



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
“ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ”.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκριτική μελέτη των στάσεων απέναντι στο θάνατο, των νοσηλευτών επειγόντων και των νοσηλευτών νοσοκομειακών κλινικών.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Πογρεβνόνη Άρτεμις

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κα Γκούβα Μαίρη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

κα Γκούβα Μαίρη, *Καθηγήτρια Ψυχολογίας του Παν/μίου Ιωαννίνων.*

κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία, *Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.*

κα Μαλλιαρού Μαρία, *Επιστημονική Συνεργάτης του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.*

ΛΑΡΙΣΑ, 2021

Ευχαριστίες

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γκούβα Μαίρη, για την συνεργασία της στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας,

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

Στον Γιώργο, για την αμέριστη υποστήριξή του σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	3
Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1 ^ο - Θάνατος.....	11
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του θανάτου - Ιστορική αναδρομή.....	11
1.2 Πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου.....	15
1.3 Ηθικά διλήμματα για το θάνατο και τη διάγνωση αυτού.....	18
Κεφάλαιο 2 ^ο – Ο θάνατος στη νοσηλευτική πρακτική.....	21
2.1 Στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών για τον θάνατο.....	21
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.....	23
Κεφάλαιο 3 ^ο – Μεθοδολογία έρευνας.....	26
3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	26
3.2 Ερευνητικά εργαλεία.....	27
3.2.1 Έντυπο καταγραφής των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.....	27
3.2.2 Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη στάση απέναντι στον θάνατο.....	27
3.2.3 Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC).....	27
3.2.4 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III).....	28
3.2.5 Η Αναθεωρημένη Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R).....	29
3.3 Δείγμα της μελέτης και μέθοδος δειγματοληψίας.....	30
3.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	30
3.5 Στατιστική μεθοδολογία.....	31
Κεφάλαιο 4 ^ο - Αποτελέσματα.....	32
4.1 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος.....	32
4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων.....	33
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	34
4.3.1 Σχετίζεται η ηλικία με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο;.....	34

4.3.2	<u>Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών;</u>	35
4.3.3	<u>Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα δύο φύλα;</u>	36
4.3.4	<u>Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν;</u>	37
4.3.5	<u>Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ και σε αυτά που δεν καταναλώνουν;</u>	38
4.3.6	<u>Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό με τουλάχιστον 5 έτη εργασίας και στο προσωπικό με λιγότερο από 5 έτη;</u>	39
4.3.7	<u>Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISK);</u>	40
4.3.8	<u>Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο του φόβου (FPQ-III);</u>	41
4.3.9	<u>Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (SCL-90);</u>	42
	Κεφάλαιο 5 ^ο - Συζήτηση	43
	Κεφάλαιο 6 ^ο - Συμπεράσματα- Προτάσεις	47
	Βιβλιογραφία	48
	Παράρτημα Ι- Ερωτηματολόγιο μελέτης	62
	Παράρτημα ΙΙ- Έγκριση Διεξαγωγής της Έρευνας	71

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο θάνατος θεωρείται η μόνη βεβαιότητα της ανθρώπινης ζωής και παρά το γεγονός ότι είναι αναπόφευκτος, υπάρχει απροθυμία συζήτησης περί αυτού στην κοινωνία. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές, έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο στην καθημερινή τους πρακτική με τις αποκρίσεις και τις στάσεις τους να επηρεάζουν την παρεχόμενη προς τους ασθενείς που πεθαίνουν φροντίδα. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο ποικίλουν και επηρεάζονται από προσωπικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και φιλοσοφικά συστήματα πεπαιθώσεων τα οποία διαμορφώνουν τις συνειδητές ή ασυνείδητες συμπεριφορές των ατόμων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων απέναντι στον θάνατο του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών καθώς επίσης και των παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις στάσεις αυτές.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 70 νοσηλευτές εργαζόμενοι στο ΤΕΠ και σε νοσοκομειακές κλινικές ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Για τη συλλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο από τους συμμετέχοντες ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από 5 μέρη και συγκεκριμένα ένα έντυπο καταγραφής των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, ένα ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων σχετικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο, την κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), την Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III) και την Αναθεωρημένη Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης περιγραφικών και διαφόρων επαγωγικών στατιστικών μέτρων.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 55 γυναίκες και 15 άνδρες νοσηλευτές, μέσης ηλικίας 42,1 έτη (SD = 10,3). Το ένα τρίτο σχεδόν των συμμετεχόντων (35,7%) απασχολούνταν στα ΤΕΠ και οι υπόλοιποι σε νοσοκομειακές κλινικές. Σε ό,τι αφορά την στάση απέναντι στον θάνατο οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος κατέδειξαν μία μικρή τάση θετικής κλιμάκωσης. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο με την ηλικία αυτών ($r(70) = 0,030$, $p = 0,805$), με το τμήμα εργασίας ($p = 0,986$), με το φύλο ($p = 0,373$) και με τα έτη προϋπηρεσίας ($p = 0,134$). Επίσης, η καπνιστική συνήθεια ($p = 0,966$) και η συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ ($p = 0,394$) δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τη στάση του υπό μελέτη πληθυσμού απέναντι στο θάνατο. Τέλος, δεν καταγράφηκε στατιστικώς ισχυρή σχέση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ($r(70) = 0,224$, $p = 0,062$), ανάμεσα στο επίπεδο του φόβου και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ($r(70) = 0,138$, $p = 0,254$) καθώς και ανάμεσα στο επίπεδο υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ($r(70) = 0,161$, $p = 0,184$).

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε πως οι στάσεις των νοσηλευτών προς τον θάνατο εμφανίζουν μία μικρή τάση θετικής κλιμάκωσης. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τα κοινωνικοδημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά ή τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων. Η περεταίρω διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και των παραγόντων που τις επηρεάζουν είναι σημαντική με σκοπό των σχεδιασμό και την υλοποίηση κατάλληλων παρεμβάσεων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των επαγγελματιών, προκειμένου αφενός να διασφαλιστεί η ευημερία τους και αφετέρου να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας παρεχόμενης, προς τα άτομα που βιώνουν το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου, φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά: θάνατος, νοσηλευτές, στάσεις, συμπεριφορές

Abstract

Introduction: Death is considered the only certainty of human life and although it is inevitable, there is a reluctance to discuss it in society. Health professionals, and especially nurses, face death in their daily practice with their responses and attitudes influencing the care provided to dying patients. Nurses' attitude toward death vary and is influenced by personal, cultural, social, and philosophical belief systems that shape individuals' conscious or unconscious behaviors.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the attitude of the nursing staff of the emergency room and hospital clinics towards death, as well as the factors that may influence and shape this attitude.

Material and method: The sample of the present study consisted of 70 nurses working in the ICU and in hospital clinics of a Greek public hospital. Convenient sampling was used to collect the sample. For the data collection, a structured and self-completed questionnaire was used by the participants which consisted of 5 parts and specifically a form for recording the socio-demographic characteristics of the participants, a questionnaire of 8 questions about the attitude of the participants towards death, the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC), the Fear of Pain questionnaire (FPQ-III) and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Statistical data processing was performed using SPSS 25 software. Data analysis was performed using descriptive and various inductive statistical measures.

Results: The study involved 55 female and 15 male nurses, with a mean age of 42.1 years (SD = 10.3). Almost one third of the participants (35.7%) were employed in emergency departments and the rest in hospital clinics. Regarding the attitude towards death, the statistical indicators of the sample showed a small tendency of positive escalation. No statistically significant relationship was found between nurses' attitude towards death with their age ($r(70) = 0.030$, $p = 0.805$), with the work department ($p = 0.986$), with gender ($p = 0.373$) and years of service ($p = 0.134$). Also, smoking ($p = 0.966$) and alcohol consumption ($p = 0.394$) as a habitual action were not found to be

related to the attitude of the study population towards death. Finally, there was no statistically strong relationship between mental resilience and attitude towards death ($r(70) = 0.224, p = 0.062$), between the level of fear and attitude towards death ($r(70) = 0.138, p = 0.254$) as well as between the level of existing psychopathology and attitude towards death ($r(70) = 0.161, p = 0.184$).

Conclusions: From the present study it was found that the attitude of nurses towards death shows a slight tendency of positive escalation. The nurses' attitude towards death was not found to be related to the socio-demographic and personal characteristics or behaviors of the participants. Further investigation of nurses' attitude towards death and the factors that affect it is important in order to design and implement appropriate interventions tailored to the needs of professionals, so as to ensure their well-being and improve the quality of care provided to people experiencing death and the process of death.

Keywords: death, nurses, attitudes, behaviors

Εισαγωγή

Το ποσοστό του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και ο αριθμός των ατόμων με νόσο που περιορίζει τη ζωή, όπως καρκίνος, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσος τελικού σταδίου κ.ά. αυξάνεται. Οι ομάδες των ασθενών αυτών χρειάζονται συνεχή φροντίδα για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους και παράλληλα η ανάγκη για φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται κοντά στο θάνατο γίνεται αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής πρακτικής (*Al Qadire, 2020*). Συγκεκριμένα, το τελικό στάδιο του ασθενούς, όταν το άγχος του θανάτου βιώνεται πιο έντονα, αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία η οποία είναι δυνατό να επιφέρει τόσο θετικές όσο και αρνητικές εμπειρίες στον ασθενή αλλά και στους νοσηλευτές. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν τις δεξιότητες για τον ορισμό και τη διαχείριση των δεικτών για την εκτίμηση του θανάτου αλλά και να δείχνουν ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς και τους οικείους αυτών (*Ay and Öz, 2019*).

Οι εργαζόμενοι στα τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα πρώτης γραμμής σε μια ποικιλία καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Πρέπει να παρέχουν όχι μόνο επείγουσα φροντίδα και υποστήριξη της ζωής σε ασθενείς με νοσήματα, αλλά και συναισθηματική υποστήριξη στους συγγενείς αυτών. Κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, οι νοσηλευτές συχνά έρχονται σε επαφή με ασθενείς ευρισκόμενους σε κρίσιμη κατάσταση ή που ξαφνικά πεθαίνουν (*Zhang et al., 2020*). Επιπρόσθετα, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών δεν είναι στελεχωμένα ούτε έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που πεθαίνουν, καθώς στα τμήματα αυτά δίδεται προτεραιότητα στις σωστικές παρεμβάσεις έναντι της φροντίδας τελικού σταδίου, ακόμα και όταν η πρόγνωση του ασθενούς είναι πτωχή (*Gerace et al., 2020*).

Εάν οι νοσηλευτές δεν έχουν θετική στάση απέναντι στο θάνατο, μπορεί να προκύψουν προκλήσεις μεταξύ των προσωπικών και επαγγελματικών ρόλων κατά τη νοσηλεία ασθενών που πεθαίνουν ξαφνικά, κάτι το οποίο μπορεί να

έχει αντίκτυπο στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (*Zhang et al., 2020*). Επίσης, έχει βρεθεί ότι η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική για τους νοσηλευτές, καθώς τους φέρνει αντιμέτωπους με τη δική τους θνησιμότητα, αυξάνοντας έτσι συχνά τα συναισθήματα άγχους αυτών (*Guo and Zheng, 2019*).

Οι στάσεις απέναντι στο θάνατο επηρεάζονται από τα προσωπικά, πολιτισμικά, κοινωνικά και φιλοσοφικά συστήματα πεπιοθήσεων, ενώ έχει βρεθεί ότι οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο μπορεί να επηρεάσουν τις υποστηρικτικές συμπεριφορές τους κατά την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή που πεθαίνει. Επίσης, έχει βρεθεί ότι και το κλινικό περιβάλλον επηρεάζει τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή που πεθαίνει και στην οικογένειά αυτού (*Louise Peters et al., 2013*).

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η συγκριτική μελέτη των στάσεων και των απόψεων απέναντι στο θάνατο, των νοσηλευτών επειγόντων και των νοσηλευτών νοσοκομειακών κλινικών.

Κεφάλαιο 1^ο – Θάνατος

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του θανάτου - Ιστορική αναδρομή

Ο θάνατος θεωρείται γενικά η μόνη βεβαιότητα της ανθρώπινης ζωής, με τη διάκριση μεταξύ ζωντανού και νεκρού, να είναι συχνά αξιωματική. Όσον αφορά τον ορισμό του θανάτου αυτός είναι προβληματικός και παραμένει αμφιλεγόμενος καθώς υπάρχει έλλειψη συναίνεσης διεθνώς, τόσο στο κλινικό περιβάλλον όσο και σε δημόσιες συζητήσεις (*Maguire, 2019*). Η αναγνώριση δε του θανάτου, καθώς και η καταγραφή της αιτίας του, αποτελεί διαχρονικά ένα ιατρικό ζήτημα (*Jennett, 2016*), με την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός σαφούς ορισμού του θανάτου να κρίνεται λογική και προαπαιτούμενη για την κατάλληλη διάγνωση αυτού (*Maguire, 2019*).

Από τους Βιβλικούς ακόμα χρόνους το συμβατικό σημάδι του θανάτου ήταν η απουσία αναπνοής, όπως επιβεβαιωνόταν από την ακινησία ενός φτερού ή το μη θάμπωμα ενός καθρέφτη που τοποθετούνταν μπροστά από τα ρουθούνια και το στόμα του ατόμου (*Jennett, 2016*). Στην εγκυκλοπαίδεια *Tourdes* περιγράφεται ένα πρώιμο τεστ για τη διάγνωση του θανάτου το 1749, σύμφωνα με το οποίο ένας γιατρός τοποθετεί έναν καθρέφτη κοντά στη μύτη και το στόμα του ασθενούς προκειμένου να παρατηρήσει εάν δημιουργείται θάμπωμα του καθρέφτη από τη συμπύκνωση του νερού από τον εκπνεόμενο αέρα. Η απουσία θαμπώματος, επιβεβαίωνε την απουσία αναπνοής και ο γιατρός θα μπορούσε να δηλώσει τον ασθενή ως νεκρό. Η εφεύρεση στη συνέχεια του στηθοσκοπίου το 1819 έδωσε τη δυνατότητα στους ιατρούς να εντοπίσουν την αναπνοή και τον καρδιακό παλμό με αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα (*DeVita, 2001*).

Οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι η καρδιά ήταν το βασικό όργανο της ζωής, αποτελώντας το πρώτο όργανο που ζει και το τελευταίο που πεθαίνει, ενώ ο Ιπποκράτης πίστευε ότι ο εγκέφαλος είχε σημαντικό ρόλο στη λογική, την αίσθηση και την κίνηση, αλλά ότι η καρδιά κατείχε την κύρια λειτουργία της ζωής. Η στάση αυτή επικράτησε μέχρι τον 12ο αιώνα, οπότε και εμφανίστηκαν τα γραπτά του γιατρού-ραβίνου Μαΐμονίδη. Στην εβραϊκή παράδοση, η αναπνοή αποτελούσε πάντα το θεμελιώδες στοιχείο της ζωής,

αν και ορισμένοι Ταλμουδιστές θεωρούσαν τον καρδιακό παλμό ως ένα εναλλακτικό θεμελιώδες στοιχείο της ζωής. Ο Μαϊμωνίδης παρατήρησε ότι τα άκρα των αποκεφαλισμένων πτωμάτων έκαναν κινήσεις παροδικά και ισχυρίστηκε ότι το αποκεφαλισμένο πτώμα ήταν αμέσως νεκρό και πως οι παρατηρούμενες κινήσεις δεν αποτελούσαν σημάδια ζωής επειδή δεν είχαν την κεντρική κατεύθυνση που έδειχνε την καθοδήγηση της ψυχής. Επειδή η ιδέα αυτή της κεντρικής κατεύθυνσης είναι σύμφωνη με την πολύ μεταγενέστερη έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου», ο Μαϊμωνίδης μπορεί να θεωρηθεί ο πατέρας της έννοιας αυτής (*Bernat, 2013*).

Επίσης, από την αρχαιότητα χρονολογούνται και τα διάφορα μέτρα για την αποτροπή της πρόωρης ταφής, με τους Θράκες, τους Ρωμαίους και τους Έλληνες, να περιμένουν 3 ημέρες προκειμένου να ξεκινήσει η σήψη πριν από την ταφή των νεκρών. Οι Ρωμαίοι επίσης υιοθέτησαν μια πιο ακραία προσέγγιση, κόβοντας ένα δάχτυλο για να δουν εάν αιμορραγεί, καθώς η διαρροή αίματος θα σήμαινε την ύπαρξη κυκλοφορίας, φωνάζοντας παράλληλα το όνομα του ατόμου τρεις φορές, ενώ βρίσκονταν στην κηδεία (*Whetstine, 2008*).

Για αιώνες, η διάγνωση του καρδιοπνευμονικού θανάτου ήταν εύκολη επειδή η μη αναστρέψιμη διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας σήμαινε τον βέβαιο θάνατο όλων των οργάνων, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου, σε σύντομο χρονικό διάστημα (*Schlotzhauer and Liang, 2002*). Το 1947 όμως, όταν ο *Claude Beck* πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχημένη απινίδωση μιας ανθρώπινης καρδιάς, ξεκίνησε η μετάβαση της διάγνωσης του θανάτου από την καρδιά στον εγκέφαλο, καθώς ξαφνικά ο θάνατος ήταν «αναστρέψιμος». Το 1950, οι *Bower* και *Bennett* ανέπτυξαν τον αερισμό θετικής πίεσης, ενώ μια πενταετία αργότερα παρουσιάστηκε ο πρώτος αναπνευστήρας μαζικής παραγωγής, ο Bird Mark 7. Το γεγονός αυτό δημιούργησε μοναδικά διαγνωστικά, προγνωστικά και ηθικά διλήμματα για ασθενείς ευρισκόμενους σε κώμα με εγκεφαλικά τραύματα καθώς η ακριβής πρόγνωση ήταν δύσκολη αλλά επιτακτική. Το 1954, ο *Robert Schwab*, νευρολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, αξιολόγησε έναν ασθενή ευρισκόμενο σε

κώμα με τεράστια εγκεφαλική αιμορραγία σε έναν αναπνευστήρα. Το ερώτημα ήταν εάν ο ασθενής αυτός, χωρίς αντανακλαστικά, χωρίς αναπνοή και με απόλυτη απουσία ενδείξεων στον ηλεκτροεγκεφαλογράφο, ήταν ζωντανός ή νεκρός. Ο ασθενής θεωρήθηκε ότι ήταν νεκρός παρά την παρουσία ενεργής καρδιακής λειτουργίας και διατήρησης της κυκλοφορίας. Η αναπνευστική συσκευή απενεργοποιήθηκε και ο ασθενής κηρύχθηκε νεκρός. Πέντε έτη αργότερα, οι Γάλλοι νευρολόγοι Wertheimer και Jouvét κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα (*De Georgia, 2014*).

Το 1965 σε μια συνάντηση η οποία ήταν επικεντρωμένη στον ορισμό των κανόνων μεταμόσχευσης, ο Frykholm στη Σουηδία πρότεινε ότι η αναπνευστική υποστήριξη με αναπνευστήρα θα πρέπει να διακόπτεται στην περίπτωση ασθενών με απουσία αντανακλαστικών των κρανιακών νεύρων, με ισοηλεκτρικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και με απουσία αιματικής ροής στην αγγειογραφία. Από τότε, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες με ενεργά προγράμματα μεταμόσχευσης οργάνων, έχουν εφαρμοστεί νόμοι για τον προσδιορισμό του θανάτου, με την Φινλανδία να αποτελεί την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που δέχθηκε τον εγκεφαλικό θάνατο ως νομικό ορισμό του θανάτου το 1971 (*Citerio and Murphy, 2015*).

Μέχρι τις αρχές του 21ου αιώνα, είχε προκύψει η συναίνεση ότι οι εγκεφαλικά νεκροί ασθενείς ήταν νόμιμα και βιολογικά νεκροί, συναίνεση η οποία επέτρεψε στους γιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, στην πλειονότητα της Ευρώπης, της Αυστραλίας, και σε ορισμένες χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής να χρησιμοποιήσουν τον εγκεφαλικό θάνατο ως νομικό προσδιορισμό του θανάτου (*Bernat, 2009*).

Όσον αφορά τον εγκεφαλικό θάνατο στις περισσότερες χώρες θεωρείται ως η μη αναστρέψιμη και πλήρης απώλεια (κλινικά βεβαιωμένη) της λειτουργίας ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους (*Reimers, 1999*). Στο κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου για τον προσδιορισμό του ανθρώπινου θανάτου βασίζεται και ο ορισμός του θανάτου όπως αποδίδεται από τον Brown, σύμφωνα με τον οποίο ο όρος «θάνατος»

αναφέρεται στην «κατάρρευση της σωματικής ολοκλήρωσης στο σώμα ως σύνολο», με τον όρο «σωματική» να σημαίνει «σώμα» και τη «σωματική ολοκλήρωση» να περιγράφει τα διάφορα μέρη του σώματος που λειτουργούν μαζί ως μία οντότητα. Οι οργανισμοί, κατά τον ίδιο, διαθέτουν διάφορους ομοιοστατικούς μηχανισμούς για τη διατήρησή τους, ενώ η ρύθμιση και ο συντονισμός των μηχανισμών αυτών θα πρέπει να γίνεται μέσω αυτού που αποκαλεί «σύστημα εσωτερικού ελέγχου ρύθμισης ζωής», με τον εγκέφαλο να αποτελεί το κέντρο εσωτερικού ελέγχου που παρέχει σωματική ολοκλήρωση. Μόλις η ολοκλήρωση αυτή χαθεί αμετακλήτως, ο ανθρώπινος οργανισμός θεωρείται νεκρός (*Blackshaw and Rodger, 2020*).

Η κύρια ιδέα πίσω από τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι ότι χωρίς τη λειτουργία του εγκεφάλου, το σώμα δεν είναι πλέον ένα ολοκληρωμένο σύνολο αλλά απλώς μια συλλογή κυττάρων και οργάνων. Σύμφωνα όμως με τον Singer η άποψη αυτή δεν είναι πλέον πειστική καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι η οργανική λειτουργία μπορεί να επιμείνει παρά την αμετάκλητη παύση όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών, ενώ παράλληλα υπάρχουν σύμφωνα με κάποιους και κάποια ευρήματα τα οποία υποδηλώνουν ότι υπάρχει πιθανότητα αναξιοπιστίας των δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται για την υπόδειξη του εγκεφαλικού θανάτου (*Kalajtzidis, 2019*).

Οι *Huang and Bernat (2019)* αναφέρουν τρία απαραίτητα για την κατανόηση του θανάτου στοιχεία. Συγκεκριμένα θεωρούν το θάνατο ως ένα καθορισμένο γεγονός το οποίο διαχωρίζει τη διαδικασία του θανάτου από τη διαδικασία της σωματικής αποσύνθεσης. Το άτομο που πεθαίνει είναι ζωντανό, το θαμμένο πτώμα είναι νεκρό και η μετάβαση από την κατάσταση του ετοιμοθάνατου σε εκείνη του νεκρού αποτελεί ένα διακριτό, ασυνεχές και καθορισμένο γεγονός. Το δεύτερο στοιχείο σχετίζεται με τη μη αντιστρεψιμότητα του θανάτου καθώς ο θάνατος γίνεται κατανοητός ως ένα μη αναστρέψιμο, μοναδικό γεγονός από το οποίο ο θανών δεν μπορεί να επιστρέψει στη ζωή. Τέλος, ο θάνατος είναι βιολογικά μονοσήμαντος. Δηλαδή, η αίσθηση του μη αναστρέψιμου του θανάτου φαίνεται ότι είναι ομόφωνη καθώς ισχύει και είναι κοινή για όλους τους βιολογικούς οργανισμούς. Κατά τους συγγραφείς, τέλος, η έννοια του

θανάτου εμφανίζεται αυθαίρετα (*Huang and Bernat, 2019*).

1.2 Πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου

Η ιδέα του εγκεφαλικού θανάτου ή του θανάτου με νευρολογικά κριτήρια αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1959 με τον όρο «μη αναστρέψιμο κώμα» («coma dépassé»), ενώ στη συνέχεια περιγράφηκε με τον όρο «εγκεφαλικός θάνατος», με βάση τον πρώτο δημοσιευμένο κλινικό ορισμό το 1968 σύμφωνα με τα κριτήρια του Harvard. Έκτοτε, πολλές άλλες οδηγίες και πρωτόκολλα έχουν δημοσιευτεί, εγκριθεί και αναθεωρηθεί παγκοσμίως. Οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα αυτά χαρακτηρίζονται από τη γενική αποδοχή της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου ή του θανάτου με νευρολογικά κριτήρια μεταξύ ιατρικών ομάδων, μεγάλων θρησκειών και κυβερνήσεων (*Greer et al., 2020*).

Τα κριτήρια του Χάρβαρντ για τον εγκεφαλικό θάνατο εγκρίθηκαν από την Προεδρική Επιτροπή των Ηνωμένων Πολιτειών για τη Μελέτη των Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και τη Βιοϊατρική και Συμπεριφοριστική Έρευνα το 1981. Η Επιτροπή προέβαλε μια φιλοσοφική αιτιολόγηση για τον εγκεφαλικό θάνατο υιοθετώντας τη θέση του Bernat σύμφωνα με την οποία ο εγκέφαλος είναι ο ανώτατος κύριος και κεντρικός ολοκληρωτής του σώματος και δημοσίευσε το νόμο περί ομοιόμορφου προσδιορισμού του θανάτου σύμφωνα με τον οποίο “Ένα άτομο που υπέστη είτε μη αναστρέψιμη παύση των κυκλοφορικών και αναπνευστικών λειτουργιών, είτε μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό. Ο προσδιορισμός του θανάτου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα αποδεκτά ιατρικά πρότυπα.”. Έτσι, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σημαίνει την απουσία ανιχνεύσιμης εγκεφαλικής δραστηριότητας οποιουδήποτε είδους (*Nguyen, 2019*).

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου θα πρέπει να πραγματοποιείται ακολουθώντας ένα ορισμένο σύνολο αρχών συμπεριλαμβανομένων της εξαίρεσης των κύριων συγχυτικών παραγόντων, του εντοπισμού της αιτίας

του κώματος, του προσδιορισμού της μη αναστρεψιμότητας της κατάστασης και ελέγχου με ακρίβεια των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους σε όλα τα επίπεδα αυτού (*Machado, 2010*).

Αναφορικά με τους συγχυτικούς παράγοντες, τρεις καταστάσεις μπορεί να μιμούνται τον εγκεφαλικό θάνατο, συμπεριλαμβανομένων του συνδρόμου εγκλεισμού, της υποθερμίας και της δηλητηρίασης από φάρμακα. Το σύνδρομο εγκλεισμού, στο οποίο ο ασθενής δεν μπορεί να κινήσει τα άκρα του, να κάνει μορφασμούς ή να καταπιεί αν και διατηρεί τη συνείδησή του, προκύπτει από εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο της βασικής αρτηρίας. Στην περίπτωση της υποθερμίας, τα αντανακλαστικά των κρανιακών νεύρων εξαφανίζονται περίπου στους 28 Κελσίου αλλά μπορούν στη συνέχεια να ανακτηθούν με επαναθέρμανση του ασθενούς. Τέλος, στην περίπτωση της φαρμακευτικής δηλητηρίασης τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους συνήθως διατηρούνται, οπότε είναι απαραίτητη η πλήρης και λεπτομερής εξέταση του ασθενούς (*Drake et al., 2017*).

Όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες και τα κριτήρια για τη διάγνωση και πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των διαφόρων χωρών. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από τον *Wijdicks (2002)* με σκοπό τη σύγκριση των δεδομένων αναφορικά με τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου σε ενήλικες σε 80 εκ των 189 κρατών μελών των Ηνωμένων Εθνών, διαπιστώθηκε ότι σε 70 από τις 80 μελετώμενες χώρες υπήρχαν διαθέσιμες οδηγίες ή οι κώδικες πρακτικής για τον εγκεφαλικό θάνατο. Οι χώρες που έχουν κατευθυντήριες οδηγίες για τον εγκεφαλικό θάνατο διαπιστώθηκε επίσης, ότι συνήθως προβλέπουν τον αποκλεισμό των συγχυτών, το μη αναστρέψιμο κώμα, την απουσία κινητικής απόκρισης στο ερέθισμα του πόνου και την απουσία όλων των αντανακλαστικών του εγκεφάλου. Προκειμένου να τεθεί μια οριστική διάγνωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, απαιτείται η παρουσία ενός γιατρού στο 44% των χωρών, δύο γιατρών στο 34% των χωρών και περισσότερων από δύο γιατρών στο 16% των χωρών. Όλες οι προτεινόμενες οδηγίες απαιτούσαν τον αυστηρό ορισμό των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού

στελέχους, με την παρουσία όμως της άπνοιας, χρησιμοποιώντας μια τιμή στόχο του PCO₂ να προτείνεται μόνο σε 41 οδηγίες (59%). Επίσης, προοξυγόνωση με παροχή 100% οξυγόνου ακολουθούμενη από 10 λεπτά αποσύνδεσης από αυτό, με κλινική εξέταση για άπνοια απαιτούνταν σε 20 από τις 71 οδηγίες. Οι επιβεβαιωτικές εργαστηριακές δοκιμές ήταν συχνά υποχρεωτικές στην Ευρώπη και την Ασία και συνήθως χρησιμοποιούνται για τη μείωση του συνιστώμενου χρόνου παρατήρησης. Αντίθετα, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες δεν απαιτείται η διενέργεια επιβεβαιωτικών δοκιμασιών (*Wijdicks, 2002*).

Τέλος, όσον αφορά τις δοκιμασίες για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, σε αυτές περιλαμβάνονται η κλινική εξέταση του ασθενούς, η δοκιμασία άπνοιας καθώς επίσης και βοηθητικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για την επιβεβαίωση της απώλειας της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου (π.χ. ΗΕΓ) ή για την διαπίστωση της εγκεφαλικής κυκλοφορικής διακοπής (*Busl and Greer, 2009*). Ευρέως διαθέσιμες δοκιμασίες για τον έλεγχο της εγκεφαλικής ροής του αίματος είναι η εγκεφαλική αγγειογραφία, το διακρανιακό Doppler, η μαγνητική αγγειογραφία, η αξονική υπολογιστική αγγειογραφία και η σάρωση ραδιονουκλιδίων (*Mutlu et al., 2019*).

Η κλινική εξέταση για τον εγκεφαλικό θάνατο θα πρέπει να καταδεικνύει τρία βασικά σημεία, τα οποία είναι (α) βαθύ κώμα με απόλυτη απουσία ανταπόκρισης σε επιβλαβή ερεθίσματα, (β) απουσία όλων των προκαλούμενων από το εγκεφαλικό στέλεχος αντανακλαστικών, όπως το οπτικό αντανακλαστικό του φωτός, το αντανακλαστικό του κερατοειδούς, το αίθουσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό, και το αντανακλαστικό του βήχα και (γ) πλήρης άπνοια λόγω της μέγιστης διέγερσης των χημειούποδοχέων από επαρκή υπερκαπνία. Η διεξαγωγή διαδοχικών νευρολογικών εξετάσεων σε χρονικό διάστημα που καθορίζεται από την ηλικία του ασθενούς και την αιτία της εγκεφαλικής βλάβης είναι απαραίτητη, εκτός εάν χρησιμοποιείται κάποια πρόσθεση επιβεβαιωτική εργαστηριακή δοκιμασία. Οι κλινικές δοκιμές που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του θανάτου ολόκληρου του εγκεφάλου και

για τον θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους είναι ίδιες, με την κύρια διαφορά μεταξύ των δοκιμασιών να έγκειται στη διαθεσιμότητα των επιβεβαιωτικών δοκιμασιών που μετρούν τη διακοπή της ενδοκρανιακής ροής αίματος για να αποδειχθεί το κριτήριο του θανάτου ολόκληρου του εγκεφάλου (*Bernat, 2005*).

Όσον αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις, η εγκεφαλική αγγειογραφία τεσσάρων αγγείων χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της εγκεφαλικής ροής του αίματος και στον εγκεφαλικό θάνατο συνήθως καταδεικνύει απουσία ροής αίματος στην καρωτιδική διακλάδωση ή στον κύκλο του Willis ή πέρα αυτά. Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να εμφανιστούν όταν μειώνεται η ενδοκρανιακή πίεση (π.χ. χειρουργική επέμβαση ή τραύμα). Το διακρανιακό Doppler έχει το πλεονέκτημα ότι είναι μη επεμβατικό και ασφαλές και η χρήση του στοχεύει στον εντοπισμό μικρών συστολικών κορυφώσεων με οπισθοδρομική κατεύθυνση της διαστολικής ροής του αίματος ή ένα μοτίβο αντήχησης της ροής αίματος, πρότυπο που υποδηλώνει υψηλή αγγειακή αντίσταση και υποστηρίζει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Οι ασθενείς με εξωτερικές κοιλιακές παροχετεύσεις ή κρανιοτομίες μπορεί να έχουν ψευδή αρνητικά αποτελέσματα (*Cowan and Miles, 2018*).

1.3 Ηθικά διλήμματα για το θάνατο και τη διάγνωση αυτού

Τα ερωτήματα σχετικά με τον προσδιορισμό και την κήρυξη του θανάτου έχουν τις ρίζες τους τόσο παλιά όσο και η ίδια η ανθρωπότητα, με τα ερωτήματα αυτά μετά τη δημοσίευση του κλινικού ορισμού του θανάτου σύμφωνα με τα κριτήρια του Harvard το 1968 να εστιάζουν στο ερώτημα εάν τα νευρολογικά κριτήρια από μόνα τους αρκούν για να καθορίσουν έναν ορισμό του θανάτου που να μπορεί να υποστηριχθεί νομικά και ηθικά. Μισό αιώνα από τη δημοσίευση της έκθεσης, η διάγνωση του θανάτου με νευρολογικά κριτήρια έχει κατοχυρωθεί στους νόμους κάθε πολιτείας των ΗΠΑ και στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Ωστόσο, όλο και περισσότερο, η πρακτική προσδιορισμού του θανάτου με τη χρήση

νευρολογικών κριτηρίων έχει δημιουργήσει ηθικές αντιπαραθέσεις και νομικές προκλήσεις (*Berkowitz and Garrett, 2020*).

Ειδικότερα, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων χωρών. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου καθοριζόταν μόνο από την απουσία λειτουργίας του εγκεφάλου, χωρίς να απαιτείται έλεγχος της φλοιώδους λειτουργίας μέσω ΗΕΓ ή άλλων διαγνωστικών δοκιμασιών, ορισμένες από τις οποίες θεωρούνταν απαραίτητες σε άλλα μέρη της Ευρώπης. Μέχρι το 1995, η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας (AAN) δημοσίευσε οδηγίες για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου με βάση 3 κλινικά ευρήματα τα οποία περιλάμβαναν το κώμα, την άπνοια και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφάλου με τη σύσταση για τη διενέργεια βοηθητικών δοκιμασιών σε περίπτωση αβεβαιότητας για τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης ή στο τεστ άπνοιας. Τα παραπάνω κριτήρια αμφισβητήθηκαν το 2015 στη Νεβάδα στην περίπτωση του Aden Hailu, ο οποίος βάσει αυτών είχε κηρυχθεί ως εγκεφαλικά νεκρός παρά την ύπαρξη σε 3 ξεχωριστά ΗΕΓ πριν από θετικό τεστ άπνοιας και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφάλου. Το Ανώτατο Δικαστήριο της Νεβάδας δήλωσε, πως σύμφωνα με το νόμο UDDA της Νεβάδας, οι οδηγίες της AAN δεν πληρούν τα αποδεκτά ιατρικά πρότυπα για τον εγκεφαλικό θάνατο, ιδίως εν μέρει επειδή δεν απαιτούν τη διενέργεια ΗΕΓ και δοκιμασιών για τον έλεγχο της εγκεφαλικής ροής του αίματος (*Suhre and Van Norman, 2020*).

Εκτός από τα παραπάνω, οι ασθενείς που δηλώνονται ως εγκεφαλικά νεκροί είναι μια ετερογενής ομάδα αποτελούμενη από αδιαμφισβήτητα εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς, ασθενείς που έχουν κάποιο βαθμό νευρωνικής δραστηριότητας του εγκεφάλου αλλά καμία εγκεφαλική λειτουργία, ασθενείς με νευρολογικά σημεία άγνωστης προέλευσης άσχετες υπολειμματικές εγκεφαλικές λειτουργίες και ασθενείς με σχετικές υπολειμματικές εγκεφαλικές λειτουργίες. Με εξαίρεση την πρώτη κατηγορία ασθενών για τους οποίους οι χρησιμοποιούμενες διαγνωστικές του εγκεφαλικού θανάτου δοκιμασίες θεωρούνται επαρκείς, για τις υπόλοιπες κατηγορίες ανακύπτουν ερωτήματα

σχετικά με τη δυνατότητα διάκρισης των μη κλινικά ανιχνεύσιμων εγκεφαλικών λειτουργιών και εγκεφαλικής δραστηριότητας ή με την ακρίβεια των διαγνωστικών δοκιμασιών (*Dalle Ave and Bernat, 2020*).

Ένα ακόμα ερώτημα που ανακύπτει σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου σχετίζεται με το αν οι συνθήκες της απώλειας των αισθήσεων και της άπνοιας είναι μη αναστρέψιμες, με το μη αναστρέψιμο να μην μπορεί ποτέ να αποτελεί βεβαιότητα αλλά μια αμφισβητούμενη υπόθεση που εξαρτάται από την απουσία αποδεικτικών στοιχείων για το αντίθετο. Αυτό είναι ακόμη πιο περίπλοκο καθώς η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου που βασίζεται σε νευρολογικά κριτήρια αποτελεί ουσιαστικά μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία, καθώς ο βιολογικός θάνατος ακολουθεί συνήθως τη διάγνωση σε σύντομο χρονικό διάστημα καθιστώντας αδύνατη τη γνώση του εάν αυτοί οι ασθενείς θα μπορούσαν να δείξουν κάποια στοιχεία ανάκαμψης σε περίπτωση συνέχισης της υποστήριξης των σωματικών τους λειτουργιών. Επιπλέον, είναι δύσκολη η δημιουργία εμπειρικών αποδείξεων του μη αναστρέψιμου καθώς κάτι τέτοιο θα απαιτούσε τη μελέτη μεγάλου αριθμού ασθενών για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Το γεγονός ότι η διεξαγωγή τέτοιου είδους μελετών πιθανότατα δεν είναι εφικτή δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί ποτέ να υποτεθεί η μη αναστρεψιμότητα των συνθηκών αυτών, αλλά μόνο ότι η υπόθεση θα πρέπει πιθανώς να βασίζεται σε θεωρητικές εκτιμήσεις του βαθμού νευρολογικής βλάβης, παρά σε εμπειρικές μελέτες (*Truog et al., 2020*).

Εκτός από τα παραπάνω, τα περισσότερα νοσοκομειακά πρωτόκολλα δεν αντιμετωπίζουν τις οικογενειακές αντιρρήσεις για τον προσδιορισμό του θανάτου με νευρολογικά κριτήρια. Ως αποτέλεσμα, οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικήσεις και οι επιτροπές δεοντολογίας αφήνονται χωρίς καθοδήγηση προκειμένου να αποφασίσουν εάν θα συνεχίσουν την παροχή υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών και οργάνων των ασθενών και θα περιμένουν την καρδιακή ανακοπή ελπίζοντας παράλληλα ότι η οικογένεια συμβιβάζεται με τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου ή εάν θα διακόψουν την υποστήριξη των οργάνων ενάντια στις επιθυμίες της οικογένειας. Σε μια

έρευνα, στην οποία διερευνήθηκαν τα μέτρα που θα λάμβαναν οι νευρολόγοι εάν μια οικογένεια εξέφραζε θρησκευτικές αντιρρήσεις σχετικά με τη διακοπή της υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών μετά τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, οι ερωτώμενοι μεταξύ των λόγων για την συνέχιση της παροχής υποστήριξης ανέφεραν το φόβο δικαστικών διαφορών σε ποσοστό 48% των ερωτηθέντων, την προσπάθεια αποφυγής της πρόκλησης αναστάτωσης της οικογένειας σε ποσοστό 40% των ερωτηθέντων, την επιθυμία αποφυγής κάλυψης του γεγονότος από τα ΜΜΕ σε ποσοστό 29% των ερωτηθέντων και ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφεραν τις προσωπικές θρησκευτικές ή ηθικές πεποιθήσεις, ή το φόβο της απώλειας της εργασίας τους (*Lewis and Greer, 2017*).

Κεφάλαιο 2° – Ο θάνατος στη νοσηλευτική πρακτική

2.1 Στάσεις, απόψεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών για τον θάνατο

Παρά το γεγονός ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, υπάρχει γενικά απροθυμία συζήτησης περί αυτού στην κοινωνία. Οι κοινωνίες οραματίζονται τις προοπτικές της ζωής στις οποίες ο θάνατος δεν είναι ποτέ μέρος αυτών, δημιουργώντας έτσι καταστάσεις αποφυγής και απόκρυψης. Επιπρόσθετα, ο θάνατος ιστορικά θεωρούνταν ως ένα φυσικό γεγονός στο οποίο το άρρωστο άτομο συμμετείχε εκφράζοντας τις τελευταίες του επιθυμίες, συγκεντρώνοντας τους συγγενείς του για να αποχαιρετήσει και να ζητήσει συγχώρεση. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, ο θάνατος έχει μετακινηθεί από το σπίτι στο νοσοκομείο, όπου σύμφωνα με εκτιμήσεις λαμβάνουν χώρα έως και το 80% των θανάτων, καθιστώντας τον έναν κρύο, απομονωμένο και ιατρικό γεγονός. Όλα αυτά συνδυάζονται με ένα κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο η αδυναμία πρόληψης του θανάτου θεωρείται ως αποτυχία (*Puente-Fernández et al., 2020*).

Οι επαγγελματίες υγείας, ειδικά οι νοσηλευτές, έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο στην καθημερινή τους πρακτική με τις αποκρίσεις και τις στάσεις τους να ποικίλλουν ανάλογα με τις προηγούμενες εμπειρίες τους (Çevik and Kav, 2010). Αυτή η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς διαφέρει από όλες τις άλλες σχέσεις φροντίδας ως προς το επίπεδο έκθεσης στο θάνατο, το αναπόφευκτο του πόνου σε σχέση με το δυναμικό για προσωπική ανάπτυξη, την παραμορφωμένη εμπειρία του χρόνου και τη συμμετοχή στη σχέση φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων της συναισθηματικής και σωματικής οικειότητας (Gama et al., 2012). Η φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν και η αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να είναι μια τις πιο δύσκολες πτυχές του νοσηλευτικού επαγγέλματος καθώς όταν οι νοσηλευτές φροντίζουν τους ασθενείς που πεθαίνουν, θα πρέπει αφενός να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα του θανάτου και αφετέρου να παρέχουν υποστήριξη και φροντίδα τόσο προς τους ασθενείς που πεθαίνουν όσο και προς τους σημαντικούς άλλους (Çevik and Kav, 2010).

Όσον αφορά τους νοσηλευτές, η παροχή φροντίδας σε άτομα που πεθαίνουν αποτελεί ένα βασικό νοσηλευτικό καθήκον (Martí-García et al., 2020) και παρόλο που ο θάνατος ενός ασθενούς αποτελεί έναν από τους πιο συνηθισμένους στρεσογόνους παράγοντες στο κλινικό περιβάλλον, οι νοσηλευτές είναι απίθανο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τέτοια περιστατικά με τους συναδέλφους τους. Μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι νοσηλευτές είχαν αισθήματα ανεπάρκειας, αδυναμίας ή δυσφορίας κατά την υποστήριξη ασθενών που πεθαίνουν, καθώς και ότι οι νοσηλευτές δεν ήταν σίγουροι πώς να συμπεριφέρονται στο πλαίσιο του θανάτου ενός ασθενούς (Park et al., 2020). Επίσης έχει βρεθεί ότι η παρεχόμενη προς τους ασθενείς που πεθαίνουν φροντίδα επηρεάζεται από τις απόψεις και τις στάσεις που έχουν οι νοσηλευτές απέναντι στο θάνατο. Ειδικότερα, έχει καταδειχθεί ότι οι νοσηλευτές τείνουν να απομακρύνονται από τους ασθενείς τους επειδή επηρεάζονται περισσότερο από το θάνατό τους όταν έρχονται πιο κοντά καθώς επίσης και ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη επικοινωνούν περιορισμένα, αποφεύγουν, ψεύδονται και κρύβουν κάποια πράγματα, αντί να ξεκινήσουν διάλογο για να αναπτύξουν ισχυρότερες

σχέσεις περίθαλψης στην περίπτωση θανάτου άλλων ασθενών (*Ay and Öz, 2019*).

Όσον αφορά τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο, το κάθε άτομο έχει τη δική του στάση, η οποία επηρεάζεται από προσωπικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και φιλοσοφικά συστήματα πεπιοιθήσεων τα οποία διαμορφώνουν τις συνειδητές ή ασυνειδήτες συμπεριφορές αυτού. Οι συμπεριφορές αυτές σχετίζονται και συνδέονται με τα ανθρώπινα συναισθήματα, τα οποία με τη σειρά τους συνδέονται με δράσεις του ατόμου προς το αντικείμενο των συναισθημάτων, το οποίο στην παρούσα μελέτη είναι ο θάνατος. Η έκθεση στις διαδικασίες που συνοδεύουν το θάνατο των άλλων κάνει τα άτομα να συνειδητοποιούν τη δική τους θνησιμότητα, προκαλώντας άγχος και ανησυχία (*L Peters et al., 2013*).

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο έχει βρεθεί πως σε αυτούς περιλαμβάνονται η ηλικία, οι γνώσεις, η κουλτούρα, οι δεξιότητες και οι εγκαταστάσεις φροντίδας (*Portorani et al., 2020*), η εμπειρία και η προηγούμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών. Ειδικότερα, έχει καταδειχθεί ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία στην αντιμετώπιση ασθενών που πεθαίνουν αισθάνονται πιο σίγουροι και έχουν μια πιο θετική στάση απέναντι στην παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς που πεθαίνουν (*Blaževičienė et al., 2020*). Για παράδειγμα, σε μια δομή ογκολογικών ασθενών στις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη έκθεση σε ασθενείς που πέθαναν ανέφεραν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο συγκριτικά με εκείνους που είχαν λιγότερη έκθεση σε ασθενείς που πεθαίνουν. Ομοίως, στις ΗΠΑ και στη Γερμανία οι νοσηλευτές με περισσότερη εργασιακή εμπειρία τείνουν να έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο. Στην Κίνα, η πλειονότητα των κλινικών νοσηλευτών θεώρησε το θάνατο ως διέξοδο για μια ευτυχισμένη μετά θάνατον ζωή και οι στάσεις τους απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν συσχετίστηκαν σημαντικά

αρνητικά με το φόβο του θανάτου, ενώ στο Ιράν, οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούσαν τον θάνατο ως φυσικό μέρος της ζωής (*Portorani et al., 2020*). Αντίθετα, μια μελέτη που διεξήχθη με τη συμμετοχή τυχαίου δείγματος 403 νοσηλευτών κατέδειξε ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερο φόβο θανάτου παρουσιάζουν λιγότερη θετική στάση όσον αφορά τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Η επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου αποτελούσε έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της στάσης των νοσηλευτών (*Hasheesh, 2013*).

Η ηλικία έχει επίσης σημαντική επιρροή στη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο καθώς έχει βρεθεί ότι οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου συγκριτικά με τους μεσήλικες και εκείνους μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι διαπιστώθηκε ότι αισθάνονται πιο άνετα να μιλούν για θέματα σχετικά με το τέλος της ζωής. Αυτό γίνεται πιο σαφές εάν οι νέοι νοσηλευτές δεν έχουν δει κάποιον να πεθάνει πριν την ένταξή τους στο επάγγελμα. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η νεότερη ηλικία ήταν πιο ευνοϊκή για την αλλαγή στάσης μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση (*Khader et al., 2010*).

Εκτός από τα παραπάνω έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές που παρακολούθησαν εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν καλύτερη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν συγκριτικά με εκείνους που δεν παρακολούθησαν αντίστοιχα προγράμματα (*Ho et al., 2010*). Η εργασιακή εμπειρία έχει επίσης συσχετιστεί με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο. Ειδικότερα, οι *Hojjati et al. (2015)* διερεύνησαν τη στάση 106 εργαζόμενων σε νοσοκομεία νοσηλευτών και διαπίστωσαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των στάσεων απέναντι στο θάνατο και της εργασιακής εμπειρίας των νοσηλευτών καθώς σύμφωνα με τα ευρήματά τους με κάθε χρόνο εργασιακής εμπειρίας, η αρνητική στάση απέναντι στο θάνατο μειώνονταν κατά 5 φορές (*Hojjati et al., 2015*).

Επίσης, μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής διαπιστώθηκε ότι συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες είχαν πιο θετική στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το θάνατο. Το τμήμα

εργασίας αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα που επηρεάζει τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς έχει βρεθεί ότι νοσηλευτές από διαφορετικά τμήματα δείχνουν διαφορετική στάση απέναντι στο θάνατο και έχουν διαφορετικό τρόπο επαφής με ασθενείς τελικού σταδίου. Για παράδειγμα, στην Ισπανία, οι νεφρολογικοί νοσηλευτές είχαν θετική στάση απέναντι στη φροντίδα νεφρολογικών ασθενών που πέθαιναν, με τη στάση αυτή να συσχετίζεται με την εμπειρία τους στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, την προηγούμενη εκπαίδευση αυτών στη φροντίδα στο τέλος της ζωής και την προθυμία τους να συζητήσουν για ζητήματα σχετιζόμενα με τη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής (Xu et al., 2019). Παρόμοια και οι Ho et al. (2010) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερη εμπειρία στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είχαν υψηλότερες θετικές στάσεις ($p = 0,002$) απέναντι στο θάνατο (Ho et al., 2010).

Η θρησκευτική πίστη αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα που επηρεάζει τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο καθώς έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με ισχυρότερη θρησκευτική πίστη βιώνουν λιγότερο φόβο θανάτου. Η θρησκευτική πίστη μπορεί επίσης να παρέχει και μια άνεση στην περίπτωση που ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει το θάνατο και να τον βοηθήσει να θεωρήσει τον θάνατο ως μια φυσιολογική διαδικασία της ζωής. Με τον τρόπο αυτό οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το θάνατο με ηρεμία και όχι με φόβο. Ωστόσο, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ενοποιημένη θρησκευτική πίστη, η νόηση του θανάτου που βασίζεται στη θρησκεία μπορεί να είναι πολύ διαφορετική μεταξύ των διαφόρων χωρών (Xu et al., 2019).

Τέλος, σύμφωνα με τα ευρήματα μελέτης των Miyashita et al. (2007), η νοσηλευτική αυτονομία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις στάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Ειδικότερα, στη μελέτη τους διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της απόρριψης του παραδοσιακού περιορισμού του ρόλου των νοσηλευτών με τη θετική στάση απέναντι στη φροντίδα του ασθενούς που πεθαίνει (Miyashita et al., 2007).

Κεφάλαιο 3^ο – Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των στάσεων απέναντι στον θάνατο του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών.

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι:

- ✓ Σχετίζεται η ηλικία με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο;
- ✓ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών;
- ✓ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα δύο φύλα;
- ✓ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν;
- ✓ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ και σε αυτά που δεν καταναλώνουν;
- ✓ Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό με τουλάχιστον 5 έτη εργασίας και στο προσωπικό με λιγότερο από 5 έτη;
- ✓ Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας;
- ✓ Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση;
- ✓ Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας;

3.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο από τους συμμετέχοντες ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τα ακόλουθα 5 μέρη:

3.2.1 Έντυπο καταγραφής των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα έντυπο ειδικά σχεδιασμένο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης το οποίο είχε ως στόχο τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, τα χρόνια εργασίας ως νοσηλευτές, την εκπαιδευτική βαθμίδα, το τρέχον τμήμα εργασίας, το είδος των βαρδιών που εκτελούν, την ποιότητα του ύπνου τους, την καπνιστική συνήθεια καθώς επίσης και τις συνήθειες ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

3.2.2 Ερωτηματολόγιο σχετικά με τη στάση απέναντι στον θάνατο

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 8 ερωτήσεις με το εύρος των απαντήσεων να κυμαίνεται από 1 μέχρι 5 (1=καθόλου – 5=πάρα πολύ). Τα υψηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο αυτό υποδεικνύουν αρνητικότερη στάση. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας από την επιβλέπουσα αυτής, κα. Γκούβα Μαίρη, ψυχολόγο και επίκουρο καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

3.2.3 Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) είναι ένα εργαλείο το οποίο κατασκευάστηκε με στόχο την ανάπτυξη ενός έγκυρου και αξιόπιστου μέτρου για την ποσοτικοποίηση της ανθεκτικότητας, τον καθορισμό τιμών αναφοράς για την ανθεκτικότητα στον γενικό πληθυσμό και σε κλινικά δείγματα, και την αξιολόγηση της τροποποίησης της ανθεκτικότητας σε απόκριση σε φαρμακολογική θεραπεία σε έναν κλινικό πληθυσμό. Πρόκειται

για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης αποτελούμενο από 25 αυτοαναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0–Καθόλου αληθές, 1–Σπάνια αληθές, 2–Κάποιες φορές αληθές, 3–Συχνά αληθές, 4–Σχεδόν πάντα αληθές). Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha = 0,89$) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = $0,87$) (Connor and Davidson, 2003). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Dimitriadou & Stalikas (2012) (Dimitriadou and Stalikas, 2012).

3.2.4 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, με σκοπό την εκτίμηση του βαθμού του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση (McNeil and Rainwater, 1998). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία (Saridi et al., 2020). Σύμφωνα με τους δημιουργούς της, η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο από πληθυσμούς που βιώνουν μια επίπονη κατάσταση όσο και από πληθυσμούς που δεν βιώνουν αντίστοιχη κατάσταση. Οι McNeil and Rainwater (1998), διαπίστωσαν ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (McNeil and Rainwater, 1998). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις και για τις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει εάν ο φόβος του πόνου σχετίζεται με αυτές, σε κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων που κυμαίνεται από 0-καθόλου έως 4-υπερβολικά. Επίσης η κλίμακα περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες, με την πρώτη να περιλαμβάνει το

φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (FPQ-III minor), τη δεύτερη το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από σημαντικό πόνο (FPQ-III major) και την τρίτη να δηλώνει το μέγεθος του φόβου σε σχέση με τον προκαλούμενο από ιατρικές παρεμβάσεις πόνο (FPQIII medical). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 30 έως 150, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν υψηλότερο επίπεδο φόβου (Verouli and Argiro Ageli, 2016). Η επικύρωση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τους Gouna et al. (2016) (Saridi et al., 2020).

3.2.5 Η Αναθεωρημένη Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)

Η κλίμακα αναπτύχθηκε από τον Leonard R. Derogatis στα μέσα της δεκαετίας του 1970 με σκοπό τη μέτρηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων και της ψυχολογικής δυσφορίας. Η κλίμακα αυτή είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να είναι κατάλληλη για χρήση τόσο για τα άτομα της κοινότητας, τόσο και για άτομα με ιατρικές ή ψυχιατρικές παθήσεις (Derogatis and Unger, 2010). Πρόκειται για μια κλίμακα αποτελούμενη από 90 ερωτήσεις αυταναφοράς, κάθε μια εκ των οποίων αξιολογείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 0-καθόλου έως 4-υπερβολικά (Li et al., 2018). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την ψυχολογική δυσφορία ως προς εννέα διαστάσεις πρωτογενών συμπτωμάτων, οι οποίες περιλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό. Κάθε μία από τις 9 διαστάσεις συμπτωμάτων αξιολογείται με 6 έως 13 στοιχεία. Η βαθμολογία σε κάθε διάσταση αντιπροσωπεύει τη μέση βαθμολογία όλων των στοιχείων της διάστασης και αντανakλά άμεσα τη σοβαρότητα του προβλήματος ψυχικής υγείας (Li et al., 2018). Η κλίμακα περιλαμβάνει επίσης τρεις συνολικές βαθμολογίες και συγκεκριμένα το γενικό δείκτη σοβαρότητας των συμπτωμάτων (GSI), το συνολικό δείκτη θετικών συμπτωμάτων (PST) και το δείκτη των θετικών συμπτωμάτων ανυσηχίας (PSDI) (Derogatis and Unger, 2010). Η εσωτερική συνέπεια, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχουν

αποδειχθεί σε πλήθος μελετών (Müller *et al.*, 2010). Η ελληνική έκδοση της κλίμακας έχει επικυρωθεί από τους Donias, Karastergiou, and Manos (1991) (Adamis *et al.*, 2019).

3.3 Δείγμα της μελέτης και μέθοδος δειγματοληψίας

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 70 νοσηλευτές εργαζόμενοι στο ΤΕΠ και σε νοσοκομειακές κλινικές ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Κριτήρια επιλεξιμότητας για συμπερίληψη στην παρούσα μελέτη ήταν :

- ✓ Άνδρες και γυναίκες πτυχιούχοι νοσηλευτές οποιασδήποτε ηλικίας
- ✓ Νοσηλευτές εργαζόμενοι σε νοσοκομειακές κλινικές και στο ΤΕΠ
- ✓ Γνώση της ελληνικής γλώσσας και ικανότητα επικοινωνίας σε αυτή

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος 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.

3.4 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Η διεξαγωγή της έρευνας και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε αφού προηγήθηκε η εξασφάλιση έγγραφης έγκρισης για τη διεξαγωγή της από φορέα στον οποίο διεξήχθη (Παράρτημα II). Καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της τηρήθηκαν οι αρχές της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας των δεδομένων και της εθελοντικής συμμετοχής του πληθυσμού που συμμετείχε σε αυτή. Ειδικότερα, κάθε συμμετέχον στην παρούσα μελέτη χαρακτηρίστηκε με έναν αύξοντα αριθμό με σκοπό τη διασφάλιση της ανωνυμίας του. Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες υλοποιήθηκε αφού προηγήθηκε η έγγραφη συγκατάθεση αυτών έπειτα από ενημέρωσή τους. Συγκεκριμένα, σε κάθε συμμετέχοντα

δόθηκαν πληροφορίες για τους σκοπούς της μελέτης, για την εθελοντική συμμετοχή τους σε αυτή αλλά και για το δικαίωμά τους να διακόψουν τη συμμετοχή και να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν.

3.5 Στατιστική μεθοδολογία

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

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), 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% (0,8), τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη συγκριτική μελέτη των μέσων τιμών μεταξύ των κατηγοριών μίας διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα ή του ελέγχου των Mann-Whitney, ανάλογα με την ικανοποίηση της προϋπόθεσης της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίστηκε στο 5%.

Κεφάλαιο 4^ο- Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 70 άτομα (55 γυναίκες και 15 άνδρες) μέσης ηλικίας 42,1 έτη (SD = 10,3). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

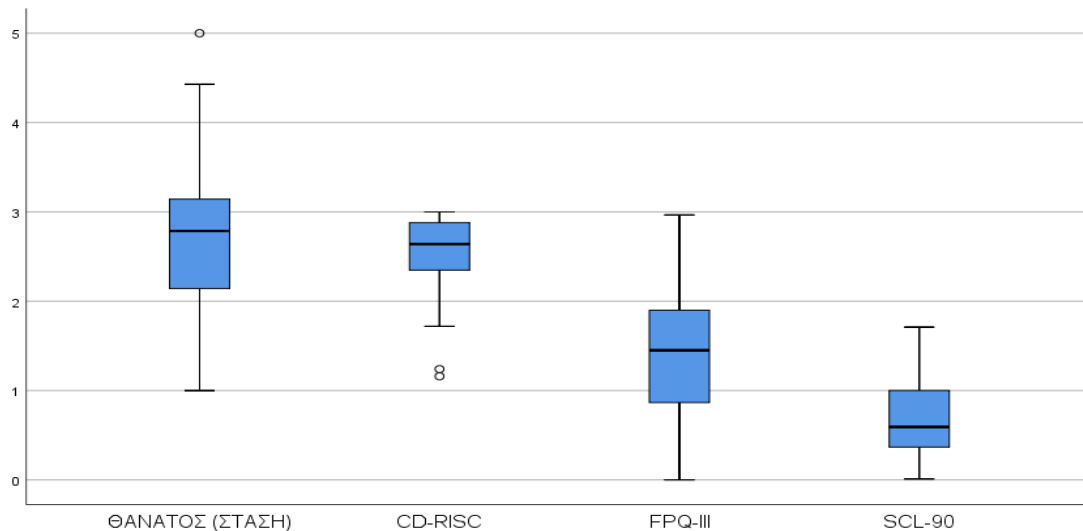
		N	N %
Φύλο	Γυναίκα	55	78,6%
	Άνδρας	15	21,4%
Τόπος διαμονής	Χωριό - Κωμόπολη	12	17,1%
	Πόλη	58	82,9%
Χρόνια εργασίας	<5 έτη	18	25,7%
	≥ 5 έτη	52	74,3%
Τμήμα που εργάζεστε	Κλινική	45	64,3%
	Τ.Ε.Π.	25	35,7%
Καπνίζετε;	Όχι	48	68,6%
	Ναι	22	31,4%
Πίνετε αλκοόλ;	Όχι	39	55,7%
	Ναι	31	44,3%

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων. Σε ό,τι αφορά την στάση απέναντι στον θάνατο οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν μία μικρή τάση θετικής κλιμάκωσης (2,7). Οι τιμές της κλίμακας CD-RISC δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με οριακή τάση αρνητικής κλιμάκωσης (2,6). Οι τιμές της κλίμακας FPQ-III δηλώνουν θετική κλιμάκωση (1,4). Τέλος, οι στατιστικοί δείκτες της κλίμακας SCL-90 δηλώνουν ισχυρά θετική κλιμάκωση (0,7).

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων

	Mean	Standard Deviation
ΘΑΝΑΤΟΣ (ΣΤΑΣΗ) [1-5]	2,7	,8

CD-RISC [0-4]	2,6	,4
FPQ-III [0-4]	1,4	,7
SCL-90 [0-4]	,7	,4



Γράφημα 1. Θηκογράμματα (box-plots) των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου C.C.C.Q. (σε εκατοστιαία κλίμακα)

4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υπό μελέτη ερωτηματολογίων ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι υπό μελέτη κλίμακες κρίνονται υψηλής αξιοπιστίας.

Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας

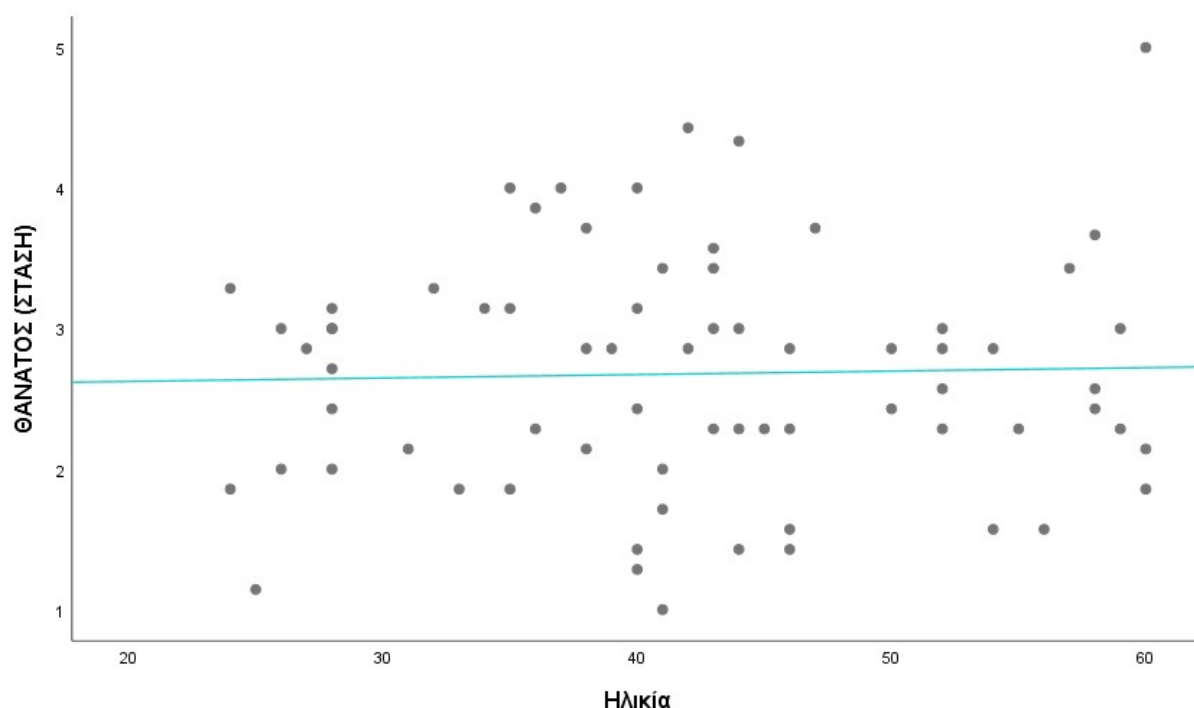
	Cronbach's Alpha
ΘΑΝΑΤΟΣ (ΣΤΑΣΗ) [1-5]	0,851
CD-RISC [0-4]	0,934
FPQ-III [0-4]	0,943
SCL-90 [0-4]	0,965

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

4.3.1 Σχετίζεται η ηλικία με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή Ηλικία ($p = 0,022$) δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή ενώ η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,600$). Η μελέτη, όμως, των γραφημάτων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας της μεταβλητής Ηλικία. Ως εκ τούτου, για την μελέτη της σχέσης έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Pearson.

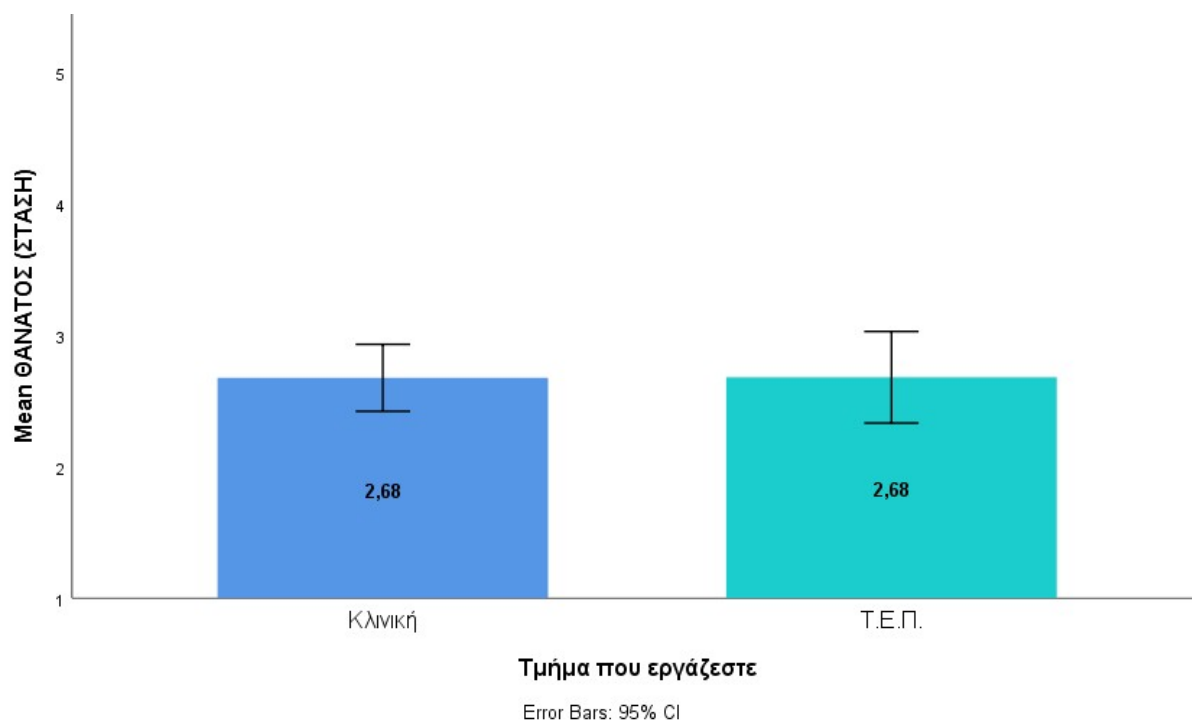
Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην ηλικία και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,030$, $p = 0,805$).



4.3.2 Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή στάσεις απέναντι στον θάνατο ακολουθεί την κανονική κατανομή και στους δύο πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, για την ανάλυση έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t (t-test).

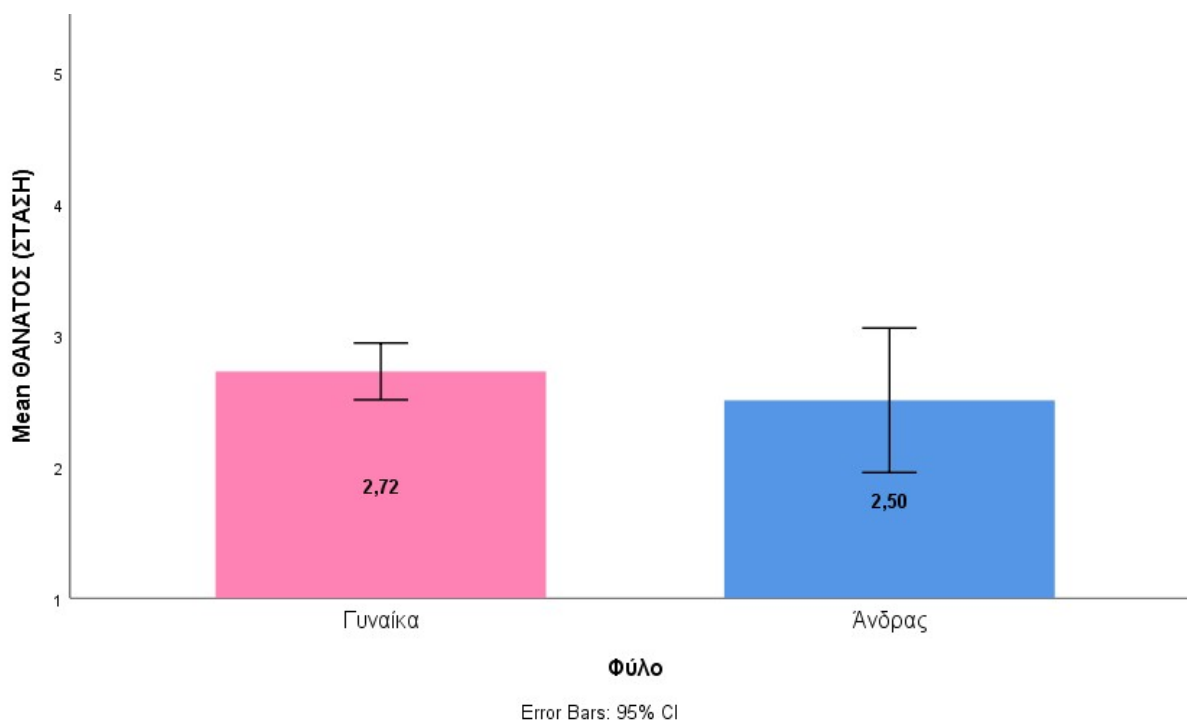
Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή στάσεις απέναντι στον θάνατο στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών ($M = 2,68$, $SD = 0,84$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομειακών κλινικών ($M = 2,68$, $SD = 0,85$), $t(68) = 0,018$ ($p = 0,986$).



4.3.3 Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα δύο φύλα;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ακολουθεί την κανονική κατανομή και στους δύο πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, για την ανάλυση έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t (t-test).

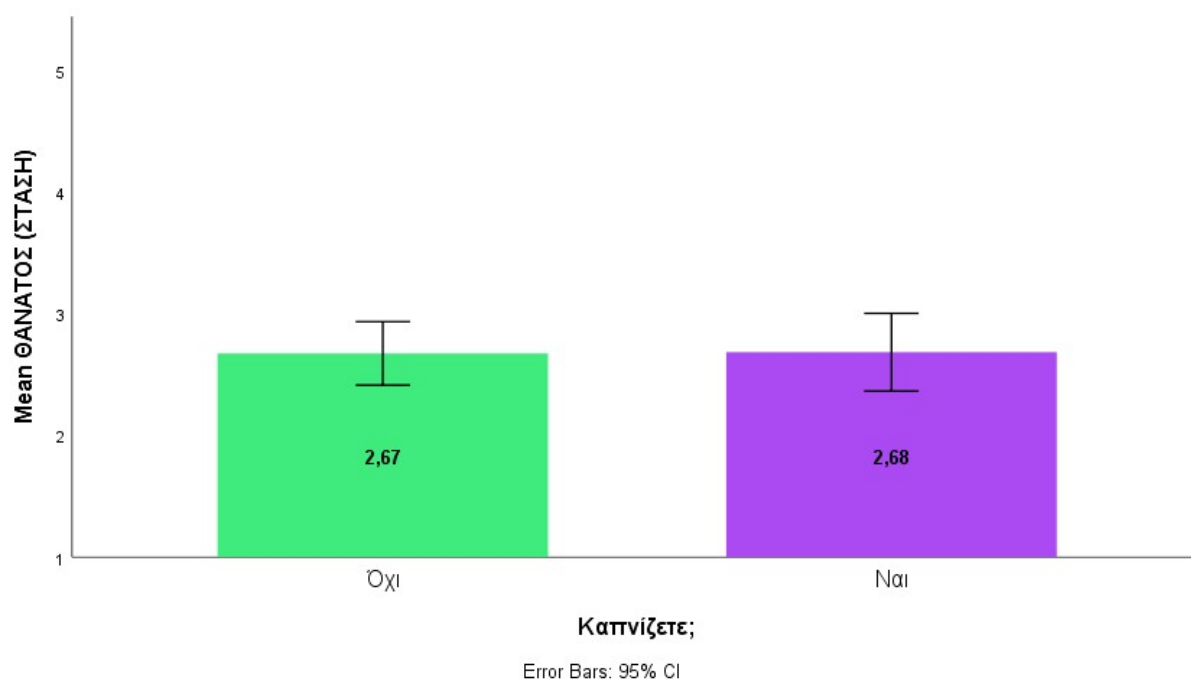
Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ στους άνδρες ($M = 2,50$, $SD = 0,99$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των γυναικών ($M = 2,72$, $SD = 0,80$), $t(68) = 0,896$ ($p = 0,373$).



4.3.4 Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ακολουθεί την κανονική κατανομή και στους δύο πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, για την ανάλυση έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t (t -test).

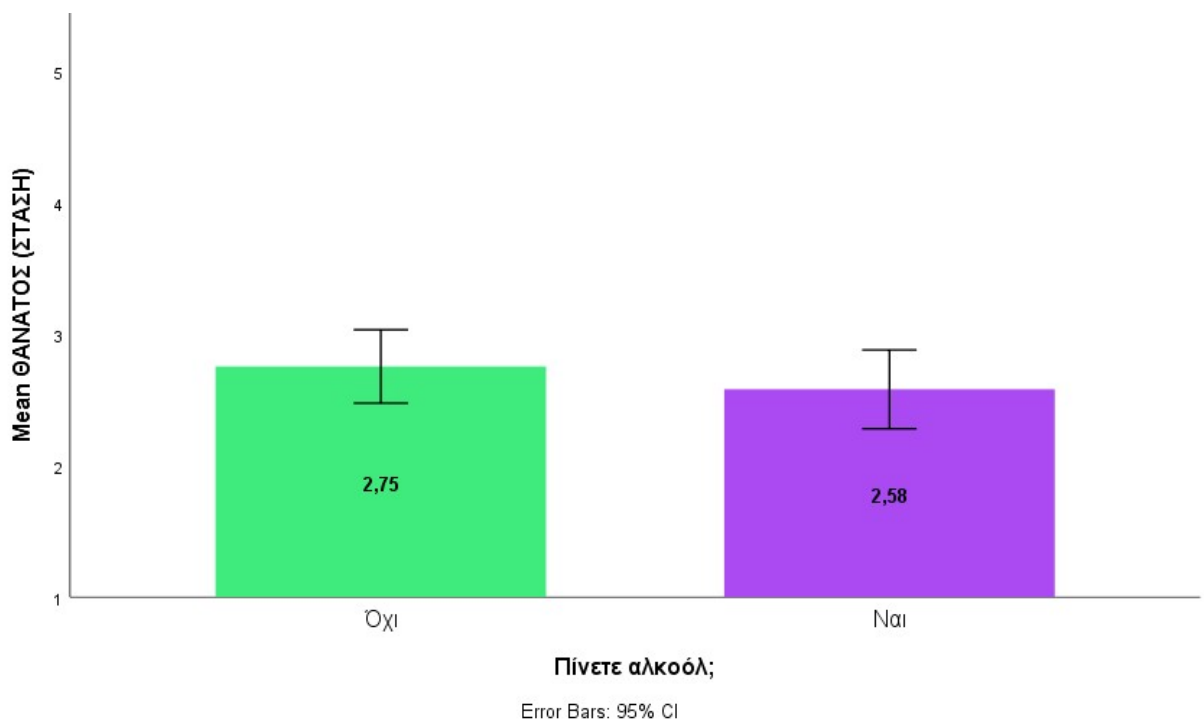
Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ στα άτομα που καπνίζουν ($M = 2,68$, $SD = 0,72$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των ατόμων που δεν καπνίζουν ($M = 2,67$, $SD = 0,90$), $t(68) = 0,043$ ($p = 0,966$).



4.3.5 Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ και σε αυτά που δεν καταναλώνουν;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ακολουθεί την κανονική κατανομή και στους δύο πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, για την ανάλυση έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t (t-test).

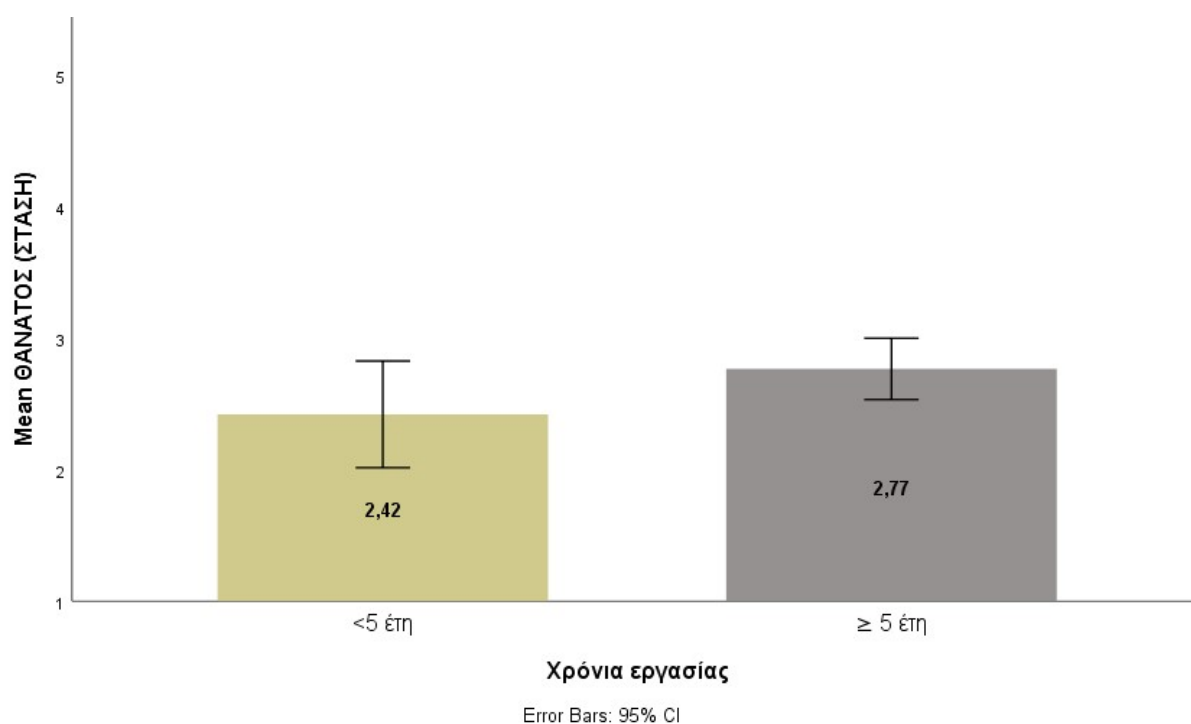
Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ ($M = 2,58$, $SD = 0,86$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των ατόμων που δεν καταναλώνουν ($M = 2,75$, $SD = 0,82$), $t(68) = 0,857$ ($p = 0,394$).



4.3.6 Υπάρχει διαφορά στις στάσεις απέναντι στον θάνατο ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό με τουλάχιστον 5 έτη εργασίας και στο προσωπικό με λιγότερο από 5 έτη;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ακολουθεί την κανονική κατανομή και στους δύο πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, για την ανάλυση έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t (t-test).

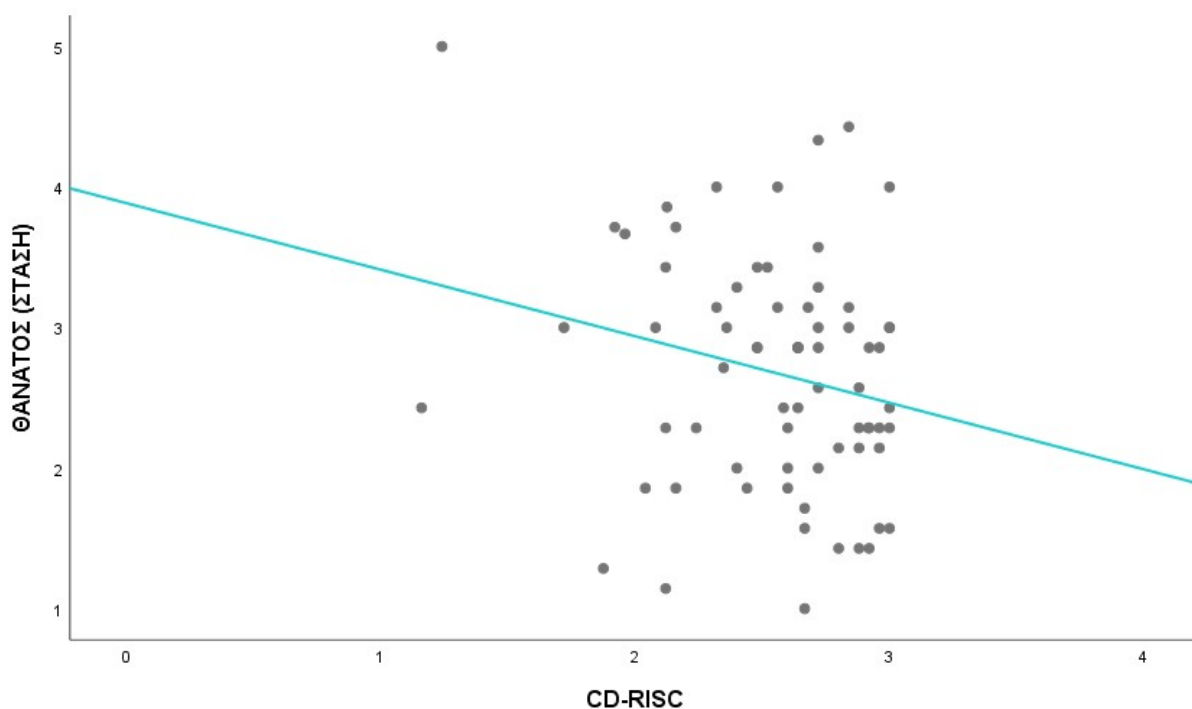
Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ στα άτομα με τουλάχιστον 5 έτη εργασίας ($M = 2,77$, $SD = 0,84$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των ατόμων με λιγότερο από 5 έτη ($M = 2,42$, $SD = 0,82$), $t(68) = 1,517$ ($p = 0,134$).



4.3.7 Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISK);

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή CD-RISK δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p < 0,001$) ενώ η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,600$). Η μελέτη, όμως, των γραφημάτων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας της μεταβλητής CD-RISK. Ως εκ τούτου, για την μελέτη της σχέσης έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Pearson.

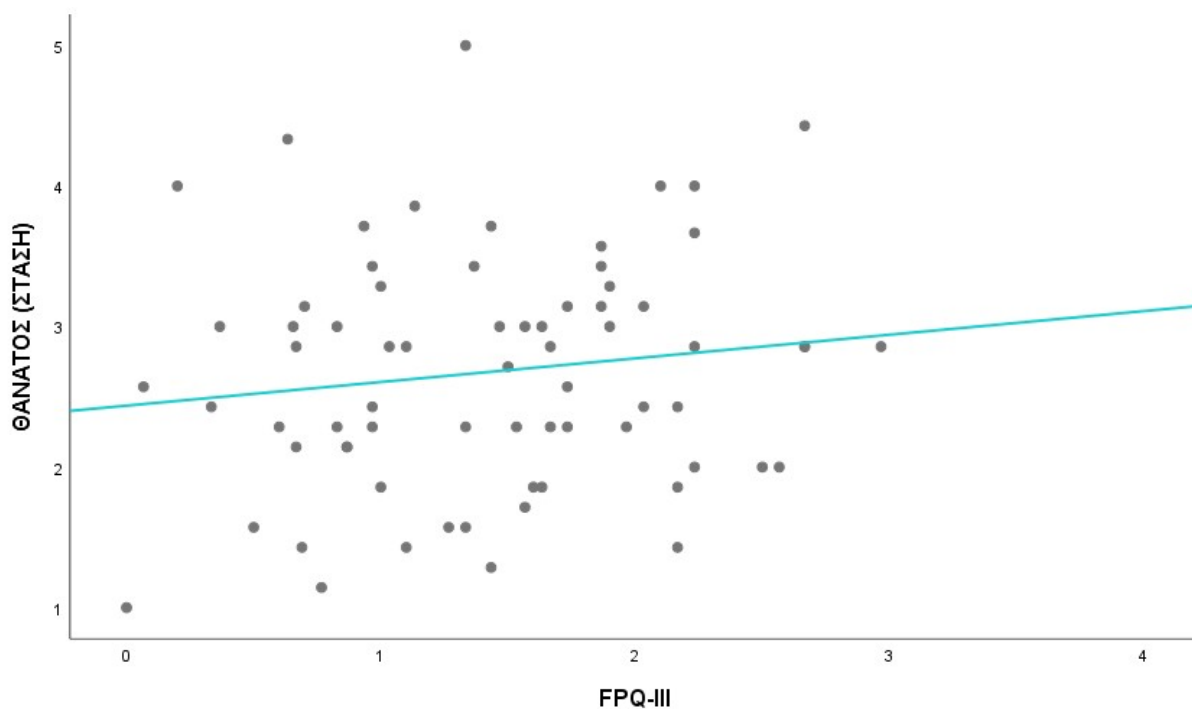
Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,224$, $p = 0,062$).



4.3.8 Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο του φόβου (FPQ-III);

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή FPQ-III παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,573$) και η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,600$). Ως εκ τούτου, για την μελέτη της σχέσης έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Pearson.

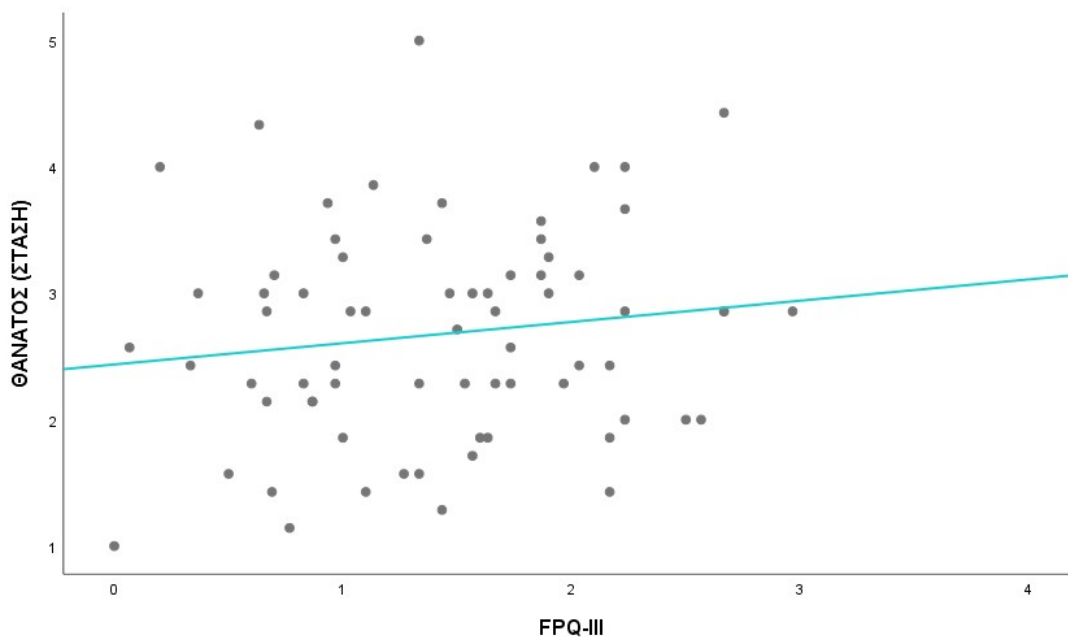
Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στο επίπεδο του φόβου και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,138$, $p = 0,254$).



4.3.9 Υπάρχει σχέση ανάμεσα στις στάσεις απέναντι στον θάνατο και στο επίπεδο υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (SCL-90);

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (δοκιμασία Shapiro-Wilk), η μεταβλητή SCL-90 δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,001$) ενώ η μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ παρουσιάζει κανονική κατανομή ($p = 0,600$). Η μελέτη, όμως, των γραφημάτων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας της μεταβλητής SCL-90. Ως εκ τούτου, για την μελέτη της σχέσης έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Pearson.

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στο επίπεδο υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,161$, $p = 0,184$).



Κεφάλαιο 5ο – Συζήτηση

Η παρούσα εργασία είχε ως στόχο τη διερεύνηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος επειγόντων περιστατικών και των νοσοκομειακών κλινικών απέναντι στον θάνατο. Στη μελέτη συμμετείχαν 70 νοσηλεύτριες, 55 γυναίκες και 15 άνδρες, με μέση ηλικία 42,1 έτη (SD = 10,3). Το 35,7% των συμμετεχόντων εργαζόνταν στο ΤΕΠ, ενώ το 64,3% σε κάποια νοσοκομειακή κλινική. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία είχε εργασιακή εμπειρία ≥ 5 έτη.

Σε ό,τι αφορά την στάση των συμμετεχόντων στην παρούσα εργασία νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν μία μικρή τάση θετικής κλιμάκωσης (2,7).

Από την ανάλυση των δεδομένων δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($r(70) = 0,030$, $p = 0,805$) μεταξύ της ηλικίας και των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο. Το αποτέλεσμα αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με εκείνα άλλων μελετών. Για παράδειγμα, μελέτη που διεξήχθη με τη συμμετοχή 49 νοσηλευτών νεφρολογίας προκειμένου να αξιολογήσει τη στάση τους προς το θάνατο και να εξετάσει την ύπαρξη τυχόν σχέσεων μεταξύ της στάσης τους και των δημογραφικών παραγόντων κατέδειξε μεταξύ άλλων πως η ηλικία των νοσηλευτών αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα της στάσης των νοσηλευτών προς το θάνατο. Συγκεκριμένα στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φόβου του θανάτου με την ηλικία ($r = -0,342$, $p = 0,23$) και πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλεύτριες είχαν περισσότερες πιθανότητες να αποφύγουν να σκεφτούν το θάνατο συγκριτικά με εκείνους μικρότερης ηλικίας (Zyga et al., 2011). Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα των οποίων διεξήγαγαν μια μελέτη με τη συμμετοχή 58 εργαζόμενων σε κέντρα αιμοκάθαρσης νοσηλευτών της Μαλαισίας με σκοπό τη διερεύνηση του πώς νιώθουν των στάσεων και των αισθημάτων των νοσηλευτών αυτών για το θάνατο και τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της στάσης και των δημογραφικών μεταβλητών αυτών. Από τη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των στάσεων απέναντι στο θάνατο με την ηλικία, τη φυλή και τα χρόνια κλινικής εμπειρίας

των συμμετεχόντων. Σχετικά με την μεταβλητή ηλικία διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι νοσηλευτές είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μια ουδέτερη στάση προς το θάνατο σε σχέση με τους νεότερους νοσηλευτές. Κατά τους συγγραφείς το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες φοβούνται λιγότερο τον θάνατο και αποδέχονται το θάνατο ως πραγματικότητα της ζωής, σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες (Chang and Iskandar, 2018).

Προηγούμενες μελέτες κατέδειξαν ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη έκθεση σε ασθενείς που πεθαίνουν ανέφεραν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο και ότι οι νοσηλευτές που έχουν φροντίσει πολλούς ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου συμπεριφέρονται πιο θετικά συγκριτικά με εκείνους που έχουν φροντίσει λιγότερους ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου (Çevik and Kan, 2010). Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη η μέση βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος επειγόντων περιστατικών ($M = 2,68$, $SD = 0,84$) ως προς τη μεταβλητή στάσεις απέναντι στο θάνατο δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομειακών κλινικών ($M = 2,68$, $SD = 0,85$), $t(68) = 0,018$ ($p = 0,986$).

Βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ στους άνδρες ($M = 2,50$, $SD = 0,99$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των γυναικών ($M = 2,72$, $SD = 0,80$), $t(68) = 0,896$ ($p = 0,373$).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και στάσεων απέναντι στο θάνατο τα ευρήματα της διαθέσιμης βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα. Για παράδειγμα μελέτη των Kureshi and Husain (1981) κατέδειξε ότι οι καπνιστές είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου συγκριτικά με τους μη καπνιστές. (Kureshi and Husain, 1981), ενώ αντίθετα είναι τα ευρήματα άλλων μελετών. Ειδικότερα, όπως αναφέρεται στους Kain και Nelson (2001), μελέτη του Berman (1973) δεν κατέδειξε καμία σημαντική σχέση μεταξύ της καπνιστικής συμπεριφοράς και του άγχους του θανάτου μεταξύ των ανδρών φοιτητών κολεγίου, αν και κατά το συγγραφέα υπήρχαν μεθοδολογικά

προβλήματα στη μελέτη. Επίσης, μελέτη του Templer (1972) που διεξήχθη με τη συμμετοχή φοιτητών κολεγίου στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι, μεταξύ των φοιτητών που κάπνιζαν, εκείνοι που είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου κάπνιζαν συχνότερα, χωρίς όμως να υπάρχει διαφορά στο επίπεδο του άγχους του θανάτου μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών (Kain and Nelson, 2001). Στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία της μεταβλητής ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ μεταξύ των ατόμων που καπνίζουν ($M = 2,68$, $SD = 0,72$) και εκείνων που δεν καπνίζουν ($M = 2,67$, $SD = 0,90$), $t(68) = 0,043$ ($p = 0,966$).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των στάσεων απέναντι στο θάνατο με την προϋπηρεσία και την εμπειρία των νοσηλευτών τα ευρήματα της βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα. Οι Kudubes et al. (2019) αναφέρουν πως η βιβλιογραφία έχει καταδείξει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κλινικές για περισσότερα από 5 χρόνια έχουν μεγαλύτερο άγχος για το θάνατο, το οποίο έχει αρνητική επίδραση στη στάση τους απέναντι στο θάνατο και στην παροχή πνευματικής φροντίδας προς τους ασθενείς που πεθαίνουν (Kudubes et al., 2019). Από την άλλη πλευρά οι, μελέτη που διεξήχθη με τη συμμετοχή 150 εργαζόμενων σε νοσοκομείο Ελλήνων νοσηλευτών κατέδειξε ότι μεταξύ των Ελλήνων νοσηλευτών οι πιο έμπειροι καλλιεργούν καλύτερα πρότυπα επικοινωνίας και δημιουργούν καλύτερες σχέσεις με τους ασθενείς, οπότε βλέπουν το θάνατο από μια ουδέτερη ή πιο θετική προοπτική συγκριτικά με τους λιγότερο έμπειρους συναδέλφους τους. Κατά τους συγγραφείς της μελέτης αυτής, το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές έχουν αναπτύξει στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τη συναισθηματική τους ανταπόκριση απέναντι στο θάνατο (Malliarou et al., 2011). Στην παρούσα πάντως μελέτη, βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, η μέση βαθμολογία στη μεταβλητή στάσεις απέναντι στο θάνατο στα άτομα με τουλάχιστον 5 έτη εργασίας ($M = 2,77$, $SD = 0,84$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των ατόμων με λιγότερο από 5 έτη ($M = 2,42$, $SD = 0,82$), $t(68) = 1,517$ ($p = 0,134$).

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,224$, $p = 0,062$). Στατιστικώς σημαντική σχέση δεν προέκυψε ούτε και μεταξύ του επιπέδου υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας και των στάσεων απέναντι στον θάνατο ($r(70) = 0,161$, $p = 0,184$). Αντίθετα, πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη με τη συμμετοχή 184 φοιτητών νοσηλευτικής στην Κορέα διαπίστωσε μια θετική συσχέτιση μεταξύ της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο με την ψυχική ανθεκτικότητα ($r = 0,246$, $p = 0,001$) και με την ψυχολογική ευεξία ($r = 0,513$, $p < 0,001$) (Kim, 2019). Αναφορικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, αυτή είναι το αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων, οι οποίοι μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν γενετικούς παράγοντες, προσωπικά χαρακτηριστικά ή πεποιθήσεις του ατόμου, καθώς επίσης και εξωτερικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως κοινωνικούς, υλικούς ή ενεργειακούς πόρους, που προστατεύουν τα άτομα από τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες και των διαφόρων δυσκολιών. Η ψυχική ανθεκτικότητα περιγράφει και εξηγεί την πολυπλοκότητα των αποκρίσεων απέναντι σε τραυματικές και δύσκολες συνθήκες (Zanatta et al., 2020).

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στο επίπεδο του φόβου και στις στάσεις απέναντι στον θάνατο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση ($r(70) = 0,138$, $p = 0,254$). Αντίθετα είναι τα ευρήματα των Wang et al. (2018), οι οποίοι διαπίστωσαν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φόβου του θανάτου με τις στάσεις προς τη φροντίδα των ανθρώπων στο τέλος της ζωής τους. Από τη μελέτη τους δηλαδή καταδείχθηκε δηλαδή πως οι νοσηλευτές με μεγαλύτερο φόβο του θανάτου διατηρούσαν λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν (Wang et al., 2018). Παρόμοια με τα ευρήματα των Wang et al. (2018) είναι και εκείνα των Matsui & Braun (2010), με τους συγγραφείς να αναφέρουν ότι το εύρημα αυτό είναι λογικό καθώς όσοι εκφράζουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο και φροντίζουν τους θανάτους είναι λιγότερο πιθανό να αισθάνονται φόβο για θάνατο (Matsui and Braun, 2010).

6. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η παρούσα εργασία, στην οποία συμμετείχαν 70 νοσηλευτές εργαζόμενοι τόσο στα ΤΕΠ όσο και σε κλινικές του νοσοκομείου, διαπιστώθηκε πως οι στάσεις των νοσηλευτών προς τον θάνατο εμφανίζουν μία μικρή τάση θετικής κλιμάκωσης (2,7). Από την διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τη στάση αυτή δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των στάσεων με τους υπό μελέτη παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι στάσεις δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, τα προσωπικά χαρακτηριστικά ή τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων, όπως το φύλο και την ηλικία, την ψυχική ανθεκτικότητα και την καπνιστική συνήθεια των νοσηλευτών.

Κατά την ερμηνεία των ευρημάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τους περιορισμούς που σχετίζονται με αυτή. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ήταν κυρίως γυναίκες, οι οποίες αντιπροσώπευαν το 78,6% του συνολικού δείγματος.

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης περιλαμβάνονται επίσης το μικρό μέγεθος του δείγματος και το γεγονός ότι αυτή υλοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών προερχόμενο από ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, γεγονός το οποίο δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό η αναπαραγωγή της παρούσας μελέτης με τη συμμετοχή νοσηλευτών και από άλλα νοσοκομεία θεωρείται ότι θα συνέβαλε σημαντικά στην επικύρωση των ευρημάτων που προέκυψαν.

Ανεξάρτητα όμως από τον αριθμό των συμμετεχόντων αλλά και το πλήθος των φορέων προέλευσης αυτών η διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο είναι σημαντική καθώς όταν οι στάσεις αυτές αλλά και οι παράγοντες που τα επηρεάζουν είναι γνωστοί, τότε μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν οι κατάλληλες εκείνες παρεμβάσεις που θα προσαρμόζονται στις ανάγκες των επαγγελματιών, προκειμένου αφενός να διασφαλιστεί η ευημερία τους και αφετέρου να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν προς τα άτομα που βιώνουν το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου (Cardoso *et al.*, 2021).

Βιβλιογραφία

- Adamis, D., Petmeza, I., McCarthy, G., Tsidaki, A., Tsampanli, A., 2019. Association of individual psychopathology with family functioning in a Greek nonclinical sample. *Soc. Work Ment. Health* 17, 59–72. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1503215>
- Al Qadire, M., 2020. Jordanian Student Nurses' Attitudes towards the Care of Dying Patients. *OMEGA - J. Death Dying* 0030222820971077. <https://doi.org/10.1177/0030222820971077>
- Ay, M.A., Öz, F., 2019. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nurs. Ethics* 26, 1442–1457. <https://doi.org/10.1177/0969733017748481>
- Berkowitz, I., Garrett, J.R., 2020. Legal and Ethical Considerations for Requiring Consent for Apnea Testing in Brain Death Determination. *Am. J. Bioeth.* 20, 4–16. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1754501>
- Bernat, J.L., 2013. Chapter 33 - The definition and criterion of death, in: Bernat, J.L., Beresford, H.R. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology, Ethical and Legal Issues in Neurology*. Elsevier, pp. 419–435. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00033-0>
- Bernat, J.L., 2009. Contemporary controversies in the definition of death, in: Laureys, S., Schiff, N.D., Owen, A.M. (Eds.), *Progress in Brain Research, Coma Science: Clinical and Ethical Implications*. Elsevier, pp. 21–31. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(09\)17703-8](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(09)17703-8)
- Bernat, J.L., 2005. The concept and practice of brain death, in: Laureys, S. (Ed.), *Progress in Brain Research, The Boundaries of Consciousness: Neurobiology and Neuropathology*. Elsevier, pp. 369–379. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50026-8](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50026-8)
- Blackshaw, B.P., Rodger, D., 2020. Defining life from death: Problems with the somatic integration definition of life. *Bioethics* 34, 549–554. <https://doi.org/10.1111/bioe.12718>
- Blaževičienė, A., Laurs, L., Newland, J.A., 2020. Attitudes of registered nurses about the end – of – life care in multi-profile hospitals: a cross

- sectional survey. *BMC Palliat. Care* 19, 131. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00637-7>
- Busl, K.M., Greer, D.M., 2009. Pitfalls in the diagnosis of brain death. *Neurocrit. Care* 11, 276–287.
- Cardoso, M.F.P.T., Martins, M.M.F.P. da S., Ribeiro, O.M.P.L., Fonseca, E.F., Cardoso, M.F.P.T., Martins, M.M.F.P. da S., Ribeiro, O.M.P.L., Fonseca, E.F., 2021. Atitudes dos enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. *Esc. Anna Nery* 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0100>
- Çevik, B., Kav, S., 2010. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Eur. J. Oncol. Nurs. - EUR J ONCOL NURS* 14. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(10\)70155-1](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(10)70155-1)
- Chang, W.C., Iskandar, M., 2018. Attitudes towards death among nurses caring for patients on haemodialysis. *Singap. Nurs. J.* 45.
- Citerio, G., Murphy, P.G., 2015. Brain Death: The European Perspective. *Semin. Neurol.* 35, 139–144. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547533>
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., 2003. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety* 18, 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cowan, R., Miles, B., 2018. Brain stem death. *Anaesth. Intensive Care Med.* 19, 523–526. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2018.08.010>
- Dalle Ave, A.L., Bernat, J.L., 2020. Inconsistencies Between the Criterion and Tests for Brain Death. *J. Intensive Care Med.* 35, 772–780. <https://doi.org/10.1177/0885066618784268>
- De Georgia, M.A., 2014. History of brain death as death: 1968 to the present. *J. Crit. Care* 29, 673–678. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.015>
- Derogatis, L.R., Unger, R., 2010. Symptom Checklist-90-Revised, in: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. American Cancer Society, pp. 1–2. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- DeVita, M.A., 2001. The Death Watch: Certifying Death Using Cardiac Criteria. *Prog. Transplant.* 11, 58–66. <https://doi.org/10.1177/152692480101100109>

- Dimitriadou, D., Stalikas, A., 2012. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Psychom. Instrum. Greece 2nd Ed P 717 Athens Pedio.
- Drake, M., Bernard, A., Hessel, E., 2017. Brain death. Surg. Clin. 97, 1255–1273.
- Gama, G., Vieira, M., Barbosa, F., 2012. Factors influencing nurses' attitudes toward death. Int. J. Palliat. Nurs. 18, 267–273. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>
- Gerace, A., Giles, T., Breaden, K., Hammad, K., Drummond, C., Bradley, S.L., Muir-Cochrane, E., 2020. Nurses' perceptions of dealing with death in the emergency department. Collegian. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.06.002>
- Greer, D.M., Shemie, S.D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F.D., Bernat, J.L., Souter, M., Topcuoglu, M.A., Alexandrov, A.W., Baldisseri, M., Bleck, T., Citerio, G., Dawson, R., Hoppe, A., Jacobe, S., Manara, A., Nakagawa, T.A., Pope, T.M., Silvester, W., Thomson, D., Al Rahma, H., Badenes, R., Baker, A.J., Cerny, V., Chang, C., Chang, T.R., Gnedovskaya, E., Han, M.-K., Honeybul, S., Jimenez, E., Kuroda, Y., Liu, G., Mallick, U.K., Marquevich, V., Mejia-Mantilla, J., Piradov, M., Quayyum, S., Shrestha, G.S., Su, Y., Timmons, S.D., Teitelbaum, J., Videtta, W., Zirpe, K., Sung, G., 2020. Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. JAMA 324, 1078–1097. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586>
- Guo, Q., Zheng, R., 2019. Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. Eur. J. Oncol. Nurs. 42, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.002>
- Hasheesh, M.O.A., 2013. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. Health Sci. J. 7.
- Ho, T.M., Barbero, E., Hidalgo, C., Camps, C., 2010. Spanish Nephrology Nurses' Views and Attitudes Towards Caring for Dying Patients. J. Ren. Care 36, 2–8. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00141.x>

- Hojjati, H., Hekmati Pour, N., Nasrabadi, T., Hoseini, S., 2015. Attitudes of Nurses towards Death. *J. Health Care* 17, 146–153.
- Huang, A.P., Bernat, J.L., 2019. The Organism as a Whole in an Analysis of Death. *J. Med. Philos. Forum Bioeth. Philos. Med.* 44, 712–731. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz025>
- Jennett, B., 2016. Medical Definitions of Death, in: Payne-James, J., Byard, R.W. (Eds.), *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Second Edition)*. Elsevier, Oxford, pp. 307–311. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00243-3>
- Kain, K., Nelson, L.J., 2001. Cigarette Smoking and Fear of Death: Explaining Conflicting Results in Death Anxiety Research. *OMEGA - J. Death Dying* 43, 43–61. <https://doi.org/10.2190/JU0M-YRXG-089A-B5JU>
- Kalajtzis, J., 2019. Definition of death as a challenge for humanity in the 21st century. *Wschod. Rocz. Humanist.* XVI, 19–26.
- Khader, K.A., Jarrah, S.S., Alasad, J., 2010. Influence of nurses characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *Int. J. Nurs. Midwifery* 2, 1–9. <https://doi.org/10.5897/IJNM.9000024>
- Kim, J., 2019. Nursing students' relationships among resilience, life satisfaction, psychological well-being, and attitude to death. *Korean J. Med. Educ.* 31, 251–260. <https://doi.org/10.3946/kjme.2019.135>
- Kudubes, A.A., Akil, Z.K., Bektas, M., Bektas, İ., 2019. Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *J. Relig. Health* 1–9.
- Kureshi, A., Husain, A., 1981. Death anxiety and intropunitiveness among smokers and non-smokers: A comparative study. *J. Psychol. Res.*
- Lewis, A., Greer, D., 2017. Current controversies in brain death determination. *Nat. Rev. Neurol.* 13, 505.
- Li, P., Wang, F., Ji, G., Miao, L., You, S., Chen, X., 2018. The psychological results of 438 patients with persisting GERD symptoms by Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) questionnaire. *Medicine (Baltimore)* 97. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009783>

- Machado, C., 2010. Diagnosis of brain death. *Neurol. Int.* 2. <https://doi.org/10.4081/ni.2010.e2>
- Maguire, A., 2019. Towards a holistic definition of death: the biological, philosophical and social deficiencies of brain stem death criteria. *New Bioeth.* 25, 172–184. <https://doi.org/10.1080/20502877.2019.1606148>
- Malliarou, M., Sarafis, P., Sotiriadou, K., Tatiana, S., Karathanasi, K., Eleni, M., Eleni, T., 2011. Greek Nurses Attitudes towards Death. *Glob. J. Health Sci.* 3. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v3n1224>
- Martí-García, C., Ruiz-Martín, L., Fernández-Alcántara, M., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M.P., 2020. Content analysis of the effects of palliative care learning on the perception by nursing students of dying and dignified death. *Nurse Educ. Today* 88, 104388. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104388>
- Matsui, M., Braun, K., 2010. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *Int. J. Palliat. Nurs.* 16, 593–598. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.593>
- McNeil, D.W., Rainwater, A.J., 1998. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *J. Behav. Med.* 21, 389–410. <https://doi.org/10.1023/A:1018782831217>
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N., Kawa, M., 2007. Nursing Autonomy Plays an Important Role in Nurses' Attitudes Toward Caring for Dying Patients. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* 24, 202–210. <https://doi.org/10.1177/1049909106298396>
- Müller, J.M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., Achtergarde, S., 2010. Comparison of Eleven Short Versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for Use in the Assessment of General Psychopathology. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 32, 246–254. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9141-5>
- Mutlu, N.M., Peker, T.T., Acar, S., Koca, B., Soyal, Ö.B., Titiz, A.P., Çakır, E., Göğüş, N., 2019. Brain Deaths and Donors in an Education and Research Hospital. *Transplant. Proc.* 51, 2176–2179. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.01.164>

- Nguyen, D., 2019. Evolution of the Criteria of “Brain Death”: A Critical Analysis Based on Scientific Realism and Christian Anthropology. *Linacre Q.* 86, 297–313. <https://doi.org/10.1177/0024363919869474>
- Park, H.-J., Lee, Y.-M., Won, M.H., Lim, S.-J., Son, Y.-J., 2020. Hospital Nurses’ Perception of Death and Self-Reported Performance of End-of-Life Care: Mediating Role of Attitude towards End-of-Life Care. *Healthcare* 8, 142. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020142>
- Peters, Louise, Cant, R., Payne, S., O’Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K., 2013. Emergency and palliative care nurses’ levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australas. Emerg. Nurs. J.* 16, 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>
- Peters, L, Cant, R., Payne, S., O’Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K., 2013. How Death Anxiety Impacts Nurses’ Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nurs. J.* 7, 14–21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
- Portorani, A., Dehghan, M., Shahrababaki, P.M., 2020. Death at home: Iranian nurses’, cancer patients’, and family caregivers’ attitudes. *Death Stud.* 0, 1–5. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1795748>
- Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M.M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., Hueso-Montoro, C., 2020. Nursing Professionals’ Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J. Nurs. Scholarsh.* 52, 301–310. <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>
- Reimers, C.D., 1999. The definition and determination of brain death. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 13, 211–225. <https://doi.org/10.1053/bean.1999.0021>
- Saridi, M., Anastasopoulou, C., Toska, A., Latsou, D., Loukas, G., Sarafis, P., Souliotis, K., 2020. Association of Pain Fear and Experience of Shame in Health Care Professionals. *Int. J. Caring Sci.* 13, 868–877.
- Schlotzhauer, A.V., Liang, B.A., 2002. Definitions and implications of death. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 16, 1397–1413. [https://doi.org/10.1016/S0889-8588\(02\)00057-6](https://doi.org/10.1016/S0889-8588(02)00057-6)

- Suhre, W., Van Norman, G.A., 2020. Ethical Issues in Organ Transplantation at End of Life: Defining Death. *Anesthesiol. Clin., Anesthesia at the Edge of Life* 38, 231–246. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.10.009>
- Truog, R.D., Krishnamurthy, K., Tasker, R.C., 2020. Brain Death—Moving Beyond Consistency in the Diagnostic Criteria. *JAMA* 324, 1045–1047. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11665>
- Verouli, P., Argiro Ageli, R.N., 2016. Association between the Fear of Pain, the Response Strategies and the Sense of Coherence in Workers in Primary Health Care. *Int. J. Caring Sci.* 9, 1106.
- Wang, L., Li, C., Zhang, Q., Li, Y., 2018. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *Int. J. Palliat. Nurs.* 24, 33–39. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.33>
- Whetstine, L.M., 2008. The History of the Definition(s) of Death: From the 18th Century to the 20th Century, in: Crippen, D.W. (Ed.), *End-of-Life Communication in the ICU: A Global Perspective*. Springer, New York, NY, pp. 65–78. https://doi.org/10.1007/978-0-387-72966-4_4
- Wijdicks, E.F.M., 2002. Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology* 58, 20–25. <https://doi.org/10.1212/WNL.58.1.20>
- Xu, F., Huang, K., Wang, Y., Xu, Y., Ma, L., Cao, Y., 2019. A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. *BioMed Res. Int.* 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3107692>
- Zanatta, F., Maffoni, M., Giardini, A., 2020. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Support. Care Cancer* 28, 971–978. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>
- Zhang, H., Hu, M., Zeng, L., Ma, M., Li, L., 2020. Impact of death education courses on emergency nurses' perception of effective behavioral responses in dealing with sudden death in China: A quasi-experimental study. *Nurse Educ. Today* 85, 104264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104264>

- Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., Sarafis, P., 2011. Greek Renal Nurses' Attitudes Towards Death. *J. Ren. Care* 37, 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00210.x>
- Al Qadire, M., 2020. Jordanian Student Nurses' Attitudes towards the Care of Dying Patients. *OMEGA - J. Death Dying* 0030222820971077. <https://doi.org/10.1177/0030222820971077>
- Ay, M.A., Öz, F., 2019. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nurs. Ethics* 26, 1442–1457. <https://doi.org/10.1177/0969733017748481>
- Berkowitz, I., Garrett, J.R., 2020. Legal and Ethical Considerations for Requiring Consent for Apnea Testing in Brain Death Determination. *Am. J. Bioeth.* 20, 4–16. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1754501>
- Bernat, J.L., 2013. Chapter 33 - The definition and criterion of death, in: Bernat, J.L., Beresford, H.R. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology, Ethical and Legal Issues in Neurology*. Elsevier, pp. 419–435. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00033-0>
- Bernat, J.L., 2009. Contemporary controversies in the definition of death, in: Laureys, S., Schiff, N.D., Owen, A.M. (Eds.), *Progress in Brain Research, Coma Science: Clinical and Ethical Implications*. Elsevier, pp. 21–31. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(09\)17703-8](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(09)17703-8)
- Bernat, J.L., 2005. The concept and practice of brain death, in: Laureys, S. (Ed.), *Progress in Brain Research, The Boundaries of Consciousness: Neurobiology and Neuropathology*. Elsevier, pp. 369–379. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50026-8](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50026-8)
- Blackshaw, B.P., Rodger, D., 2020. Defining life from death: Problems with the somatic integration definition of life. *Bioethics* 34, 549–554. <https://doi.org/10.1111/bioe.12718>
- Blaževićenè, A., Laurs, L., Newland, J.A., 2020. Attitudes of registered nurses about the end – of – life care in multi-profile hospitals: a cross

- sectional survey. *BMC Palliat. Care* 19, 131. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00637-7>
- Busl, K.M., Greer, D.M., 2009. Pitfalls in the diagnosis of brain death. *Neurocrit. Care* 11, 276–287.
- Çevik, B., Kav, S., 2010. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Eur. J. Oncol. Nurs. - EUR J ONCOL NURS* 14. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(10\)70155-1](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(10)70155-1)
- Chang, W.C., Iskandar, M., 2018. Attitudes towards death among nurses caring for patients on haemodialysis. *Singap. Nurs. J.* 45.
- Citerio, G., Murphy, P.G., 2015. Brain Death: The European Perspective. *Semin. Neurol.* 35, 139–144. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547533>
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., 2003. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety* 18, 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cowan, R., Miles, B., 2018. Brain stem death. *Anaesth. Intensive Care Med.* 19, 523–526. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2018.08.010>
- Dalle Ave, A.L., Bernat, J.L., 2020. Inconsistencies Between the Criterion and Tests for Brain Death. *J. Intensive Care Med.* 35, 772–780. <https://doi.org/10.1177/0885066618784268>
- De Georgia, M.A., 2014. History of brain death as death: 1968 to the present. *J. Crit. Care* 29, 673–678. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.015>
- Derogatis, L.R., Unger, R., 2010. Symptom Checklist-90-Revised, in: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. American Cancer Society, pp. 1–2. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- DeVita, M.A., 2001. The Death Watch: Certifying Death Using Cardiac Criteria. *Prog. Transplant.* 11, 58–66. <https://doi.org/10.1177/152692480101100109>
- Dimitriadou, D., Stalikas, A., 2012. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Psychom. Instrum. Greece 2nd Ed P 717 Athens Pedio.*
- Drake, M., Bernard, A., Hessel, E., 2017. Brain death. *Surg. Clin.* 97, 1255–1273.

- Gama, G., Vieira, M., Barbosa, F., 2012. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int. J. Palliat. Nurs.* 18, 267–273. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>
- Gerace, A., Giles, T., Breden, K., Hammad, K., Drummond, C., Bradley, S.L., Muir-Cochrane, E., 2020. Nurses' perceptions of dealing with death in the emergency department. *Collegian.* <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.06.002>
- Greer, D.M., Shemie, S.D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F.D., Bernat, J.L., Souter, M., Topcuoglu, M.A., Alexandrov, A.W., Baldisseri, M., Bleck, T., Citerio, G., Dawson, R., Hoppe, A., Jacobs, S., Manara, A., Nakagawa, T.A., Pope, T.M., Silvester, W., Thomson, D., Al Rahma, H., Badenes, R., Baker, A.J., Cerny, V., Chang, C., Chang, T.R., Gnedovskaya, E., Han, M.-K., Honeybul, S., Jimenez, E., Kuroda, Y., Liu, G., Mallick, U.K., Marquevich, V., Mejia-Mantilla, J., Piradov, M., Quayyum, S., Shrestha, G.S., Su, Y., Timmons, S.D., Teitelbaum, J., Videtta, W., Zirpe, K., Sung, G., 2020. Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA* 324, 1078–1097. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11586>
- Guo, Q., Zheng, R., 2019. Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 42, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.002>
- Hasheesh, M.O.A., 2013. Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Sci. J.* 7.
- Ho, T.M., Barbero, E., Hidalgo, C., Camps, C., 2010. Spanish Nephrology Nurses' Views and Attitudes Towards Caring for Dying Patients. *J. Ren. Care* 36, 2–8. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00141.x>
- Hojjati, H., Hekmati Pour, N., Nasrabadi, T., Hoseini, S., 2015. Attitudes of Nurses towards Death. *J. Health Care* 17, 146–153.

- Huang, A.P., Bernat, J.L., 2019. The Organism as a Whole in an Analysis of Death. *J. Med. Philos. Forum Bioeth. Philos. Med.* 44, 712–731. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz025>
- Jennett, B., 2016. Medical Definitions of Death, in: Payne-James, J., Byard, R.W. (Eds.), *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Second Edition)*. Elsevier, Oxford, pp. 307–311. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00243-3>
- Kain, K., Nelson, L.J., 2001. Cigarette Smoking and Fear of Death: Explaining Conflicting Results in Death Anxiety Research. *OMEGA - J. Death Dying* 43, 43–61. <https://doi.org/10.2190/JU0M-YRXG-089A-B5JU>
- Kalajtzidis, J., 2019. Definition of death as a challenge for humanity in the 21st century. *Wschod. Rocz. Humanist.* XVI, 19–26.
- Khader, K.A., Jarrah, S.S., Alasad, J., 2010. Influence of nurses characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *Int. J. Nurs. Midwifery* 2, 1–9. <https://doi.org/10.5897/IJNM.9000024>
- Kudubes, A.A., Akil, Z.K., Bektas, M., Bektas, İ., 2019. Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *J. Relig. Health* 1–9.
- Kureshi, A., Husain, A., 1981. Death anxiety and intropunitiveness among smokers and non-smokers: A comparative study. *J. Psychol. Res.*
- Lewis, A., Greer, D., 2017. Current controversies in brain death determination. *Nat. Rev. Neurol.* 13, 505.
- Li, P., Wang, F., Ji, G., Miao, L., You, S., Chen, X., 2018. The psychological results of 438 patients with persisting GERD symptoms by Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) questionnaire. *Medicine (Baltimore)* 97. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009783>
- Machado, C., 2010. Diagnosis of brain death. *Neurol. Int.* 2. <https://doi.org/10.4081/ni.2010.e2>
- Maguire, A., 2019. Towards a holistic definition of death: the biological, philosophical and social deficiencies of brain stem death criteria. *New Bioeth.* 25, 172–184. <https://doi.org/10.1080/20502877.2019.1606148>

- Martí-García, C., Ruiz-Martín, L., Fernández-Alcántara, M., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M.P., 2020. Content analysis of the effects of palliative care learning on the perception by nursing students of dying and dignified death. *Nurse Educ. Today* 88, 104388. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104388>
- McNeil, D.W., Rainwater, A.J., 1998. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *J. Behav. Med.* 21, 389–410. <https://doi.org/10.1023/A:1018782831217>
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N., Kawa, M., 2007. Nursing Autonomy Plays an Important Role in Nurses' Attitudes Toward Caring for Dying Patients. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* 24, 202–210. <https://doi.org/10.1177/1049909106298396>
- Müller, J.M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., Achtergarde, S., 2010. Comparison of Eleven Short Versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for Use in the Assessment of General Psychopathology. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 32, 246–254. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9141-5>
- Mutlu, N.M., Peker, T.T., Acar, S., Koca, B., Soyal, Ö.B., Titiz, A.P., Çakır, E., Göğüş, N., 2019. Brain Deaths and Donors in an Education and Research Hospital. *Transplant. Proc.* 51, 2176–2179. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.01.164>
- Nguyen, D., 2019. Evolution of the Criteria of “Brain Death”: A Critical Analysis Based on Scientific Realism and Christian Anthropology. *Linacre Q.* 86, 297–313. <https://doi.org/10.1177/0024363919869474>
- Park, H.-J., Lee, Y.-M., Won, M.H., Lim, S.-J., Son, Y.-J., 2020. Hospital Nurses' Perception of Death and Self-Reported Performance of End-of-Life Care: Mediating Role of Attitude towards End-of-Life Care. *Healthcare* 8, 142. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020142>
- Peters, Louise, Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K., 2013. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A

- questionnaire survey. *Australas. Emerg. Nurs. J.* 16, 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K., 2013. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nurs. J.* 7, 14–21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>
- Portorani, A., Dehghan, M., Shahrbabaki, P.M., 2020. Death at home: Iranian nurses', cancer patients', and family caregivers' attitudes. *Death Stud.* 0, 1–5. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1795748>
- Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M.M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., Hueso-Montoro, C., 2020. Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J. Nurs. Scholarsh.* 52, 301–310. <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>
- Reimers, C.D., 1999. The definition and determination of brain death. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 13, 211–225. <https://doi.org/10.1053/bean.1999.0021>
- Saridi, M., Anastasopoulou, C., Toska, A., Latsou, D., Loukas, G., Sarafis, P., Souliotis, K., 2020. Association of Pain Fear and Experience of Shame in Health Care Professionals. *Int. J. Caring Sci.* 13, 868–877.
- Schlotzhauer, A.V., Liang, B.A., 2002. Definitions and implications of death. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 16, 1397–1413. [https://doi.org/10.1016/S0889-8588\(02\)00057-6](https://doi.org/10.1016/S0889-8588(02)00057-6)
- Suhre, W., Van Norman, G.A., 2020. Ethical Issues in Organ Transplantation at End of Life: Defining Death. *Anesthesiol. Clin., Anesthesia at the Edge of Life* 38, 231–246. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.10.009>
- Truog, R.D., Krishnamurthy, K., Tasker, R.C., 2020. Brain Death—Moving Beyond Consistency in the Diagnostic Criteria. *JAMA* 324, 1045–1047. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11665>

- Verouli, P., Argiro Ageli, R.N., 2016. Association between the Fear of Pain, the Response Strategies and the Sense of Coherence in Workers in Primary Health Care. *Int. J. Caring Sci.* 9, 1106.
- Wang, L., Li, C., Zhang, Q., Li, Y., 2018. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *Int. J. Palliat. Nurs.* 24, 33–39. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.1.33>
- Whetstone, L.M., 2008. The History of the Definition(s) of Death: From the 18th Century to the 20th Century, in: Crippen, D.W. (Ed.), *End-of-Life Communication in the ICU: A Global Perspective*. Springer, New York, NY, pp. 65–78. https://doi.org/10.1007/978-0-387-72966-4_4
- Wijdicks, E.F.M., 2002. Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology* 58, 20–25. <https://doi.org/10.1212/WNL.58.1.20>
- Xu, F., Huang, K., Wang, Y., Xu, Y., Ma, L., Cao, Y., 2019. A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. *BioMed Res. Int.* 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3107692>
- Zhang, H., Hu, M., Zeng, L., Ma, M., Li, L., 2020. Impact of death education courses on emergency nurses' perception of effective behavioral responses in dealing with sudden death in China: A quasi-experimental study. *Nurse Educ. Today* 85, 104264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104264>
- Zyga, S., Malliarou, M., Lavdaniti, M., Athanasopoulou, M., Sarafis, P., 2011. Greek Renal Nurses' Attitudes Towards Death. *J. Ren. Care* 37, 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00210.x>

Παράρτημα Ι- Ερωτηματολόγιο μελέτης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν τη στάση των κλινικών επαγγελματιών υγείας ως προς το θάνατο και τις επιπτώσεις της απώλειας κάποιων ασθενών τους, στην ψυχολογία τους. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι, να αναδείξουμε τις δυσκολίες σε ψυχολογικό επίπεδο που προκύπτουν στους νοσηλευτές από την παρουσία του θανάτου στο επαγγελματικό τους περιβάλλον και το πως θα προβούν σε λήψη μέτρων για την προαγωγή της επαγγελματικής τους ζωής και την πρόληψη εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων. Θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /	ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/>	
ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/	
ΚΩΜΟΠΟΛΗ <input type="checkbox"/>	ΠΟΛΗ <150.000	
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	ΠΟΛΗ >150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η <input type="checkbox"/>	
	ΧΗΡΟΣ/Α <input type="checkbox"/>	
ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ	ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. <input type="checkbox"/>	ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ : ΙΑΤΡΟΣ
_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ:	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. <input type="checkbox"/>	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ
_____ <input type="checkbox"/>	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ <input type="checkbox"/>	
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ <input type="checkbox"/>	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ <input type="checkbox"/>	
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ΑΛΛΟ ΤΙ?
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ <input type="checkbox"/>	
ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ :	< 1 ΕΤΟΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ :
	ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ _____ <input type="checkbox"/>	
ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ _____ <input type="checkbox"/>	<2 ΕΤΗ _____ <input type="checkbox"/>	
ΕΝΑΛΛΑΣΜΕΝΕΣ _____ <input type="checkbox"/>	ΜΕΤΑΞΥ 2-5 ΕΤΗ _____ <input type="checkbox"/>	
	>5 ΕΤΗ _____ <input type="checkbox"/>	
ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: _____		

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Το αντικείμενο της εργασίας σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Τη θέση της εργασίας σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Στον εαυτό σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Στην οικογένειά σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ	

ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ: ΚΑΘΕ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΔΥΟ ΕΤΗ ΟΠΟΤΕ

ΦΟΒΑΜΑΙ

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΑΝ ΝΑΙ;** ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ _____

ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΑΝ ΝΑΙ;** ΠΟΣΑ ΠΟΤΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ _____ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΟΙΟ ΠΟΤΟ; _____

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ _____

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ; ΩΡΑΙΑ ΑΣΧΗΜΑ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας επηρεάζει αρνητικά την διάθεσή σας; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας αισθάνεστε θυμό; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας αισθάνεστε στεναχώρια; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας αισθάνεστε ενοχές; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας αισθάνεστε φόβο; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Όταν πεθαίνει κάποιος ασθενής σας έχετε αύπνιες; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Ποτέ	1	2	3	4	5	Πολύ συχνά	

Θα λέγατε ότι φοβάστε το θάνατο; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)							
Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ	

Πιστεύετε ότι έχετε καλό κληρονομικό (από τους γονείς ή τους παππούδες – γιαγιάδες σας; (κυκλώστε το							
---	--	--	--	--	--	--	--

νούμερο που ταιριάζει περισσότερο)						
Καθόλου καλό	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ καλό

The Connor-Davidson Resilience Scale

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13. Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4

16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	0	1	2	3	4
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίτησή μου	0	1	2	3	4
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

Fear of Pain Questionnaire (III)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώθατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
9. Να μαγκώσω το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
12. Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4

14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
30. Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3
17. Τρέμετε;	0	1	2	3
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3

22.	Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3
23.	Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3
24.	Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3
25.	Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3
26.	Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3
27.	Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3
		ΚΑΘΟΥΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ
28.	Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3
29.	Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3
30.	Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3
31.	Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3
32.	Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3
33.	Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3
34.	Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3
35.	Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3
36.	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3
37.	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3
38.	Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3
39.	Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3
40.	Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3
41.	Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3
42.	Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3
43.	Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3
44.	Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3
45.	Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3
46.	Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3
47.	Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3
48.	Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3

49.	Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3
50.	Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3
51.	Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3
52.	Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3
53.	Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3
54.	Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3
55.	Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3
56.	Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3
57.	Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3
58.	Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3
59.	Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3
60.	Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3
61.	Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ
62.	Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3
63.	Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3
64.	Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3
65.	Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3
66.	Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3
67.	Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3
68.	Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3
69.	Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3
70.	Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3
71.	Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3
72.	Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3
73.	Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3

74.	Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3
75.	Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3
76.	Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3
77.	Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3
78.	Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3
79.	Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3
80.	Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3
81.	Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3
82.	Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3
83.	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3
84.	Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3
85.	Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3
86.	Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3
87.	Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3
88.	Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3
89.	Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3
90.	Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3

Παράρτημα ΙΙ- Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ
«ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΪΟ»

Σύρος :16-07-20

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ 2^{ης} /29.06.2020 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΟΥ Γ.Ν ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΪΟ»

ΘΕΜΑ 10 ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διαβάζεται το με αριθμ. πρωτ. 9159/27-08-2020 αίτημα της Πογρεβνόνη Αρτεμης με το οποίο ζητά την διανομή ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα την «Συγκριτική μελέτη των στάσεων -απόψεων απέναντι στον θάνατο, των νοσηλευτών επειγόντων και των νοσηλευτών νοσοκομειακών κλινικών» του μεταπτυχιακού της στην Ψυχική Υγεία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο λαμβάνοντας υπόψη

- Το αίτημα της κ. Πογρεβνόνη Αρτεμης
- Την διαλογική εισήγηση των μελών

ομόφωνα αποφασίζει

την θετική εισήγηση του ανωτέρω αιτήματος προς την διοίκηση

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ ΘΗΛΕΜΑΧΟΣ

