



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
“ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ”



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**“Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού
απέναντι στον θάνατο. Μελέτη Περίπτωσης: Γενικό
Νοσοκομείο Άρτας”**

Μεταπτυχιακός φοιτητής: ΘΩΜΑΣ ΣΚΟΝΔΡΑΣ ΤΕ Νοσηλευτής

Αρ. Μητρώου: 7019025

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ, Ψυχίατρος επιμελητής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας Επιβλέπων Καθηγητής

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Αναπληρωτής Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

ΘΩΜΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Αναγέννηση

ΛΑΡΙΣΑ 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"**



DISSERTATION

**«Investigation of the attitude of the nursing staff towards death. Case Study: Arta
General Hospital »**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μου, κύριο Καραουλάνη Σωκράτη επιμελητή Α΄ της Ψυχιατρικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ΄ αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική του καθοδήγηση, τις υποδείξεις του, την επιμονή του, το αμείωτο ενδιαφέρον του, τη συμπαράστασή του, τη συνεχή του υποστήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, ευχαριστώ τον καθηγητή, κύριο Χριστοδούλου Νικόλαο αναπληρωτή διευθυντή στην Ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας καθώς και τον κύριο Θωμά Αλέξανδρο διευθυντή της ψυχιατρικής κλινικής Αναγέννηση, για τις εποικοδομητικές τους υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω σε όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, καθώς και σε όλους τους νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας που απάντησαν στα ερωτηματολόγια στη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και το σύζυγό μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ΄ όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα 2/3 των θανάτων συμβαίνουν μέσα σε νοσηλευτικά ιδρύματα ενώ μεγάλο ποσοστό των αιφνίδιων συμβάντων συμβαίνουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.

Σκοπός: Σύμφωνα και με τα παραπάνω σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας απέναντι στον θάνατο και η συσχέτιση με το άγχος που αντιλαμβάνονται.

Μεθοδολογία: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση αυτοσυμπληρώμενου ερωτηματολογίου το οποίο απαρτίζονταν από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, την κλίμακα διερεύνησης των στάσεων απέναντι στον θάνατο DAR-P καθώς και τη κλίμακα διερεύνησης του άγχους STAI. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 νοσηλευτές και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα οι νοσηλευτές κατέγραψαν μεσαία επίπεδα άγχους και φόβο θανάτου. Ακόμη, πρόέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των ατομικών στοιχείων των νοσηλευτών με τις κλίμακες. Ειδικότερα, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών ενώ οι μεταβλητές τμήμα εργασίας και ύπαρξη παιδιών επιδρούν στα επίπεδα φόβου απέναντι στον θάνατο. Τέλος, αναφορικά με τη συσχέτιση της κλίμακας διερεύνησης των στάσεων απέναντι στον θάνατο και την κλίμακα άγχους διαπιστώθηκαν αρκετές θετικές συσχετίσεις

Συμπεράσματα: Βάση των αποτελεσμάτων προτείνεται η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης στα πλαίσια του νοσοκομείου όπου το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορεί να μοιράζεται τις σκέψεις τους και τους φόβους του απέναντι στον θάνατο και τη ζωή.

Λέξεις – Κλειδιά: φόβος θανάτου, άγχος, νοσηλευτές, δημόσιο νοσοκομείο.

ABSTRACT

Introduction: According to the international literature, 2/3 of deaths occur in hospitals while a large percentage of sudden events occur in the Emergency Departments.

Purpose: According to the above, the purpose of this work is to investigate the attitude of the nursing staff of the General Hospital of Arta towards death and the correlation with the stress they perceive.

Methodology: The present study was conducted using a self-administered questionnaire which consisted of the socio-demographic characteristics of nurses, the DAR-P Death Scale and the STAI Anxiety Scale. The research sample consisted of 101 nurses and the data analysis was performed with the statistical program SPSS-23 and the methods of descriptive and inductive analysis.

Results: According to the findings, the nurses recorded moderate levels of anxiety and fear of death. Furthermore, statistically significant correlations of nurses' individual data with scales emerged. In particular, gender and marital status affect nurses' stress levels, while the variables of work department and child existence affect levels of fear of death. Finally, regarding the correlation of the scale of investigation of attitudes towards death and the scale of anxiety, several positive correlations were found.

Conclusions: Based on the results, it is proposed the operation of psychological support groups within the hospital where the nursing staff will be able to share their thoughts and fears about death and life.

Keywords: fear of death, anxiety, nurses, public hospital.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	IV
ABSTRACT	IV
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	3
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	3
1.2. ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.....	3
1.3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	5
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	8
2.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	8
2.1.1. ΠΩΣ ΒΙΩΝΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ	8
2.1.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....	10
2.1.3. ΑΓΧΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ...	13
2.2. ΕΡΕΥΝΕΣ ΑΠ' ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ	15
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	17
3.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	17
3.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	18
3.3. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	20
3.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	20
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	21
4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑ ΛΥΣΗ.....	21
4.1.1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	21
4.1.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	25
4.1.3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	26
4.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	27
4.2.1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	27
4.2.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....	28
4.2.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	31
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	33
5.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	35
5.2. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	35
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	37
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	47

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	32

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος ουσιαστικά είναι η μη αναστρέψιμη διακοπή της ζωής. Γεγονός που περιλαμβάνει την πλήρη αλλαγή της υπόστασης των ζώντων οργανισμών η οποία πραγματοποιείται με τον θάνατο του οργανισμού σαν ολότητα του οποίου προηγείται ο θάνατος των μεμονωμένων οργάνων και των κυττάρων. Ο θάνατος συμβαίνει όταν σταματάει η λειτουργία των ζωτικών οργάνων όπως είναι η αναπνοή και η χτύποι της καρδιάς. Παρόλα αυτά η άποψη αυτή κατά καιρούς έχει αμφισβητηθεί καθώς οι ιατρικές πρόοδοι έχουν φτάσει σε σημείο να διατηρείται η αναπνοή. Η πιο πρόσφατη έννοια που έχει κερδίσει την αποδοχή είναι αυτή του εγκεφαλικού θανάτου. Σύμφωνα με αυτήν την εκδοχή η μη αναστρέψιμη απώλεια της δραστηριότητας του εγκεφάλου αποτελεί σημάδι ότι έχει επέλθει ο θάνατος, γεγονός που ισχύει για κάθε ζωντανή ύπαρξη (Devinder, 2010).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα 2/3 των θανάτων συμβαίνουν μέσα σε νοσηλευτικά ιδρύματα ενώ μεγάλο ποσοστό των αιφνίδιων συμβάντων συμβαίνουν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας να έχουν επηρεαστεί από το μεγάλο προσδόκιμο επιβίωσης και τη συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων να μεγαλώνει διαρκώς, το πρόβλημα της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν είναι συχνότερο στις μέρες μας. Σαν συνέπεια, η ανάγκη για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στα τελικά στάδια είναι επιβεβλημένη στα πλαίσια της παροχής αξιοπρεπούς επιβίωσης των ανθρώπων (Gama, et al., 2012; Díaz Tobajas, et al., 2016).

Πλειάδα ανθρώπων βιώνουν τον θάνατο μέσα στα νοσοκομεία κι έτσι όχι μόνο η οικογένεια αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται σημαντικά στην φροντίδα των ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Καθ' όλη αυτή την διάρκεια της πορείας οι νοσηλευτές πρέπει να είναι δίπλα στον ασθενή και να παρέχουν την κατάλληλη ενημέρωση τόσο στους συγγενείς όσο και στον ασθενή. Μεγάλο μέρος των νοσηλευτών δυσκολεύεται να συζητήσει με τους ασθενείς για τον θάνατο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογία μιας και το άλυτο άγχος που νιώθει το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα στις θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις καθώς και στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον θάνατο. Εάν οι νοσηλευτές καταφέρουν να διαχειριστούν το άγχος τους και αποκτήσουν μια σωστή αντίληψη αναφορικά με το συγκεκριμένο βίωμα τότε θα καταφέρουν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς και τους συγγενείς τους (Albers, et al., 2014; Gorchs-Font, et al., 2020; Hasheesh, et al., 2013).

Σύμφωνα και με τα παραπάνω σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας απέναντι στον θάνατο και η συσχέτιση με το άγχος που αντιλαμβάνονται. Ειδικότερα, θα εξεταστούν ο φόβος του θανάτου, η

αποφυγή του θανάτου, η ουδέτερη αποδοχή, η αποδοχή θανάτου και η διαφυγή καθώς επίσης και το παροδικό και το μόνιμο άγχος.

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΘΑΝΑΤΟΥ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο θάνατος αποτελεί το μοναχικότερο γεγονός στην ζωή ενός ανθρώπου καθώς χωρίζει τον θανόντα τόσο από τους ανθρώπους γύρω τους αλλά και από ολόκληρο τον κόσμο στο σύνολό του. Δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός για τον θάνατο. Η απόλυτη κατάσταση του νεκρού είναι συνώνυμη με την ιδέα του ιατρικού θανάτου. Ο ορισμός του νεκρού, όπως προτείνεται από την Επιτροπή του Προέδρου των ΗΠΑ για τη Μελέτη των Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και τη Βιοϊατρική και Συμπεριφορική Έρευνα που δημιουργήθηκε από τον Ronald Reagan (1981), είναι όταν (Tomasini, 2017):

«ένα άτομο που υπέστη είτε (1) μη αναστρέψιμη παύση των κυκλοφορικών και αναπνευστικών λειτουργιών, ή (2) μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό.»

1.2. ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Υπάρχει ένα πράγμα στη ζωή που είναι απολύτως βέβαιο: κάθε άτομο που γεννιέται μια μέρα θα πεθάνει. Παρόλο που αυτή είναι η μόνη βεβαιότητα, η έννοια του θανάτου και της διαδικασίας του θανάτου προσεγγίζεται συχνά με συναισθήματα φόβου, άγχους και επιφυλάξεων. Αυτοί οι φόβοι αφορούν συχνά τον πόνο, τα βάσανα και το άγνωστο. Οι σκέψεις σχετικά με το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου έχουν αλλάξει σε όλη την πρόσφατη ιστορία, με πολλούς να πιστεύουν ότι η σύγχρονη ιατρική και μια μεταβαλλόμενη κοινωνία έχουν συμβάλει στην αύξηση του άγχους σχετικά με αυτό το θέμα (Byock, 2002).

Μια θεωρία για την αύξηση του φόβου και του άγχους απέναντι στο θάνατο είναι οι εξελίξεις στη σύγχρονη ιατρική. Μέχρι τον 19^ο αιώνα, οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν συχνά το θάνατο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και οι περισσότεροι άνθρωποι πέθαναν στο σπίτι. Οι φροντιστές ήταν συνήθως μέλη της οικογένειας και αγαπημένοι. Ωστόσο, στη σημερινή κοινωνία, ο θάνατος έχει γίνει πιο θεσμοθετημένος και η πλειονότητα των θανάτων συμβαίνει στο νοσοκομείο ή σε μια μονάδα μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι ιατρικές πρακτικές απέκλεισαν το θάνατο από το υπόλοιπο των ζωντανών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια κοινωνία που δεν εκτίθεται σε θάνατο έως ότου επηρεάσει τον εαυτό του ή ένα άμεσο μέλος της οικογένειας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ιατρικές εξελίξεις, όπως οι εμβολιασμοί, η σύγχρονη τεχνολογία και οι χειρουργικές επεμβάσεις, συμβάλλουν σε μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και λιγότερους θανάτους από αυτόν του 19^{ου} αιώνα (Brodbeck, et al., 2019).

Η μονιμότητα και η πλήρης απρόβλεπτη κατάσταση του θανάτου είναι το επίκεντρο του άγχους για πολλά άτομα στη σημερινή κοινωνία. Είναι κοινή πρακτική να αρνηθούμε τη δική μας θνησιμότητα,

πιστεύοντας ότι ο θάνατος μπορεί να συμβεί στον γείτονά μας, αλλά ποτέ στους αγαπημένους μας ή στους εαυτούς μας. Αυτή η διαδικασία σκέψης συχνά οδηγεί σε άτομα που δοκιμάζουν τη δική τους θνησιμότητα, συμμετέχοντας σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η επιτάχυνση στον αυτοκινητόδρομο, το ποτό και η οδήγηση ή το κάπνισμα. Αυτές οι συμπεριφορές, που αγνοούν τη δική μας θνησιμότητα, μπορούν να οδηγήσουν σε πλήρη έλλειψη προετοιμασίας για το πότε πραγματικά συμβαίνει ο θάνατος. Περίπου, το ένα τέταρτο των ενηλίκων έχουν σκεφτεί, έστω και ελάχιστα, πώς θα ήθελαν οι γιατροί ή οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα να χειριστούν την ιατρική τους θεραπεία στο τέλος της ζωής τους. Αυτό συχνά οδηγεί σε εκτεταμένο πόνο και ταλαιπωρία για τα άτομα αυτά κατά τη διάρκεια του θανάτου και της διαδικασίας του θανάτου.

Σε πολλούς πολιτισμούς και θρησκείες, ο θάνατος θεωρείται ανταμοιβή για μια ζωή που υποφέρει. Για παράδειγμα, οι βουδιστές *Hyalmo* στο Νεπάλ πιστεύουν ότι ο θάνατος είναι μια περίπλοκη τέχνη που πρέπει να μαθαίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η παρακμή της γενικής θρησκείας στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του άγχους και του φόβου σχετικά με το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου. Η παρουσία της γενικής θρησκείας επέτρεψε στην κοινωνία στο σύνολό της να αισθανθεί ότι μπορεί να υπάρχει ένας σκοπός μετά το θάνατο, όπως η επανένωση με τα μέλη της οικογένειας, η μετενσάρκωση ή το να είσαι αρκετά δίκαιος για να βλέπεις τον Θεό. Τα τελευταία δέκα χρόνια, το ποσοστό των Αμερικανών που πιστεύουν στο Θεό, προσεύχονται καθημερινά και πηγαίνουν τακτικά στην εκκλησία έχει μειωθεί. Αυτή η τάση, ενώ δεν υποδηλώνει μείωση της πεποίθησης της μεταθανάτιας ζωής, δείχνει ότι το έθνος στο σύνολό του δεν συμμετέχει τόσο συχνά στις θρησκευτικές δραστηριότητες, κάτι που μπορεί να συσχετιστεί με την αύξηση του φόβου και του άγχους σχετικά με το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου (Desjarlais, 2016).

Ο αμερικανικός πληθυσμός μεγαλώνει και ζει περισσότερο από ποτέ. Εκτιμάται ότι ο πληθυσμός των 85 και άνω θα τριπλασιαστεί σε μέγεθος από 5,4 εκατομμύρια σε 18 εκατομμύρια έως το 2050. Αυτός ο πληθυσμός αναμένεται επίσης να ζήσει με πολλές συννοσηρότητες και χρόνιες ασθένειες, οι οποίες με τη σειρά τους θα οδηγήσουν σε περισσότερη φροντίδα που απαιτείται στο τέλος της ζωής. Προκειμένου αυτός ο πληθυσμός να λάβει την καλύτερη δυνατή φροντίδα, είναι απαραίτητο οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη, ιδίως οι νοσοκόμες, να είναι σε θέση να προσεγγίσουν κατάλληλα τη διαδικασία θανάτου και θανάτου και τον ασθενή. Αυτό πηγάζει από την κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου, την ανοιχτή επικοινωνία με το άτομο και τα αγαπημένα τους πρόσωπα και τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας (Ortman, et al., 2014).

1.3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανακούφιση ή η υποστήριξη πρέπει να παρέχονται σε κάθε ασθενή ανεξάρτητα από τη διάγνωση, το επιστημονικό πεδίο ή την εμπειρογνομosύνη που στοχεύουν τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όσο και στην παροχή αξιοπρεπούς θανάτου. Σήμερα, ο τεχνολογικός εξοπλισμός βοήθησε στη διατήρηση της ζωής. Η φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής ή η παρηγορητική (ανακούφιση) καλύπτει παρατεταμένη χρονική περίοδο έως 2 ετών. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο ασθενής, η οικογένεια, οι νοσηλευτές και το ιατρικό προσωπικό εξοικειώνονται με την αίσθηση του τέλους της ζωής. Οι αξίες που διέπουν την Παρηγορητική Φροντίδα είναι η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η ποιότητα ζωής, οι σχέσεις μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας, η θετική στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, την επικοινωνία, την ευαισθησία και την πληροφόρηση της κοινωνίας, τη διεπιστημονική προσέγγιση και την υποστήριξη στη διαδικασία πένθους. Αυτές οι αρχές βρίσκονται σε όλες τις σύγχρονες δομές θεραπείας, όπως ξενώνες, θεραπεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας φροντίδας, νοσοκομεία, ακόμη και μονάδες εντατικής θεραπείας που λειτουργούν σε διάφορες χώρες, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό (Zyga, et al., 2015).

Το περιεχόμενο της περίθαλψης μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και την πορεία της νόσου. Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν τεκμηριωμένες πρακτικές στην ανακουφιστική φροντίδα και να ληφθούν υπόψη οι προτεραιότητες του ατόμου. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να υπάρχει ένα σύστημα υποστήριξης για τη βοήθεια όλης της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ασθένειας του ασθενούς και στο δικό του πένθος. Είναι απαραίτητο για την αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής φροντίδας ο νοσηλευτής να γνωρίζει τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν στο άτομο, τη θεραπεία του ατόμου και τη συνέχιση της ενδοομάδας επικοινωνίας (Terzioglu et al., 2015; Coyne et al., 2018).

Όπως αναμένεται, οι σχέσεις με τους ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας ανίατης ασθένειας, δημιουργούν συναισθηματικό φορτίο στους φροντιστές. Ως εκ τούτου, ο θάνατος επηρεάζει την ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας που θεραπεύουν άτομα που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και έχουν αναπτύξει στενή σχέση με τον άρρωστο. Ο θάνατος ενσωματώνει το τέλος, το χωρισμό και την απώλεια. Ανεξάρτητα από το πώς εξηγείται, ακόμα κι αν γίνεται αντιληπτή μέσω της προοπτικής της ζωής μετά το θάνατο και της πιθανής επανένωσης με την αγαπημένη, η απώλεια που σχετίζεται με το θάνατο είναι επώδυνη για εκείνους που μένουν πίσω, επειδή η ζωή τους επηρεάζεται και αλλάζει δραματικά. Κάθε ασθενής επηρεάζει το προσωπικό με διαφορετικό τρόπο. Όταν υπάρχει μακροχρόνια και στενή σχέση και όταν η ταυτοποίηση είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών, τρόπου ζωής, αντίληψης για τη ζωή), τότε το πένθος για νοσηλευτές και γιατρούς είναι έντονος. Μέσω αυτής της διαδικασίας, τους ζητείται να εξηγήσουν το γεγονός του θανάτου, την πορεία προς το θάνατο

και τη συμβολή τους στην παρεχόμενη φροντίδα. Επιπλέον, οι νοσηλευτές και οι γιατροί πρέπει να αναζητήσουν και να βρουν την απαραίτητη υποστήριξη για να συνεχίσουν να προσφέρουν την απαιτούμενη φροντίδα.

Ωστόσο, όταν οι θάνατοι επαναλαμβάνονται και είναι συχνά, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν υπερφόρτιση πένθους που τους καθιστά πιο ευαίσθητους στην επαγγελματική εξάντληση. Οι πολλαπλές απώλειες δεν τους δίνουν το χρόνο να τις αφομοιώσουν και να τις αποδεχθούν. Ως αποτέλεσμα, καταστέλλουν τα συναισθήματά τους και έτσι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τόσο μεγάλο αριθμό εμπειριών. Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την συναισθηματική και επαγγελματική εξάντληση δείχνουν ότι ο θάνατος είναι μια από τις πιο αγχωτικές εμπειρίες για νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Έχει αποδειχθεί ότι οι τραυματικές εμπειρίες στον τομέα της υγείας που σχετίζονται με περιστατικά όπως θάνατος, κακοποίηση και καταστροφή τις καθιστούν ευαίσθητες σε έμμεσο τραύμα και κόπωση λόγω συμπόνιας. Η συμπόνια, κόπωση ή το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι η φυσική συνέπεια της παροχής φροντίδας σε άτομα που υποφέρουν από πόνο και αποτελεί το κόστος της φροντίδας για νοσηλευτές και γιατρούς. Φροντίζουν τα άτομα των οποίων η υγεία απειλείται και χάνεται πολλές φορές λόγω σοβαρής ασθένειας. Ο θάνατος ενός ασθενούς είναι απώλεια για αυτούς, καθώς σχηματίζουν έναν ψυχολογικά συναισθηματικό δεσμό με τον ασθενή τους και μπορεί να εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά των συγγενών. Μερικές φορές, η επιδείνωση της υγείας ενός ασθενούς μπορεί να προκαλέσει στους επαγγελματίες υγείας ανάγκη να κλαίει, θλίψη, δυσκολία στη συγκέντρωση, θυμό, ενοχή, άγχος, κόπωση ή αδυναμία και αδυναμία αντιμετώπισης των απαιτήσεων στην εργασία. Ωστόσο, το πένθος νοσηλευτών και γιατρών, συχνά παρακάμπτεται τόσο από την κοινωνία όσο και από το εργατικό προσωπικό. Αυτό συμβαίνει λόγω της λανθασμένης εντύπωσης ότι έχουν διδαχθεί να μην έχουν προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα όταν θεραπεύουν ένα άρρωστο άτομο. Ακόμα και στις περιπτώσεις στις οποίες επηρεάζονται, πρέπει να αισθάνονται υποχρεωμένοι να ελέγχουν τα συναισθήματά τους, ώστε να μην εκτίθενται μπροστά στους συναδέλφους τους και τους ίδιους. Με αυτόν τον τρόπο, το μόνο πράγμα που κάνουν είναι ότι δεν συνειδητοποιούν τον πόνο που βιώνουν. Ως αποτέλεσμα, δεν λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη που πρέπει να δοθεί σε όλα τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρή ασθένεια και το θάνατο των ασθενών.

Δεν έχουν όλοι οι θάνατοι τον ίδιο αντίκτυπο στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Κάθε ασθενής προκαλεί διαφορετικό αντίκτυπο με βάση τα χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής και την ιδέα της ζωής και της ηλικίας του. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο θάνατος δεν είναι πλέον συχνός στα μωρά και τα μικρά παιδιά. Έχει σχέση με χρόνιες ασθένειες και έχει να κάνει με τους ηλικιωμένους. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου που προκαλείται από χρόνια ασθένεια γίνεται ευκολότερα αποδεκτός από τον θάνατο ενός νεότερου ατόμου σε αυτοκινητιστικό ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η χρόνια ιατρική θεραπεία προσφέρει ψυχολογική προετοιμασία. Το πένθος ξεκινά όταν πεθαίνει ο άρρωστος.

Αυτό το μάθημα είναι σταδιακό και βασίζεται σε κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις και εμπειρίες νοσηλευτών και ιατρών. Ο Kalish ισχυρίζεται ότι ο θάνατος επηρεάζει τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό με διαφορετικό τρόπο. Ο λόγος είναι ότι οι γιατροί συνήθως επικεντρώνονται στην ιατρική περίθαλψη και έτσι παίρνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία. Για αυτόν τον λόγο, εμπλέκονται σε μια σειρά άκαρπων προσπαθειών που στοχεύουν στην παράταση του χρόνου και όχι στην ποιότητα ζωής για το άτομο που πεθαίνει. Όταν οι προσπάθειές τους αποδειχθούν άσκοπες, διατηρούνται σε απόσταση γιατί πιστεύουν ότι η παντοδυναμία τους αμφισβητείται και ταυτόχρονα αισθάνονται αδύναμοι, θυμωμένοι και καταθλιπτικοί. Αντιθέτως, οι νοσηλευτές τείνουν να προσανατολίζονται στη γενική φροντίδα των ασθενών και τους υποστηρίζουν στα διάφορα στάδια της ασθένειάς τους. Ως αποτέλεσμα, γνωρίζονται ο ένας τον άλλον, και κατά συνέπεια συνδέονται. Το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται από την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Πολλές φορές, υπάρχει μια αισθητή σύγκρουση μεταξύ των προσπαθειών τους για παροχή φροντίδας και ταυτόχρονα της ανάγκης τους να διατηρούν αποστάσεις προκειμένου να προστατευθούν από τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που προκαλούνται από τον επερχόμενο θάνατο. Ο λόγος είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει να αντιμετωπίσει το θάνατό του.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί αναπτύσσουν αμυντικούς μηχανισμούς και υιοθετούν συγκεκριμένες συμπεριφορές έτσι ώστε να μπορούν να ελέγχουν το άγχος που σχετίζεται με το θάνατο. Αλλά όταν αυτοί οι μηχανισμοί χρησιμοποιούνται συνεχώς και αμετάβλητα, τείνουν να γίνουν εμπόδια στην επικοινωνία και την παροχή φροντίδας. Μερικά παραδείγματα τέτοιων συμπεριφορών και μηχανισμών είναι: η άρνηση, ο εξορθολογισμός, το χιούμορ, το παιχνίδι πιθανοτήτων, η συνεχής υπερκινητικότητα ή η αδιάκοπη ομιλία.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

2.1.1. ΠΩΣ ΒΙΩΝΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Ο θάνατος του ασθενούς όπως ήδη αναφέρθηκε αποτελεί μια σκληρή πραγματικότητα στην κλινική εργασία. Η αντιμετώπιση του θανάτου ενός ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει σημαντικό επαγγελματικό και προσωπικό άγχος και να προκαλέσει μυριάδες συναισθήματα στους νοσηλευτές, ειδικά με νέους απόφοιτους νοσηλευτές που βιώνουν τον θάνατό. Οι νέοι απόφοιτοι νοσηλευτές, με περιορισμένη εμπειρία στην πρακτική και με ελάχιστη ή καθόλου έκθεση στο θάνατο και στη διαδικασία θανάτου κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής τους εκπαίδευσης, μπορεί να αισθάνονται άβολα και ελάχιστα προετοιμασμένοι για τη φροντίδα ασθενών και μελών της οικογένειας που πεθαίνουν (Anderson, et al., 2015).

Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι οι περισσότεροι νέοι απόφοιτοι σπάνια έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς για το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου πριν ξεκινήσουν την κλινική πρακτική. Η εκπαίδευση και η κατάρτισή τους κατά τη διάρκεια του πανεπιστημίου και η κλινική πρακτική επικεντρώθηκαν κυρίως στην πρόληψη ασθενειών και στις παρεμβάσεις για την αποκατάσταση της υγείας, όχι στον θάνατο ή στον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής στο θάνατο ενός ασθενούς. Παρόλο που ορισμένα κέντρα και νοσοκομεία προσπάθησαν να παρέχουν παρεμβάσεις και εκπαίδευση για να προετοιμάσουν νέους αποφοίτους για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, οι νέοι απόφοιτοι ανέφεραν ότι δεν αισθάνονταν ικανοί να αντιμετωπίσουν το θάνατο των ασθενών (Kent et al., 2012).

Οι νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής τους είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν. Έτσι, η ανάπτυξη ικανοτήτων στη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής μπορεί να κάνει τους νέους απόφοιτους νοσηλευτές πιο άνετους με τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και των οικογενειών τους (Mathisen et al., 2011).

Το 2004, η Αμερικανική Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής ανέπτυξε 15 δηλώσεις ικανότητας στο τέλος της ζωής για προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών που σχετίζονται με τη δυναμική του πληθυσμού, τη φροντίδα άνεσης, την πολιτιστική ποικιλομορφία επικοινωνίας, το σεβασμό, τη συνεργασία, τη χρήση τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης, τα συμπτώματα διαχείρισης, την αξιολόγηση παρεμβάσεων, την ολιστική θεραπεία, τη θλίψη, τα νομικά και ηθικά ζητήματα, την αξιοποίηση πόρων, τα σχέδια φροντίδας και την εφαρμογή γνώσης (American Association of Colleges of Nursing, 2004).

Οι Mathieson και συν. (2018) προτείνουν αυτές οι ικανότητες να παρέχουν ένα σχέδιο για την ανάπτυξη περιγραφών θέσεων εργασίας και αξιολογήσεων απόδοσης για νοσηλευτές που συμμετέχουν στη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, ωστόσο αυτό μπορεί να περιπλέξει νέες ευκαιρίες απασχόλησης απόφοιτων. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η εκμάθηση αντιμετώπισης του θανάτου των ασθενών και η γνώση του τι να περιμένουμε είναι απαραίτητη για τις νέους μεταπτυχιακούς νοσηλευτές, οι οποίοι δεν είναι μόνο σημαντικοί για τη φροντίδα των ασθενών, αλλά και για την αυτο-φροντίδα ενός νοσηλευτή (Mathieson, et al., 2018; Anderson et al., 2015; Kent et al., 2012; Wilson and Kirshbaum, 2011).

Στην έρευνά τους οι Zheng και συν. (2016) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση της αρθρογραφίας εφαρμόζοντας μια ολοκληρωμένη αναζήτηση σε 12 βάσεις δεδομένων από τον Ιανουάριο του 1990 έως τον Δεκέμβριο του 2014. Συμπεριλήφθηκαν όλες οι ποιοτικές και μικτές μέθοδοι μελέτης στα Αγγλικά και στα Κινέζικα που διερεύνησαν την εμπειρία των νέων μεταπτυχιακών νοσηλευτών σχετικά με τον θάνατο των ασθενών. Δύο ανεξάρτητοι αναθεωρητές επέλεξαν τις μελέτες για ένταξη και αξιολόγησαν κάθε ποιότητα μελέτης και διεξήχθη μετα-συσσωμάτωση για τη σύνθεση των ευρημάτων των περιλαμβανόμενων μελετών (Zheng et al., 2016).

Η κατανόηση της τρέχουσας εμπειρίας των νέων μεταπτυχιακών νοσηλευτών για το θάνατο και το θάνατο μπορεί να βοηθήσει τους ειδικούς νοσηλευτικής να σχεδιάσουν εκπαιδευτικά προγράμματα ή παρεμβάσεις και να προετοιμάσουν καλύτερα τους νέους πτυχιούχους για να αντιμετωπίσουν το θάνατο των ασθενών. Συνολικά πέντε πρωτογενείς ποιοτικές μελέτες και μία μελέτη μεικτής μεθόδου πληρούσαν κριτήρια ένταξης και ποιότητας. Έξι βασικά θέματα εντοπίστηκαν από τα αρχικά ευρήματα: συναισθηματικές εμπειρίες, διευκόλυνση ενός καλού θανάτου, υποστήριξη για την οικογένεια, ανεπάρκεια σε θέματα φροντίδας στο τέλος της ζωής, προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη και στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι νέοι απόφοιτοι νοσηλευτές εξέφρασαν μια ποικιλία συναισθημάτων όταν αντιμετώπιζαν τον θάνατο των ασθενών, αλλά ακόμα προσπάθησαν να διευκολύνουν έναν αξιοπρεπή θάνατο για τους ασθενείς που πεθαίνουν και να παρέχουν υποστήριξη στις οικογένειές τους. Οι νοσηλευτές επωφελήθηκαν από αυτήν την δύσκολη συνάντηση, αν και δεν είχαν στρατηγικές αντιμετώπισης (Zheng et al., 2016).

Τα ευρήματα της έρευνας των Zheng και συν. (2016) ανέδειξε ότι οι νέοι απόφοιτοι γνώριζαν τον ρόλο και τις ευθύνες τους στη διευκόλυνση ενός αξιοπρεπούς θανάτου για τους ασθενείς που πεθαίνουν, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών τους ως βασικού προβληματισμού. Τόνισαν επίσης την υποστήριξη για τα εμπλεκόμενα μέλη της οικογένειας, η οποία είναι συνεπής και με άλλες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας (Zheng et al., 2015; Kent et al., 2015). Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι διαφορετικές εμπειρίες του θανάτου των νέων αποφοίτων βασίστηκαν στην αντίληψή τους για έλεγχο της διαδικασίας θανάτου. Εκείνοι που ένιωθαν ότι το περιβάλλον στο οποίο συνέβη ο θάνατος ελέγχονταν, ο θάνατος αναμενόταν και συνέβη όπως είχε προβλεφθεί,

αντιλήφθηκαν δηλαδή την εμπειρία του θανάτου πιο θετικά. Η έρευνα των Zheng και συν. (2016) έδειξε ότι η υποκείμενη επιθυμία των νέων πτυχιούχων για έλεγχο στον θάνατο των ασθενών ήταν εμφανής, αλλά είχαν ελάχιστο έλεγχο και ένιωθαν ότι δεν μπορούσαν να αποδώσουν καλά λόγω της έλλειψης επαρκών δεξιοτήτων και γνώσεων φροντίδας στο τέλος της ζωής τους. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής επισκόπησης δείχνουν ότι υπήρχαν λίγα στοιχεία ότι οι νέοι απόφοιτοι είχαν την κατανόηση ότι διατηρούν τη δική τους ευημερία μετά από αυτήν τη συνάντηση (Zheng et al., 2016).

2.1.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Ο θάνατος είναι το τελευταίο κομμάτι του κύκλου ζωής για όλους μας. Η παροχή εξαιρετικής, ανθρώπινης φροντίδας σε ασθενείς κοντά στο τέλος της ζωής, όταν τα θεραπευτικά μέσα είτε δεν είναι πλέον δυνατά είτε, δεν είναι πλέον επιθυμητά από τον ασθενή, είναι ουσιαστικό μέρος της νοσηλευτικής και της ιατρικής. Η Αμερικανική Εταιρεία Γηριατρικής (American Geriatrics Society) αναγνωρίζει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους θέλουν την όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα. Θέλουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να τιμήσουν τις επιθυμίες και τους στόχους τους και να τους βοηθήσουν να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και την ανεξαρτησία τους, ανακουφίζοντας ταυτόχρονα τα συμπτώματα και μεγιστοποιώντας την άνεση. Για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στο τέλος της ζωής, οι νοσηλευτές πρέπει όχι μόνο να διαθέτουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, αλλά πρέπει επίσης να αναπτύξουν τις στάσεις και τη διαπροσωπική ικανότητα να παρέχουν συμπνευτική φροντίδα (American Geriatrics Society, 2007; Sherman, et al., 2005).

Οι νοσηλευτές συχνά φροντίζουν ασθενείς σε όλα τα στάδια της νόσου, από τη διάγνωση έως το θάνατο ή την επιβίωση. Το φορτίο ενός νοσηλευτή σε μια βάρδια μπορεί να αποτελείται από ασθενείς σε διάφορες φάσεις ασθένειας, παρουσιάζοντας μια πρόκληση για τους νοσηλευτές που πρέπει συνεχώς να προσαρμόζονται στις διαφορετικές ανάγκες κάθε ασθενούς και των οικογενειών τους. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς που πεθαίνουν μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα που μπορούν να παρέχουν οι νοσηλευτές. Αν και δεν έχει διεξαχθεί μια συστηματική διερεύνηση της μεταβλητής που είναι σημαντική για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας για τους θανάτους, οι μεταβλητές του άγχους του θανάτου και των στάσεων απέναντι στο θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου έχουν αναγνωριστεί στην κλινική βιβλιογραφία ως σημαντικές. Οι νοσηλευτές που είναι ανήσυχοι σε σχέση με το θάνατο και έχουν αρνητική στάση απέναντι στο θάνατο περιγράφονται ως υποχωρητικοί από ασθενείς που πεθαίνουν και ως εκ τούτου δεν μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα.

Οι ιδανικές θετικές στάσεις για τη φροντίδα του θανάτου ορίζονται ως ευελιξία στις διαπροσωπικές σχέσεις, επιθυμία για ανοιχτή επικοινωνία σχετικά με κρίσιμα ζητήματα και ψυχολογική

σκέψη σε σχέση με τους ασθενείς και τις οικογένειες των ασθενών που πεθαίνουν. Η φροντίδα ενός ατόμου με τελική ασθένεια απαιτεί μεγάλη δεξιοτήτα και κατανόηση από την πλευρά των νοσηλευτών. Τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή ως άτομο είναι κρίσιμα για την καθιέρωση νοσηλευτικών στάσεων απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Το πώς νιώθουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα ατόμων με τελική ασθένεια εξαρτιέται, σε μεγάλο βαθμό, από τα συναισθήματα και τις ιδέες των νοσηλευτών για το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους και τις φιλοσοφίες τους για το θάνατο και τη ζωή.

Η φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν μπορεί να είναι μια συναισθηματικά οδυνηρή, ενοχλητική και απειλητική εμπειρία. Η συναισθηματική δυσφορία που σχετίζεται με τη φροντίδα του θανάτου είναι πιθανό να επιδεινωθεί από την περιορισμένη γνώση των νοσηλευτών για θέματα που σχετίζονται με το τέλος της ζωής. Ιστορικά, οι νοσηλευτές δεν έχουν λάβει εκτεταμένη εκπαίδευση σχετικά με το πώς να φροντίζουν ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειές τους. Αυτή η έλλειψη εκπαίδευσης αντικατοπτρίζεται στο επίπεδο και την ποιότητα της φροντίδας στο τέλος του κύκλου ζωής που παρέχεται στους ασθενείς. Η νοσηλευτική παρέμβαση του ασθενούς που πεθαίνει έχει πολλές πτυχές και κυμαίνεται από την απλή πράξη, όπως το χέρι που κρατάει μέχρι την αντιμετώπιση πολλών συναισθημάτων. Ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης επικεντρώνεται στην επικοινωνία, την ανακούφιση από τον πόνο και τα συμπτώματα, τη γνώση των διαθέσιμων πόρων και την ενίσχυση της συμμετοχής και του ελέγχου της λήψης αποφάσεων από τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο. Έτσι, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εκείνος του υποστηρικτή, του διαμεσολαβητή, του συνηγόρου και του φροντιστή.

Αρκετές μελέτες έδειξαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών έναντι ασθενών που πεθαίνουν όπως το φύλο, η ηλικία, το προσωπικό υπόβαθρο, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η θρησκεία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι πρόσφατες εμπειρίες θανάτου μελών της οικογένειας και φίλων, όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών. Η επιστημονική εκπαίδευση των νοσηλευτών επηρεάζει επίσης τη στάση της. Αυτές οι μελέτες σημείωσαν ότι η μεγαλύτερη εμπειρία οδηγεί σε λιγότερο άγχος για το θάνατο και θετικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα.

Η μελέτη των Wafaa και συν. (2014) αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της στάσης των νοσηλευτών έναντι του θανάτου και της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν και στην εξέταση των σχέσεων μεταξύ των δημογραφικών μεταβλητών και της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός και επαγωγικός σχεδιασμός. Το δείγμα αυτής της μελέτης ήταν 197 νοσηλευτές από το Ογκολογικό Κέντρο και τα ιατρικά και χειρουργικά τμήματα του Πανεπιστημίου Mansoura University και χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία για τη συλλογή δεδομένων. Τα κύρια ευρήματα έδειξαν ότι, η

πλειονότητα των ατόμων (58,9%) έχει δίκαιο επίπεδο συμπεριφοράς και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας του νοσηλευτή, των ετών εμπειρίας, του χώρου εργασίας και της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας FATCOD. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών και του αριθμού των θανάτων που έζησε ο νοσηλευτής και της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας FATCOD. Ουσιαστικά, οι μισοί από τους μελετημένους νοσηλευτές έχουν μια δίκαιη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, περίπου το ένα τρίτο από αυτούς έχουν θετική στάση και μόνο το 3,6% έχει αρνητική στάση. Δεν υπήρχε σχέση μεταξύ διαφορετικών μελετημένων μεταβλητών και στάσεων των νοσηλευτών ως προς τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, εκτός από το επίπεδο εκπαίδευσης και τις εμπειρίες των νοσηλευτών που δείχνει θετική σχέση με τη στάση των νοσηλευτών στη φροντίδα ασθενών. Συμπερασματικά, η μελέτη κατέληξε στο ότι οι νοσηλευτές με τριτοβάθμια εκπαίδευση και επανειλημμένη παρακολούθηση θανάτων είχαν μια πιο θετική στάση απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν (Wafaa Gameel & Nahed Saied, 2010).

Η φροντίδα των καρκινοπαθών ιδίως, απαιτεί ειδικές δεξιότητες και γνώσεις που διευκολύνουν τη φροντίδα των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της ασθένειας και της ανακουφιστικής φάσης των ασθενών. Η μελέτη του Abu Sharour (2017) διεξήχθη για να διερευνήσει τη στάση των μαθητών νοσηλευτικής απέναντι στο θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο που πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της τοποθέτησής τους. Διεξήχθη μια περιγραφική μελέτη με τη χρήση της κλίμακας Formmelt Attitude απέναντι στη φροντίδα του θανάτου (FATCOD) και του Death Attitude Profile-Revised (DAP-R). Το δείγμα αποτέλεσαν 100 φοιτητές νοσηλευτικής από το Πανεπιστήμιο ALZaytoonah της Ιορδανίας. Η τρέχουσα μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικιακής ομάδας σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας θανάτου (τιμή p : 0,000) και τον φόβο θανάτου, την ουδέτερη αποδοχή, την αποδοχή προσέγγισης και τις υποκατηγορίες αποδοχής διαφυγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νεότεροι μαθητές έχουν περισσότερες αρνητικές σκέψεις, στάσεις και συναισθήματα για τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο που πεθαίνουν. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές με υψηλότερα ακαδημαϊκά επίπεδα έχουν μια πιο θετική στάση και είναι πιο επιλέξιμοι να παρέχουν νοσηλευτική περίθαλψη σε ασθενείς με καρκίνο που πεθαίνουν σε σύγκριση με τους μαθητές με λιγότερη εμπειρία. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές με λιγότερη εμπειρία είχαν μεγαλύτερο φόβο θανάτου από μαθητές με υψηλότερο ακαδημαϊκό επίπεδο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η στάση των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο που πεθαίνουν και νεκρούς μπορεί να θεωρηθεί σημαντική πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο (Abu Sharour, 2017).

Η μελέτη των Hasheesh και συν. (2013) στοχεύει στην εκτίμηση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές της Ιορδανίας που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες στο

τελικό στάδιο και ποια τα συναισθήματά τους σχετικά με το θάνατο και τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και να εξετάσουν τυχόν σχέσεις μεταξύ της στάσης τους και ορισμένων χαρακτηριστικών νοσηλείας. Ένας περιγραφικός ποσοτικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξη του σκοπού αυτής της μελέτης. Συνολικά προσλήφθηκαν 155 νοσηλευτές για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Frommelt Attitude απέναντι στη φροντίδα του θανάτου (FATCOD). Οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Death Attitude Profile-Revised (DAP-R). Το t-test και το F-test υπολογίστηκαν για να εξετάσουν τις σχέσεις μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στη φροντίδα του θανάτου και του θανάτου και των δημογραφικών παραγόντων. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι υπήρχε στατιστική σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας ($P = .048$, $P = .049$) και της νοσηλευτικής εμπειρίας ($P = .000$; $P = .000$) με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και τη φροντίδα για ασθενείς με ασθενείς τελικού σταδίου, και τις συνολικές βαθμολογίες στο FATCOD και το DAP-R αντίστοιχα. Έδειξε επίσης μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο και της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν ($P = .002$). Με βάση τα ληφθέντα αποτελέσματα, παλαιότερα εγγεγραμμένοι νοσηλευτές με περισσότερη εμπειρία έχουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο και φροντίδα για ασθενείς τελικού σταδίου. Ως εκ τούτου, η κατανόηση της επίδρασης των παραγόντων νοσηλευτών που συνδέονται με τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα ο θάνατος και η διαδικασία θανάτου μπορούν να καθοδηγήσουν το νοσοκομείο και την υγεία υπηρεσίες φροντίδας για ανάπτυξη των απαιτούμενων προγραμμάτων (Hasheesh et al., 2013).

2.1.3. ΑΓΧΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αντιμετώπιση του θανάτου είναι μια τρομερή ανθρώπινη ανησυχία που επηρεάζεται από προσωπικές εμπειρίες και κοινωνικο-πολιτισμικές πεποιθήσεις. Το άγχος του θανάτου, μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση που υποκινείται από το θάνατο, μπορεί να αντιμετωπιστεί από νοσηλευτές και άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που εκτίθενται σε παράγοντες ασθένειας, τραύματος, βίας και θανάτου που μπορούν να επηρεάσουν την εμπειρία και το επίπεδο άγχους θανάτου σε παρόχους υγείας περιλαμβάνουν την ηλικία, την ακεραιότητα του εγώ, τα σωματικά προβλήματα, τις ψυχιατρικές καταστάσεις, την εθνικότητα της θρησκευτικότητας, τους επαγγελματικούς στρες, τις εμπειρίες προσωπικού θανάτου και τις επιρροές των μέσων ενημέρωσης. Ενώ υπάρχει μια αυξανόμενη εστίαση στην εξάντληση και την κόπωση της συμπόνιας μεταξύ νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς στο τέλος

της ζωής τους, υπήρξε περιορισμένη έρευνα που εξέτασε το ρόλο του άγχους του θανάτου στη συμβολή σε αυτούς τους επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες. Επιπλέον, υπάρχει λιγότερη εστίαση στο άγχος του θανάτου μεταξύ νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς σε διάφορα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων μονάδων εντατικής θεραπείας, ψυχιατρικών θαλάμων, δωματίων έκτακτης ανάγκης και εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επίσης αντιληφθεί τα εκπαιδευτικά κενά σε σχέση με την προετοιμασία τους για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς που πεθαίνουν (Sharif Nia, et al., 2015; Melo & Oliver, 2011; Peters, et al., 2013).

Ο σκοπός της αναθεώρησης των Nia και συν. (2016) είναι να εξετάσει το άγχος του θανάτου και τις στρατηγικές διαχείρισης μεταξύ των παρόχων υγείας σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγείας, σε διάφορες κουλτούρες. Η καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας του άγχους θανάτου σε νοσηλευτές παγκοσμίως μπορεί τελικά να οδηγήσει σε παρεμβάσεις που μπορούν να αντισταθμίσουν σοβαρές συνέπειες όπως η αποχώρηση θέσεων, η κακή φροντίδα των ασθενών και οι μειώσεις στην προσωπική υγεία. Σύμφωνα με τα ευρήματα το άγχος του θανάτου είναι συνήθως βιώσιμο και σχετίζεται με πιο αρνητικές στάσεις σχετικά με τη φροντίδα ασθενών και των οικογενειών τους που πεθαίνουν. Συνιστάται η πραγματοποίηση εκπαιδευτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να δημιουργήσουν ισχυρές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους του θανάτου, για να αντισταθμιστούν οι αρνητικές συνέπειες όπως η αποχώρηση θέσεων, η κακή επικοινωνία και οι μειώσεις στην προσωπική υγεία και την ποιότητα ζωής. Υπάρχουν λίγες περιοχές πρακτικής όπου οι νοσηλευτές δεν τείνουν να αντιμετωπίζουν θάνατο, π.χ. απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, ατυχήματα, μετεγχειρητική φροντίδα, μακροχρόνια περίθαλψη, ψυχιατρική νοσηλευτική με θύματα μετατραυματικού στρες. Υπήρξε μια αυξανόμενη αναγνώριση της σημασίας της εκπαίδευσης θανάτου για νοσηλευτικούς και συναφείς επαγγελματίες υγείας. Ταυτόχρονα με την ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση στη βελτιστοποίηση της φροντίδας θανάτου είναι το πρόγραμμα σπουδών που αφορά την ευαισθητοποίηση συναισθημάτων και τη ρύθμιση για τους παρόχους (Nia et al., 2016).

Δεδομένων των τάσεων της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης να επικεντρώνεται στην παράταση της ζωής, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η έκθεση στο πρόγραμμα σπουδών θανάτου δεν έχει προτεραιότητα ή δεν έχει εφαρμοστεί ομοιόμορφα στα εκπαιδευτικά προγράμματα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών συνεχίζει να πεθαίνει στα νοσοκομεία ή στα γηροκομεία, παρά τις προτιμήσεις να πεθάνουν σε οικιακά περιβάλλοντα. Συνιστάται η επέκταση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στο θάνατο, με έμφαση στην πολύπλευρη εμπειρία του άγχους θανάτου ως κανονιστική εμφάνιση για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας. Αυτά τα προγράμματα πρέπει να πραγματοποιούνται όχι μόνο στη διαμορφωτική εκπαιδευτική διαδικασία, αλλά και ως μέρος του προσανατολισμού για τα νέα μέλη του προσωπικού και ως αναζωογονητικών παραμέτρων για πιο έμπειρους νοσηλευτές. Μια τέτοια έμφαση μπορεί να μειώσει την κουλτούρα του θανάτου ως θέμα

ταμπού για τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη και μπορεί να αυξήσει την ποιότητα των επικοινωνιών και έτσι τις αντιλήψεις περί φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Εάν οι συζητήσεις για το θάνατο δεν αποφευχθούν, οι ασθενείς στο τέλος της ζωής τους μπορεί να έχουν αυξανόμενες επιλογές για το πώς και πού θα βιώνουν το θάνατο (Nia et al., 2016).

2.2. ΕΡΕΥΝΕΣ ΑΠ' ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ

Αναφορικά με τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελλαδικό χώρο διαπιστώνουμε μόλις ελάχιστες. Το 2020 οι Άμαλλου και συν. επιχείρησαν να διερευνήσουν τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το βίωμα του θανάτου. Στην παρούσα ερευνητική συγχρονική μελέτη έλαβε μέρος συνολικά νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2019 έως Φεβρουάριος 2020. Ως εργαλείο αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) των Wong P.T.P, Reker GT & Gesser G (1994), το οποίο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους κ.κ Μπελλάλη και Σαράφη. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. : Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 119 άτομα (20 άνδρες 16,8% και 99 γυναίκες 83,2%), οι περισσότεροι των οποίων άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών (64,7%). Το 45,4% του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε ότι έρχονταν 1-2 φορές τον μήνα σε επαφή με κάποιο περιστατικό θανάτου. Οι περισσότεροι με ποσοστό (49,6%>) συμφώνησαν ότι ο θάνατος αποτελεί μια απαίσια εμπειρία και ότι δεν θεωρείται ως ανακούφιση από το βάρος της ζωής (20,2%). Σύμφωνα με τα επίπεδα βαθμολογίας των 5 υπο-κλιμάκων του ερωτηματολογίου (φόβος θανάτου, αποφυγή θανάτου, ουδέτερη αποδοχή, αποδοχή θανάτου, διαφυγή), οι μεγαλύτερες μέσες τιμές διαπιστώνονται στο «φόβο θανάτου» και στην «αποδοχή θανάτου» με μέση τιμή 4,0. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (31,1%) απάντησε ότι δεν σκέφτεται το θάνατο, αλλά αποφεύγει να κάνει σκέψεις γύρω από την έννοια του (30,3%>). Αναφορικά με την υποκλίμακα της αποδοχής θανάτου, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν σε τμήματα όπως την καρδιολογική και αιματολογική, παρά την αυξημένη θνησιμότητα, φάνηκε να μην αποδέχεται εύκολα το γεγονός του θανάτου. Σύμφωνα και με τα επίπεδα βαθμολογίας της κλίμακας στάσης απέναντι στο θάνατο ως προς το ίδρυμα εργασίας τους δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις απόψεις των συμμετεχόντων μεταξύ των δύο νοσοκομείων. Τέλος, δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των κοινωνικό δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της στάσης τους απέναντι στο θάνατο, εκτός από την προϋπηρεσία στη παρούσα θέση και στο φόβο θανάτου.

Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν τόσο λιγότερο φοβόντουσαν το θάνατο ($r_{ho} = -0,188, p < 0,05$). Συμπερασματικά, η έρευνα κατέληξε στο ότι ο θάνατος επηρεάζει σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από τμήμα εργασίας και φαίνεται να μειώνεται με την αύξηση των ετών εργασίας. Για την καλύτερη διαχείριση του βιώματος του θανάτου, προτείνεται η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης (Άμαλλου, κα, 2020).

Λίγα χρόνια νωρίτερα οι Σταφυλά και συν. (2016) πραγματοποίησαν ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη διαχείριση του πένθους στη νοσηλευτική επιστήμη. Σύμφωνα με τα ευρήματα πλειάδα παραγόντων, όπως για παράδειγμα η ηλικία, οι οικογενειακές σχέσεις, η κοινωνικοοικονομική θέση καθώς και οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου και την έκφραση του πένθους και, όπως συμβαίνει με τα στάδια της αντίδρασης στο πένθος, διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Στόχος των επαγγελματιών υγείας, είναι ο σεβασμός και η αποδοχή των ιδιαιτεροτήτων του ατόμου που κατά συνέπεια οδηγούν και στην κατανόηση των διαφορετικών και εξατομικευμένων αναγκών του ασθενή. Τόσο η θρησκεία όσο και οι θρησκευτικές πρακτικές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του θρήνου και παρέχουν άνεση και παρηγοριά στο άτομο που βιώνει την απώλεια. Πολλοί άνθρωποι που έχουν παραμελήσει τα πνευματικά θέματα θεώρησαν το θάνατο ερέθισμα για την επιστροφή στις προηγούμενες θρησκευτικές πρακτικές. Συγχρόνως, άλλοι πιθανόν να κατηγορούν το Θεό για το θάνατο του αγαπημένου τους και να απομακρυνθούν από αυτόν. Η ολιστική φροντίδα του εκάστοτε ασθενούς που πεθαίνει και της οικογένειάς του, περιλαμβάνει σχεδόν πάντα κάποια προσωπική συναισθηματική επένδυση λόγω του γεγονότος ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει πρόσβαση σε συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές των ασθενών τους. Είναι μη ρεαλιστικό και άδικο να θεωρείται ότι οι νοσηλευτές χειρίζονται τις καταστάσεις που περιβάλλουν το θάνατο χωρίς συναισθήματα. Η καλύτερη πολιτική φαίνεται να είναι η αφιέρωση χρόνου για τη διερεύνηση των προσωπικών συναισθημάτων και την έκφρασή τους. Ο νοσηλευτής που αμελεί να ασχοληθεί με τα προσωπικά του συναισθήματα για τη ζωή και το θάνατο μάλλον δεν μπορεί να λάβει υπόψη τις ανάγκες των ασθενών που αντιμετωπίζουν το θάνατο. Για τον λόγο αυτό, τα αισθήματα του νοσηλευτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που φροντίζει τους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. Ο νοσηλευτής ο οποίος φροντίζει έναν ασθενή για μεγάλη χρονική περίοδο θα υποστεί την αντίδραση του θρήνου όταν αυτός πεθάνει. Ο θρήνος μετά τον θάνατο ενός ασθενούς είναι φυσιολογικός και ο νοσηλευτής πρέπει να επιτρέψει στον εαυτό του να περάσει τη διεργασία του θρήνου παρά να τη σταματήσει (Σταφυλά κα, 2016).

Στην έρευνά της η Σκλάβου (2015) επιχείρησε να εξετάσει τη διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών που φροντίζουν ογκολογικούς ασθενείς απέναντι στο θάνατο, αλλά και τη διερεύνηση της συμπεριφοράς τους απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν. Έγινε χρήση των ερωτηματολογίων DAP-R (Death Attitude Profile – Revised) και FATCOD (Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying

Scale). Το δείγμα της μελέτης τον αποτέλεσαν 86 νοσηλευτές από το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και από την ογκολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές, οι γυναίκες αλλά και όσοι είχαν περισσότερη εργασιακή εμπειρία έτειναν να έχουν πιο θετική στάση προς το θάνατο και τη φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν. Ο φόβος θανάτου συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολογία FATCOD, το οποίο σημαίνει ότι όσοι φοβούνταν λιγότερο το θάνατο είχαν και θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Η ενσωμάτωση των εννοιών του θανάτου και της φροντίδας στο τέλος της ζωής φροντίδα στα θεωρητικά και πρακτικά πεδία της νοσηλευτικής θα βελτιώσουν την ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρεται στο τέλος της ζωής στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Σκλάβο, 2015).

Στην έρευνα της η Μαλλιαρού (2014) εξέτασε την επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού από την φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν και την αναγκαιότητα της υποστήριξης του νοσηλευτή που χειρίζεται ασθενείς στο τέλος της ζωής τους. Σύμφωνα με τα ευρήματα στα οποία κατέληξε οι στρατηγικές που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τους ιθύνοντες, προκειμένου να επηρεάσουν τη στάση των νοσηλευτών προς μια θετική κατεύθυνση και που βασίζονται στα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν τρεις κατευθύνσεις. Είναι σημαντική η εισαγωγή προγράμματος εισαγωγικής εκπαίδευσης για όλους τους νέους νοσηλευτές που ξεκινούν να εργάζονται σε δομές υγείας. Οι έννοιες του τέλους της ζωής και της παρηγορητικής φροντίδας πρέπει να εισαχθούν στο βασικό πρόγραμμα σπουδών των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής, προκειμένου να βελτιώσουν τη στάση απέναντι στη φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν και να τους προετοιμάσει σε παροχή ολιστικής φροντίδας στον ασθενή που πεθαίνει και της οικογένειά του. Και τέλος, επιβάλλεται η δημιουργία τυπικών και άτυπων ομάδων στήριξης για το προσωπικό στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Οι τυπικές ομάδες οργανώνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας όπου προωθούν την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης για τους νοσηλευτές που δυσκολεύονται να παρέχουν στήριξη σε ασθενείς που πεθαίνουν και στις οικογένειές τους. Οι άτυπες ομάδες στήριξης οργανώνονται μέσα στα ίδια τα νοσηλευτικά τμήματα προκειμένου να συζητιέται μεταξύ των νοσηλευτών πιο ανοικτά το θέμα του θανάτου, να παρέχονται κίνητρα για να εκφράσουν, αλλά και να αναγνωρίσουν τη στάση και τα συναισθήματα τους γύρω από το θάνατο (Μαλλιαρού, 2014).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας απέναντι στον θάνατο και η συσχέτιση με το άγχος που

αντιλαμβάνονται. Ειδικότερα, θα εξεταστούν ο φόβος του θανάτου, η αποφυγή του θανάτου, η ουδέτερη αποδοχή, η αποδοχή θανάτου και η διαφυγή καθώς επίσης και το παροδικό και το μόνιμο άγχος.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διπλωματικής είναι:

1. Ποια η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο;
2. Ποια τα αποτελέσματα της σύγκρισης ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με μεγάλο ποσοστό θανάτων και σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με χαμηλότερο ποσοστό, αναφορικά με το βίωμα του θανάτου;
3. Καταγράφεται συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων του νοσηλευτικού προσωπικού με τις διαστάσεις ερωτηματολογίου του βιώματος του θανάτου;
4. Ποια τα επίπεδα άγχους που ανιχνεύονται στο νοσηλευτικό προσωπικό;
5. Καταγράφεται συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού με τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου ανίχνευσης άγχους;
6. Υπάρχει συσχέτιση του άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο;

3.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε ποσοτική στατιστική ανάλυση. Για την ανάγκες της έρευνας έγινε χρήση αυτο-συμπληρώμενου ερωτηματολογίου το οποίο μοιράστηκε σε νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας κατά την περίοδο 2020-2021. Μοιράστηκαν 127 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 101 (ποσοστό απόκρισης = 78,74%). Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τις εξής τρεις ενότητες:

1. **Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά** των νοσηλευτών της παρούσας έρευνας: Στην ενότητα αυτή καταγράφονται τα προσωπικά στοιχεία των νοσηλευτών όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τίτλος σπουδών, οι επιπλέον σπουδές, τα συνολικά έτη εργασίας, το τμήμα όπου εργάζονται και η ύπαρξη παιδιών.
2. **Κλίμακα DAP-R:** το ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο DAP-R το οποίο δημιούργησαν αρχικά Wong P.T.P., Reker G.T., και Gesser G. Το 1994. Στη συνέχεια η κλίμακα DAP-R χρησιμοποιήθηκε από την Θ. Μπελλάλη και τον Π. Σαράφη, μεταφράστηκε στα ελληνικά και έπειτα έγινε ψυχομετρικός έλεγχος του εργαλείου. Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν συγκεκριμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες για την εκτίμηση της αξιοπιστίας, του ερωτηματολογίου, της εγκυρότητας ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος της δομής του. Για τη μετάφραση και χρήση των εργαλείων/ερωτηματολογίων διασφαλίστηκε αρχικά έγγραφη άδεια μετάφρασης από τους

συγγραφείς των ερωτηματολογίων και τους κατόχους των δικαιωμάτων έκδοσης. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες, όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα). Οι υποκλίμακες είναι:

- α) Φόβος θανάτου-Fear of Death (1,2,7,18,20,21,32)
- β) Αποφυγή θανάτου-Death Avoidance (3,10,12,19,26)
- γ) Ουδέτερη αποδοχή-Neutral Acceptance (6,14,24,17,30)
- δ) Αποδοχή Θανάτου-Approach Acceptance (4,8,13,15,16,22,25,27,28,31)
- ε) Διαφυγή-Escape Acceptance (5,9,11,23,29).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά από προτάσεις οι οποίες εκφράζουν διάφορες στάσεις απέναντι στο θάνατο. Ο βαθμός για κάθε πρόταση είναι από το 1 έως το 7 με κατεύθυνση από το "διαφωνώ απόλυτα" (1) στο "συμφωνώ απόλυτα" (7). Η μέση βαθμολογία για κάθε διάσταση μπορεί να υπολογιστεί διαιρώντας το συνολικό άθροισμα της βαθμολογίας κάθε διάστασης με τον αριθμό των προτάσεων που αντιστοιχούν σε κάθε διάσταση.

3. **The State-Trait Anxiety Inventory (STAI):** Το ερωτηματολόγιο STAI αποτελείται από 40 ερωτήσεις και κατασκευάστηκε από τους Spielberger et al. το 1970. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις περιγράφουν το άγχος ως κατάσταση (υποκλίμακα A-state ή αλλιώς "άγχος επέμβασης-εισαγωγής" ή "παροδικό άγχος") (ελάχιστη βαθμολογία: 20, μέγιστη βαθμολογία: 80) και οι επόμενες 20 ερωτήσεις, περιγράφουν το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (υποκλίμακα A-trait ή αλλιώς "εγγενές άγχος" ή "μόνιμο άγχος") (ελάχιστη βαθμολογία: 20, μέγιστη βαθμολογία: 80). Κάθε μία από τις 40 ερωτήσεις μπορεί να λάβει τις ακόλουθες τέσσερις απαντήσεις: «Σχεδόν ποτέ» (1 βαθμός), «Μερικές φορές» (2 βαθμοί), «Συχνά» (3 βαθμοί) και «Σχεδόν πάντοτε» (4 βαθμοί). Η συνολική βαθμολογία για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου (A-state και A-trait) προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους βαθμών των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση, αφού πρώτα γίνει αντιστροφή των βαθμών στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39. Τιμές μεταξύ 20-39 υποδηλώνουν χαμηλό άγχος, τιμές μεταξύ 40-59 υποδηλώνουν μέτριο άγχος και τιμές >60 υποδηλώνουν υψηλό άγχος σε κάθε μία από τις δύο διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο STAI έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει δείχθει ότι διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Fountoulakis et al, 2006). Όσον αφορά την αξιοπιστία του State-Trait Anxiety Inventory μορφής Y, ερευνητές μετάφρασαν το ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλωσσά και εξέτασαν την αξιοπιστία και τις

ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής μετάφρασής του. Συμμετείχαν 121 υγιείς εθελοντές και 22 ασθενείς με κατάθλιψη. Η βαθμολογία για τους υγιείς για το (S-Anxiety) ήταν 24.95 ± 11.36 , ενώ για (T-Anxiety) ήταν 27.88 ± 11.43 . Για τους ασθενείς με κατάθλιψη ήταν 44.91 ± 9.18 και 43.50 ± 9.99 αντίστοιχα. Το α -Cronbach για το (S-Anxiety) ήταν 0,93 ενώ για το (T-Anxiety) ήταν 0,92. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν εξαιρετική, με το συντελεστή Pearson να είναι μεταξύ 0,75 και 0,98 για τα επιμέρους στοιχεία και ίσο με 0,96 για το (S-Anxiety) και 0,98 για το (T-Anxiety). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman Rank μεταξύ των υποκλιμάκων STAI ήταν 0.79 (Fountoulakis et al., 2006). Μια μετά-ανάλυση που είχε στόχο να ελέγξει την αξιοπιστία της STAI επέλεξε 131 επιστημονικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν την χρονική περίοδο 2008 με 2012. Η αξιοπιστία για την εύρεση ασθενών με διαταραχή άγχους ήταν μεταξύ 0,87 και 0,93. Έτσι φαίνεται ότι η STAI είναι ευαίσθητη για να βρει το επίπεδο του άγχους του ατόμου και αξιόπιστη για τους ασθενείς με διάγνωση κρίσης πανικού, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, γενικευμένη κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή μετά-τραυματικού στρες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή οξεία διαταραχή στρες (Guillén-Riquelme & Buela, 2014).

3.3. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα δεν ενέχει κανέναν απολύτως κίνδυνο για τους συμμετέχοντες νοσηλευτές καθώς έχουν ληφθεί υπόψη όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν αντίστοιχες έρευνες. Αρχικά, οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν τόσο γραπτά όσο και προφορικά για το σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας και εφόσον το επιθυμούσαν λάμβαναν μέρος. Ακόμη, η έρευνα ήταν ανώνυμη και οι νοσηλευτές μπορούν να ενημερωθούν για τα ευρήματα που προέκυψαν. Στο πλαίσιο της έρευνας έχουν ληφθεί όλες οι απαιτούμενες άδειες από τις αρμόδιες υπηρεσίες οι οποίες δίνονται στο παράρτημα της εργασίας.

3.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της εργασίας πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS – 23 και τις μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης και της επαγωγικής. Στην περιγραφική ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά καθώς και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όπου απαιτούνταν. Η επαγωγική ανάλυση με τη διερεύνηση των συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε κατόπιν του στατιστικού ελέγχου κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Στις διαστάσεις που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εφαρμόστηκε παραμετρική ανάλυση των δεδομένων ενώ για τις κλίμακες που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή πραγματοποιήθηκε μη

παραμετρικός έλεγχος των συσχετίσεων. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% εκτός εάν αναγράφεται κάτι άλλο κάτω από τον πίνακα.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑ ΛΥΣΗ

4.1.1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στον πίνακα 1 αναφέρονται τα περιγραφικά στοιχεία των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος των νοσηλευτών της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πλειοψηφία του δείγματος με 57,4% είναι νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης - ΔΕ, το 34,7% είναι νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης - ΤΕ και μόλις το 5,9% είναι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης - ΠΕ. Αναφορικά με τα τμήματα εργασίας το 12,9% των νοσηλευτών του δείγματος εργάζεται στο Παθολογικό τμήμα, το 11,9% στην Ψυχιατρική κλινική, το 10,9% στην Παιδιατρική, από 8,9% αντίστοιχα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, από 6,9% αντίστοιχα στο Χειρουργικό τμήμα και στο Πνευμονολογικό, από 5,9% αντίστοιχα στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στην Ορθοπαιδική κλινική, από 3% αντίστοιχα στο Ουρολογικό τμήμα και στην Καρδιολογική κλινική και μόλις το 1% στην Αιμοδοσία.

Σχετικά με το φύλο των νοσηλευτών της έρευνας η συντριπτική πλειοψηφία με 78,2% είναι γυναίκες και το 21,8% άντρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ανέρχεται στα 45.66 έτη (τυπική απόκλιση=7,42) και εύρος από 27 έως 58 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση η πλειοψηφία με 69,3% είναι έγγαμοι, το 13,9% είναι άγαμοι, το 10,9% διαζευγμένοι, το 4% βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας και το 2% σε συμβίωση. Από τους νοσηλευτές του δείγματος το 76,2% έχουν παιδιά και το 23,8% είναι άτεκνοι. Τέλος, η μέση τιμή για τα συνολικά έτη εργασίας ανέρχεται στο 20,54 (τυπική απόκλιση=9,22) και εύρος από 1 έως 37 έτη.

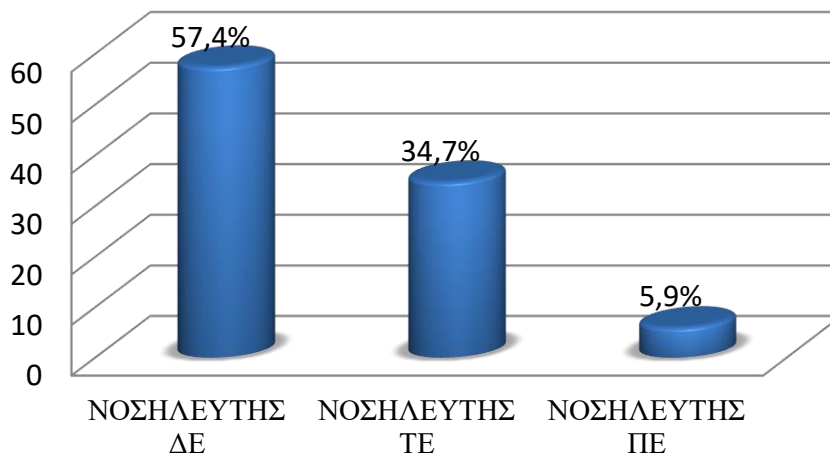
Στη συνέχεια δίνονται διαγραμματικά οι ποσοστιαίες αναλογίες των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος της παρούσας έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

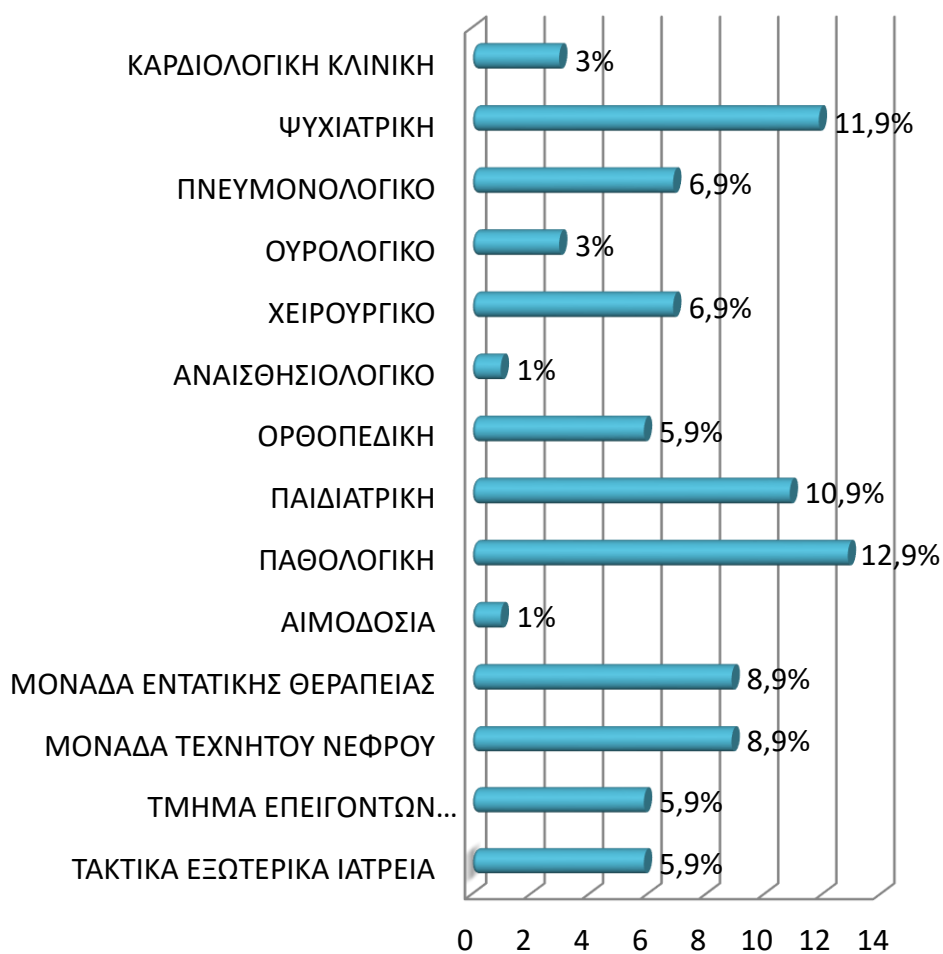
ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N	%
ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ		
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	58	57,4
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	35	34,7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ	6	5,9
ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	6	5,9
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	6	5,9
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	9	8,9
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	9	8,9
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1	1
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	13	12,9
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	11	10,9
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	6	5,9
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	1
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	7	6,9
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3	3
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	7	6,9
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	12	11,9
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	3	3
ΦΥΛΟ		
ΑΝΤΡΑΣ	22	21,8
ΓΥΝΑΙΚΑ	79	78,2
ΗΛΙΚΙΑ		
	Μ.Ο. ± Τ.Α. =45,66±7,42	
	MIN.-MAX.= 27-58	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
ΑΓΑΜΟΣ/Η	14	13,9
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	2	2
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	70	69,3
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	11	10,9
ΧΗΡΟΣ/Α	4	4
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ		
ΝΑΙ	77	76,2
ΟΧΙ	24	23,8
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
	Μ.Ο. ± Τ.Α. =20,54±9,22	
	MIN.-MAX.=1-37	

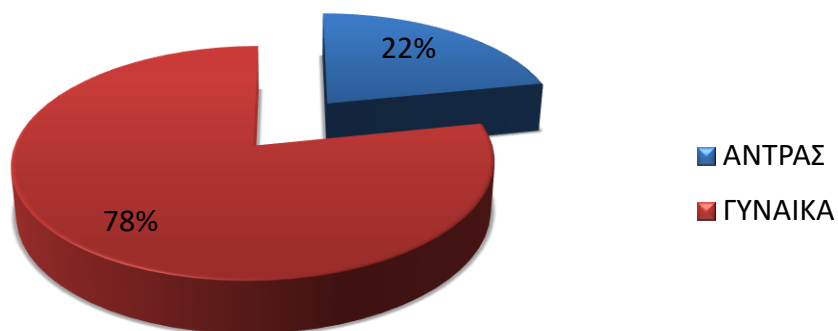
ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ



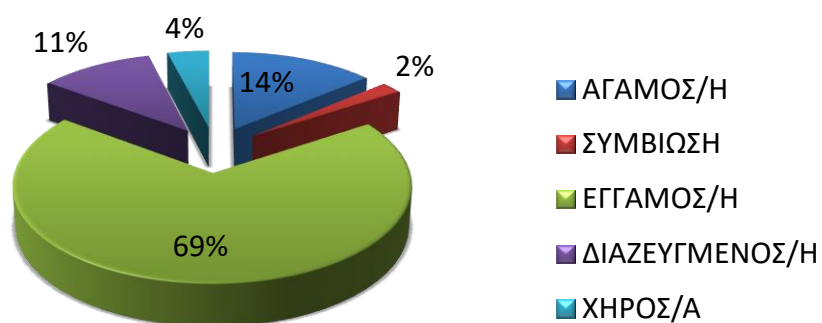
ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



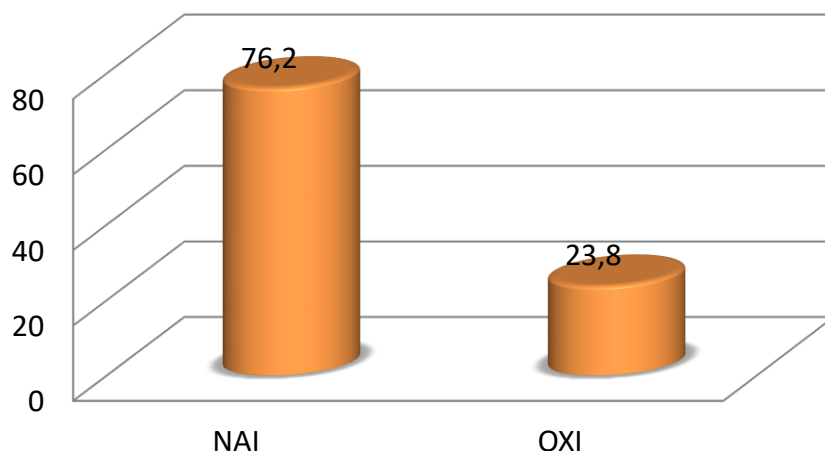
ΦΥΛΟ



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ



4.1.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Στον πίνακα 2 καταγράφεται η αξιοπιστία και τα περιγραφικά μέτρα των κλιμάκων της παρούσας έρευνας. Ειδικότερα, ο δείκτης αξιοπιστίας ελέγχθηκε με το Cronbach's Alpha, όπου τιμή α μεγαλύτερη από 0,7 συνεπάγεται πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων της κλίμακας. Για την Κλίμακα DAP-R ο δείκτης αξιοπιστίας των υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0,727 έως 0,848 υποδεικνύοντας πολύ καλή αξιοπιστία των ερωτήσεων της κάθε υποκλίμακας. Όσον αφορά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά για τις υποκλίμακες DAP-R διαπιστώνεται ότι η μέση τιμή της υποκλίμακας «Φόβος Θανάτου» ανέρχεται στο 4,43 (σταθερή απόκλιση=1,29) με εύρος 1,43 έως 6,86. Για την υποκλίμακα «Αποφυγή Θανάτου» η μέση τιμή ανέρχεται στο 4,55 (σταθερή απόκλιση=1,39) και εύρος 1,60 έως 7. Η υποκλίμακα «Ουδέτερη Αποδοχή» καταγράφει μέση τιμή 5,36 (τυπική απόκλιση=0,87) και εύρος 3,20 έως 7. Για την υποκλίμακα «Αποδοχή Θανάτου» προκύπτει μέση τιμή 4 (τυπική απόκλιση=1,13) και εύρος 1,10 έως 6,50. Τέλος, για την υποκλίμακα «Διαφυγή» καταγράφεται μέση τιμή 3,61 (σταθερή απόκλιση=1,34) με εύρος 1 έως 6,60.

Ο δείκτης αξιοπιστίας των διαστάσεων της κλίμακας 3. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) κυμαίνεται από 0,710 έως 0,719 υποδεικνύοντας πολύ καλή αξιοπιστία των επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας. Αναφορικά με τα περιγραφικά στοιχεία η διάσταση «State Anxiety (Παροδικό Άγχος)» καταγράφει μέση τιμή που ανέρχεται στο 48,93 (τυπική απόκλιση=5,82) με εύρος από 26 έως 63. Η διάσταση «Trait Anxiety (Άγχος ως Χαρακτηριστικό της Προσωπικότητας)» λαμβάνει μέση τιμή που ανέρχεται στο 46,30 (τυπική απόκλιση=5,98) και εύρος 34 έως 63. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι νοσηλευτές του δείγματος καταγράφουν μέτριο άγχος στο σύνολό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	CRONBACH'S ALPHA	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ.Ο±Τ.Α
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,816	1,43	6,86	4,43±1,29
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,832	1,60	7,00	4,55±1,39
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	0,730	3,20	7,00	5,36±0,87
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,848	1,10	6,50	4,00±1,13
ΔΙΑΦΥΓΗ	0,727	1,00	6,60	3,61±1,34
STATE ANXIETY (ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΑΓΧΟΣ)	0,719	26,00	63,00	48,93±5,82
TRAIT ANXIETY (ΑΓΧΟΣ ΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ)	0,710	34,00	63,00	46,30±5,98

4.1.3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Στον πίνακα 3 καταγράφεται ο έλεγχος κανονικότητας των κλιμάκων της έρευνας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μόνο οι παράγοντες «Διαφυγή» ($p=0,200$) και “State Anxiety” ($p=0,200$) ακολουθούν την κανονική κατανομή και θα ακολουθηθεί παραμετρική ανάλυση για τη διερεύνηση των συσχετίσεων. Οι παράγοντες «Φόβος Θανάτου» ($p=0,005$), «Αποφυγή Θανάτου» ($p=0,030$), «Ουδέτερη Αποδοχή» ($p=0,001$), «Αποδοχή Θανάτου» ($p=0,015$) και “Trai Anxiety” ($p=0,005$) δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή και εφαρμόστηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι για τη διερεύνηση των συσχετίσεων.

Στην περίπτωση των διαστάσεων «Διαφυγή» και “State Anxiety” εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test για τις διμεταβλητές και ο έλεγχος Ανονα για τις πολυμεταβλητές ποιοτικές και ο παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Pearson (r) για τις ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος. Τέλος, για τους παράγοντες «Φόβος Θανάτου», «Αποφυγή Θανάτου», «Ουδέτερη Αποδοχή», «Αποδοχή Θανάτου» και “Trai Anxiety”

εφαρμόστηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney (διμεταβλητές) και Kruskal-Wallis (πολυμεταβλητές) και ο στατιστικός έλεγχος συσχέτισης Spearman (rho) για τις ποσοτικές μεταβλητές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	,109	99	,005	,967	99	,013
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	,094	99	,030	,957	99	,003
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	,123	99	,001	,970	99	,025
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	,101	99	,015	,980	99	,146
ΔΙΑΦΥΓΗ	,059	99	,200	,981	99	,168
State anxiety	,074	99	,200	,973	99	,043
Trait anxiety	,110	99	,005	,972	99	,035

4.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

4.2.1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στον πίνακα 4 και 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των διαστάσεων των κλιμάκων της έρευνας με τα ποσοτικά στοιχεία. Σύμφωνα με τα ευρήματα δεν διαπιστώνεται κάποια συσχέτιση και επομένως οι μεταβλητές ηλικία και συνολικά έτη εργασίας δεν επιδρούν στα επίπεδα άγχους και φόβου θανάτου των νοσηλευτών του δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

		ΗΛΙΚΙΑ Α	ΣΥΝΟΛΙΚ Α ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
STATE ANXIETY	r	-,004	-,008
	p	,969	,938
ΔΙΑΦΥΓΗ	r	-,106	-,053
	p	,298	,600

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

		ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	-0,099	-0,105
	p	0,333	0,297
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	0,085	0,103
	p	0,405	0,307
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	rho	0,128	0,144
	p	0,209	0,151
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	-0,165	-0,082
	p	0,104	0,417
TRAIT ANXIETY	rho	0,005	0,033
	p	0,963	0,743

4.2.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στον πίνακα 6 και καταγράφονται τα αποτελέσματα των σχέσεων μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών των νοσηλευτών και των διαστάσεων των κλιμάκων της έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα προκύπτουν τα εξής:

- Η μεταβλητή φύλο επιδρά στα επίπεδα παροδικού άγχους (State Anxiety) ($p=0,036$). Ειδικότερα, οι άντρες (Μ.Ο.=51,22) του δείγματος εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους έναντι των γυναικών (Μ.Ο.=48,29).
- Η μεταβλητή τμήμα εργασίας επηρεάζει τα επίπεδα φόβου του θανάτου ($p=0,050$). Ειδικότερα, όσοι νοσηλευτές εργάζονται στην Παιδιατρική (median=5,57) και στο Ουρολογικό (median=5,59) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου.
- Η μεταβλητή οικογενειακή κατάσταση επιδρά στα επίπεδα άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Trait Anxiety) ($p=0,049$). Συγκεκριμένα, οι άγαμοι (median=50) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους έναντι των άλλων ομάδων.

- Η μεταβλητή ύπαρξη παιδιών επιδρά στα επίπεδα αποφυγής του θανάτου ($p=0,026$). Ειδικότερα, οι νοσηλευτές που έχουν παιδιά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα.
- Δεν διαπιστώθηκε κάποια συσχέτιση των μεταβλητών «Βασικός τίτλος σπουδών», «Τμήμα εργασίας», «Οικογενειακή κατάσταση» και των διαστάσεων «Υπαρξη παιδιών» με τις διατάσεις «Διαφυγή» και «State Anxiety».
- Δεν διαπιστώθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών «Βασικός τίτλος σπουδών» και «Φύλο» με τις διαστάσεις «Φόβος θανάτου», «Αποφυγή θανάτου», «Ουδέτερη Αποδοχή», «Αποδοχή θανάτου» και «Trait Anxiety».

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			ΔΙΑΦΥΓΗ	STATE ANXIETY
ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	Μ.Ο.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	3,74	48,70
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	3,48	49,02
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ	3,34	49,14
	F**		0,580	0,042
	p value		0,562	0,959
ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Μ.Ο.	ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	3,93	43,50
		ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	2,96	48,66
		ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	3,88	51,44
		ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3,68	48,55
		ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	2,00	48,00
		ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	4,03	46,46
		ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	3,10	47,81
		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	2,96	49,83
		ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	5,40	58,00
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3,20	49,28
		ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	4,93	47,00
		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	3,20	49,00
		ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	3,68	51,50
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	4,46	50,00	
F**		1,198	1,156	
p value		0,297	0,327	
ΦΥΛΟ	Μ.Ο.	ΑΝΤΡΑΣ	3,50	51,22

		ΓΥΝΑΙΚΑ	3,64	48,29
		t*	-0,438	2,128
		p value	0,662	0,036
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Μ.Ο.	ΑΓΑΜΟΣ/Η	3,71	50,14
		ΣΥΜΒΙΩΣΗ	5,30	50,00
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	3,591	48,91
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	3,52	48,00
		ΧΗΡΟΣ/Α	3,00	47,00
		F**	1,027	,340
		p value	0,398	0,851
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	Μ.Ο.	ΝΑΙ	3,64	48,57
		ΟΧΙ	3,50	50,08
		t*	0,464	-1,112
		p value	0,644	0,229

*Αφορά σε ελέγχους t-Test

**Αφορά σε ελέγχους Anova

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΤΡΑΠ ΑΝΧΙΕΤΥ	
ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ	MEDIAN	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ	4,50	5,00	5,40	4,15	46,00
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ	4,57	4,60	5,40	4,00	45,00
		ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ	4,85	2,00	6,00	3,90	44,00
		H**	0,191	4,544	0,641	0,449	0,178
		p value	0,909	0,103	0,726	0,799	0,915
ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	MEDIAN	ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	4,78	3,60	6,00	4,75	50,50
		ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	4,92	5,40	5,30	3,95	43,00
		ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ	4,42	4,80	5,80	4,50	43,00
		ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	5,14	5,60	5,00	4,10	45,50
		ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	3,00	2,00	5,60	4,70	40,00
		ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	5,00	4,80	5,20	4,10	47,00
		ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	5,57	6,00	5,40	3,80	42,00
		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	5,14	4,20	5,20	3,90	51,00
		ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	4,42	5,00	6,40	6,10	51,00
		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4,57	4,60	6,00	3,40	45,00
		ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	5,57	6,00	6,20	5,10	45,00
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	4,28	4,00	4,80	3,50	46,00		

		ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	3,07	4,80	5,40	4,10	45,00
		ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	2,14	6,20	5,60	4,30	42,00
		H**	19,937	19,296	14,074	14,275	17,950
		p value	0,050	0,114	0,369	0,355	0,159
ΦΥΛΟ	MEDIAN	ΑΝΤΡΑΣ	4,35	5,20	5,30	4,05	44,50
		ΓΥΝΑΙΚΑ	4,57	4,60	5,40	4,00	46,00
		U*	810,500	764,000	804,500	826,000	699,000
		p value	0,630	0,387	0,594	0,723	0,185
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	MEDIAN	ΑΓΑΜΟΣ/Η	4,64	3,90	5,50	4,30	50,00
		ΣΥΜΒΙΩΣΗ	4,28	4,70	5,60	5,15	46,50
		ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	4,50	4,80	5,40	4,05	45,00
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	5,28	5,40	5,40	4,00	46,00
		ΧΗΡΟΣ/Α	5,71	4,30	5,10	3,90	43,50
		H**	3,133	4,123	2,542	2,993	9,218
	p value	0,536	0,390	0,637	0,559	0,049	
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	MEDIAN	ΝΑΙ	4,57	5,00	5,40	4,00	45,00
		ΟΧΙ	4,35	4,00	5,50	4,15	47,00
		U*	900,50	646,00	792,50	839,50	737,50
		p value	0,851	0,026	0,292	0,500	0,224

*Αφορά σε ελέγχους Mann-Whitney

**Αφορά σε ελέγχους Kruskal-Wallis

4.2.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΑΙΜΑΚΩΝ

Στον πίνακα 8 καταγράφονται οι συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων φόβος θανάτου και άγχους. Ειδικότερα, και με βάση τα ευρήματα προκύπτουν τα εξής:

- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Φόβος θανάτου» και «Αποφυγής θανάτου» ($p=0,012$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα φόβου θανάτου αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα αποφυγής θανάτου.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Φόβος θανάτου» και «Αποδοχή θανάτου» ($p=0,049$). Συγκριμένα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα φόβου του θανάτου αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα αποδοχής του θανάτου.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Φόβος θανάτου» και «Trait anxiety» (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) ($p=0,014$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα φόβου του θανάτου αυξάνονται αντίστοιχα τα επίπεδα σταθερού άγχους της προσωπικότητας.

- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική ισχυρή συσχέτιση των διαστάσεων «Αποφυγή θανάτου» και «Αποδοχή θανάτου» ($p=0,001$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα αποφυγής του θανάτου αυξάνονται αντίστοιχα τα επίπεδα αποδοχής του θανάτου.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων «Αποφυγή θανάτου» και «Διαφυγή» ($p=0,008$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα αποφυγής του θανάτου στους νοσηλευτές του δείγματος αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα διαφυγής.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση των παραγόντων «Αποδοχή θανάτου» και «Διαφυγή» ($P=0,000$). Συγκριμένα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα αποδοχής του θανάτου στους νοσηλευτές της έρευνας αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα διαφυγής τους.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των παραγόντων «Αποδοχή θανάτου» και «Trait anxiety» ($p=0,016$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα αποδοχής του θανάτου στους νοσηλευτές του δείγματος αυξάνονται αντίστοιχα τα επίπεδα σταθερού άγχους της προσωπικότητάς τους.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση των διαστάσεων «Διαφυγή» και «Trait anxiety» ($p=0,004$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα διαφυγής αυξάνονται αντίστοιχα τα επίπεδα σταθερού άγχους της προσωπικότητας στους νοσηλευτές της έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

		ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΔΙΑΦΥΓΗ	STATE ANXIETY	TRAIT ANXIETY
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	1						*
	p	.						
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	,249*	1					
	p	0,012	.					
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	rho	0,045	0,118	1				
	p	0,655	0,24	.				
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	rho	,196*	,322**	0,158	1			
	p	0,049	0,001	0,115	.			

ΔΙΑΦΥΓΗ	rho	0,075	,261**	0,191	,527**	1		
	p	0,455	0,008	0,056	0,000	.		
STATE ANXIETY	rho	-0,112	0,123	0,04	0,047	0,092	1	
	p	0,265	0,222	0,69	0,643	0,359	.	
TRAIT ANXIETY	rho	,245*	0,032	0,191	,239*	,288**	0,101	1
	p	0,014	0,749	0,057	0,016	0,004	0,319	.

*Επίπεδο σημαντικότητας 5%

**Επίπεδο σημαντικότητας 1%

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα διπλωματική διατριβή με τίτλο «Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο. Μελέτη Περίπτωσης: Γενικό Νοσοκομείο Άρτας» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας απέναντι στον θάνατο και η συσχέτιση με το άγχος που αντιλαμβάνονται.

Σύμφωνα με τα ευρήματα οι νοσηλευτές εμφάνισαν μέτρια επίπεδα άγχους και φόβου του θανάτου. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών επιδρούν στα επίπεδα άγχους και στάσεων απέναντι στον θάνατο. Ειδικότερα, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών ενώ οι μεταβλητές τμήμα εργασίας και ύπαρξη παιδιών επιδρούν στα επίπεδα φόβου απέναντι στον θάνατο. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνονται και ορισμένα απορρίπτονται βάση των αποτελεσμάτων άλλων ερευνών.

Η παρούσα έρευνα δεν έβγαλε κάποια συσχέτιση μεταξύ των ετών εργασίας και της ηλικίας με τους παράγοντες άγχους και φόβο θανάτου. Στην έρευνα των Lange et al. (2008), χρησιμοποίησαν μια μεγάλη ομάδα νοσηλευτών που εργάζονταν σε ένα ογκολογικό κέντρο στην New York και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με περισσότερη επαγγελματική εμπειρία έτειναν να έχουν πιο θετική στάση προς το θάνατο και τη φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν. Οι Khader et al. (2010) αναφέρουν ότι η ηλικία και η πρόσφατη εμπειρία του θανάτου σχετίζονται σημαντικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι φροντίδα του θανάτου. Ακόμη, η μελέτη αυτή υποστηρίζει σθεναρά τις διαπιστώσεις του Dunn et al.(2005) όπου η αντιμετώπιση του θανάτου από μια προοπτική ουδετερότητας ή διαφυγής σχετίζεται με περισσότερο θετική στάση απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειές τους. Επειδή οι νοσηλευτές που εκτίθενται σε ασθενείς που πεθαίνουν

απαιτούν να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους υιοθετούν τελικά περισσότερο θετική στάση απέναντι στο θάνατο.

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και στην έρευνα των Gabrera et al. (2008) όπου ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία διαπιστώθηκε να έχουν θετική στάση απέναντι στον θάνατο. Πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία σε ανασκοπική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το άγχος θανάτου βρέθηκε να επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου όπως είναι τα συναισθήματα, η βιωματική, η γνωστική, η αναπτυξιακή, η κοινωνικο-πολιτισμική διαμόρφωση και η πηγή των κινήτρων (Lehto, 2009). Από την άλλη σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Μαλλιαρού και συν. (2011) μεταφράζοντας και σταθμίζοντας το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο – DAP-R- διαπιστώθηκε ότι υπήρξε χαμηλή θετική συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή θανάτου» με την ηλικία των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα όσο αυξάνεται η ηλικία των νοσηλευτών αυξάνονται αντίστοιχα και τα επίπεδα αποφυγής του θανάτου.

Στη μελέτη των Hasheesh et al. (2013), διαπιστώθηκε ότι οι νεότεροι νοσηλευτές καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα φόβου σε σχέση με τους ομολόγους τους μεγαλύτερης ηλικίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση των νοσηλευτών στην εμπειρία του θανάτου, τόσο μεγαλύτερη και η επίγνωση των συναισθημάτων τους. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι στην υποκλίμακα «Φόβος Θανάτου» οι νοσηλεύτριες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άντρες συναδέλφους τους, γεγονός που έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες και έχει αποδοθεί στην υψηλότερη επίπτωση αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες, συνεπώς και του φόβου του θανάτου.

Αναφορικά, με τον φόβο θανάτου διαπιστώθηκε ότι κάποιες κλινικές όπως η Παιδιατρική δεν είχαν την απαραίτητη εξοικείωση και μάλλον θεωρείται λογικό εφόσον είναι το τμήμα με τα λιγότερα ποσοστά θανόντων λόγω της ηλικίας τους. Με βάση ποσοτικές έρευνες που χρησιμοποιούν έγκυρα όργανα, τα αποτελέσματα της μελέτης των Peters, et al. (2013) έδειξαν ότι το επίπεδο άγχους θανάτου των νοσηλευτών που εργάζονταν γενικά σε νοσοκομεία, ογκολογία, νεφρική, νοσοκομειακή περίθαλψη ή σε κοινοτικές υπηρεσίες δεν ήταν υψηλό. Ορισμένες μελέτες έδειξαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών έναντι του θανάτου και της στάσης τους απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν.

5.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Όπως είναι αναμενόμενο όλες οι πρωτογενείς έρευνες υπάγονται σε ορισμένους περιορισμούς και αδυναμίες. Ειδικότερα, για την παρούσα έρευνα ένας πρώτος περιορισμός αποτελεί το δείγμα της έρευνας καθώς η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα δημόσιο νοσοκομείο και κατ' επέκταση τα αποτελέσματα της δεν δύναται να γενικευτούν στον ευρύ πληθυσμό των νοσηλευτών της χώρας. Επίσης το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα νοσοκομεία υγειονομικής περίθαλψης της χώρας δέχονται μεγαλύτερο ποσοστών ασθενών που καταλήγουν, με αποτέλεσμα η επίδραση του θανάτου στο συγκεκριμένο νοσηλευτικό προσωπικό να διαφέρει σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε άλλα μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά τη φύση του ερωτηματολογίου καθώς είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και οι νοσηλευτές κλήθηκαν να το συμπληρώσουν ατομικά. Αυτό συνεπάγεται ως ορισμένοι νοσηλευτές με φόβο μήπως στιγματιστούν ίσως απάντησαν ειλικρινώς και προσπάθησαν να αποφύγουν ορισμένες ερωτήσεις. Τέλος, μια αδυναμία της έρευνας προέρχεται από τη μη επανάληψη της δειγματοληψίας η οποία συνεπάγεται πιθανότητα ανεπαρκούς διάρκειας παρατήρησης λόγω έλλειψης ικανού χρονικού διαστήματος. Παρόλα αυτά στις ποσοτικές έρευνες η έλλειψη μετρήσεων σε διαφορετικές χρονικές περιόδους δεν είναι σπάνια και ως εκ τούτου δύναται να γίνει ανεκτή και στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

5.2. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Στην Ελλάδα οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και το άγχος από το φόβο θανάτου δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και ελάχιστες έρευνες καταγράφονται στις βάσεις δεδομένων. Με την παρούσα πρωτογενή ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε γίνεται προσπάθεια ώθησης των άλλων ερευνητών για περαιτέρω διερεύνηση των αντικειμένων και διεξαγωγή αποτελεσμάτων από περισσότερα δημόσια νοσοκομεία και περιοχές της χώρας. Μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια βάση δεδομένων όπου θα μπορούσαν να μελετηθούν τα ευρήματα και να συγκριθούν μεταξύ τους για την ασφαλή διεξαγωγή των απαιτούμενων προγραμμάτων που θα αποτελούν σημαντικό αρωγό για το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί τέτοιου είδους ζητήματα και κατ' επέκταση να προσφέρει τις απαιτούμενη φροντίδα στους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα συγχρονική έρευνα πραγματοποιήθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο της Άρτας και αφορούσε στη διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο. Ένα μεγάλο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να δέχεται τον θάνατο ενώ ένα εξίσου μεγάλο

μέρος δείχνει να τον φοβάται. Τα επίπεδα τόσο της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο όσο και του άγχους τους διαπιστώθηκαν σε μέτρια επίπεδα.

Όπως ήταν αναμενόμενο νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε κλινικές όπου ο αριθμός των θανάτων είναι μειωμένος όπως η Παιδιατρική κλινική, δεν δείχνουν ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με την ιδέα του θανάτου και κατ' επέκταση καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα φόβου απέναντι στον θάνατο. Όσον αφορά το βίωμα του θανάτου και τη συσχέτιση με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών προκύπτει ότι τόσο το φύλο και όσο η οικογενειακή κατάσταση επιδρούν στα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών ενώ το τμήμα εργασίας και η ύπαρξη παιδιών επηρεάζουν τα επίπεδα φόβου απέναντι στον θάνατο.

Ακόμη, αναφορικά με τη συσχέτιση της κλίμακας διερεύνησης των στάσεων απέναντι στον θάνατο και την κλίμακα άγχους διαπιστώθηκαν αρκετές θετικές συσχετίσεις. Σύμφωνα με αυτό το εύρημα, για τους νοσηλευτές της έρευνας, φαίνεται ότι η στάση τους απέναντι στον θάνατο επιδρά στα επίπεδα παροδικού άγχους καθώς και σταθερού άγχους της προσωπικότητας καθώς και το αντίστροφο.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να προταθούν και αντίστοιχες λύσεις με στόχο τη βελτίωση της στάσης και της αντίληψης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο και τη διαχείριση του άγχους τους. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης στα πλαίσια του νοσοκομείου όπου το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορεί να μοιράζεται τις σκέψεις τους και τους φόβους του απέναντι στον θάνατο και τη ζωή. Ιδίως στα τμήματα και τις κλινικές όπου οι νοσηλευτές έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με τον θάνατο, να υπάρχει ψυχολόγος ο οποίος θα υποστηρίζει τόσο τους ασθενείς και τους συγγενείς όσο και τους νοσηλευτές. Τέλος, πρέπει να υπάρχει η απαιτούμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διαχείριση του θανάτου και του προβλεπόμενου άγχους, τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο όσο και μετέπειτα στο χώρο εργασίας τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abu Sharour, L. (2017). Nurses' students' attitudes toward death and caring for dying cancer patients during their placement. *EuroMediterranean Biomedical Journal*, 12, 189-193.
- Albers, G., Francke, A. L., de Veer, A. J. E., Bilsen, J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 4–9. doi:10.1016/j.pec.2013.09.018
- American Geriatrics Society (AGS) (2007). *Position Statement. The care of dying patients*. AGS Ethics Committee. Last Updated 2007 www.American Geriatric Society.com
- Anderson, N.E., Kent, B., Owens, R.G. (2015). Experiencing patient death in clinical practice: nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 695-704. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005.
- Bellali T., Giannopoulou I., Tsourti Z., Malliarou M., Sarafis P., Minasidou E. et al. (2018). Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. *Journal of Nursing Measurement*, 26(2), 264-77.
- Brodbeck, Kerry & Duphily, Nancy. (2019). Death and Dying: A Nursing Focus on the Care of the Patient. *Universal Journal of Public Health*, 7, 138-143. 10.13189/ujph.2019.070307.
- Byock, I. (2002). The Meaning and Value of Death. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 279–288. doi:10.1089/109662102753641278
- Coyne, P., Mulvenon, C., & Paice, J. A. (2018). American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Management Nursing*, 19(1), 3–7. doi:10.1016/j.pmn.2017.10.019
- Desjarlais, R. (2016). *Subject to Death: Life and Loss in a Buddhist World*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Díaz Tobajas, M. C., Juarros Ortiz, N., García Martínez, B., & Sáez Gavilán, C. (2016). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 16(1), 246. doi:10.6018/eglobal.16.1.232221
- Dunn K.S., Otten C., Stephens E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32(1):97-104. doi: 10.1188/05.ONF.97-104.

- Fountoulakis K.N., Papadopoulou M., Kleanthous S., Papadopoulou A., Bizeli V., Nimatoudis I., Iacovides A. and Kaprinis G.S. (2006) Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, 5(2), 1-10
- Gabrera, M., Gutiérrez, M.Z., Escobar, J.M. (2008). Professional nurse attitude towards the death of patients, *Ciencia Y Enfermería*, XV(1), 39-48
- Gama, G., Barbosa, F. & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International journal of palliative nursing*, 18, 267-73. 10.12968/ijpn.2012.18.6.267
- Gorchs-Font, N., Ramon-Aribau, A., Yildirim, M., Kroll, T., Larking, P., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Nursing students' first experience of death: identifying mechanisms for practice learning. A realist review. *Nurse Education Today*, 96, 104637. doi:10.1016/j.nedt.2020.104637
- Guillén-Riquelme, A., Buela, CG. (2014). Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI). *Revista Española de Salud Pública*, 88(1):101-112
- Hasheesh, M.O., AboZeid, S., El-Said, S. & Alhujaili, A.D.. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7, 384-394.
- Hasheesh, M.O., AboZeid, S., El-Said, S. & Alhujaili, A.D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7, 384-394.
- Kent, B., Anderson, N.E., Owens, R.G. (2012). Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1255-65. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005.
- 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. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 1-9,
- Lange, M., Thom, B., Kline, N.E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum.*, 35(6),955-9. doi: 10.1188/08.ONF.955-959.
- Lehto, R.H., Stein, K.F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract.*, 23(1), 23-41. doi: 10.1891/1541-6577.23.1.23.

- Mathieson, A., Grande, G. & Luker, K. (2018). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*. 20. 1-11. 10.1017/S1463423618000488.
- Melo, C.G., Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *J Palliat Care*, 27(4):287-95.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(1), 2–10.
- Ortman, J. M., Velkoff, V. A & Hogan, H. (2014). *An aging nation: The older population in the United States: Population estimates and projections*. United States Census Bureau.
- 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. doi: 10.2174/1874434601307010014.
- Sherman, D.W., Matzo, M.L., Rogers, S., McLaughlin, M., Virani, R. (2002). Achieving quality care at the end of life: a focus of the End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) curriculum. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 18(5):255-262. DOI: 10.1053/jpnu.2002.129229.
- Sharif Nia, H., Ebadi, A., Lehto, R.H., Peyrovi, H. (2015). The experience of death anxiety in Iranian war veterans: a phenomenology study. *Death Stud.*, 39(1-5), 281-7. doi: 10.1080/07481187.2014.991956.
- Terzioglu, F., & Uslu Sahan, F. (2015). Palliative Care to the Cancer Patient: Turkish Nurses' Perspectives. *Journal of Palliative Care & Medicine*, s5. doi:10.4172/2165-7386.1000s5004
- Tomasini, F. (2017). What and When Is Death? *Remembering and Disremembering the Dead*, 7–20. doi:10.1057/978-1-137-53828-4_2
- Wafaa Gameel, M.A., Nahed Saied, A. (2010). Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals, *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 16-23.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., Gesser, G. (1994) *Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death*. In: Neimeyer, R. A. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 121–148.

- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320–330. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013
- Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1):288-96. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009.
- Zyga, S., Mazarakou, C., Koinis, A., Alicari, V., Christopoulou, G. & Malliarou, M. (2015). Death Management. Regional Nurses and Doctors' Attitudes and Beliefs: The Case of a District Hospital in Greece. *International Journal of Occupational ealth & Public Heanth Nursing*, 2, 29-45.
- Αμαλλου, Π., Κατσουλάκη, Ε., Χιλιαρχάκη, Π. (2020). *Η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο*. Διπλωματική Διατριβή, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστήμων Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Malliarou, M. (2014). Η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας από την επαφή με τον θάνατο. Conference: 25 *Ιατρικό Συνέδριο Ενόπλων Δυνάμεων*, Θεσσαλονίκη.
- Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σεραφείμ, Τ., Σωτηριάδου, Κ., Θεωδοσοπούλου, Ε. (2011). Death Attitude-Revised (DAP-R) – Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στον θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(4), 14-26.
- Σκλάβου, Μ. (2015). *Πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές το θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν*. Διπλωματική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστήμων Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Σταφυλά, Β., Στράγκα, Δ., Τριανταφύλλου, Γ. (2016). *Το πένθος στη νοσηλευτική επιστήμη*. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τίτλος έρευνας: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΆΡΤΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ»

Ερευνητές: ΘΩΜΑΣ ΣΚΟΝΔΡΑΣ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Επιβλέπων καθηγητής: ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε μια έρευνα για της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Άρτας απέναντι στον θάνατο και συσχέτιση με το άγχος, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της συμπλήρωσης του παρόντος ερωτηματολογίου.

Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Υπολογίζουμε ότι δεν θα χρειαστείτε παραπάνω από 10 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις στην

συμπλήρωση του. Για περισσότερες πληροφορίες ή τυχόν απορίες που μπορεί να προκύψουν σχετικά με την παρούσα έρευνα, μην διστάσετε να επικοινωνήσετε τηλεφωνικά με τους Ερευνητές (6942650090) ή να στείλετε e-mail (1970tomsko@gmail.com).

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία και τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση,

Θωμάς Σκόνδρας

Μεταπτυχιακοί Φοιτητές

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕΡΕΥΝΑΣ

I. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. ΒΑΣΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ:

- Νοσηλεύτης ΔΕ
- Νοσηλεύτης ΤΕ
- Νοσηλεύτης ΠΕ

2. ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

3. ΦΥΛΟ:

- Άντρας
- Γυναίκα

4. ΗΛΙΚΙΑ:

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Άγαμος/η
- Συμβίωση
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

6. ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:.....

II. ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP – R

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έναν αριθμό από προτάσεις σχετικά με διαφορετικές συμπεριφορές προς το θάνατο. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και μετά αποφασίστε το πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε. Για παράδειγμα σε ένα σημείο μπορεί να διαβάσετε: «ο θάνατος είναι φίλος» Καθορίστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα.

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

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

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

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					

8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ ΣΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ

25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθανάτο ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
	ΣΑ					

III. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ STAI

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4

6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρική/τητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚ ΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4

33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



24.03.2021 09:15:54
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
Μαρία
Κατσολήρου

Πάτρα, 23/03/2021

Α. Π.: 16045

Απάντηση στο έγγραφο: 16045

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Μ. Τζαμουλία
Τηλέφωνο : 2613 -600578
e-mail : m.tzamouria@dypede.gr

ΠΡΟΣ

- Γ.Ν. ΑΡΤΑΣ
- ΣΚΟΝΔΡΑΣ ΘΩΜΑΣ
(Μεταπτυχιακού Φοιτητή του
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: Το υπ' αριθμ. 5831/12.03.2021 έγγραφο του Γ.Ν. Άρτας

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού εγγράφου και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. πράξη 05/18%/04.03.2021 γνωμοδότηση Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας, εγκρίνουμε στον υποψήφιο μεταπτυχιακό φοιτητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. *ΣΚΟΝΔΡΑ ΘΩΜΑ* τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, με τη χρήση ερωτηματολογίου στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της με θέμα: «Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Άρτας απέναντι στον θάνατο και συσχέτιση με το άγχος», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνετε η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: (ΠΜΣ) ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
Ταχυδ. Δ/ση : ΓΑΙΟΠΟΛΙΣ- Περιφερειακή Οδός Λαρίσης-Τρικάλων
Τ.Κ. : 41500-ΛΑΡΙΣΑ
Τηλέφωνο : 2410684449-256
Πληροφορίες : Τσακιστάρα Κατερίνα

ΛΑΡΙΣΑ, 24/2/2021

Αριθμός Πρωτ : 123/25-02-2021

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

Βεβαιώνεται ότι:

Ο ΣΚΟΝΔΡΑΣ ΘΩΜΑΣ του ΓΕΩΡΓΙΟΥ (Α.Μ. 7019025)- (Α.Γ.Μ. Μ015119025) είναι Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, του Γενικού Τμήματος Λάρισας. Βρίσκεται χρονολογικά στο Γ' εξάμηνο για την ΧΕΙΜ περίοδο του ακαδημαϊκού έτους 2020-2021.

Εγγράφηκε για πρώτη φορά ως Μεταπτυχιακός Φοιτητής το ακαδημαϊκό έτος 2019-2020 (ΧΕΙΜ)
Η φοίτηση είναι πλήρης, συνεχής και υποχρεωτική.
Η ελάχιστη διάρκεια σπουδών είναι (4) εξάμηνα.

Το (ΠΜΣ) ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, εντάσσεται στο Γενικό Τμήμα Λάρισας, σύμφωνα με το Άρθρο 22, παρ.3 του Ν.4589/2019 (ΦΕΚ 13/Α/29-1-2019)

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται μετά από αίτησή του για να την χρησιμοποιήσει για κάθε νόμιμη χρήση.

Βεβαιώνεται ότι ο κ. Σκόνδρας Θωμάς είναι υποχρεωμένος στα πλαίσια του Δ' εξαμήνου να υλοποιήσει την Διπλωματική του Εργασία με θέμα: "Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Άρτας απέναντι στον θάνατο και συσχέτιση με το άγχος" και θα χρειαστεί να μοιράσει ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν.Άρτας.

Η Διευθύντρια
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών



Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Καθηγήτρια