτε εξαιτίας δικών μας πράξεων, είτε εξαιτίας των πράξεων άλλων ανθρώπων, είτε και λόγω περιστάσεων που δεν μπορούμε να τις ελέγξουμε. Για κάποιο διάστημα μετά από τα γεγονότα αυτά, μπορεί να έχουμε ακόμη αρνητικές σκέψεις ή αισθήματα για τον εαυτό μας, για τους άλλους ή για την κατάσταση.

Σκεφτείτε ποιες είναι οι χαρακτηριστικές σας αντιδράσεις σε τέτοια αρνητικά γεγονότα.

Με βάση την 7-βαθμη κλίμακα που σας δίνεται παρακάτω, σημειώστε τον αριθμό που θεωρείτε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζετε να αντιδράτε στον τύπο της αρνητικής κατάστασης που περιγράφει η πρόταση αυτή.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλώ, να είστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

**Σχεδόν πάντα
λάθος για μένα**

**Πιο συχνά
λάθος για μένα**

**Πιο συχνά
αληθινή για μένα**

**Σχεδόν πάντα
αληθινή για μένα**

1.	Παρόλο που στην αρχή νιώθω άσχημα όταν τα θαλασσώνω, με τον καιρό μπορώ να χαλαρώσω κάπως.	
2.	Κρατώ κακία στον εαυτό μου για τα αρνητικά πράγματα που έχω κάνει	
3.	Το ότι μαθαίνω από τα άσχημα πράγματα που έχω κάνει, με βοηθά να τα ξεπεράσω.	
4.	Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο για μένα να αποδεχτώ τον εαυτό μου από τη στιγμή που τα έχω κάνει θάλασσα.	
5.	Με τον καιρό, κατανοώ τον εαυτό μου για τα σφάλματα που έχω κάνει.	
6.	Δε σταματώ να κριτικάρω τον εαυτό μου για αρνητικά πράγματα που έχω νιώσει, έχω σκεφτεί, έχω πει ή έχω κάνει.	
7.	Τιμωρώ συνέχεια έναν άνθρωπο που έχει κάνει κάτι το οποίο νομίζω ότι είναι λάθος.	
8.	Με τον καιρό, κατανοώ τους άλλους για τα σφάλματα που έχουν κάνει.	
9.	Παραμένω πολύ σκληρός με τους άλλους που με έχουν πληγώσει.	
10.	Παρόλο που κάποιοι με έχουν πληγώσει στο παρελθόν, τελικά, είμαι ικανός να αντιληφθώ ότι είναι καλοί άνθρωποι.	
11.	Αν κάποιοι μου φέρονται άσχημα, συνεχώς σκέφτομαι άσχημα γι' αυτούς.	
12.	Όταν κάποιος με απογοητεύσει, μπορώ, τελικά, να το ξεπεράσω.	
13.	Όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά για λόγους που δεν μπορεί να τους ελέγξει κανείς, φορτώνομαι, κυριολεκτικά, με αρνητικές σκέψεις για το γεγονός αυτό.	
14.	Με τον καιρό, μπορώ να κατανοήσω τις κακές στιγμές στη ζωή μου.	
15.	Αν είμαι απογοητευμένος από ανεξέλεγκτες καταστάσεις στη ζωή μου, κάνω συνεχώς αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις καταστάσεις αυτές.	
16.	Τελικά, βρίσκω την ισορροπία με τις άσχημες καταστάσεις της ζωής μου.	
17.	Μου είναι, πράγματι, δύσκολο να αποδεχτώ αρνητικές καταστάσεις για τις οποίες δε φταίει κανείς.	
18.	Τελικά, ξεπερνώ τις αρνητικές σκέψεις για τις άσχημες καταστάσεις που είναι πέρα απ' τον έλεγχό μας.	

5. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑΣ - Self Compassion Scale (SCS)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. **Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.**

1= σχεδόν ποτέ, 2= μερικές φορές, 3= ενδιάμεσα, 4= συχνά, 5=σχεδόν πάντα

1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	
2.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	
3.	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	
4.	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	
5.	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	
6.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	
7.	Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	
8.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές ,γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	
9.	Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	
10.	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	
11.	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	
12.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.	
13.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	
14.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	
15.	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	
16.	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	
17.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	
18.	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	
19.	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	
20.	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	
21.	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	
22.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	
23.	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	
24.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	
25.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	
26.	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	

6. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ - Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με καταστάσεις. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε κατάσταση και σημειώστε πόσο συχνά αισθάνεστε ή ενεργείτε με τον τρόπο που περιγράφεται. **Κυκλώστε** την απάντησή σας στη φόρμα απαντήσεων. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις ή παραπλανητικές ερωτήσεις. Παρακαλώ, απαντήστε κάθε ερώτηση όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1. Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι κι εγώ.	0	1	2	3	4
2. Οι ατυχίες των άλλων <u>δεν</u> με ενοχλούν ιδιαίτερα.	0	1	2	3	4
3. Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι.	0	1	2	3	4
4. <u>Δεν</u> συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου.	0	1	2	3	4
5. Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα.	0	1	2	3	4
6. Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα.	0	1	2	3	4
7. Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση.	0	1	2	3	4
8. Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν.	0	1	2	3	4
9. Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων.	0	1	2	3	4
10. <u>Δεν</u> συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες.	0	1	2	3	4
11. Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει.	0	1	2	3	4
12. <u>Δεν</u> ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πώς νοιώθουν οι άλλοι.	0	1	2	3	4
13. Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο.	0	1	2	3	4
14. <u>Δεν</u> στεναχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα.	0	1	2	3	4
15. Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να καίνε από ευτυχία.	0	1	2	3	4
16. Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω.	0	1	2	3	4

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ