



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ
ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ, ΣΕ
ΤΜΗΜΑΤΑ ΒΑΡΕΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.”**

**ΧΑΛΑΤΣΑΚΟΥ Γ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Μ.Ε.Θ. - ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
(Α.Μ. 040620022)**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΦΡΑΔΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ**

ΛΑΡΙΣΑ, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**“THE ATTITUDE OF THE NURSING STAFF TOWARDS DEATH
AND ITS MENTAL BURDEN, IN UNITS WITH PATIENTS IN
SEVERE CONDITION.”**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	σελ.5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.6
ABSTRACT	σελ.7
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ.10
B. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	σελ.11
Κεφάλαιο 1^ο: Ανάλυση των εννοιών θάνατος και πένθος	σελ.11
1.1. Θάνατος	σελ.11
1.2. Θλίψη	σελ.11
1.3. Πένθος	σελ.12
1.3.1. Πέντε στάδια πένθους.....	σελ.13
1.3.2. Οδηγίες διαχείρισης πένθους.....	σελ.15
Κεφάλαιο 2^ο: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο	σελ.16
2.1. Η πρώτη επαφή του νοσηλευτή με τον θάνατο.....	σελ.17
2.2. Νοσηλευτική προσέγγιση του θανάτου σε τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών.....	σελ.18
2.3. Ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής.....	σελ.18
2.4. Μηχανισμοί άμυνας απέναντι στον θάνατο.....	σελ.19
2.5. Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα.....	σελ.20
Κεφάλαιο 3^ο: Η ψυχική επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού	σελ.22
3.1. Ο ορισμός της ψυχικής υγείας.....	σελ.22
3.2. Ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών.....	σελ.22
3.3. Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.....	σελ.23
3.4. Ψυχική επιβάρυνση κατά την πανδημία Covid-19.....	σελ.24
3.5. Τεχνικές διαχείρισης του πένθους και της ψυχικής επιβάρυνσης για τους νοσηλευτές.....	σελ.26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ.28
Γ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	σελ.29
1. Μεθοδολογία της έρευνας.....	σελ.29
2. Αντιληπτικό περίγραμμα της έρευνας.....	σελ.29
3. Καθορισμός του δείγματος.....	σελ.31
4. Συλλογή δεδομένων	σελ.32
5. Ημιδομημένη συνέντευξη.....	σελ.33
6. Ανάλυση δεδομένων	σελ.34
7. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας.....	σελ.35
7.1. Δημιουργία κατηγοριών θεματικών ενοτήτων.....	σελ.35
7.2. Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων.....	σελ.36

7.2.1. 1 ^η Θεματική ενότητα “Στρατηγικές Αντιμετώπισης”.....σελ.36	σελ.36
7.2.2. 2 ^η Θεματική ενότητα “Ψυχική επιβάρυνση”.....σελ.41	σελ.41
7.2.3. Ανακεφαλαίωση των αποτελεσμάτων.....σελ.43	σελ.43
8. Συζήτηση.....σελ.44	σελ.44
9. Συμπεράσματα.....σελ.48	σελ.48
Δ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.49
Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ.54

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Φραδέλο για την υπομονή και την βοήθεια , για να στήσω αυτή την ποιοτική εργασία. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση του νοσοκομείου, Γ. Ν. Καρδίτσας, αλλά και το προσωπικό του που με βοήθησε να πραγματοποιήσω την έρευνα.

Μέσα από αυτή την μελέτη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου, τα παιδιά μου και την μητέρα μου, για την στήριξη και την υπομονή τους, ώστε να ολοκληρώσω αυτό το ταξίδι της μάθησης και της μελέτης.

Επίσης αυτή την μελέτη την αφιερώνω στον πατέρα μου, που δυστυχώς δεν είναι κοντά μου πια για να δει ολοκληρωμένη την μελέτη μου.

Χαλατσάκου Γ. Ευαγγελία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η θλίψη και η απώλεια είναι κάτι που όλοι οι νοσηλευτές βιώνουν στην επαγγελματική τους ζωή. Άλλοι λιγότερο συχνά και άλλοι περισσότερο, ανάλογα με το τμήμα όπου εργάζονται. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, έρχονται σχεδόν καθημερινά σε επαφή με τον θάνατο των ασθενών και σε συνεχή έκθεση στον πόνο και τα συμπτώματα, με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να φορτίζονται συναισθηματικά και ψυχικά. Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν αυτή την αγχωτική εμπειρία της φροντίδας και αντιμετώπισης ενός ετοιμοθάνατου ασθενούς, χρειάζονται εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη (από τους ανωτέρους αλλά και από ειδικούς) και ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας. Βέβαια, ο φόρτος εργασίας, η συχνότητα των θανάτων των ασθενών και το συναισθηματικό κόστος, οδηγούν στην ψυχική επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού και εν συνεχεία στην επαγγελματική εξουθένωση.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνήσουμε την στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, απέναντι στον θάνατο των ασθενών σε τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών και η επίδραση που μπορεί να έχει ο θάνατος στην ψυχική τους υγεία.

Μεθοδολογία: Το δείγμα του πληθυσμού που επιλέχτηκε για αυτή την έρευνα είναι 12 νοσηλευτές από το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, όπου εργάζονται σε τμήματα που νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Πραγματοποιήθηκαν 12 ολοκληρωμένες και εγκεκριμένες συνεντεύξεις στον χώρο εργασίας τους. Έπειτα έγινε καταγραφή των συνεντεύξεων και αφού αναγνώστηκαν αρκετές φορές κωδικοποιήθηκαν και χωρίστηκαν σε δυο Θεματικές Ενότητες και έπειτα σε υποενότητες.

Αποτελέσματα: Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες με μέσω όρο ηλικίας τα 41,5 έτη και εργασιακή εμπειρία από 2-28 έτη. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν τις εμπειρίες τους με τον θάνατο σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο, αλλά και την ψυχική τους επιβάρυνση λόγω των συχνών θανάτων και της δυσκολίας των τμημάτων αυτών. Τα αποτελέσματα με βάση τις θεματικές ενότητες και τα υποθέματα σχετίζονται με στρατηγικές αντιμετώπισης του πένθους και των συναισθημάτων και η ανάγκες για επιπλέον εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη, συζητούνται συνεχώς. Η δύσκολες καταστάσεις όπου αντιμετωπίζουν καθημερινά οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι με τα χρόνια εμπειρίας οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν διαφορετικά τον θάνατο των ασθενών. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό από τους συνεντευξιζόμενους θεωρούν επιτακτική την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κίνητρα για να μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση λόγω της δυσκολίας των τμημάτων αυτών.

Λέξεις κλειδιά: θάνατος, πένθος, νοσηλευτικό προσωπικό, στάση των νοσηλευτών στον θάνατο, επαγγελματική εξουθένωση, παρηγορητική φροντίδα.

ABSTRACT

Introduction: Grief and loss is something that all nurses experience in their professional lives. Some less often and others more, depending on the department where they work. Nurses who work in wards with critically ill patients are in almost daily contact with the death of patients and in constant exposure to pain and symptoms, as a result of which they are most often emotionally and mentally charged. In order for nurses to cope with this stressful experience of caring for and dealing with a dying patient, they need training, psychological support (from superiors as well as specialists) and the development of defense mechanisms. Of course, the workload, the frequency of patient deaths and the emotional cost lead to the mental burden of the nursing staff and subsequently to professional burnout.

Aim: The purpose of this research work is to investigate the attitude of nursing staff towards the death of patients in intensive care units and the effect that death can have on their mental health.

Methodology: The sample of the population selected for this research is 12 nurses from Karditsa's General Hospital, where they work in departments that treat critically ill patients. 12 completed and approved interviews were conducted at their workplace. Then the interviews were recorded and after they were read several times they were coded and divided into two Thematic Units and then subsections.

Results: All participants were women with a mean age of 41.5 years and work experience from 2-28 years. The participants describe their experiences with death on a personal and professional level, but also their mental burden due to the frequent deaths and the difficulty of these parts. Results based on themes and sub-themes related to coping strategies for bereavement and emotions, and the need for additional education and psychological support, are continuously discussed. The difficult situations they face every day lead to burnout.

Conclusion: The results of the research showed that with years of experience, nurses deal differently with the death of patients. Also, the majority of interviewees consider the need for psychological support and continuing education and motivation to reduce burnout due to the difficulty of these departments to be imperative.

KEYWORDS: death, bereavement, nursing staff, nurses' attitude to death, burnout, palliative care.

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι αναπόφευκτα ένα από τα πιο απαιτητικά και αγχωτικά επαγγέλματα που υπάρχουν (1). Η φροντίδα του ασθενούς είναι το κυριότερο μέλημα του νοσηλευτή, όπως και η διαχείριση του θανάτου του ασθενούς είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της εργασίας του. Από πολύ νωρίς ο νοσηλευτής, ακόμα και από τα φοιτητικά του χρόνια, έχει να αντιμετωπίσει τον θάνατο του ασθενούς, αφού είναι αυτός που έχει την πιο συχνή επαφή με τον ασθενή (2). Ειδικά στα τμήματα βαρέων πασχόντων, ο θάνατος των ασθενών είναι πολύ συχνό φαινόμενο και έχουν να αντιμετωπίσουν και την σωματική αλλά και την συναισθηματική ταλαιπωρία που προκύπτει από την εργασία τους. Αυτό προκαλεί έντονο άγχος, εσωτερικό πένθος και ψυχική επιβάρυνση του προσωπικού που οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (3).

Ως επαγγελματική εξουθένωση μπορούμε να περιγράψουμε το σύνδρομο που περιέχει τρεις κατηγορίες: την συναισθηματική φόρτιση, την αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική επίδοση (1). Στους νοσηλευτές, οφείλεται κυρίως στην συνεχή έκθεση στον πόνο του ασθενούς, στην αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών, στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στις επαγγελματικές συγκρούσεις κ.τ.λ. (4,5). Έτσι λοιπόν, το αποτέλεσμα είναι να οδηγούνται στην απόμακρη ή αδιάφορη στάση απέναντι στην εργασία τους και νιώθουν μειωμένη αίσθηση της προσωπικής τους επιτυχίας. Αισθάνονται κόπωση, δεν απολαμβάνουν τα αγαθά της ζωής και κάποιοι οδηγούνται στην κατάθλιψη, στην χρήση ουσιών ή/και αλκοόλ, έχουν επιπτώσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην οικογένεια, αλλαγές στον ύπνο και στην όρεξη, ενώ μπορούν να αναπτυχθούν αρνητικές σκέψεις και αυτοκτονικές τάσεις (3). Όλα αυτά έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την μειωμένη παροχή υπηρεσιών στον ασθενή και το αίσθημα μη ικανοποίησης του, όπως επίσης μπορεί να οδηγήσει σε λάθη που μπορούν να αποβούν μοιραία για τον ασθενή (4,6).

Κάθε επαγγελματίας υγείας βιώνει διαφορετικά τον θάνατο, ανάλογα με τις εμπειρίες του, την προσωπικότητά του και την εκπαίδευσή του. Ο θάνατος παίρνει την μορφή ήττας και αποτυχίας με αποτέλεσμα στους περισσότερους να δημιουργούνται έντονα συναισθήματα, όπως αυτό της θλίψης και της απογοήτευσης. Κάποιοι ακόμα, νιώθουν έντονη αποστροφή για το επάγγελμα που επέλεξαν, ενώ μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, για την στρατηγική αντιμετώπισης της συναισθηματικής και σωματικής απόσυρσης από τους ασθενείς ερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με την δυσκολία αντιμετώπισης της απώλειας του ασθενούς όπως: α)η ηλικία του ασθενούς β)η προσδοκία ίασης, γ)η πρώτη εμπειρία δ)ο αιφνίδιος θάνατος, ε)η ταυτοποίηση με τον ασθενή και στ) οι στενές σχέσεις με τον ασθενή (7).

Σε μια ακόμα μελέτη από το Ισραήλ, προκύπτουν όμοια αποτελέσματα για τους επαγγελματίες υγείας, με την διαφορά ότι σε αυτή την μελέτη στηρίζονται και στην θετική πλευρά του θανάτου και την καλύτερη προοπτική για το μέλλον, όπως να ξεκαθαρίσουν τι είναι σημαντικό γι' αυτούς και δίνεται κίνητρο βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών. Επίσης, στην ίδια μελέτη αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες εκφράζουν πιο ανοιχτά τα συναισθήματά τους και αναφέρουν πιο έντονα το αίσθημα της θλίψης και της συναισθηματικής δυσφορίας στον θάνατο, απ' ότι οι άντρες νοσηλευτές. Παρ' όλα αυτά όταν η

επαγγελματική εξουθένωση εντοπίζεται σε υψηλά επίπεδα στους άντρες, φάνηκε ότι είναι πιο ευάλωτοι και εκφράζουν και αυτοί θλίψη και στεναχώρια (7).

Σημαντικό για να αντιμετωπιστούν έγκαιρα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και της διαχείρισης των συναισθημάτων που προκαλεί ο θάνατος, είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού (8) καθώς και θα βοηθήσει να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας αλλά και στρατηγικές αντιμετώπισης και προετοιμασίας για την φροντίδα ασθενών που οδεύουν στον θάνατο. Έτσι μαθαίνει να διαχειρίζεται το πένθος και την θλίψη. Η ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς θα έπρεπε να είναι δεδομένη, ενώ διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η επικοινωνία με τον προϊστάμενο του τμήματος (λόγω μεγαλύτερης εμπειρίας), η συζήτηση με τους φίλους και την οικογένεια, η αλλαγή παραστάσεων για την αποφόρτιση από την εργασία και η αποφυγή σκέψεων για τους ασθενείς εκτός εργασίας, καθώς ακόμα και η θρησκεία βοηθούν στην καλύτερη στάση απέναντι σε όλη αυτή την αγχωτική κατάσταση (2,7,9). Οι νοσηλευτές όταν αντιμετωπίζουν επαρκώς τα συναισθήματα της θλίψης, του άγχους και της όλης κούρασης και ταλαιπωρίας, είτε ψυχικής είτε σωματικής, λαμβάνουν την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση της βοήθειας που παρέχουν στους ασθενείς τους (4) .

Έτσι λοιπόν, μέσα από αυτήν την ποιοτική μελέτη θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε την στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, απέναντι στον θάνατο των ασθενών, σε τμήματα όπου νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Επίσης σημαντικό είναι να δούμε την επίδραση που μπορεί να έχει ο θάνατος στην ψυχική υγεία του προσωπικού. Θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται και να δοθούν προτάσεις ώστε να υπάρχει μια καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων αλλά και του ίδιου του θανάτου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΠΟΠΗΣΗ

Κεφάλαιο 1^ο: Ανάλυση των εννοιών θάνατος και πένθος

1.1. Θάνατος

“Θάνατος: Είναι η οριστική παύση όλων των βιολογικών λειτουργιών που είναι απαραίτητες για την διαβίωση ενός οργανισμού.” (Μπαμπινιώτης)

Ο θάνατος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής. Σύμφωνα με τον Όμηρο, ο Θάνατος ήταν αδερφός του Ύπνου, δηλαδή ήταν μέρος της ζωής, και όταν συνέβαινε ήταν δώρο από τους Θεούς αρκεί να μην ήταν ατιμωτικός. Στην σύγχρονη κουλτούρα, ο θάνατος ορίζεται ως ένα διπλό φαινόμενο: τρομακτικός, επαίσχυντος, αποκρουστικός και συνάμα συναρπαστικός (2).

Η διαχείριση του θανάτου είναι μια πολύ δύσκολη κατάσταση για τον άνθρωπο, διότι κανείς δεν είναι συμβιβασμένος με τον θάνατο, και πάντα αποφεύγετε η συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα. Η έννοια του θανάτου και οι απαντήσεις που αναζητούμε για τον θάνατο διαφέρουν ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις αξίες, τα ήθη και τα έθιμα (10). Όλοι οι άνθρωποι θα βιώσουν κάποια στιγμή στην ζωή τους την θλίψη και την απώλεια. Όμως, ο καθένας εμφανίζει διαφορετικούς τρόπους ανοχής και αντιμετώπισης του θανάτου. Οι τρόποι αυτοί εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου, το είδος της απώλειας, οι ψυχικοί μηχανισμοί άμυνας που διαθέτει, οι στάσεις που έχει διαμορφώσει, οι δεξιότητες που έχει αναπτύξει και οι εμπειρίες που έχει αποκτήσει και έχει να κάνει με την επικοινωνία, την άσκηση δύναμης και το συναισθηματικό κομμάτι που επικρατεί. Ο θάνατος, δεν χαρακτηρίζει μόνο την απώλεια ενός ανθρώπου, αλλά μπορεί να είναι: το τέλος μιας σχέσης, η απώλεια μια δουλειάς, η απώλεια ενός αντικειμένου και πολλά άλλα (11).

1.2. Θλίψη

Η απώλεια συνοδεύεται πάντα από έντονα συναισθήματα όπως: θλίψη, άγχος, ανησυχία, φόβο, απογοήτευση, θυμό και άλλα επώδυνα συμπτώματα. Αυτά σε συνδυασμό με τις επίπονες σκέψεις και αναμνήσεις επιτείνουν ακόμη περισσότερο τη θλίψη και την απελπισία του καθενός. Η θλίψη, όσο έντονη κι αν είναι, δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα δυσάρεστο γεγονός (όπως ο θάνατος) ή σε μια αρνητική σκέψη που μπορεί να μας περάσει από το μυαλό. Η θλίψη είναι μια φυσική απάντηση στην απώλεια και αυτό το αίσθημα μπορεί να διαγράψει μια σοβαρή και παρατεταμένη πορεία,

που όμως τις περισσότερες φορές είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση του πένθους. Επίσης, η θλίψη εντοπίζεται σε διάφορα στάδια και κάθε άνθρωπος έχει ξεχωριστές εμπειρίες και αντιδράσεις (11,12,13). Το 1961, ο George Engel, περιέγραψε την θλίψη: “Η θλίψη είναι η απόκλιση από μια υγιή ή φυσιολογική κατάσταση” και υποστήριξε ότι “οι άνθρωποι αναρρώνουν από αυτή την παθολογική κατάσταση στο φυσιολογικό με τρόπο παρόμοιο με την διαδικασία ανάρρωσης από ένα έγκαυμα” (12). Τα συμπτώματα της θλίψης, που παραμένουν πολύ έντονα για πάρα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα περιγράφουν μια παρατεταμένη διαταραχή θλίψης (Prolonged Grief Disorder- PGD) (13).

Τα βασικά συμπτώματα της PGD, είναι η έντονη λαχτάρα ή ενασχόληση με τον αποθανόντα σε συνδυασμό με τον έντονο συναισθηματικό πόνο που σχετίζεται με την απώλεια (πχ. δυσκολίες αποδοχής του θανάτου, θυμός ή πικρία, μια αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει νόημα), μούδιασμα, απιστία στο θάνατο, θυμό, αδικία, κλάμα, κενό, έντονο συναισθηματικό πόνο, και αδυναμία να βιώσετε θετική διάθεση. Η επίπτωση της PGD διαφέρει από άλλες ψυχικές διαταραχές και την κατάθλιψη. Για να ξεπεραστεί η περίπλοκη και παρατεταμένη διαταραχή θλίψης, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που χρειάζονται περιλαμβάνουν συνήθως γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, ολιστική θεραπεία Gestalt και υποστήριξη από ειδικούς και οικογενειακό περιβάλλον (13,14).

1.3. Πένθος

Το πένθος είναι μια φυσική και απαραίτητη διαδικασία για τη ζωή ενός ανθρώπου, αφού βοηθάει στην “επούλωση” ενός τραύματος, μετά από μια απώλεια και περιλαμβάνει ένα πλήθος έντονων συναισθημάτων, σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικών και νοητικών διεργασιών (15). Αυτά είναι:

- *Συναισθήματα:* θλίψη, θυμός, ενοχή, φόβος, άγχος, το αίσθημα της μοναξιάς και της αδυναμίας, το σοκ, τη λαχτάρα για επανασύνδεση με το άτομο που πέθανε, μούδιασμα, και ανακούφιση.
- *Σωματικά συμπτώματα:* το σφίξιμο στο στήθος ή στο λαιμό, η ξηρότητα του στόματος, οι στομαχικές διαταραχές, η αυξημένη ευαισθησία στους θορύβους, το λαχάνιασμα, η μυϊκή αδυναμία, και γενικότερα η έλλειψη ενεργητικότητας ή και κόπωση, διαταραχή της όρεξης, αφηρημάδα, τάση απόσυρσης, διάχυτη ανησυχία, κλάμα, αποφυγή/αναζήτηση καταστάσεων που θυμίζουν τον αγαπημένο, και όνειρα σχετικά με αυτόν.
- *Νοητικές και ψυχικές διεργασίες:* η δυσπιστία, η σύγχυση, η συνεχής προσήλωση στις ίδιες σκέψεις, και η αίσθηση ακόμα της παρουσίας του ατόμου που έχει πεθάνει (16).

Είναι μια αρκετά δύσκολη διαδικασία το πένθος, με πολλά σκαμπανεβάσματα, που πρέπει κάποιος να βιώσει ώστε να φτάσει στο σημείο να ξεπεράσει την απώλεια και τον θάνατο. Όπως λέει και ο Αρχαίος Έλληνας ποιητής, Μένανδρος, “*Πάντων ιατρός των αναγκαίων κακών χρόνος εστί*” δηλαδή, ο χρόνος είναι γιατρός όλων των κακών που επιβάλλονται από τις ανάγκες. Έτσι και στην διαδικασία του πένθους, ο χρόνος είναι αυτός που βοηθά και με το πέρασμά του, ο πόνος ξεθωριάζει και μένει η ανάμνηση εκείνων που “έφυγαν”.

Για τον καθένα μας, ο θάνατος είναι μια μοναδική και διαφορετική εμπειρία. Παρόλο που θεωρείται φυσική εξέλιξη της ζωής, εξακολουθεί να είναι μια αρνητική εμπειρία για τους περισσότερους ανθρώπους που συνοδεύεται από σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Όλοι κάποια στιγμή, θα πενήθουμε για μια απώλεια, με την μόνη διαφορά ότι ο κάθε άνθρωπος λειτουργεί διαφορετικά στα συναισθήματα και υιοθετεί δικούς του μηχανισμούς άμυνας. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και από ειδικούς, καθώς και ο χρόνος -όπως είπαμε παραπάνω- και το υγιές περιβάλλον θα τον βοηθήσουν να βγει από αυτή την ψυχοφθόρα κατάσταση. Η διαδικασία του πένθους μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες ή και χρόνο για την αποδοχή του θανάτου (15).

Η Dora Black, έχει αναφέρει ότι αν κάποιος δεν θρηνήσει κατά την διάρκεια του πένθους, η ζωή του θα επηρεαστεί με άλλους τρόπους. Αν ο πενθών είναι παιδί, μπορεί να ανασταλθεί ακόμα και η ανάπτυξη του, ενώ ο ενήλικας μπορεί να λειτουργήσει με άσχημο τρόπο και σε μικρότερες απώλειες που μπορεί να έρθουν αργότερα στην ζωή του (17,18).

Το 1969 η ψυχίατρος Elisabeth Kübler – Ross, άρχισε να μιλάει για στάδια στο πένθος, βασισμένη σε μελέτες γύρω από τα συναισθήματα ασθενών με ανίατες αρρώστιες, ενώ αργότερα παρατήρησε ότι μέσα από αυτά τα ίδια στάδια περνάμε και σε άλλες φάσεις της ζωής μας που χαρακτηρίζονται από αρνητικούς παράγοντες. Αυτά τα στάδια δεν είναι τίποτα άλλο παρά οι αντιδράσεις των ανθρώπων που περνούν από την διαδικασία του πένθους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι όλοι περνούν σταδιακά μέσα από αυτά υποχρεωτικά και με την ίδια σειρά, αλλά ούτε ότι χρειάζεται επίσης ο κάθε άνθρωπος να περάσει και τα πέντε αυτά στάδια για να βγει από το πένθος του. Όπως επίσης, κάποιοι άνθρωποι δεν χρειάζονται καν να περάσουν από αυτά τα πέντε στάδια για να βγουν από το πένθος. Τα πέντε αυτά στάδια είναι 1)Άρνηση 2)Θυμός 3)Διαπραγμάτευση 4)Κατάθλιψη 5)Αποδοχή.

1.3.1. Πέντε στάδια πένθους

ΑΡΝΗΣΗ: Άρνηση της πραγματικότητας. Αποτελεί το πρώτο στάδιο του πένθους, όπου ο πενθών δεν μπορεί να δεχτεί την νέα κατάσταση στην ζωή του μετά την απώλεια – θάνατο. Αρνείται ότι συμβαίνει στον ίδιο και ότι είναι πραγματική. Χρειάζεται χρόνο για να δεχτεί την απώλεια. Υπάρχει μπλοκάρισμα των συναισθηματικών αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις ποικίλουν από άτομο σε άτομο και παρατηρούνται τάσεις φυγής, συναισθηματική κατάρρευση, αδράνεια, ανάσυρση αναμνήσεων και βιωμάτων, αναζητούν λεπτομέρειες για τον θανόντα, παρατηρείται προσκόλληση σε αντικείμενα και μέρη και πολλές άλλες. Φυσικά, υπάρχει και ακριβώς η αντίθετη αντίδραση αυτή της απάθειας, όπου δεν υπάρχει κανένα συναίσθημα και καμία αντίδραση, συνεχίζοντας την ζωή τους κανονικά, που όμως εμφανίζονται κάποιες στιγμές θλίψης. Η άρνηση, τις περισσότερες φορές λειτουργεί θετικά ως μηχανισμός άμυνας του ανθρώπου διότι δίνεται περισσότερος χρόνος να επεξεργαστεί την κατάσταση ώστε να αναγνωρίσουν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τις πληροφορίες που μπορεί να αντέξει και να μην κατακλύζεται από έντονα συναισθήματα (16,19).

ΘΥΜΟΣ: *Γιατί σε μένα; Τι έκανα και το αζίζω αυτό;* Είναι οι πιο συχνές ερωτήσεις που εμφανίζονται στο στάδιο του θυμού. Ο θυμός, εμφανίζεται λόγω του έντονου ψυχικού πόνου, που όμως εκείνη την στιγμή δεν γίνεται ξεκάθαρα αντιληπτός. Έτσι λοιπόν, θυμώνει ο πενθών συνειδητοποιώντας την απώλεια και προσπαθεί να ρίξει τις ευθύνες ή και να κατηγορήσει κάποιον άλλον για τον πόνο που νιώθει ο ίδιος. Θυμώνει με το στενό του οικογενειακό περιβάλλον ακόμα και με το άτομο που έχασε, γίνεται εχθρικός και επιθετικός. Τα βάζει με όλους και με όλα, κυρίως με την ίδια του την ζωή, αλλά και τον Θεό. Εκτός από το θυμό, πολλά ακόμα συναισθήματα εμφανίζονται ή συνεχίζουν να υπάρχουν από προηγούμενο στάδιο. Αυτά είναι η πικρία, η ανησυχία, η οργή καθώς και κάποιες σωματικές αντιδράσεις όπως: απώλεια ύπνου και όρεξης, αυξημένη κόπωση, υπερένταση – υπερκινητικότητα και πόνους σε διάφορα σημεία του σώματος (16,19). Ο θυμός κρύβει τον πόνο και δείχνει την ένταση της αγάπης.

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ: *Αν είχα κάνει κάτι.....* Μετά την απώλεια, ο άνθρωπος ψάχνει να βρει οτιδήποτε θα μπορούσε να βοηθήσει ώστε να ανακουφιστεί και να μαλακώσει ο πόνος του. Υπόσχεται ότι θα είναι καλός, ότι θα αλλάξει συνήθειες αρκεί να μην χρειαστεί να ξαναπεράσει αυτή την διαδικασία. Επικεντρώνεται στα λάθη του ή και μετανιώνει για διάφορες συμπεριφορές και πράξεις που έκανε και δεν εννοούσε, ούτε ήθελε. Απλά ζητάει να μπορούσε ο χρόνος να γυρνούσε πίσω, να μην είχε αλλάξει η κατάσταση στην ζωή του, να μην είχε βιώσει όλον αυτόν τον πόνο και τα συναισθήματα που το κρατάν κολλημένο σε μια κατάσταση και δεν έχει το κουράγιο να συνεχίσει (16,18,19).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: *Νιώθω τόσο λυπημένος....γιατί να συνεχίσω να προσπαθώ.....;* Το άτομο δυσκολεύεται να συνεχίσει λόγω των πολλών συναισθημάτων που βιώνει. Σε αυτή την φάση του πένθους αρχίζει να συνειδητοποιεί την πραγματικότητα και να αποδέχεται τα γεγονότα, με αποτέλεσμα να υποφέρει από έντονη θλίψη και απελπισία. Νιώθει μοναξιά, στεναχώρια, έχει προβλήματα με το ύπνο -δεν μπορεί καν να σηκωθεί από το κρεβάτι ή δεν θέλει, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, έχει προβλήματα μνήμης. Επίσης, εμφανίζει έντονο φόβο, ευερεθιστικότητα, νιώθει μπερδεμένος, έχει απώλεια όρεξης, άρνηση συμμετοχής σε δραστηριότητες και εργασία, αποσύρεται γενικά από όλα αυτά που πριν τον ευχαριστούσαν και εκφράζει μια ανησυχία για τυχόν εκκρεμότητες που μπορεί να είχε το άτομο που έχασε. Μια πολύ καλή λύση είναι το κλάμα το οποίο βοηθάει στην εκτόνωση των συναισθημάτων. Η κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στη συνειδητοποίηση ότι το αντικείμενο της απώλειας χάθηκε οριστικά. Όσο δύσκολο και αν είναι αυτό το στάδιο είναι απαραίτητο για την διαδικασία της “επούλωσης” (16,18,19).

ΑΠΟΔΟΧΗ: *Η ζωή συνεχίζεται.... Δεν ξεχνώ- προχωρώ....Όλα θα πάνε καλά....* Πλέον σε αυτό το σημείο ο πενθών αποδέχεται την απώλεια και προσπαθεί να βάλει ξανά μια τάξη στην ζωή του. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν ξεχνά τι έχει συμβεί αλλά ο πόνος σιγά σιγά ξεθωριάζει και γίνεται πιο ανεκτός. Ο χρόνος δεν είναι μόνο αυτός που συμβάλει στην “επούλωση” αλλά και τα διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα που δέχεται ο άνθρωπος, αφού η ζωή κυλάει. Προσπαθεί να επικοινωνήσει με ανθρώπους, να οργανώσει τα νέα δεδομένα και να προχωρήσει παρακάτω έχοντας όμως, κάποιες στιγμές ενοχές και θλίψη που το κάνει αυτό. Όμως τώρα γνωρίζει και έχει αποφασίσει ότι τίποτα πια δεν μπορεί να αλλάξει. Μπορεί όμως να διατηρήσει

την ανάμνηση του εκλιπόντος και να κρατήσει τις καλές στιγμές τους και την αγάπη που ένιωθε γι' αυτόν (16,18,19).

1.3.2. Οδηγίες διαχείρισης πένθους

Το πένθος λοιπόν είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία όπως και όλα τα στάδιά του για να μπορέσει ο άνθρωπος να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας. Η ψυχική επούλωση της απώλειας γίνεται σταδιακά. Οι περισσότεροι είναι αρκετά ανθεκτικοί σαν χαρακτήρες, φυσικά όμως υπάρχουν και άνθρωποι που δεν μπορούν να διαχειριστούν αυτές τις καταστάσεις και χρονίζουν τα συναισθήματα της θλίψης και του πόνου, απελπισίας, αναξιοσύνης ή υπέρμετρης και απρόσφορης ενοχής, καταθλιπτικής διάθεσης, απώλειας ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης καθώς και από επανερχόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικού ιδεασμού. Σε αυτές τις καταστάσεις, αλλά και γενικά σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχουν κάποιες τακτικές που μπορεί να ακολουθηθεί κάποιος ώστε να βοηθηθεί και να περάσει όσο το δυνατόν πιο ομαλά το πένθος του για να μπορέσει να ανακάμψει και να βγει πιο δυνατός (19).

Πρώτα από όλα θα πρέπει το άτομο να αποδεχθεί το γεγονός της απώλειας και την αλλαγή που έχει έρθει στην ζωή του. Είναι απαραίτητο να περάσει κάποιος τη διαδικασία του πένθους, γιατί έτσι κλείνει ένας κύκλος της ζωής του. Το πιο σημαντικό είναι να εκφράζει σε όλες τις φάσεις τα συναισθήματά του και να μην φοβηθεί καθόλου τον αβάσταχτο πόνο και την θλίψη που θα τον διακατέχει όλον αυτόν τον καιρό. Αν δεν γίνει αυτό τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παρατείνει την διαδικασία του πένθους (19).

Πολλή σημαντική είναι επίσης η βοήθεια από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Η επικοινωνία και η έκφραση των συναισθημάτων σε τρίτους προσφέρει στήριξη και είναι πιο εύκολο για εκείνους να καταλάβουν πώς νιώθει ο πενθών. Η παροχή βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο πένθος. Δεν πρέπει να θεωρείται ταμπού και δακτυλοδεικτούμενη η ψυχιατρική αντιμετώπιση (19).

Από όλη την περίοδο του πένθους, σημάδια καταπόνησης παρατηρούνται όχι μόνο στην ψυχικά αλλά και σωματικά. Για αυτό θα πρέπει να υπάρχει μια σωστή και καλή διατροφή, αλλά και σωματική άσκηση ώστε να βοηθήσει και στην ψυχική ευημερία, αφού το σώμα και η ψυχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Ακολουθώντας αυτά τα δύο, το αίσθημα της θλίψης και ο πόνος είναι πιο ήπιο. Τέλος δεν πρέπει να έχει ο πενθών λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από τον θάνατο. Το κλάμα, το γέλιο και η διασκέδαση είναι επιτρεπτά. Δεν υπάρχουν πρέπει και δεν πρέπει στο πένθος. Με αγάπη και συμπόνια από τα αγαπημένα πρόσωπα, θα έρθει η επούλωση (19).

Κεφάλαιο 2ο: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο

2.1. Η πρώτη επαφή του νοσηλευτή με τον θάνατο

Ο θάνατος είναι αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ζωής, είναι μια συνέπεια όπου ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει πολύ συχνά στην επαγγελματική του πορεία. Από συναισθηματική άποψη, για τους περισσότερους αποτελεί μια σημαντική, αλλά αναπόφευκτη απώλεια. Είναι η απώλεια της δυνατότητας φροντίδας, απώλεια της συνέχειας της ζωής ή απώλεια ελέγχου της ζωής του ασθενούς. Από τα πρώτα χρόνια κιόλας ως φοιτητής, έρχεται αντιμέτωπος με την εμπειρία του θανάτου και του πένθους. Είναι μια πολύ δύσκολη συναισθηματική περίοδος αφού δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση αλλά και εμπειρία περιστατικών για να μπορέσουν να διαχειριστούν καλύτερα τον θάνατο οι φοιτητές. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νέοι νοσηλευτές εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο και ψυχική επιβάρυνση σε ότι αφορά τον θάνατο και την διαδικασία του πένθους. Αυτό έχει ως συνέπεια την αρνητική τους στάση απέναντι στον θάνατο και στην φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς. Δεν είναι λίγοι αυτοί που νιώθουν αποστροφή για το επάγγελμά τους, λόγω του αισθήματος της ήττας και της αποτυχίας να βοηθήσουν τον ασθενή. Ο θάνατος του ασθενούς όμως, είναι μια ιδιαίτερη μορφωτική εμπειρία, η οποία διδάσκει πολλά και δεν είναι λίγοι αυτοί που επιλέγουν τα επαγγέλματα υγείας για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν, να αποδεχθούν και να κατανοήσουν τον θάνατο αλλά και τις αντοχές τους (2,10).

Συνήθως οι φοιτητές νοσηλευτικής αποφεύγουν να αναλάβουν τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς πχ. τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής θεραπείας ακόμα και τμήματα με γηριατρικούς ασθενείς λόγω του υψηλού ποσοστού θνητότητας. Γενικά, οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να φροντίσουν βαρέως πάσχοντες ασθενείς, διότι έχουν ως πρωταρχικό στόχο την διατήρηση της ζωής και την προαγωγή της υγείας του ασθενούς(15). Έτσι λοιπόν τα συναισθήματα συγκρούονται με τις πραγματικές ανάγκες και μαζί με άλλους παράγοντες μπορεί να εμφανίσουν έντονη συναισθηματική κατάρρευση και ψυχική επιβάρυνση. Η επαγγελματική κατάρτιση, η ιδιοσυγκρασία και η εργασιακή εμπειρία είναι τα απαραίτητα προσόντα του νοσηλευτή, ώστε να παρέχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα. Είναι σημαντική η κατάλληλη εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη από τους καθηγητές και ανωτέρους, ώστε αργότερα να μπορούν να αντιμετωπίζουν θετικά τον θάνατο χωρίς φόβο και άγχος για να προσφέρουν καλύτερη ποιότητα φροντίδα υγείας ακόμα και στους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Άλλωστε η συναισθηματική σταθερότητα είναι αυτή που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στις δύσκολες στιγμές του επαγγέλματος (11).

2.2. Νοσηλευτική προσέγγιση του θανάτου σε τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών (ΒΠΑ)

Οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνά από ετοιμοθάνατους ασθενείς αφού εκείνοι είναι που βρίσκονται περισσότερη ώρα με τους ασθενείς, λόγω της συνεχούς φροντίδας που τους προσφέρουν. Όταν μάλιστα δένονται συναισθηματικά με τον ασθενή τους, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και οι φίλοι του θανούντα. Ο θάνατος μπορεί να είναι αναπόφευκτος, αλλά η ταλαιπωρία και η απώλεια αξιοπρέπειας στο τέλος της ζωής είναι απαραίτητη για τον ετοιμοθάνατο ασθενή. Η ψυχολογική κατάσταση, η επαγγελματική και η προσωπική ζωή των νοσηλευτών, έχει αποδειχθεί μέσα από σχετικές έρευνες ότι επηρεάζεται από την πορεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Βέβαια, υπάρχει διαφορά στη στάση των νοσηλευτών ακόμα και μεταξύ τους, απέναντι στον θάνατο, ανάλογα με την εμπειρία τους και το τμήμα όπου εργάζονται. Στα τμήματα όπως: τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.), μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και χειρουργεία, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μεγαλύτερη έκθεση στο θάνατο και το πένθος συνεπώς και μεγαλύτερη εμπειρία, αφού οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν καθημερινά, είναι βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι νοσηλευτές φαίνεται να είναι πιο “συνηθισμένοι” σε αυτές τις έννοιες (20,21).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στα τμήματα όπου νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι να παρέχει ολιστική και κυρίως ανακουφιστική φροντίδα και βέβαια αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Η φροντίδα αυτή, περιλαμβάνει πέρα από την ανακούφιση του σωματικού πόνου με την χρήση επιθετικών θεραπειών, την προσαρμογή τους στη φυσική και ψυχολογική κατάσταση πριν από τον θάνατο, ώστε να φτάσουν με αξιοπρέπεια στο τέλος του ταξιδιού της ζωής (21,22). Όπως έχουν αναφέρει οι M. Segman & M. Csikzentmihalyi, η θετική ψυχολογία συμβάλλει στον να δούμε την ζωή με αισιοδοξία, να εκτιμήσουμε το παρόν, αλλά και να αποδεχθούμε το παρελθόν. Έτσι ακριβώς πρέπει να αντιμετωπίζουμε και τον θάνατο, ως μια θετική εμπειρία και να μην παραμένει θέμα ταμπού (11,20).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που καλείται πρώτο να αντιμετωπίσει τους ετοιμοθάνατους ασθενείς και είναι αυτό που θα πραγματοποιήσει κρίσιμες επείγουσες παρεμβάσεις ανά πάσα στιγμή (10). Κάποιες φορές νιώθουν υπεύθυνοι για την ταλαιπωρία που υποβάλλουν τους ασθενείς τις τελευταίες στιγμές της ζωής, επηρεάζοντας έτσι τα συναισθήματά τους (21). Η κακή στάση απέναντι στον θάνατο θα επηρεάσει τόσο την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς όσο και την σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού, προκαλώντας αρνητικά συναισθήματα και δυσμενείς ψυχολογικές αντιδράσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να αντέχει τον πόνο, την αρρώστια και τον θάνατο. Επίσης, να έχει ελεγχόμενα συναισθήματα και να κρατά αποστάσεις, ώστε να μην επηρεάζεται από την κατάσταση του ασθενούς. Ωστόσο, ο φόβος του θανάτου είναι αυτός που πολλές φορές κάνει τους νοσηλευτές να αποστασιοποιούνται από τους ασθενείς τους και να παραμελούν τις όποιες ανάγκες έχουν. Όταν το αίσθημα του φόβου και η αποφυγή αντιμετώπισης του θανάτου προϋπάρχουν, τότε προκαλείται μεγαλύτερο άγχος. Αυτό το άγχος στην συνέχεια είναι πολύ πιθανό να επιφέρει περιορισμούς στην ανακουφιστική φροντίδα ακόμα και

επαγγελματική εξουθένωση (20). Δυστυχώς οι περισσότεροι δυσκολεύονται να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Ο θάνατος των ΒΠΑ δημιουργεί στο νοσηλευτικό προσωπικό, σκέψεις και φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου ή αναβιώνει παλαιότερες εμπειρίες συνδεδεμένες με τον θάνατο και το πένθος. Επίσης πολλοί αναζητούν απαντήσεις σε θέματα γύρω από τον θάνατο μέσα από την θρησκεία, τον πολιτισμό, τις κοινωνικές αξίες και τις παραδόσεις, αφού το πολιτισμικό υπόβαθρο του καθενός μπορεί να επηρεάσει την στάση των νοσηλευτών (10).

Βέβαια, με το πέρασμα του χρόνου η συχνότητα των θανάτων δημιουργεί δυο κατηγορίες νοσηλευτών. Είναι οι νοσηλευτές που μένουν απαθείς αλλά και συναισθηματικά κενοί ή ανίκανοι και ανεπαρκείς να υποστηρίξουν και να διαχειριστούν τους άλλους ετοιμοθάνατους ασθενείς τους, δημιουργώντας αρνητικές αντιλήψεις. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την προσέγγιση του στον ασθενή. Εν συνεχεία, αυτοί που πιστεύουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση τους στον θάνατο, τόσο μεγαλύτερη με τη σειρά της είναι η αποδοχή, η αυτοπεποίθηση και η ανθεκτικότητα. Οι νοσηλευτές που αντιλαμβάνονται πιο θετικά τον θάνατο, εκφράζουν λιγότερο φόβο ή άγχος για αυτόν παρέχοντας την βέλτιστη φροντίδα για τον ασθενή τους. Οι περισσότεροι σκέφτονται ότι είναι μια φυσική διαδικασία της ζωής και ότι αυτό που προέχει είναι κυρίως η ανακούφιση του πόνου των ασθενών. Επίσης, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις η εμπειρία ενός αποθανόντα συγγενή, η εκπαίδευση σχετικά με τον θάνατο και η οικογενειακή ατμόσφαιρα συζήτησης με τους συναδέλφους, επιφέρουν θετική στάση (23). Το πιο σημαντικό είναι να μπορούν οι ίδιοι να αναγνωρίσουν τις αντιλήψεις τους και τις απόψεις τους για τον θάνατο, ώστε να αναπτύξουν μηχανισμούς άμυνας για καλύτερη ποιότητα φροντίδα υγείας των ασθενών και των διαπροσωπικών σχέσεων (10).

2.3. Ανακουφιστική φροντίδα στο τέλος της ζωής

Μέσα από την συνεχή ανάπτυξη των αναγκών του κάθε ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του, για μια ολιστική φροντίδα και ειδικότερα στο τέλος της ζωής, έφερε ως αποτέλεσμα την δημιουργία της παρηγορητικής ή ανακουφιστικής φροντίδας. Η ανακουφιστική φροντίδα επικεντρώνεται στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Βοηθάει αυτούς που υποφέρουν, όταν οι άλλες θεραπείες έχουν πάψει να προάγουν την απαραίτητη ανακούφιση στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς που βρίσκονται κοντά στον θάνατο, προσφέροντας αξιόπιστη, υποστηρικτική και εξειδικευμένη φροντίδα. Περιλαμβάνει τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τη διαχείριση του τέλους της ζωής, την επικοινωνία με τους συγγενείς και τον καθορισμό στόχων περίθαλψης που διασφαλίζουν την αξιοπρέπεια στο θάνατο και την εξουσία λήψης αποφάσεων με επίκεντρο τον ασθενή, την υποστήριξη του φροντιστή. Παλαιότερα η φροντίδα αυτή θεωρούνταν ότι έπρεπε να ξεκινάει μόνο όταν πια το τέλος της ζωής πλησίαζε. Πλέον, οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρουν ότι πρέπει να ξεκινά από την στιγμή της διάγνωσης μιας απειλητικής ασθένειας συνεχίζοντας παράλληλα την θεραπεία και φτάνει ως τον θάνατο του ασθενούς και το πένθος της οικογένειας (24,25).

Παρατηρούμε μέσα από την ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται ένα δίκτυο από εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων. Ωστόσο, η αποτελεσματική εφαρμογή της Ανακουφιστικής Φροντίδας προϋποθέτει συγκεκριμένες γνώσεις και εκπαίδευση που μπορεί να λείπουν από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτή κυρίως εφαρμόζεται σε εξειδικευμένα κέντρα έξω από τον νοσοκομειακό χώρο. Σύμφωνα με μια σύγχρονη μελέτη, οι κύριοι τομείς της παρηγορητικής φροντίδας, θα πρέπει να εκτελούνται στη ΜΕΘ (24,25).

Εν ολίγης, η ανακουφιστική φροντίδα έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας της υπολειπόμενης ζωής των ετοιμοθάνατων ασθενών, την πρόβλεψη αναγκών, την πρόληψη επιπλοκών, την συνέχιση της θεραπείας και την αποφυγή ταλαιπωρίας. Με αυτόν τον τρόπο παρέχει ολοκληρωμένη διαχείριση των ΒΠΑ ανεξαρτήτως ηλικίας, διάγνωσης, πρόγνωσης (24,26).

2.4. Μηχανισμοί άμυνας απέναντι στον θάνατο

Ο Sigmund Freud, γνωστός ως ο πατέρας της ψυχανάλυσης, ξεκίνησε τη συζήτηση των αμυντικών μηχανισμών τον δέκατο ένατο αιώνα σε σχέση με τις υποσυνείδητες άμυνες του εγώ και του υπερεγώ. Αυτοί οι αρχικοί αμυντικοί μηχανισμοί ορίστηκαν και αναλύθηκαν πιο ξεκάθαρα από την κόρη του, Anna Freud, τον εικοστό αιώνα. Δημιούργησε 10 σημαντικούς αμυντικούς μηχανισμούς, με τον αριθμό αυτών να έχει αυξηθεί από τότε από μεταγενέστερους ψυχαναλυτές (27).

Οι μηχανισμοί άμυνας αναφέρονται σε συμπεριφορές που χρησιμοποιεί κάποιος για να προστατέψει τον εαυτό του από άσχημες σκέψεις και συναισθήματα όπως ενοχές, θυμό, φόβο κτλ.. Έτσι και το νοσηλευτικό προσωπικό για να απομακρύνει αυτά τα συναισθήματα, αναπτύσσει υποσυνείδητα αμυντικούς μηχανισμούς, ώστε να αποτρέψει να το βιώσει. Αυτοί οι μηχανισμοί άμυνας είναι κοινοί και τους χρησιμοποιούμε όλοι συχνά, ακόμα και χωρίς να το συνειδητοποιήσουμε. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από αυτούς:

- **Μηχανισμός Άρνησης:** Με την άρνηση απορρίπτεται η εξωτερική πραγματικότητα επικεντρώνοντας την σκέψη σε εσωτερικές εξηγήσεις ή πλάνες για να αποφευχθεί να αναγνωριστεί μια ανεπιθύμητη αλήθεια. Συνήθως γιατί η πραγματικότητα είναι σκληρή και επίπονη. Όταν θρηνούμε η άρνηση αναφέρεται αρκετά συχνά. Μπορεί για παράδειγμα να μην θεωρεί κάποιος κρίσιμη μια κατάσταση.
- **Μηχανισμός προβολής:** Προβολή είναι η απόδοση των εσωτερικών σκέψεων και συναισθημάτων ενός ατόμου σε κάποιον άλλον. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής μπορεί να προβάλει τα δικά του συναισθήματα στην ασθενή, και να ισχυρίζεται ότι δεν επιθυμεί επικοινωνία ή φροντίδα ενώ ισχύει το αντίθετο.
- **Μηχανισμός εκλογίκευσης:** Η αιτιολόγηση της συμπεριφοράς κάποιου μέσω προσπαθειών ορθολογικής εξήγησης, δηλαδή να απωθήσει τα οδυνηρά συναισθήματα αναλύοντας με λογική την εκάστοτε κατάσταση. Για παράδειγμα το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να δικαιολογήσει κάποιες πράξεις διότι πιστεύει ότι δεν μπορεί να γίνει τίποτα καλύτερο.

- Μηχανισμός μετατόπισης: Είναι η μεταφορά του συναισθηματικού φορτίου ή της συναισθηματικής αντίδρασης κάποιου από τη μια οντότητα στην άλλη. Αυτός ο αμυντικός μηχανισμός μπορεί να είναι παρών σε κάποιον που έχει μια αγχωτική μέρα στη δουλειά και στη συνέχεια επιτίθεται εναντίον της οικογένειάς του στο σπίτι. Συχνά οι άνθρωποι θρηνούν έχοντας πολύ έντονα συναισθήματα απέναντι στην πίστη, στην αρρώστια, στο θάνατο και στη θλίψη, στο άτομο που πέθανε ή στο άτομο που θεωρούν υπεύθυνο για το θάνατο. Με τον μηχανισμό της μετατόπισης, προσπαθούν να τα μετατοπίσουν κάπου αλλού.
- Το χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας: Το χιούμορ χρησιμοποιείται σε αρκετές περιπτώσεις για την μείωση ή καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων που σχετίζονται με μια κατάσταση χρησιμοποιώντας κωμωδία. Για παράδειγμα, λέγοντας μια αστεία ιστορία για κάποιον κατά τη διάρκεια ενός κρίσιμου συμβάντος ή ακόμα και στον θάνατο.
- Μηχανισμός υποχώρησης: Η δημιουργία μιας εσωτερικής υποχώρησης στη φαντασία κάποιου για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Όταν ένα άτομο υποχωρεί γυρνάει σε ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης που μπορεί να δείχνει ανωριμότητα και ανασφάλεια (27).

2.5. Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα

Η μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα είναι ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Από τα παλιά χρόνια ακόμα, μέσα από τις ιστορικές αναφορές βλέπουμε ότι πάντα υπήρχε ιδιαίτερη φροντίδα και ετοιμασία του νεκρού, ανάλογα με τα ταφικά έθιμα του κάθε λαού σεβόμενοι πάντα την θρησκεία και την κουλτούρα του καθενός. Έτσι και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ακολουθεί τα πρωτόκολλα φροντίδας του θανόντα και να σέβεται τις επιθυμίες και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του αποθανόντα και της οικογένειάς του.

Η περιποίηση του νεκρού σώματος ξεκινάει από την στιγμή που θα διαπιστωθεί και θα αναγγελθεί ο θάνατος του ασθενούς. Ο εκάστοτε νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερωθεί πρώτα για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και επιθυμίες του θανόντα. Έπειτα να γνωρίζει εάν στο νεκρό σώμα θα πραγματοποιηθεί νεκροψία – νεκροτομή. Τέλος, με βάση το ατομικό ιατρικό ιστορικό, θα πρέπει να γνωρίζει εάν ο αποθανόντας έπασχε από κάποια μολυσματική ασθένεια όπως: HIV, COVID-19, Ηπατίτιδα, κτλ., ώστε να λάβει τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα (28).

Μετά την ανακοίνωση του θανάτου θα πρέπει να ενημερωθεί η οικογένεια και να δοθούν οι κατάλληλες πληροφορίες και οδηγίες για την όλη κατάσταση και των απαραίτητων εγγράφων όπου θα χρειαστεί για την ταφή του θανόντα. Ακόμα αν κρίνεται απαραίτητο θα πρέπει να δίνεται και η κατάλληλη υποστήριξη είτε ψυχολογική είτε από κοινωνική λειτουργό κτλ..(28).

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να επικεντρωθεί στα εξής για την μεταθανάτια φροντίδα.

1. Στην αφαίρεση όλων των ξένων σωμάτων και εξοπλισμού από τον θανόντα,
2. την χρήση προστατευτικού εξοπλισμού και την τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων,

3. στην διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος,
4. σεβασμός του νεκρού σώματος και της στιγμής του θανάτου
5. στον καθαρισμό και πλύσιμο του νεκρού,
6. την διατήρηση της καλής εμφάνισης του νεκρού,
7. την πρόληψη διασποράς λοιμώξεων και μεταδοτικών νοσημάτων,
8. να ταυτοποιήσει την σωρό και να αναγράψει τα στοιχεία του θανούντα στο νεκρό σώμα,
9. να αφήσει την οικογένεια να αποχαιρετήσει τον θανούντα, όπως του αρμόζει (28).

Τα απαραίτητα υλικά που χρειάζονται για την περιποίηση του νεκρού είναι τα παρακάτω:

- ειδικός προστατευτικός εξοπλισμός (γάντια, ποδιά, μάσκα)
- καθαρά σεντόνια και πετσέτα
- σφουγγάρι-σαπούνι και λεκάνη με νερό
- ειδικό καρτελάκι με τα στοιχεία του ασθενούς και ένα χαρτί όπου θα αναγράφονται τα στοιχεία του για να τοποθετηθεί πάνω στο σεντόνι η τον ειδικό σάκο,
- αυτοκόλλητα επιθέματα και γάζες
- αντισηπτικό υγρό
- ειδικές σακούλες για τα ακάθαρτα και για τα σκουπίδια (κίτρινες σακούλες) (28).

Επίσης, απαραίτητη κρίνεται από όλους η χρήση ειδικού δωματίου, όπου εκεί θα μπορούν οι συγγενείς να αποχαιρετούν τον νεκρό, μόνοι τους χωρίς να υπάρχει δίπλα ένας άλλος ασθενής. Όμως αυτό είναι πολύ δύσκολο τις περισσότερες φορές λόγω έλλειψης χώρου και υποδομής (26).

Τηρώντας όλα αυτά ο νοσηλευτής μπορεί να νιώσει έστω και λίγο ότι έχει προσφέρει όσο το δυνατόν την καλύτερη φροντίδα στο νεκρό σώμα, τιμώντας το και παρέχοντας τον πρέποντα σεβασμό.

Κεφάλαιο 3^ο: Η ψυχική επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού

3.1. Ο ορισμός της ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία ορίζεται ως:

“Μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν το άγχος της ζωής, να συνειδητοποιήσουν τις ικανότητές τους, να μάθουν και να εργάζονται καλά και να συνεισφέρουν στην κοινότητά τους. Είναι ένα αναπόσπαστο συστατικό της υγείας και της ευημερίας που στηρίζει τις ατομικές και συλλογικές μας ικανότητες. Η ψυχική υγεία είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και είναι ζωτικής σημασίας για την προσωπική, κοινοτική και κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικών διαταραχών. Βιώνεται διαφορετικά από το ένα άτομο στο άλλο, με ποικίλους βαθμούς δυσκολίας και αγωνίας και δυνητικά πολύ διαφορετικά κοινωνικά και κλινικά αποτελέσματα. Οι καταστάσεις ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικές αναπηρίες καθώς και άλλες ψυχικές καταστάσεις που σχετίζονται με σημαντική δυσφορία, έκπτωση στη λειτουργικότητα ή κίνδυνο αυτοτραυματισμού. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να βιώσουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας, αλλά αυτό δεν συμβαίνει πάντα ή απαραίτητα” (29).

3.2. Ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών

Ως γνωστόν, ο πρωταρχικός στόχος για τους νοσηλευτές είναι να παρέχουν την βέλτιστη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, έχοντας ως συνέπεια την επιβάρυνση της δικής τους υγείας. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι από τους επαγγελματίες υγείας που μέσα από τις έρευνες έχει φανεί ότι εξαντλούνται τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Σύμφωνα μάλιστα και με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, μόνο το 27% του νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρει ο,τι είναι ικανό να εργάζεται έως την ηλικία συνταξιοδότησης (30).

Η ψυχική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού εν αποφέρει καλύτερη σωματική υγεία για αυτούς, μειώνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών. Επίσης έχοντας ψυχική ευεξία, βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής και φροντίδας των βαρέως πασχόντων ασθενών. Εν αντιθέσει, η μειωμένη ψυχική υγεία συνδέεται άμεσα με τα νοσηλευτικά λάθη, αλλά και το μη ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς. Οι λόγοι είναι πολλοί και διάφοροι. Ένας σοβαρός λόγος είναι η μακροχρόνια έκθεσή τους σε στρεσογόνες καταστάσεις, φροντίζοντας μεγάλο αριθμό βαρέων πασχόντων ασθενών καθημερινά (30).

Άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες είναι:

- Τα ενδονοσηλευτικά προβλήματα του τμήματος (πχ. Διαμάχες και προστριβές μεταξύ του προσωπικού και των γιατρών, το μειωμένο προσωπικό, το ανειδίκευτο προσωπικό και οι περιορισμένες άδειες).
- Το συναισθηματικό δέσιμο που μπορεί να αναπτυχθεί ανάμεσα σε ασθενή και νοσηλεύτη.
- Οι αυξημένες προσδοκίες για την πορεία της υγείας των ασθενών.
- Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή δημιουργώντας τα αισθήματα συμπόνιας και θρήνου στους νοσηλευτές.
- Η αυξημένη συχνότητα των θανάτων στα τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών (31).

Βέβαια, έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να συνδυάσουν την εργασία με την οικογένεια, αφού το επάγγελμα αυτό είναι αρκετά εξαντλητικό, έχοντας κυκλικό ωράριο και μη σταθερό πρόγραμμα, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προγραμματίζουν την προσωπική τους ζωή. Επίσης, αντιμετωπίζουν μια σοβαρή δυσκολία, αυτή της μη ταύτισης με τον ασθενή (32,33). Η ταύτιση είναι αναπόφευκτη λόγω της καθημερινής επαφής με τον ασθενή. Συνήθως αναζητούν ή εντοπίζουν κοινά χαρακτηριστικά είτε με τους ίδιους είτε με τις οικογένειές τους. Η ταύτιση αυτή γίνεται επώδυνη, για αυτό και το νοσηλευτικό προσωπικό αποσύρεται συναισθηματικά. Με την μέθοδο της αποστασιοποίησης καταστέλλονται τα επώδυνα συναισθήματα και εστιάζονται σε μια πιο αντικειμενική στάση που κατά την γνώμη των νοσηλευτών οδηγεί στην καλύτερη παροχή φροντίδας του ασθενούς (34).

3.3. Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών

Ο όρος ψυχική επιβάρυνση/εξουθένωση, είναι ένα επαγγελματικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, απόμακρη ή αδιάφορη στάση απέναντι στην εργασία και μειωμένη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας. Δεν στερεί μόνο την απόλαυση της εργασίας, αλλά οδηγεί τις περισσότερες φορές τους εργαζόμενους σε απάθεια, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, αλλαγή επαγγελματικού προσανατολισμού ακόμα και στην χρήση ναρκωτικών ουσιών/αλκοόλ και μπορεί να τους οδηγήσει στην αυτοκτονία (6).

Το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει μια εκπληκτική δουλειά ζωτικής σημασίας. Διαθέτουν τη γνώση και τη δύναμη να βοηθήσουν τους ασθενείς όπου βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις για την υγεία τους (35). Οι νοσηλευτές όμως είναι αυτοί που βρίσκονται σε συνεχή έκθεση στον πόνο, τα συμπτώματα και την απώλεια, με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να φορτίζονται συναισθηματικά και ψυχικά. Φροντίζοντας βαρέως πάσχοντες ασθενείς, οι νοσηλευτές νιώθουν ότι πρέπει να δώσουν την πλήρη αφοσίωση και ανακούφιση που επιζητούν οι ασθενείς. Όμως αυτό είναι αδύνατον να γίνει όταν οι ίδιοι νιώθουν εξαντλημένοι και δεν μπορούν να φροντίσουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Δεν υπάρχει χρόνος συναισθηματικής ανάκαμψης για αυτούς, αφού αμέσως θα πρέπει να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους ασθενείς (4,25,35).

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών, οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και καταστάσεις που μπορεί να διακυβεύεται η ασφάλεια των ασθενών. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν καθημερινά βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι, καθώς είναι ένα επάγγελμα που απαιτεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων, ομαδική εργασία σε διάφορες καταστάσεις, παροχή 24ωρης φροντίδας και συναισθηματική εργασία (5). Μετά από έρευνες, οι επιστήμονες εντόπισαν εννέα υποκλίμακες στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών που μπορούν να τους επηρεάσουν και αυτοί είναι (με τυχαία σειρά):

1. ο φόρτος εργασίας
2. τα προβλήματα με τον προϊστάμενο -η
3. ανεπαρκής προετοιμασία
4. η σύγκρουση με τους γιατρούς
5. τα προβλήματα με συναδέλφους
6. διακρίσεις
7. αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία
8. αντιμετώπιση υψηλής θνησιμότητας και ετοιμοθάνατων ασθενών και
9. οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους (5).

Φυσικά δεν είναι μόνο αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική ευεξία των νοσηλευτών αλλά και πολλοί άλλοι όπως για παράδειγμα, οι συνεχόμενες βάρδιες, οι κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν, η έλλειψη προσωπικού, οι μειωμένες χρηματικές απολαβές, κτλ.. Ανάλογα με τον στρεσογόνο παράγοντα προκύπτουν δυο κύριες συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης που είναι η συναισθηματική εξάντληση (φόρτος εργασίας, πίεση χρόνου κτλ.) και η εργασιακή αποδέσμευση (χαμηλές ανταμοιβές ηγετικά προβλήματα κτλ.) (5).

Συμπερασματικά, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρούς κινδύνους για την υγεία του προσωπικού και των οικογενειών του. Η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να έχει καταστροφικό αντίκτυπο, διακυβεύοντας το επίπεδο απόδοσης και την επιτυχία των παρεμβάσεων, την επαγγελματική ποιότητα ζωής και ικανοποίησης, ακόμα και την προσωπική τους ευημερία (4). Ο εντοπισμός των παρεμβάσεων που θα μπορούν να αποτρέψουν την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών που φροντίζει βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι απαραίτητη. Με την μείωση της ψυχικής επιβάρυνσης, δίνεται η δυνατότητα να αυξηθεί η ικανοποίηση για την εργασία που προσφέρει και να βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (6).

3.4. Ψυχική επιβάρυνση κατά την πανδημία Covid-19

Αν και η επαγγελματική εξουθένωση είναι κάτι που ταλαιπωρεί εδώ και πολλά χρόνια τους νοσηλευτές, ιδιαίτερη αίσθηση προκάλεσε κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19. Οι νοσηλευτές βίωσαν ψυχολογική δυσφορία κατά την φροντίδα ασθενών με Covid-19 και πόσο μάλλον όταν αυτοί οι ασθενείς τυγχάνουν να είναι και βαρέως πάσχοντες. Ο υψηλός ρυθμός εξάπλωσης και θνησιμότητας, το

άγνωστο της όλης φύσης της νόσου, τον κίνδυνο για την ίδια την ζωή των νοσηλευτών καθώς και η μεγάλη σύγχυση και παραπληροφόρηση, εμφάνισε στην επιφάνεια τα αισθήματα του φόβου, του άγχους της επαφής και της μόλυνσης. Έχει αναφερθεί σε έρευνες ότι οι νοσηλευτές που παρείχαν εντατικές και συνεχείς υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο επιδημιών και πανδημιών, βιώνουν το υψηλότερο επίπεδο εργασιακού στρες και ψυχικής επιβάρυνσης σε σύγκριση με οποιοδήποτε άλλο υγειονομικό προσωπικό (36).

Οι νοσηλευτές έδειξαν να δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το άγχος που τους προκαλούσε ο θάνατος των ασθενών, ιδιαίτερα των νέων σε ηλικία, ο οποίος ήταν ιδιαίτερα οδυνηρός λόγω της αναπνευστικής δυσχέρειας. Παρά την τήρηση των μέτρων και της καραντίνας η απροσεξία πολλών και η άρνησή τους να δεχθούν την πανδημία έφερε την κατάσταση στο απροχώρητο με τον τεράστιο όγκο της θνησιμότητας. Οι άγνωστες διαστάσεις της νόσου, αποκάλυψαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απροετοίμαστο ώστε να αντιμετωπίσουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αλλά και παροχής φροντίδας στους ασθενείς και προστασία στον ίδιο τους τον εαυτό (36).

Κάποιες από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές με την πανδημία εκτός από την άγνωστη για όλους Covid-19 και που τους επιβαρύνουν ψυχικά είναι οι εξής (πριν την έναρξη του εμβολιασμού):

Ο τρόπος διαχείρισης του νεκρού και της ταφής του. Λόγω της μεταδοτικότητας του ιού, το υγειονομικό προσωπικό και οι οικογένεια του θανόντα, δεν μπορούσαν να περιποιηθούν όπως αρμόζει στον νεκρό ενώ ούτε να πραγματοποιηθεί κηδεία ανάλογα με τις πεποιθήσεις και την κουλτούρα του, παρά μόνο να τηρηθούν αυστηρά οι κατευθυντήριες οδηγίες.

Ο φόβος να μην μολυνθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους. Ήταν τόσο άγνωστη η όλη κατάσταση, που φοβόντουσαν να γυρίσουν σπίτι τους μετά την βάρδια, χρησιμοποιούσαν διάφορα απολυμαντικά και αφιέρωναν χρόνο στον αερισμό, καθαριότητα των ρούχων και των υποδημάτων ώστε να μην “φέρουν” τον ιό μέσα στο σπίτι. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να σπαταλάνε πολύ χρόνο και να κουράζονται επιπλέον. Περίμεναν να κάνουν τεστ για να κάνουν το πιο απλό πράγμα, να δώσουν μια αγκαλιά στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αν βέβαια υπήρχαν άτομα στην οικογένεια με υποκείμενα νοσήματα, αποφεύγονταν η επαφή τους για μήνες ώσπου να εμβολιαστούν όλοι πλήρως.

Η ανάπτυξη εμμονικών σκέψεων. Οι εμμονικές σκέψεις συνήθως είναι το αίσθημα ότι τα πάντα και παντού είναι όλα μολυσμένα κατά την φροντίδα Covid ασθενών. Επίσης η άγνοια του κοινού για τα μέτρα πρόληψης, έκανε τους νοσηλευτές να αναπτύσσουν και άλλες εμμονές.

Η δυσφορία που προκαλεί ο επιπλέον προστατευτικός εξοπλισμός. Η χρήση αυτού του εξοπλισμού είναι ένα άσχημο συναίσθημα που βιώνουν οι νοσηλευτές σε κάθε βάρδια. Απαιτεί αρκετό χρόνο για να τοποθετηθεί και να αφαιρεθεί καθώς επίσης υπάρχει ο κίνδυνος να μην μπορούν να δράσουν γρήγορα και άμεσα σε ένα επείγον περιστατικό, δημιουργώντας υπερβολική κόπωση (36).

Συμπερασματικά, σύμφωνα λοιπόν με τις διάφορες έρευνες που έγιναν κατά την περίοδο της έξαρσης της πανδημίας Covid-19, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέπτυξε ψυχικές διαταραχές και επιβαρύνσεις όπως μοναξιά, άγχος, φόβο, κατάθλιψη, κόπωση, διαταραχές ύπνου και άλλα σωματικά προβλήματα. Οι νοσηλευτές ήταν απροετοίμαστοι να αντιμετωπίσουν τον θάνατο των ασθενών και αυτό

επηρέαζε αρνητικά την ψυχική υγεία τους. Εκεί έγινε πιο εμφανές το άγχος του θανάτου και η έλλειψη εκπαίδευσης σχετικά με αυτόν (36).

3.5. Τεχνικές διαχείρισης του πένθους και της ψυχικής επιβάρυνσης για τους νοσηλευτές

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς διαθέτουν τη γνώση και τη δύναμη να βοηθήσουν τους ασθενείς τους. Φροντίζουν κάθε τους ανάγκη μέχρι το τελευταίο λεπτό της ζωής τους αλλά και κάθε λεπτομέρεια μετά τον θάνατό τους. Αυτό φυσικά είναι πολύ εξαντλητικό και απαιτεί τις περισσότερες φορές πλήρη αφοσίωση. Όταν οι ίδιοι δεν είναι σωματικά και ψυχικά καλά δεν μπορούν να παρέχουν την μέγιστη φροντίδα που απαιτείται για τους ασθενείς τους. Δυστυχώς δεν υπάρχει χρόνος ανάκαμψης μετά τον θάνατο του ασθενούς, αλλά πρέπει να προχωρήσουν στον επόμενο ασθενή που τους χρειάζεται. Η παρατεταμένη αυτή κόπωση, είτε συναισθηματική, είτε σωματική, είτε ψυχική, οδηγεί σε δυσφορία, θυμό, ενοχές, θλίψη και άγχος. Για αυτό τον λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει όπως είπαμε και σε άλλο κεφάλαιο να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και τεχνικές διαχείρισης του πένθους και της ψυχικής επιβάρυνσης (37).

Καταρχήν, για να μπορέσει το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει το στρες και το πένθος, χρειάζεται ομαδική εργασία και αλληλοϋποστήριξη. Όταν υπάρχει καλή επικοινωνία και συζήτηση μεταξύ του προσωπικού, μειώνονται οι προστριβές και αυτό βοηθά στην καλή ψυχολογία των νοσηλευτών και προσφέρουν την καλύτερη φροντίδα. Με την συσπείρωσή τους εκφράζουν τον θυμό, την απογοήτευση και όλα τους τα συναισθήματα για τις δύσκολες καταστάσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν καθημερινά. Φυσικά, η στήριξη από τους πιο έμπειρους νοσηλευτές και από τον/την προϊστάμενο/νη είναι πολύ σημαντική. Η εκμυστήρευση των εμπειριών τους, δίνει την δυνατότητα στους υπόλοιπους συναδέλφους, να βρουν την δύναμη και το κουράγιο να αντιμετωπίζουν τους αλληπάλληλους θανάτους, κυρίως το νέο προσωπικό. Πολλές φορές μέσα από τις συζητήσεις που γίνονται ανάμεσα στο προσωπικό, χρησιμοποιείται το χιούμορ για να εκτονώσει τα έντονα συναισθήματα που δημιουργούνται μετά από έναν θάνατο, μειώνει τις εντάσεις και το άγχος που μπορεί να νιώθουν εκείνη την δύσκολη στιγμή οι νοσηλευτές (38,39).

Όπως γνωρίζουμε όλοι οι θάνατοι δεν είναι το ίδιο. Συνήθως έχει να κάνει με το πόσο στενή ήταν οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς. Επίσης, η ηλικία και η πάθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει έντονα το προσωπικό. Ακόμα και ο τρόπος ζωής του ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει ταύτιση για τον νοσηλευτή, είτε βάζοντας τον εαυτό του στην θέση του ασθενούς είτε κάποιο μέλος της οικογένειας του. Η υποστήριξη από εξειδικευμένο ψυχολόγο μέσα σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς κρίνεται απαραίτητη για την επεξεργασία των εμπειριών που βιώνουν καθημερινά το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε πολλές χώρες υπάρχουν ήδη προγράμματα βοήθειας διαχείρισης καταστάσεων στον εργασιακό χώρο, όπου παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες, ποιμαντική και πνευματική φροντίδα νοσηλευτών, ολιστική

προσέγγιση και πνευματική και συναισθηματική υποστήριξη για 72 ώρες. Αυτές οι υπηρεσίες είναι συνήθως τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και υποστήριξης μόνο για το νοσηλευτικό προσωπικό (26,38,39).

Σε πολλές έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το πένθος, αυτό που τονίζεται σε όλες είναι το πόσο σημαντική είναι η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύονται από τα φοιτητικά τους χρόνια, αλλά και στην συνέχεια σαν εργαζόμενοι και να διατίθενται εκπαιδευτικά σεμινάρια και μαθήματα σε νέους και έμπειρους νοσηλευτές σχετικά με το τέλος της ζωής και την φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών (38,39,40). Η νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να συμπεριλαμβάνει ανακουφιστική φροντίδα και θα πρέπει να επικεντρώνεται στην μείωση των αρνητικών αντιλήψεων και στην βελτίωση της θετικής στάσης απέναντι στην φροντίδα του τέλους της ζωής (10).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γ. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Μεθοδολογία της έρευνας

Σε αυτήν την ενότητα θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν τα ευρήματα της παρούσας ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε ώστε να απαντήσει στα ερευνητικά μας ερωτήματα. Στην έρευνα της Νοσηλευτικής, των Κοινωνικών Επιστημών και της Ανθρωπολογίας, η μελέτη η οποία συνήθως χρησιμοποιείται είναι η ποιοτική έρευνα (41). Η ποιοτική έρευνα περιλαμβάνει μια ερμηνευτική, νατουραλιστική προσέγγιση του κόσμου. Βασίζεται κυρίως σε συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο, τηλεφωνικά ή εξ' αποστάσεως. Οι ποιοτικοί ερευνητές μελετούν τα πράγματα στο φυσικό τους περιβάλλον, προσπαθώντας να κατανοήσουν ή να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα με βάση τα νοήματα και τις εμπειρίες που τους δίνουν οι άνθρωποι (42). Κατανοούν τις πεποιθήσεις και τις αξίες των συμμετεχόντων και τον τρόπο που αυτές διαμορφώνονται (43). Για πολλούς ανθρώπους οι ποιοτικές μελέτες μοιάζουν περισσότερο σαν μια μορφή τέχνης (41).

Η ποιοτική έρευνα που πραγματοποιούμε μπορεί να παρέχει προσεγγίσεις για την διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο και την ψυχική επιβάρυνσή του σε τμήματα όπου νοσηλεύονται ΒΠΑ. Εκεί, μια βασική ομάδα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, αφού η φροντίδα πριν και μετά τον θάνατο βασίζεται σε αυτούς. Έτσι μπορούν να καταγραφούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής ομάδας κατά τον θάνατο των ασθενών, και κατά την διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων. Αυτά τα ζητήματα μπορούν λοιπόν, να μελετηθούν καλύτερα χρησιμοποιώντας μεθοδολογίες και μεθόδους ποιοτικής έρευνας γιατί έχουν να κάνουν με την διερεύνηση της ανθρώπινης εμπειρίας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (43). Τα βήματα που ακολουθούμε για να πραγματοποιήσουμε την έρευνα είναι το αντιληπτικό περίγραμμα, ο σχηματισμός της ερευνητικής ερώτησης, ο ορισμός του δείγματος, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων (44).

2. Αντιληπτικό περίγραμμα της έρευνας

Το αντιληπτικό περίγραμμα περιλαμβάνει το σύνολο των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων του ερευνητή αναφορικά με την πραγματικότητα, την αλήθεια και την γνώση (44). Στην παρούσα εργασία αυτό που χρησιμοποιήσαμε είναι το ερμηνευτικό/σχετικιστικό αντιληπτικό περίγραμμα (interpretive/constructivist paradigm). Σε αυτό το περίγραμμα υποστηρίζεται πως δεν υπάρχει αντικειμενική πραγματικότητα, αλλά ακόμα και αν υπάρχει, δεν θα πρέπει ο ερευνητής να προσπαθήσει να την κατανοήσει, και αυτό γιατί ο κάθε άνθρωπος βιώνει και αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα με ένα μοναδικό και τελείως προσωπικό τρόπο.

Αυτό λοιπόν που έχει σημασία για εμάς είναι να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο ο κάθε συμμετέχων στην έρευνα μας αντιλαμβάνεται την πραγματικότητά του (44).

Το συγκεκριμένο αντιληπτικό περίγραμμα επιλέχτηκε γιατί από την μια πλευρά συμπίπτει με τους βασικούς στόχους της ποιοτικής έρευνας, ενώ από την άλλη πλευρά το πένθος και ο θάνατος αλλά και η ψυχική επιβάρυνση, αποτελεί ένα αντικειμενικό θέμα ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό και συγχρόνως είναι και υποκειμενικό αφού ο καθένας μπορεί να δώσει τις δικές του πεποιθήσεις και ερμηνείες ανάλογα με την εμπειρία που διαθέτει, την εκπαίδευση και την ψυχική κατάστασή του.

Με βάση το κεντρικό ερώτημα της συγκεκριμένης μελέτης που είναι να κατανοήσουμε και να εξερευνήσουμε πώς το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται το θάνατο των ασθενών σε τμήματα βαρέων πασχόντων και ποια είναι η επίδρασή του στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Αναμένεται να δοθούν διαφορετικές ερμηνείες, εμπειρίες και μηχανισμοί άμυνας αλλά και κοινές τοποθετήσεις αφού ο καθένας ναι μεν το βιώνει με διαφορετικό τρόπο, αλλά δεν παύουν να αντιμετωπίζουν καθημερινά τις ίδιες καταστάσεις.

Ακολουθώντας, σε αυτή την φάση της μελέτης, ο ερευνητής είναι αυτός που θα διευκρινίσει πώς αντιλαμβάνεται τον θάνατο των βαρέων πασχόντων ασθενών και κατά πόσο αυτό επιβαρύνει την ψυχική του υγεία. Αυτό συμβαίνει διότι και ο ερευνητής έχει δικές του εμπειρίες και πεποιθήσεις για την μελέτη του και επίσης είναι αναγκαίο να έχει την κατάλληλη γνώση και εμπειρία για την μελέτη ειδάλλως δεν θα μπορέσει να ερμηνεύσει τα λεγόμενα των συνεντευξιζόμενων.

Ο θάνατος ορίζεται ως η οριστική παύση όλων των βιολογικών λειτουργιών που υποστηρίζουν τη διαβίωση ενός οργανισμού, δηλαδή είναι η φυσική εξέλιξη της πορείας της ζωής. Ο θάνατος για τον άνθρωπο είναι η απόλυτη αβεβαιότητα, είναι μια απώλεια και ένα γεγονός πολύ οδυνηρό. Ανάλογα με την συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, το βίωμα του πένθους διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ο νοσηλευτής κατά κύριο λόγο έχει εκπαιδευτεί για να προλαμβάνει, να διατηρεί και να προάγει την υγεία των ασθενών του. Όμως δυστυχώς, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, έρχεται καθημερινά αντιμέτωπο με τον θάνατο των ασθενών του. Αυτό είναι ένα πολύ δύσκολο κομμάτι που καλείται ο νοσηλευτής να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί. Φυσικά για να γίνει αυτό πρέπει να είναι σωστά εκπαιδευμένος και να έχει την κατάλληλη εμπειρία και αντοχή για να ανταπεξέλθει.

Έτσι λοιπόν, για να μπορέσει να διαχειριστεί όλο αυτό το πένθος ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναπτύξει διάφορους μηχανισμούς άμυνας. Αυτοί, θα τον βοηθήσουν να αποφορτιστεί και να εκπαιδευτεί, ώστε να αντιμετωπίζει έγκαιρα και αποτελεσματικά όλες τις οδυνηρές και επίπονες καταστάσεις αλλά και τα άσχημα συναισθήματα. Η συναισθηματική κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού παίζει κυρίαρχο ρόλο στην φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς αλλά και στην ψυχική επιβάρυνση του ίδιου.

Αν και η νοσηλευτική δεν είναι επάγγελμα αλλά λειτούργημα για τους ίδιους τους νοσηλευτές είναι ένα αρκετά ψυχοφθόρο και στρεσογόνο επάγγελμα. Η ψυχολογική υποστήριξη κρίνεται απαραίτητη σε τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών, για να αντιμετωπίζονται έγκαιρα το πένθος και όλοι οι στρεσογόνοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία του νοσηλευτή.

Παρόλα αυτά, η εκπαίδευση του προσωπικού είτε από την νοσηλευτική σχολή είτε και αργότερα με ειδικά σεμινάρια και επιμορφωτικά προγράμματα πάνω στην ανακουφιστική φροντίδα, στην προετοιμασία

για το τέλος της ζωής και τον θάνατο είναι αυτή που θα προετοιμάσει καλύτερα τον νοσηλευτή ώστε να μπορεί να παρέχει καλύτερη ολιστική φροντίδα στον ετοιμοθάνατο ασθενή.

Τέλος, στις ποιοτικές έρευνες είναι δύσκολο να μην εμπλακεί ο ερευνητής γιατί αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση των συνεντευξιζόμενων. Στην παρούσα έρευνα η επικοινωνία με τους συνεντευξιζόμενους ήταν ανοιχτή αλλά πάντα με σεβασμό στην εμπειρία, στα συναισθήματα και στα λεγόμενα τους (44).

3. Καθορισμός του δείγματος

Στην ποιοτική έρευνα, ο ερευνητής βασίζεται σε δυο βασικούς κανόνες για τον καθορισμό της δειγματοληψίας. Ο πρώτος είναι η καταλληλότητα του δείγματος ώστε να ερμηνευτεί το φαινόμενο της μελέτης και δεύτερον αυτό της επάρκειας του δείγματος όχι σε ποσότητα αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών. Το δείγμα της παρούσας μελέτης χαρακτηρίζεται ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling). Ο ερευνητής επιλέγει σκόπιμα το δείγμα με βάση την γνώση, τα χαρακτηριστικά και την θέληση του συμμετέχοντα να δώσει ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα (44).

Στην παρούσα ποιοτική μελέτη το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας. Ο αριθμός του δείγματος είναι 12 νοσηλεύτριες οι οποίες εργάζονται σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και έχουν εργαστεί ή εργάζονται ακόμα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς όπως πχ Μ.Ε.Θ., Τ.Ε.Π., Παθολογικές κλινικές κτλ.. Είναι από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες (ΔΕ,ΤΕ,ΠΕ) και η εμπειρία τους διαβαθμίζεται από 2-30 χρόνια. Οι νοσηλεύτριες που έλαβαν μέρος επιλέχθηκαν γιατί κρίθηκαν κατάλληλες και επαρκείς να δώσουν σε βάθος πληροφορίες και απαντήσεις και επιπλέον διότι είναι αυτές που αντιμετωπίζουν καθημερινά τον θάνατο των ασθενών στα τμήματά τους. Όλες κάνουν βάρδιες και κυκλικό ωράριο και δεν ασχολούνται με τα διοικητικά θέματα. Έχουν την πλήρη φροντίδα των ασθενών τους καθημερινά και αποκτούν μια σχέση με τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Ο αριθμός του δείγματος είναι μικρός γιατί στις ποιοτικές έρευνες το μεγάλο δείγμα δεν εξυπηρετεί αφού χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά τα οποία θέλουμε να κατανοήσουμε.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος θα πρέπει να κατέχει τα παρακάτω: 1) να έχει εμπειρία σε τμήμα βαρέως πασχόντων ασθενών 2) να έχει νοσηλευτική εκπαίδευση ενώ τα κριτήρια μη εκλογής κάποιου είναι απλά να μην πληρεί τα παραπάνω κριτήρια εκλογής.

Στον ΠΙΝΑΚΑ 1. εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, ενώ στον ΠΙΝΑΚΑ 2. εμφανίζεται το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά δείγματος έρευνας σε σύνολο 12 ατόμων

Χαρακτηριστικά Δείγματος	Αριθμός ετών ή ατόμων
Νοσηλευτική Εκπαίδευση	12
Γυναίκες	12
Άνδρες	0
Έγγαμοι	9
Άγαμοι	3
Επαγγελματική Εμπειρία	2-28 έτη
Ηλικία	33-51 έτη/ Μ.Ο.Η. 41,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μορφωτικό επίπεδο του δείγματος

Μορφωτικό Επίπεδο	Άτομα
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	4
Τριετούς Εκπαίδευσης	6
Διετούς Εκπαίδευσης	2
Μεταπτυχιακό	6

4. Συλλογή δεδομένων

Σε αυτό το σημείο της έρευνας οι πιο συχνές και συνήθεις μέθοδοι συλλογής δεδομένων είναι η παρατήρηση και η συνέντευξη. Στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης και δη της ημιδομημένης συνέντευξης. Η ημιδομημένη συνέντευξη έχει ως σκοπό να αποτρέψει των συμμετέχοντα να απαντήσει απλά σε μια ερώτηση αλλά να εκφράσει τα συναισθήματα και τα βιώματά του. Για αυτό τον λόγο δεν έχει αυστηρή δόμηση. Γίνεται ένας οδηγός ή ένας κατάλογος όπου σημειώνονται κάποια σημεία ώστε να μην παρασυρθεί ο ερευνητής από την συνέντευξη και βγει εκτός έρευνας. Αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να μην ακολουθήσουν την ίδια σειρά ή ακόμα και να παραληφθεί κάποια (44). Η επιλογή της διαδρομής κάθε φορά μπορεί να είναι διαφορετική ανάλογα με την περίπτωση του κάθε συμμετέχοντα.

Αρχικά έγιναν 2 δοκιμαστικές συνεντεύξεις για να γίνει έλεγχος του οδηγού ερωτήσεων, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα αυτή. Στην συνέχεια, αφού επιλέχτηκε το δείγμα σύμφωνα με τα κριτήρια που έχουμε αναφέρει, προκαθορίστηκε η ημέρα και η ώρα όπου θα γίνει η συνέντευξη με τον κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά. Οι 12 συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το θέμα της έρευνας και τους δόθηκε λίγος χρόνος για να το επεξεργαστούν και να κάνουν ερωτήσεις ή να εκφράσουν απορίες σχετικά με την έρευνα. Στην αρχή της συνέντευξης ο συμμετέχοντας ενημερώθηκε για τα δικαιώματά του και ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία. Επιπλέον, δόθηκαν και γραπτές οδηγίες και λεπτομέρειες για την έρευνα, οι οποίες περιέχονται στο έντυπο συναίνεσης, χωρίς να τους ασκηθεί πίεση.

Είναι χρήσιμο να τονιστεί ότι η έρευνα αυτή είναι απολύτως εθελοντική και οι συμμετέχοντες έχουν το δικαίωμα να σταματήσουν ή να αποχωρίσουν από την συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση. Διευκρινίζεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν θα βλάψει με κανέναν τρόπο την εργασιακή ή προσωπική κατάσταση του συνεντευξιζόμενου. Το πιο σημαντικό επίσης να τονιστεί ότι είναι απόρρητη και ανώνυμη και ότι μπορούν να έχουν ενημέρωση για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Αμέσως μετά, πραγματοποιήθηκαν 12 μαγνητοφωνημένες -από κινητό- συνεντεύξεις (ερευνητής και συμμετέχοντας), με διάρκεια της κάθε συνέντευξης 30-40 λεπτά περίπου. Δεδομένου ότι η συμπεριφορά του ερευνητή επηρεάζει τον συμμετέχοντα, οι συνεντεύξεις κύλισαν ομαλά, σαν μια φιλική και χαλαρή συζήτηση, ώστε ο συνεντευξιζόμενος να μπορέσει να “ανοιχτεί” και να παραθέσει τις εμπειρίες του και τις απόψεις του. Έπειτα, έγινε απομαγνητοφώνηση και καταγράφηκαν τα λεγόμενα των συμμετεχόντων ώστε να μπορέσουν να μελετηθούν και να ερμηνευτούν.

Ο τόπος και ο χώρος όπου πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις είναι το περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας και το τμήμα όπου εργάζεται ο κάθε συμμετέχοντας. Συγκεκριμένα, ο χώρος αυτός είναι το γραφείο ή το δωμάτιο που συγκεντρώνεται το προσωπικό για να ενημερωθεί για τα περιστατικά και να αποφορτιστεί. Η επιλογή του χώρου αυτού έγινε διότι είναι οικείος για τους συμμετέχοντες και με αυτό τον τρόπο, θα μπορέσουν να αισθανθούν άνετα κατά την διάρκεια της συνέντευξης και ταυτόχρονα χωρίς παρεμβολές από εξωτερικούς παράγοντες ώστε να διακόπτεται η συνέντευξη ή να παραβρίσκεται τρίτο πρόσωπο.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, για λόγους εχεμύθειας και διατήρησης της ανωνυμίας, τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων δεν αποκαλύπτονται. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε μια τεχνική κωδικοποίησης, όπου σε όλους δόθηκε το κωδικό όνομα Ν (Νοσηλεύτρια) και για τον καθένα ξεχωριστά ένας αριθμός από το 1-12, δηλαδή Ν1,Ν2,Ν3 κτλ.

5. Ημιδομημένη συνέντευξη

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ημιδομημένη τεχνική χρησιμοποιείται από τους ποιοτικούς ερευνητές ώστε να μην παρασυρθούν από την συνέντευξη και για να μην ξεχάσουν να ρωτήσουν σημεία που θεωρούν σημαντικά για την μελέτη τους.

Κατά συνέπεια, και σε αυτή την έρευνα οργανώθηκε ένας οδηγός – πλάνο ερωτήσεων, για την διευκόλυνση του ερευνητή να κατευθύνει την συνέντευξη υπενθυμίζοντας του το ερευνητικό θέμα. Παρακάτω παραθέτετε το πλάνο ερωτήσεων που χρησιμοποίησε ο ερευνητής.

Πλάνο ερωτήσεων συνέντευξης

- 1 Ποια εμπόδια αντιμετωπίζετε στα καθημερινά σας καθήκοντα στο τμήμα όπου εργάζεστε; Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματός σας, είναι άρτια εκπαιδευμένο για τις καθημερινές δυσκολίες;

- 2 Τι σημαίνει για σας ο θάνατος και πώς τον αντιλαμβάνεστε στον χώρο όπου εργάζεστε;
- 3 Μπορείτε να περιγράψετε το βίωμα όταν αντικρίσατε για πρώτη φορά τον θάνατο στην εργασία σας; Έχει αλλάξει καθόλου το αίσθημα αυτό με το πέρασμα των χρόνων;
- 4 Ποιους μηχανισμούς άμυνας διαθέτει το προσωπικό ώστε να διαχειρίζεται τον θάνατο και το άγχος που προκύπτει; Πώς ενεργείτε εσείς και πώς αντιδράτε στον θάνατο του κάθε ασθενούς;
- 5 Πώς αισθάνεστε όταν συζητάτε ανοιχτά με τους υπόλοιπους συναδέλφους σας για τον θάνατο του κάθε ασθενούς;
- 6 Ποια είναι η διαδικασία που ακολουθείτε όταν επέλθει ο θάνατος? Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει ειδικός προσωπικός χώρος στο τμήμα σας, ώστε να μπορούν οι συγγενείς να αποχαιρετήσουν τον θανόντα;
- 7 Η ηλικία ή/και η πάθηση του ασθενούς, επηρεάζουν τα αισθήματά σας και την ψυχική σας κατάσταση;
- 8 Μπορείτε να περιγράψετε την συναισθηματική σας κατάσταση την στιγμή του θανάτου του ασθενούς αλλά και σε δεύτερο χρόνο;
- 9 Πιστεύετε ότι επηρεάζεται η προσωπική ζωή σας από την απώλεια των ασθενών;
- 10 Πώς αντιμετωπίζετε τον θάνατο στην προσωπική σας ζωή; Τι σας βοηθάει και τι σας δυσκολεύει;
- 11 Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται να γίνει ώστε οι νοσηλευτές να διαχειρίζονται όσο το δυνατόν καλύτερα το πένθος;
- 12 Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική σας ισορροπία και την απόδοσή σας στην εργασία σας; Θα πρέπει να παρέχεται, κατά την γνώμη σας, ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού στα τμήματα βαρέων πασχόντων ασθενών;
- 13 Έχετε παρατηρήσει αλλαγές συμπεριφοράς και συναισθηματικής εξάντλησης με το πέρασμα του χρόνου λόγω της δυσκολίας του τμήματος σας;
- 14 Ποιες πιστεύετε ότι θα ήταν οι καλύτερες λύσεις ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να μην χάνει το ενδιαφέρον για την εργασία του;
- 15 Νιώθετε ότι δεν προσφέρετε αρκετά στην εργασία σας και ότι χάνετε τον χρόνο σας προσπαθώντας να αποτρέψετε τον θάνατο των ασθενών;

6. Ανάλυση δεδομένων

Σε αυτό το σημείο της έρευνας, έχουμε τελειώσει όλες τις προκαθορισμένες συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Στην συνέχεια, συλλέγουμε και απομαγνητοφωνούμε όλα τα δεδομένα που μας έδωσαν οι συμμετέχοντες. Γίνεται γραπτή καταγραφή του υλικού σε μορφή κειμένου και γίνεται ανάγνωση του κειμένου αυτού ξανά και ξανά, αφενός για να ξαναθυμηθούμε τα λεγόμενα του συμμετέχοντα και αφετέρου για να κατανοήσουμε αποκτήσουμε μια ολοκληρωμένη αντίληψη των δεδομένων που προκύπτουν. Το επόμενο βήμα είναι αυτό της κωδικοποίησης, δηλαδή για κάθε μια ενότητα του κειμένου

αποδίδουμε έναν κωδικό. Ο κωδικός αυτός εκφράζει εν συντομία την ερμηνεία που δίνει ο ερευνητής σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι του κειμένου. Μόλις συγκεντρωθούν όλοι οι κωδικοί αντιπαραβάλλονται και συγκρίνονται μεταξύ τους. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να εντοπίσουμε τα όμοια νοήματα για να σχηματιστούν κάποιες κατηγορίες θεματικών ενότητων. Στην κάθε θεματική ενότητα αποτελεί συμπυκνωμένες περιγραφές και οι ερμηνείες των συμμετεχόντων. Με την βοήθειά τους, αντιλαμβανόμαστε καλύτερα τα βιώματα και προσφέρουν επεξεργασμένη γνώση για τους συμμετέχοντες σχετικά με την έρευνα. Οι κατηγορίες των θεματικών ενότητων δεν πρέπει να είναι πάνω από μονοψήφιο αριθμό, γιατί θα απαιτείται περαιτέρω ανάλυση. Φυσικά οι θεματικές ενότητες θα πρέπει να συνδέονται με την ευρύτερη βιβλιογραφία (40).

7. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας

7.1. Δημιουργία κατηγοριών θεματικών ενότητων

Αναλυτικότερα, αφού λοιπόν αποδώσαμε κωδικούς και σχημάτισαμε κατηγορίες και στις 12 συνεντεύξεις, καταλήξαμε σε δυο θεματικές ενότητες όπου διακρίνονται σε δυο και μια υποκατηγορίες αντιστοίχως, (βλέπε ΠΙΝΑΚΑΣ 3). Κατά συνέπεια, η πρώτη θεματική ενότητα που προέκυψε από το κωδικοποιημένο υλικό που συλλέχθηκε είναι “οι στρατηγικές αντιμετώπισης” όπου περιλαμβάνει δυο υποκατηγορίες 1)τις εσωτερικές στρατηγικές και 2)τις εξωτερικές στρατηγικές, με την κάθε μια να αναλύεται σε επιπλέον υποκατηγορίες. Η δεύτερη θεματική ενότητα έχει τίτλο “ψυχική επιβάρυνση” με την 1)επαγγελματική εξουθένωση και 2) ως υποκατηγορίες.

Η διαδικασία αυτή, όπως αναφέραμε έγινε και στις 12 συνεντεύξεις όπου δημιουργήθηκαν 12 πίνακες. Οι θεματικές ενότητες θα μας βοηθήσουν να διερευνήσουμε, τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, καθώς και την ψυχική επιβάρυνση τους λόγω των αυξημένων απαιτήσεων του τμήματος, ώστε να ερμηνεύσουμε και να απαντήσουμε τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουμε θέσει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατηγορίες Θεματικών Ενότητων

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	
Στρατηγικές Αντιμετώπισης	Εσωτερικές στρατηγικές	Εξωτερικές στρατηγικές
Ψυχική επιβάρυνση	Ταύτιση και αποστασιοποίηση	Επαγγελματική εξουθένωση

7.2. Παρουσίαση των θεματικών ενότητων

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται οι διαφορετικές ερμηνείες του πένθους και του θανάτου που δίνονται από τους νοσηλευτές, όπως επίσης και η διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι σε αυτόν, καθώς και την ψυχική επιβάρυνσή του λόγω της δυσκολίας του τμήματος, παρέχοντας φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Ειδικότερα, αναλύονται τα συναισθήματα που προκύπτουν από το συχνή απώλεια ασθενών, τους τρόπους αντιμετώπισης του πένθους και σε επαγγελματικό αλλά και σε προσωπικό επίπεδο, την ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς και συναδέλφους αλλά και στρατηγικές για καλύτερη αντιμετώπιση του πένθους με την χρήση μηχανισμών άμυνας.

7.2.1. 1^η Θεματική ενότητα “Στρατηγικές Αντιμετώπισης”

Στην υποκατηγορία “Εσωτερικές Στρατηγικές” αναπτύσσονται οι ορισμοί που δίνουν οι νοσηλευτές για το πένθος και τον θάνατο είτε αποδέχοντάς τον, είτε δίνοντας του νόημα, αλλά και τα συναισθήματα που προκύπτουν αντικρίζοντας τον συχνά στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που αναπτύσσουν.

1^η Υποκατηγορία: “Εσωτερικές Στρατηγικές”

1) Αποδοχή ή δημιουργία νοήματος: Είναι γεγονός ότι, τα τμήματα όπου φροντίζουν βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι ιδιαίτερα απαιτητικά και δύσκολα για το νοσηλευτικό προσωπικό, αφού έρχονται αντιμέτωπο αρκετά συχνά με τον θάνατο των ασθενών και εν συνεχεία με το πένθος. Ο κάθε νοσηλευτής ερμηνεύει διαφορετικά τον θάνατο ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης, τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και τα βιώματά του. Ο θάνατος σαν ορισμός είναι η παύση των ζωτικών λειτουργιών. Για άλλους είναι το τέλος της ζωής, ενώ άλλοι τον χαρακτηρίζουν ως ανακούφιση ή απλά το τέλος της ταλαιπωρίας τους.

“Τον θάνατο τον βλέπω σαν απελευθέρωση από τον πόνο, αυτοί οι ασθενείς υποφέρουν και ταλαιπωρούνται για πολύ καιρό, χάνοντας πολλές φορές την αξιοπρέπειά τους, αλλάζουν όψη και φυσικά μαζί με αυτούς ταλαιπωρούνται και οι συγγενείς...” (N2)

“Ο φυσικός θάνατος των ασθενών είναι μια θετική έκβαση κατά την γνώμη μου, είναι η ανακούφιση του ιδίου από τα συμπτώματα αλλά και της οικογένειας του που υποφέρει μαζί με τον ασθενή...” (N6)

Όπως αναφέρουν οι περισσότεροι από τους συνεντευξιζόμενους, η ηλικία και η πάθηση είναι κάποιους από τους παράγοντες που τους βοηθάει αλλά και τους δυσκολεύει να αποδεχθούν τον θάνατο. Το

πένθος στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι πολύ συχνό και κοινός αποδεκτό να θεωρούν τον θάνατο ως μια θετική εξέλιξη αφού προσφέρει λύτρωση και ανακούφιση από τα επίπονα συμπτώματα και την παράταση ζωής που τις περισσότερες φορές νιώθει το νοσηλευτικό προσωπικό ότι ο ασθενείς χάνει την αξιοπρέπειά του και το δικαίωμά του για έναν ήρεμο θάνατο.

“Όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος φτάνει πιο κοντά στον θάνατο, είναι κάτι το αναπόφευκτο, δεν παύει να είναι ένα λυπηρό και στενάχωρο γεγονός....όμως η παράταση ζωής των βαρέων πασχόντων ασθενών στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους δείχνει έλλειψη αξιοπρέπειας της ανθρώπινης ύπαρξης, όταν έχουμε εξαντλήσει όλες τις ενέργειες διατήρησης του ασθενούς στη ζωή....” (N5)

Τέλος με την αποδοχή του θανάτου, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προχωρήσει παρακάτω, στην φροντίδα δηλαδή ενός άλλου ασθενούς.

“Η αποδοχή του θανάτου έρχεται με βάση την ηλικία και τον τρόπο που απεβίωσε ο ασθενής....” (N8)

“Δεν υπάρχει χρόνος για συναισθήματα.....η αποδοχή είναι η μόνη λύση αφού δυστυχώς αμέσως μετά τον θάνατο του ασθενούς πρέπει να φροντίσω άλλον ασθενή.” (N10)

2)Συναισθήματα: Τα συναισθήματα που δημιουργούνται στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ποικίλα και οι αντιδράσεις συνήθως διαφορετικές αφού έχουν να κάνουν με αυξημένο αριθμό θανάτων. Ανάλογα όπως είπαμε και πριν με τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας αλλά εδώ συγχρόνως παίζει ρόλο και η γενική ψυχοσύνθεση του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Η οικογενειακή σταθερότητα, η ψυχική ηρεμία, η εργασιακή γαλήνη αλλά και οι γνώσεις είναι αυτά που συμμετέχουν στον βαθμό ανάπτυξης των συναισθημάτων που δημιουργούνται κατά την απώλεια των ασθενών. Οι περισσότεροι περιγράφουν την πρώτη επαφή τους με τον θάνατο, ως ένα οδυνηρό γεγονός που δεν ξεχνάς εύκολα ακόμα και μετά από πολλά χρόνια προϋπηρεσίας. Τα συναισθήματα είναι έντονα και μη διαχειρίσιμα.

“Όταν ήμουν νέα στο επάγγελμα για μένα ο θάνατος ήταν ένα αρκετά σοκαριστικό γεγονός. Θυμάμαι έκλαιγα και στεναχωριόμουν πολύ...ήταν μια πολύ δύσκολη βάρδια που μου έμεινε χαραγμένη για πάντα σαν μια οδυνηρή εμπειρία....” (N4)

“Τα συναισθήματα όπως ο φόβος και η θλίψη κατά τον πρώτο καιρό που εργάστηκα, ήταν πολύ πιο έντονα από ότι αισθάνομαι τώρα....πλέον ο θάνατος για μένα είναι μια φυσιολογική πορεία της ζωής...αποστασιοποιούμαι, κυρίως νιώθω απάθεια....” (N2)

“...μετά την λύπη για τον θάνατο των ασθενών, σε δεύτερο χρόνο τελικά αποδέχομαι τον θάνατο και απλά τον προσπερνάω και πάω παρακάτω...δεν τον αφήνω να με καταβάλει συναισθηματικά και ψυχικά”.
(N7)

Αυτά που νιώθουν συνήθως οι νοσηλευτές είναι η θλίψη, η λύπη, η στεναχώρια αλλά και ο φόβος διαχείρισης του νεκρού. Κάποιοι περνάνε από τα στάδια του πένθους και κυρίως οι λιγότερο σε εμπειρία νοσηλευτές. Τις περισσότερες φορές και ανάλογα με τον χαρακτήρα του καθενός τα συναισθήματα αυτά είναι πιο έντονα, ενώ με το πέρασμα των χρόνων η απάθεια και η σκέψη ότι είναι κάτι το φυσιολογικό είναι τα συναισθήματα που κυριαρχούν. Βέβαια, ακόμα και αυτοί καταλαβαίνουν διαφορά των συναισθημάτων τους όταν έχουν να κάνουν με τον θάνατο ενός παιδιού ή νέου ανθρώπου ή ακόμα και αν ο θάνατος επήλθε από κάποιο ατύχημα ή ανίατη νόσο. Φυσικά, και οι αντιδράσεις των ίδιων των συγγενών είναι πολλές φορές αυτές που δημιουργούν επιπλέον συναισθηματική φόρτιση στους νοσηλευτές, νιώθοντας ταύτιση και οικειοποιώντας την κατάσταση.

“...ο θάνατος δεν παύει να με συγκλονίζει σαν γεγονός, μου προκαλεί έντονη θλίψη και δυσφορία όταν ειδικά έχει να κάνει με νέους ανθρώπους...κάποιες φορές πραγματικά μου είναι πολύ δύσκολο να διαχειριστώ τα συναισθήματα που με κατακλύζουν...” (N1)

“Η θλίψη, η λύπη, η στεναχώρια, ο φόβος, το αίσθημα ότι κάτι δεν έκανα καλά, είναι κάποια από τα συναισθήματα που αναπτύσσονται κάθε φορά που έρχομαι σε επαφή με τον θάνατο...” (N8)

“Σαν νοσηλεύτρια ο θάνατος με επηρεάζει πιο πολύ όταν οι αντιδράσεις των συγγενών είναι πολύ έντονες, στεναχωριέμαι και εγώ με την δική τους στεναχώρια και έχω βαθιά λύπη για τον θάνατο του ασθενούς....” (N5)

“....Υπάρχει οι οικογένειά μου, που είναι το παν! Δεν μπορώ να αφήσω τον εαυτό μου να καταρρεύσει με τον κάθε θάνατο....πρέπει να συνεχίσω και να μην κουβαλάω τις σκέψεις μου και τα συναισθήματά μου στο σπίτι.....Βέβαια όταν το προφίλ ή οι ηλικίες των ασθενών μοιάζει με της οικογένειάς μου, αναπόφευκτα γίνεται ταύτιση....”(N10)

3)Στρατηγικές αντιμετώπισης: Το πένθος μπορεί να δυσκολέψει πολύ την καθημερινότητά μας, είτε στο εργασιακό περιβάλλον είτε στην προσωπική ζωή γενικά. Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο υπάρχουν κάποιες στρατηγικές αντιμετώπισης του πένθους ή αλλιώς οι μηχανισμοί άμυνας του πένθους (εκλογίκευσης, μετατόπισης, χιούμορ, υποχώρησης, θρησκεία, χόμπι κτλ.), που αναπτύσσει κάθε άνθρωπος ώστε να περιορίσει το φορτίο του θανάτου.

“Οι δραστηριότητες εκτός δουλειάς και οικογένειας είναι οι μηχανισμοί άμυνας μου.... Προσπαθώ να καθαρίσω το μυαλό μου και να μην κουβαλάω τα άσχημα συναισθήματά μου στην οικογένειά μου και στο σπίτι μου...”(N3)

“Πιστεύω ότι το χιούμορ μετά από τόσα χρόνια που εργαζομαι σαν νοσηλεύτρια είναι ένας ισχυρός μηχανισμός άμυνας που έχω αναπτύξει.... Με έχει βγάλει αρκετές φορές από δύσκολες καταστάσεις ώστε να περάσει όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα το πένθος.” (N7)

Βέβαια, ένα σύστημα υποστήριξης είναι πολύ σημαντικό για τον νοσηλευτή διότι δεν χρειάζεται να πενήθει μόνος του. Οι φίλοι, η οικογένεια αλλά και οι συναδέλφοι και οι ανώτεροι μπορούν να ανακουφίσουν από τα συναισθήματα και να εκφράσουν την θλίψη τους ανοιχτά.

“Η συζήτηση με άλλους συναδέλφους και η ανταλλαγή εμπειριών βοηθάει αρκετά στην αποφόρτιση των συναισθημάτων μιας και δεν έχω προϋπηρεσία στο επάγγελμα...”(N6)

“Η ψυχραιμία και η λογική είναι οι δικές μου στρατηγικές αντιμετώπισης του πένθους.....θεωρώντας ως φυσική κατάληξη του ανθρώπου τον θάνατο, μπορώ να ελέγξω καλύτερα τα συναισθήματά μου...” (N9)

“Κατά βάση η συζήτηση, η επικοινωνία δηλαδή με συναδέλφους και ανωτέρους (επειδή με καταλαβαίνουν καλύτερα από την οικογένειά μου), το χιούμορ και έχοντας σαν σκέψη τις μάχες που κερδίζονται και όχι τις μάχες που χάνονται είναι η καλύτερη στρατηγική αντιμετώπισης του πένθους.” (N11)

“Οι οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον είναι αυτό που με βοηθάει να ξεπεράσω μια απώλεια. Είναι το στήριγμά μου!” (N5)

Φυσικά μια ακόμα στρατηγική αντιμετώπισης είναι και η εναλλαγή τμημάτων, ώστε να αποφορτίζεται το προσωπικό και ουσιαστικά να ξεκουράζεται από το πένθος, δηλαδή να μην παραμένει αρκετά χρόνια σε τμήμα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

“Το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, δεν θα πρέπει να παραμένει αρκετό χρονικό διάστημα εκεί, αλλά καλό θα ήταν να πηγαίνει και σε άλλα τμήματα ώστε να δίνεται χρόνος για συναισθηματική ξεκούραση ” (N8)

2^η Υποκατηγορία: “Εξωτερικές Στρατηγικές”

1) Ψυχολογική υποστήριξη – αμοιβαία υποστήριξη: Για την αντιμετώπιση λοιπόν του στρες και του πένθους, χρειάζεται ομαδική εργασία και αλληλοϋποστήριξη. Είναι πολύ σημαντική η ψυχική υγεία και η ισορροπία του νοσηλευτή διότι έχει να κάνει με ανθρώπινες ζωές που εξαρτώνται κατά βάση από αυτόν. Η στήριξη μπορεί να προέρχεται από τους ανωτέρους ή και από το πιο έμπειρο προσωπικό (ειδικά για τους νέους νοσηλευτές) μέσω της συχνής επικοινωνίας και της συζήτησης. Όμως, κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς ψυχολόγους στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η βοήθειά

τους είναι πού σημαντική στην αποφόρτιση από δυσάρεστα γεγονότα που απασχολούν τους νοσηλευτές. Οι ομάδες υποστήριξης πένθους και ίσως κάποια γραμμή 24ωρης επικοινωνίας για ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλευτών είναι επίσης χρήσιμα εργαλεία για τους νοσηλευτές και την αντιμετώπιση του πένθους και των συναισθημάτων.

“Η στήριξή μας περιορίζεται στα πιο έμπειρα άτομα, όπως την προϊσταμένη του τμήματος ή ακόμα και την διευθύντριά μας. Δεν υπάρχει κάποια ψυχολογική υποστήριξη μέσα στο τμήμα από εξειδικευμένο προσωπικό, αν υπήρχε θα ήταν πολλή μεγάλη βοήθεια για όλους μας”. (N1)

“Το προσωπικό έχει ανάγκη την υποστήριξη των ανωτέρων αλλά και την ψυχολογική βοήθεια για να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις. Η αμοιβαία υποστήριξη των συναδέλφων χωρίς εντάσεις και προστριβές είναι επίσης σημαντική για την αποφόρτιση των συναισθημάτων από τους συχνούς θανάτους των ασθενών και του αυξημένου φόρτου εργασίας.” (N3)

Η αλληλοϋποστήριξη και το δέσιμο μεταξύ των νοσηλευτών όπως αναφέρουν τους συσπειρώνει, εκφράζουν τον θυμό τους την απελπισία τους, τα προβλήματά τους και τις έννοιες τους και με αυτόν τον τρόπο αποφορτίζονται.

“Η συστηματική παρακολούθηση από ψυχολόγο είτε εντός του τμήματος είτε γενικά εντός του νοσοκομείου θα έλυνε πολλά προβλήματα και με την ψυχολογική βοήθεια που θα πρόσφερε, το προσωπικό θα έδινε καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς. Επίσης οι υποχρεωτικές συνεδρίες με ψυχολόγους ή ακόμα και η δημιουργία μια ανοιχτής γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης θα ήταν πολύ χρήσιμες.”(N10)

“Θα πρέπει να παρέχεται ψυχιατρική φροντίδα μόνο σε όσους το έχουν ανάγκη και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους, δεν χρειάζεται να είναι μέσα στο τμήμα κάποιος ειδικός αλλά κάποιος γενικά στο νοσοκομείο ώστε να βοηθάει το προσωπικό.”(N5)

Όπως αναφέρουν οι συνεντευξιαζόμενοι μέσω της ψυχοθεραπείας και της συζήτησης όλοι θα αισθάνονται καλύτερα, θα μπορούν να αποδώσουν στην φροντίδα των ασθενών αλλά η ίδια η ψυχοσύνθεσή τους αφού αν λύνονται τα προβλήματα έγκαιρα δεν θα υπάρχει ψυχική επιβάρυνση και άσχημο εργασιακό κλίμα. Επίσης επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν καθημερινά.

2)Εκπαίδευση: Η εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική για το προσωπικό. Πρώτα από όλα όταν υπάρχει ένα σωστά εκπαιδευμένο προσωπικό σε ένα τμήμα τότε ο φόρτος εργασίας μειώνεται κατά πολύ. Όσο αναφορά τα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται τα περιστατικά αυτά. Η εκπαίδευση θα πρέπει να ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια κιάλας σπουδών με μαθήματα πάνω στην ολιστική φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών και στην διαχείριση του θανάτου και του πένθους στο νοσηλευτικό επάγγελμα και να

επικεντρώνεται στην μείωση των αρνητικών αντιλήψεων και στην βελτίωση της στάσης απέναντι στην φροντίδα βαρέων πασχόντων ασθενών. Επίσης, η εκπαίδευση δεν πρέπει ποτέ να σταματά αλλά να συνεχίζεται και αργότερα καθώς εργάζονται σε αυτά τα τμήματα κάνοντας σεμινάρια εκπαιδευτικά ή προγράμματα βοήθειας εργαζομένων διαχείρισης πένθους και ανακουφιστικής φροντίδας, αλλά και διαφόρων καταστάσεων στον εργασιακό χώρο.

“Όταν το προσωπικό δεν είναι άρτια εκπαιδευμένο δημιουργεί δυσκολίες στην εργασιακή καθημερινότητα... δεν έχουν μηχανισμούς άμυνας και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις συνεχόμενες απώλειες των ασθενών, άρα απαιτείται επιπλέον εκπαίδευση ώστε να μπορούν να ανταπεξέρχονται σε όλα τα επίπεδα...”(N4)

“Πέρα από την σωστή και ολοκληρωμένη εκπαίδευση στην ολιστική φροντίδα βαρέων πασχόντων ασθενών, που θα πρέπει να λαμβάνουν οι νέοι νοσηλευτές από τα πρώτα κιόλας χρόνια των σπουδών τους, θα πρέπει να εκπαιδεύονται και στην διαχείριση του πένθους και του θανάτου των ασθενών...”(N3)

“Θα ήταν πολύ χρήσιμο για τους νοσηλευτές να παρέχονται ειδικά σεμινάρια διαχείρισης βαρέων πασχόντων ασθενών και υποστήριξης, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να μπορούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους αλλά και τον συγγενή του ασθενούς” (N12)

“Η εκπαίδευση με σεμινάρια και η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων εμπλουτίζει τους νοσηλευτές με νέες γνώσεις και τους βοηθάει να μην χάνουν το ενδιαφέρον τους.” (N5)

Έχοντας λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση το προσωπικό, έχει τη δυνατότητα να προσφέρει την καλύτερη δυνατή ολιστική φροντίδα στον ασθενή, να μπορεί να διαχειρίζεται δύσκολες καταστάσεις και συναισθήματα. Έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερη στάση απέναντι στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η εκπαίδευση αυξάνει το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για το επάγγελμά τους και τους δίνει την δυνατότητα εξέλιξης.

7.2.2. 2^η Θεματική Ενότητα “Ψυχική επιβάρυνση”

1^η Υποκατηγορία: “Ταύτιση και αποστασιοποίηση”

Οι περισσότερες περιπτώσεις των νοσηλευτών εμφανίζουν **ταύτιση** με τους ασθενείς τους. Πάντα βρίσκουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά είτε με τους ίδιους είτε με την οικογένειά τους. Για παράδειγμα η ηλικία και η πάθηση του ασθενούς είναι κάποιοι από τους παράγοντες που δημιουργούν ταύτιση. Βέβαια αυτή η κατάσταση είναι αρκετά επώδυνη για την ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

“Βάζω συχνά τον εαυτό μου στην θέση των γονιών που έρχονται να δουν τα παιδιά τους στην μονάδα. Σκέφτομαι ότι θα μπορούσε να είναι το δικό μου παιδί σε αυτή την κρίσιμη κατάσταση ίσως γιατί είναι κοντά στην ηλικία των παιδιών μου και έχουν τα ίδια ενδιαφέροντα...” (N1)

“...Φυσικά και εμείς οι ίδιοι οι νοσηλευτές έχουμε υπάρξει ασθενείς.... Μου είναι πολύ δύσκολο να παρέχω φροντίδα σε ασθενή που έχει το ίδιο πρόβλημα με εμένα, πάντα συγκρίνω τον εαυτό μου και φοβάμαι ότι ίσως βρεθώ στην ίδια βαριά κατάσταση όπως ο ασθενής που φροντίζω και αντικρίζοντας την οικογένεια του ασθενούς σκέφτομαι ότι αυτή ίσως να είναι και η αντίδραση της δικής μου οικογένειας. Είναι αρκετά επώδυνη η ταύτιση αυτή.” (N10)

Για αυτό τον λόγο λοιπόν οι νοσηλευτές έχοντας χρόνια εμπειρίας σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, επιλέγουν να **αποστασιοποιούνται** από τον ασθενή για να μην ταυτίζονται μαζί του. Η αποστασιοποίηση βοηθάει, όπως είδαμε και στην βιβλιογραφία, να προσφέρει ο νοσηλευτής καλύτερη κλινική φροντίδα αντιμετωπίζοντας έτσι την πίεση από ένα πιθανό λάθος στην νοσηλεία που μπορεί να αποβεί μοιραίο. Έτσι διατηρείται η ψυχική υγεία του νοσηλευτή και δεν επιβαρύνεται συχνά από την σχέση του με τον ασθενή αλλά και τον θάνατό του.

“με το πέρασμα των χρόνων έχω μάθει να μην φορτιζομαι συναισθηματικά από την πορεία της υγείας και τον θάνατο των ασθενών. Κρατάω μια απόσταση, γνωρίζοντας ότι είμαι επαγγελματίας υγείας και αυτό που πρέπει να κάνω είναι να παρέχω την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή”. (N3)

“...δεν υπάρχει χρόνος για συναισθηματισμούς και ταύτιση με τον ασθενή. Οι ασθενείς εναλλάσσονται γρήγορα είτε λόγω θανάτου είτε αλλαγής τμήματος. Η απάθεια και η αποστασιοποίηση είναι η καλύτερη λύση ώστε να μην επιβαρύνομαι ψυχικά... φροντίζω μόνο η ποιότητα νοσηλείας στο τέλος της ζωής του ασθενούς να είναι αξιοπρεπείς”. (N8)

“Κρατώντας απόσταση από τον ασθενή και την οικογένειά του δεν δένομαι συναισθηματικά μαζί του, ώστε να μην επηρεάζεται η προσωπική μου ζωή από αυτόν..”(N9)

2^η Υποκατηγορία: “Επαγγελματική εξουθένωση”

Οι νοσηλευτές βρίσκονται διαρκώς σε δύσκολες καταστάσεις. Έχουν να αντιμετωπίσουν βαριά περιστατικά, βρίσκονται σε συνεχή έκθεση στον πόνο, στην θλίψη και στον θάνατο. Δείχνουν πλήρη αφοσίωση και και δίνουν την απαραίτητη φροντίδα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων των ασθενών. Όμως, όλος αυτός ο φόρτος εργασίας, οι ενδοεργασιακές συγκρούσεις, οι επιπλέον αρμοδιότητες, οι

οικογενειακές υποχρεώσεις, και φυσικά οι συνεχείς απώλεια των ασθενών κτλ. επιβαρύνουν την ψυχική ισορροπία των νοσηλευτών με αποτέλεσμα την επαγγελματική εξουθένωση.

“Οι διακρίσεις, η απουσία συναδελφικότητας, η υποβάθμιση αλλά και η κριτική που ασκείται μέσα στο τμήμα, σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας και τους συχνούς θανάτους επηρεάζει την απόδοση στην εργασία αλλά και στην γενική φροντίδα των ασθενών....”(N12)

“Το στρες, το επειγόν της κατάστασης αλλά και η επιδεξιότητα των νοσηλευτικών πράξεων επιβαρύνουν την ψυχική υγεία....εδώ έχεις να κάνεις με ανθρώπινη ζωή, όχι με άψυχα αντικείμενα... δεν συγχωρούνται τα λάθη...”(N11)

“Όσο υπάρχουν καλές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων και ανωτέρων, όλα τα θέματα μπορούν να λυθούν και έτσι παρέχεται μια ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς... δυστυχώς όμως τα προβλήματα είναι αρκετά όπως η έλλειψη προσωπικού και αδειών, το ήδη υπάρχον κουρασμένο προσωπικό που επιβίωσε από μια πανδημία, ακόμα και η έλλειψη υλικού και ο φόρτος επιπλέον εργασιών και ο μειωμένος προσωπικός χρόνος οδηγούν στην σύντομα στην επαγγελματική εξουθένωση....” (N1)

“Δυστυχώς δουλεύοντας σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς έρχεσαι πολύ συχνά αντιμέτωπος με τον θάνατο και κατά συνέπεια με το πένθος.... Η απώλεια των ασθενών, αν και με τον καιρό είναι κάτι που το συνηθίζεις, κουράζει ψυχικά και τις περισσότερες φορές νιώθεις πως απλά χάνεις τον χρόνο σου και ότι δεν προσφέρεις όπως έχεις μάθει την προαγωγή υγείας αλλά προσπαθείς να σώσεις αυτό που δεν σώζεται.....”(N9)

Έτσι λοιπόν, αυτό που ζητούν κυρίως οι νοσηλευτές είναι να υπάρχει καλό εργασιακό κλίμα δεδομένου της δυσκολίας του επαγγέλματος. Όταν μπορείς να συνεργαστείς με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους πολλά από τα προβλήματα που αυξάνουν τον κορεσμό της εξουθένωσης μειώνονται και γίνονται πιο αντιμετωπίσιμα. Δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην περιποίηση και την φροντίδα των ασθενών και αυξάνεται το αίσθημα της προσφοράς.

7.2.3. Ανακεφαλαίωση των αποτελεσμάτων

Παραπάνω παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα από την ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε για την παρούσα μελέτη. Τα αποτελέσματα αντλήθηκαν μέσα από τις 12 συνεντεύξεις με ημιδομημένες ερωτήσεις. Ας δούμε ξανά συνοπτικά τα πιο κύρια σημεία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Είναι φανερό μέσα από τις συνεντεύξεις του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου εργάζεται σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, ότι έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον θάνατο. Τα συναισθήματα που αναπτύσσονται έχουν να κάνουν με την στάση τους απέναντι στον θάνατο των ασθενών. Η συναισθηματική κατάσταση εξαρτάται από την ηλικία και την πάθηση που πεθαίνει ένας ασθενής, τις αντιδράσεις των

συγγενών, την ταύτιση που μπορεί να εμφανίζουν με τους αποθανόντες αλλά και κατά πόσο είναι προετοιμασμένοι για τους αλληπάλληλους θανάτους. Φυσικά τα συναισθήματα των νοσηλευτών, αλλάζουν ανάλογα και με την εμπειρία και το πέρασμα των χρόνων στο επάγγελμα.

Η αποδοχή του θανάτου και του πένθους, ακόμα και η απόδοση νοημάτων είναι μια εσωτερική ανάγκη των νοσηλευτών ώστε να μπορέσουν άμεσα να συνέλθουν από το πένθος και αναλάβουν γρήγορα τον επόμενο ασθενή που χρειάζεται την φροντίδα τους. Οι περισσότεροι περιγράφουν ότι βλέπουν τον θάνατο σαν λύτρωση για τον ασθενή, ανακούφιση από τα συμπτώματα και τον πόνο του ίδιου καθώς και τον πόνο των συγγενών.

Οι νοσηλευτές ανέφεραν τις στρατηγικές που συνήθως χρησιμοποιούν για να αποφορτίζονται από το πένθος. Η ανάγκη για υποστήριξη είτε ψυχολογική είτε συναδελφική, ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. Οι περισσότεροι αναφέρουν την ανάγκη τους για ψυχοθεραπεία ή ακόμα και την παρουσία ενός έμπειρου ψυχολόγου μέσα στο τμήμα για άμεση βοήθεια. Η υποστήριξη από τους ανωτέρους ή και γενικά των συναδέλφων δείχνει το δέσιμο μεταξύ του προσωπικού. Μπορούν να εμπιστευτούν τα αισθήματα, να συζητήσουν και να ανταλλάξουν εμπειρίες.

Ένα ακόμα καίριο ζήτημα που αναπτύσσουν είναι αυτό της παροχής εκπαιδευτικών πόρων σε όλους τους νοσηλευτές. Η εκπαίδευση μπορεί να είναι πάνω στην φροντίδα στο τέλος της ζωής, στην διαχείριση του πένθους και της απώλειας αλλά και στις τεχνικές διαχείρισης των συναισθημάτων. Όπως αναφέρεται στις συνεντεύξεις το προσωπικό όταν είναι άρτια εκπαιδευμένο πολλές κρίσιμες καταστάσεις αντιμετωπίζονται πιο άμεσα.

Η συναισθηματική φόρτιση λόγω των συχνών και αλληπάλληλων θανάτων είναι μια αιτία που οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι περισσότεροι ανάλογα με τα χρόνια εμπειρίας τους απωθούν μαζικά τα συναισθήματα που προκαλεί ένας θάνατος, διότι όπως αναφέρουν δεν υπάρχει χρόνος να επεξεργαστούν περισσότερο την απώλεια, αφού άμεσα πρέπει να φροντίσουν έναν άλλο ασθενή.

8. Συζήτηση

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσουμε τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς και να την επίδραση που μπορεί να έχει ο θάνατος στην ψυχική υγεία του νοσηλευτή. Κατά την διαδικασία των συνεντεύξεων, όλοι οι νοσηλευτές μιλούσαν βάση εμπειρίας και γνώσης στο θέμα του πένθους και του θανάτου στα τμήματα αυτά αλλά και της ψυχικής επιβάρυνσης τους. Σε αυτό το κεφάλαιο λοιπόν, θα επιχειρηθεί να συσχετιστούν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας με αυτά των άλλων ερευνών που μελετήθηκαν ώστε να αναπτυχθεί αυτή η μελέτη.

Το θέμα της παρούσας έρευνας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον όχι μόνο για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και γενικά από όλους τους επιστήμονες υγείας. Καθημερινά, οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με την ανθρώπινη απώλεια και καλούνται να διαχειριστούν άμεσα τα συναισθήματά τους. Ο συνδυασμός της απώλειας και του αυξημένου φόρτου εργασίας με την ολιστική φροντίδα βαρέως

πασχόντων ασθενών, φέρει σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας του προσωπικού. Στην έρευνα των Foxall et al. (45), διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ στρεσάρονται περισσότερο από τον θάνατο και το πένθος, ενώ στα υπόλοιπα τμήματα που φροντίζουν βαρέως πάσχοντες ασθενείς κατέταξαν τον φόρτο εργασίας και τα θέματα ανάμεσα στο προσωπικό υψηλότερα στην λίστα που οδηγούν στην ψυχική επιβάρυνση. Επίσης, στην έρευνα της Demerouti et al. (46), οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση προκύπτουν από τις απαιτήσεις της εργασίας (φόρτος εργασίας, πίεση χρόνου κτλ.)

Όπως λοιπόν είδαμε και μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, στις μέρες μας, ο θάνατος γίνεται αντιληπτός στους νοσηλευτές ως ένα διπλό φαινόμενο. Καταρχήν, ο θάνατος δεν παύει να είναι ένα τρομαχτικό, αποκρουστικό και οδυνηρό γεγονός. Κατά δεύτερον αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας του ασθενούς και περιγράφεται τις περισσότερες φορές ως “λύτρωση” του ασθενούς (2). Φυσικά, κάθε νοσηλευτής βιώνει διαφορετικά τον θάνατο του ασθενούς στην δουλειά του. Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης μας που συμφωνούν με τις έρευνες από άλλες μελέτες (47, 48) που έχουν πραγματοποιηθεί, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν από νωρίς τον θάνατο των ασθενών, από τα φοιτητικά τους κιάλια χρόνια και για τους περισσότερους αυτό ήταν ένα οδυνηρό γεγονός που τους στιγματίσει για την υπόλοιπη επαγγελματική τους πορεία. Καλώς ή κακώς οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έρχονται σε συνεχή επαφή με τον ασθενή. Έτσι, ο θάνατος για αυτούς αποτελεί μια μορφωτική εμπειρία η οποία διδάσκει πολλά και αλλάζει σημαντικά την αντίληψη που υπάρχει σχετικά με αυτόν. Εκεί παρατηρείτε και η ελλιπής κατάρτιση των νοσηλευτών.

Σύμφωνα με τις υπόλοιπες μελέτες όπως Zhao et al και Zyga et al (49,50), η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα που σχετίζονται με τον θάνατο, συμβάλλουν ουσιαστικά στην καλλιέργεια μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στο πένθος και τον θάνατο των ασθενών. Μέσω της ενίσχυσης των επαγγελματικών γνώσεων και της κατάρτισης δεξιοτήτων για νοσηλευτές για την βελτίωση των γνώσεων, ανακουφίζουν την ψυχολογική πίεση που τους καταβάλλει (49, 50). Έτσι και στις απαντήσεις που έδωσαν οι συνεντευξιζόμενοι, η εκπαίδευση του προσωπικού στην διαχείριση βαρέως πασχόντων ασθενών, του θανάτου και του πένθους αλλά και των ίδιων των συναισθημάτων τους είναι ελλιπής. Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια των σπουδών και να συνεχίζεται για πάντα ώστε να μπορούν να προσφέρουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ανακουφιστική φροντίδα μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς. Είναι γεγονός ότι με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, το προσωπικό μαθαίνει να διαχειρίζεται καλύτερα το πένθος, να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα για τον κάθε ασθενή, να προσαρμόζεται ανάλογα τις ανάγκες του ασθενούς και την παρούσα κατάσταση του θανόντα (π.χ. θρησκεία, πανδημία, μετάδοση ιών κτλ.). Επίσης μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα οι νοσηλευτές μπορούν να μάθουν να διαχειρίζονται σωστά τα συναισθήματά τους, χωρίς αυτά να τους οδηγούν στον κορεσμό και εν συνεχεία στην ψυχική επιβάρυνσή τους. Για αυτό τον λόγο είναι σημαντικό το προσωπικό να λαμβάνει την κατάλληλη εκπαίδευση στην προετοιμασία και φροντίδα ετοιμοθάνατου ασθενούς σε όλη την επαγγελματική του πορεία.

Στην παρούσα έρευνα, τα συναισθήματα που αναφέρθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό εξαρτιόνται κυρίως από την κατάσταση ή την περίπτωση του θανάτου ενός βαρέως πάσχοντα ασθενούς. Τα

συναισθήματα που περιεγράφηκαν είναι η θλίψη, η λύπη και η αναστάτωση σε πρώτο χρόνο. Επίσης περιέγραψαν τα συναισθήματα που ένιωσαν την πρώτη φορά που ήρθαν αντιμέτωποι με τον θάνατο. Αυτά ήταν ο φόβος, το σοκ, η σύγχυση και η βαθιά θλίψη. Τα ίδια συναισθήματα περιεγραφήκαν και στην έρευνα των Batley NJ et al. (51). Γενικά, ένιωσαν ανίκανοι και ότι δεν πρόσφεραν όσα θα μπορούσαν να δώσουν. Η ευθραυστότητα της ζωής σίγουρα φέρει αντίκτυπο για την δική τους ζωή και ψυχική υγεία. Όπως αναφέρεται από τους συνεντευξιζόμενους (10 από τους 12), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία αλλά και την επαγγελματική τους δραστηριότητα είναι η ηλικία του ασθενούς, η πάθηση, η προσδοκία για ίαση, ο αιφνίδιος θάνατος, η αλληλεπίδραση με τον ασθενή και την οικογένειά του. Αυτό που χρειάζεται για να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές όλη αυτή την αγχωτική εμπειρία της φροντίδας ενός ετοιμοθάνατου ασθενούς, είναι να αναπτύξουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας ή αλλιώς στρατηγικές αντιμετώπισης του θανάτου.

Πολλές μελέτες (24,27,28) αναφέρουν ότι οι μηχανισμοί άμυνας θα πρέπει να αναπτύσσονται από το προσωπικό ώστε να αποφορτίζεται άμεσα από τις δυσκολίες του επαγγέλματος. Το ίδιο αναφέρθηκε και στην παρούσα έρευνα. Μάλιστα κάποιους από αυτούς που ανέφεραν χαρακτηριστικά ήταν η αλληλοϋποστήριξη του προσωπικού, το χιούμορ, η στήριξη από τους ανωτέρους, η θρησκεία, η οικογένεια και άλλους πολλούς.

Στις αναφορές τους οι νοσηλευτές επισήμαναν οι περισσότεροι (9 στους 12) ότι έχουν συνηθίσει τον θάνατο των ασθενών μετά από χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Σχετικά με αυτό αναφέρεται σε μια μελέτη (2) ότι “για κάθε έτος εργασίας ο αριθμός των εμπειριών που σχετίζονται με τον θάνατο ενός ασθενούς αυξάνεται”. Όμως αυτό που ίσως δεν μπορούν να διαχειριστούν και τους επηρεάζει ακόμα και σήμερα είναι η αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος του θανόντα με αποτέλεσμα να πενθούν και να στεναχωριούνται και αυτοί μαζί τους, ταυτίζοντας ίσως με την κατάσταση της δικιάς τους οικογένειας.

Επίσης μέσα από την βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν, αναφέρεται ότι το προσωπικό έχει ανάγκη να επικοινωνήσει με τους ανωτέρους του, όπως τον προϊστάμενο/νη, η διευθυντή ιατρό. Είναι πιο έμπειροι και ίσως και οι μόνοι που μπορούν να απευθυνθούν άμεσα για υποστήριξη. Το ίδιο αναφέρθηκε και στην παρούσα μελέτη. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι οι ανώτεροι μπορούν να εκπαιδεύσουν ή να συμβουλευσουν τους νεότερους, ακόμα και τους πιο ευαίσθητους ή ευάλωτους νοσηλευτές και να τους αποφορτίσουν από τις δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν παρέχοντας φροντίδα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς και διαχείρισης συναισθημάτων πένθους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πέρα από την συχνή απώλεια ασθενών που έχουν να αντιμετωπίσουν, επιβαρύνονται επιπλέον με αγχωτική εργασία και δύσκολες καταστάσεις. Ως συνέπεια αυτών, τους καθιστά ευάλωτους με μειωμένα κίνητρα βελτίωσης της κατάστασης και εν συνεχεία οδηγούνται στην επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας και στην επαγγελματική εξουθένωση. Συνήθως η ψυχολογική υποστήριξη είναι ανύπαρκτη για να αντιμετωπιστούν τα συναισθήματα της απώλειας των ασθενών. Είναι επιτακτική η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού εντός των τμημάτων που νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς, από έμπειρο ψυχολόγο σε καθημερινή βάση.

Οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του πένθους και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων είναι απαραίτητα. Ο ειδικός ψυχολόγος ή ακόμα και η εφαρμογή ενός δικτύου υποστήριξης

νοσηλευτών, όπως λειτούργησε και εν μέσω πανδημίας Covid-19, θα επέφερε εξαιρετικά αποτελέσματα σε εκείνους που χρήζουν συναισθηματική υποστήριξη είτε ατομικά είτε ομαδικά.

Τα κίνητρα είναι σημαντικά για την ομαλή λειτουργία του τμήματος, ώστε να αποφεύγεται η αποστροφή από το επάγγελμα και η επαγγελματική εξουθένωση. Οι νοσηλευτές στην παρούσα έρευνα ανέφεραν ότι ως κίνητρα θα μπορούσαν να είναι η κατάρτιση και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων ή υποτροφιών για μετεκπαίδευση, η καλύτερη αντιμετώπιση και συνεννόηση μεταξύ του προσωπικού, χωρίς προστριβές και εντάσεις. Να στελεχώνεται το κάθε τμήμα με εξειδικευμένο προσωπικό ή να εκπαιδευτεί από τους πιο έμπειρους, να δίνονται περισσότερες άδειες ώστε να αποφορτίζεται και να ξεκουράζεται το προσωπικό, καθώς και η δυνατότητα εναλλαγής τμημάτων και φυσικά καλύτερες οικονομικές απολαβές. Αυτά συνάδουν με τις έρευνες των Ball et al. και Efinger et al. (52,53)

Η παρούσα έρευνα όπως αναφέραμε παραπάνω, περιλαμβάνει συνεντεύξεις από 12 νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς στο Γ. Ν. Καρδίτσας. Η εργασιακή εμπειρία των περισσότερων είναι άνω των δέκα ετών. Ο αριθμός του δείγματος δεν είναι ούτε μεγάλος ούτε μικρός. Όμως ως περιορισμός μπορεί να θεωρηθεί ότι το δείγμα είναι μόνο γυναίκες αφού η πλειοψηφία των εργαζόμενων νοσηλευτών στο νοσοκομείο είναι το γυναικείο φύλο. Η έρευνα θα μπορούσε να επαναληφθεί στο μέλλον, ώστε στο δείγμα να συμπεριληφθεί και το αντρικό φύλο για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη έρευνα σχετικά με την αντιμετώπιση του πένθους και του θανάτου των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης τα ευρήματα που προκύπτουν από την συγκεκριμένη έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής και διαχείρισης συναισθημάτων. Ακόμη, η θέσπιση του ψυχολόγου εντός των τμημάτων κρίνεται απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία του τμήματος, για την υποστήριξη του προσωπικού και για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

9. Συμπεράσματα

Σε αυτή την ποιοτική έρευνα αναφέρθηκαν οι εμπειρίες και οι γνώμες των νοσηλευτών που εργάζονται σε τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρθηκαν προσωπικές και επαγγελματικές εμπειρίες από την στάση τους απέναντι στον θάνατο των ασθενών και κατά συνέπεια την επιρροή στην ψυχική τους υγεία.

Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στην έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς και εκπαίδευσης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών αλλά και του πένθους. Οι περισσότεροι υποστηρίζονται ή ψάχνουν την υποστήριξη στους ανωτέρους για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τους συχνούς θανάτους των ασθενών, λόγω μεγαλύτερης εμπειρίας που κατέχουν σχετικά με την απώλεια, το πένθος και την φροντίδα στο τέλος της ζωής. Η συζήτηση γενικά μεταξύ του προσωπικού μπορεί να βελτιώσει αποτελεσματικά την ψυχολογική κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού, να ανακουφίσει από τα συναισθήματα που προκαλεί ο θάνατος και να αποδεχτεί τον θάνατο. Επίσης η ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας είναι απαραίτητοι για την αντιμετώπιση του πένθους.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές φάνηκε να έχουν μια φυσική αποδοχή του θανάτου, απάθεια και αποστασιοποίηση στα συναισθήματά τους έπειτα από αρκετά χρόνια εμπειρίας, αλλά δεν ήταν λίγοι και αυτοί που φοβούνται τον θάνατο και τον περιέγραψαν ως ένα οδυνηρό γεγονός. Η εκπαίδευση σε θέματα που σχετίζονται με τον θάνατο και με την φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών, μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση από τα συναισθήματα του φόβου, του άγχους και να ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να προσεγγίσουν τον θάνατο με πιο επιστημονικό τρόπο προάγοντας έτσι την ψυχική υγεία του προσωπικού. Έτσι λοιπόν, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων και συνεχιζόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι απαραίτητη ώστε να ενισχυθούν οι γνώσεις στην ολιστική φροντίδα και να βελτιωθεί η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών.

Είναι αλήθεια πως οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι λόγω της υψηλής θνησιμότητας ασθενών, των πολλών ωρών και του αυξημένου φόρτου εργασίας. Φυσικά όλα αυτά έρχονται να συνδυαστούν με την δύσκολη περίοδο που αντιμετωπίσαμε κατά την πανδημία Covid-19, επιβαρύνοντας το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικά και οδηγώντας το σε επαγγελματική εξουθένωση. Η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει την δυνατότητα να αυξήσει το αίσθημα ικανοποίησης με την εργασία και να βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, είναι να παρέχει συμπονετική φροντίδα στον ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός. Είναι επίσης σημαντικό να διατηρείται η συναισθηματική ισορροπία, ώστε να είναι σε θέση ο νοσηλευτής να παρέχει την καλύτερη φροντίδα στον ασθενή.

Δ. Βιβλιογραφία

1. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed Heal Prof.* 2018;89:60–9.
2. Ory MG, Miguel Rios-González C, Leszczy P, Szczupakowska M, Stolarek P, Roszak M, et al. Patient's Death From the Perspective of Nursing Students. *Front Public Heal* | www.frontiersin.org [Internet]. 2021;1:636582. Available from: www.frontiersin.org
3. Vasconcelos EM de, Martino MMF De, França SP de S. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Apr 20];71(1):135–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29324955/>
4. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Tomás-Salvá M, Vidal-Blanco G. Predicting Professional Quality of Life and Life Satisfaction in Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
5. McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs.* 2003 Dec;44(6):633–42.
6. Bateman ME, Hammer R, Byrne A, Ravindran N, Chiurco J, Lasky S, et al. (No Title). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04929-4>
7. Board PS and PCE. Grief, Bereavement, and Coping With Loss (PDQ®). *PDQ Cancer Inf Summ* [Internet]. 2022 Oct 18 [cited 2023 Apr 20]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66052/>
8. Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang PC, Kershek S, et al. Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 23];16(9):432–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20871497/>
9. Luo M, Pan S, Xie J, Li Y. A correlation study between nursing staff's knowledge level of hospice care and the psychology, emotion and attitude towards deaths. *Am J Transl Res* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 23];13(9):10751. Available from: [/pmc/articles/PMC8507026/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348507026/)
10. Park H-J, Lee Y-M, Won MH, Lim S-J, Son Y-J. Hospital Nurses' Perception of Death and Self-Reported Performance of End-of-Life Care: Mediating Role of Attitude towards End-of-Life Care. Available from: www.mdpi.com/journal/healthcare
11. Oates JR, Maani-Fogelman PA. Nursing Grief and Loss. *StatPearls* [Internet]. 2021 Aug 11 [cited 2022 Jan 23]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/>

12. Nakajima S. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2022 Jan 24];373(1754). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012739/>
13. Pop-Jordanova N. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *Pril (Makedonska Akad na Nauk i Umet Oddelenie za Med Nauk* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Nov 3];42(2):9–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34699700/>
14. Gilart E, Lepiani I, Dueñas M, Nuñez MJC, Baena BG, Bocchino A. Bereavement Needs Assessment in Nurses: Elaboration and Content Validation of a Professional Traumatic Grief Scale. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2022 Nov 4];19(5). Available from: </pmc/articles/PMC8910400/>
15. Μπαλή Χριστίνα. Πένθος και απώλεια. Ψυχοθεραπευτικό κέντρο Νοτίων Προαστίων;12 Φεβρουαρίου 2021. Διαθέσιμο στον ιστότοπο / Available from: <https://www.psychotherapeutiko.gr/penthos-apoleia/>
16. Πάρπα Έφη. Πένθος και αντιμετώπιση θανάτου. Αθήνα: Ψυχολογικές Γνώμες; Δεκέμβριος 2012. Available from: <http://www.psychological-opinions.gr/el/content/πένθος-και-αντιμετώπιση-θανάτου>
17. Μπαλιάμη Κωνσταντίνα. Απώλεια & Πένθος: Τι είναι το πένθος, ποια τα στάδιά του, πώς μπορούμε να το διαχειριστούμε. Γρεβενά: Περιφερειακή ενότητα Γρεβενών; 7 Φεβρουαρίου 2022. Available from: <https://grevena.pdm.gov.gr/apoleia-amp-penthos-ti-einai-to-penthos-poia-ta-stadia-toy-pos-mporoyme-na-to-diacheiristoyme/>
18. Βάθης Αριστοτέλης. Πώς να αντιμετωπίσετε το πένθος. Αθήνα: therapia.gr; Μάιος 2021. Available from: <https://www.therapia.gr/pos-na-antimetopisete-to-penthos/>
19. Shimoinaba K, McKenna L, Cornell B. Nurses' experiences, coping and support in the death of a child in the emergency department: A qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs*. 2021 Nov 1;59:101102.
20. Zhang J, Tao H, Mao J, Qi X, Zhou H. Correlation between nurses' attitudes towards death and their subjective well-being. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Apr 20];10(12):12159–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35016468/>
21. Su A, Lief L, Berlin D, Cooper Z, Ouyang D, Holmes J, et al. Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Jun 1;55(6):1591-1598.e1.
22. Anderson JR, Biro D, Pettitt P. Evolutionary thanatology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2022 Nov 3];373(1754). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30012748/>

23. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2018 Aug 16 [cited 2022 Dec 7];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111299/>
24. Xu F, Huang K, Wang Y, Xu Y, Ma L, Cao Y. A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/3107692>
25. Lief L, Berlin DA, Maciejewski RC, Westman L, Su A, Cooper ZR, et al. ORIGINAL RESEARCH Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2018;15(12):1459–64. Available from: www.atsjournals.org
26. Ozga D, Wo K, Gurowiec PJ. Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. Available from: www.ptpaio.pl
27. Defense Mechanisms - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559106/>
28. 4η ΥΠΕ. Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα. 4Η ΥΠΕ [Internet]. 1 Οκτωβρίου 2012 [updated 1 Οκτωβρίου 2014; cited 2022 December 12]. Available from: <https://www.4ype.gr/πρωτόκολλα>
29. WHO. Mental health. World Health Organization [Internet]. 2022 June 17 [cited 2023 January 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
30. Bolier L, Katelaar S.M, Nienwenhuijsen K, Odile Smeets K, Gartner F, Sluiter J. Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health promotion online wals: A cluster – randomized controlled trial. 2014; page 196-204
31. Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligans L, Brusaferto S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. 2006. *Oncol Nurs Forum* 33:815-820
32. Gray – Toft. Anderson J.G. The nursing stress scale: development of an instrument Behavioral Assessment. 1981; 3:11-23
33. Schäfer SK, Lass-Hennemann J, Groesdonk H, Volk T, Bomberg H, Staginnus M, Brückner AH, Holz E, Michael T. Mental Health in Anesthesiology and ICU Staff: Sense of Coherence Matters. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 19;9:440. doi: 10.3389/fpsy.2018.00440. PMID: 30283365; PMCID: PMC6156425.
34. Κοντσιαντά Κ. Συναισθήματα και εμπειρίες νοσηλευτών ΜΕΘ που έχουν στην φροντίδα τους ασθενείς με εγκεφαλικό θάνατο. *Θέματα Αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής*. 2008. σελ.100-103

35. Urden L.D. Stacy K.M. Lough M.E. Προτεραιότητες στην Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα Υγείας, 7η Έκδοση. Broken Hill Publishers Ltd. 2018. σελ. 177-187
36. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. [cited 2022 Sep 22]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>
37. Urden L.D. Stacy K.M. Lough M.E. Προτεραιότητες στην Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα Υγείας, 7η Έκδοση. Broken Hill Publishers Ltd. 2018. σελ. 80-81
38. Rodgers GT. CLINICAL MOMENT How do you deal with death and dying? Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2019;23(3). Available from: <https://cle.clinic/2vF8UsX>
39. Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00738-x>
40. Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. Am J Hosp Palliat Med. 1991;8(5):37-43.
41. Pasternak J. Qualitative research. Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2023 Feb 7];18:eED5532. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215469/>
42. Denzin NK, Lincoln YS: Introduction: The Discipline and Practice of a qualitative research, the SAGE Handbook of qualitative research, 5th edition. Edited by Denzik NK, Lincoln YS. Thousand Oaks. SAGE Publications. 2009. pp 10
43. Sawatsky AP, Ratelle JT, Beckman TJ. Qualitative Research Methods in Medical Education. Anesthesiology [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Feb 7];131(1):14-22. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/131/1/14/18053/Qualitative-Research-Methods-in-Medical-Education>
44. Μαντζούκας Στέφανος. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα, η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. Νοσηλευτική. 2007. σελ. 88-98
45. Foxall M.J., Zimmerman L., Standley R. & Bene B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. Journal of Advanced Nursing 15. 1990. 577-584.
46. Demerouti E., Bakker A., Nachreiner F. & Schaufeli W.B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. Journal of Advanced Nursing 32, 454-464

47. Brown H. & Edelmann R. Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31. 2000. 857–864.
48. Charnley E. Occupational stress in the newly qualified staff nurse. *Nursing Standard* 13. 1999. 33 – 36.
49. Zhao SX, Qiang WM, Zheng XN, et al. Development of death education training content for adult cancer patients: A mixed methods study. *J Clin Nurs* 2018; 27:4400-10.
50. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, et al. Greek renal nurses' attitudes towards death. *J Ren Care* 2011;37:101-7.
51. Batley NJ, Bakhti R, Chami A, Jabbour E, Bachir R, El Khuri C, et al. The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Med Educ.* (2017) 17:110. doi: 10.1186/s12909-017-0945-9
52. Ball J., Pike G., Cuff C., Mellor-Clark J. & Connell J. (2002) RCN Working Well Survey. RCN Online, http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/working_well_survey_inside1/pdf (last accessed May 2003).
53. Efinger J., Nelson L.C. & Starr J.M.W. (1995) Understanding circadian rhythms: a holistic approach to nurse and shift work. *Journal of Holistic Nursing* 13, 306–322.

Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΓΡΑΠΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

“Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΣΕ ΤΜΗΜΑΤΑ ΒΑΡΕΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ”

Αγαπητοί νοσηλευτές - νοσηλεύτριες,

Σας προσκαλούμε να λάβετε μέρος στην έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Εργασίας της κ. Χαλατσάκου Ευαγγελίας, ΤΕ Νοσηλεύτριας και φοιτήτριας στο ΠΜΣ “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας” του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, υπό την επίβλεψη του κ. Φραδέλου Ευάγγελου, Επίκουρου Καθηγητή Κλινικής Νοσηλευτικής στο τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Σκοπός της έρευνας:

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνήσουμε την στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, απέναντι στον θάνατο των ασθενών σε τμήματα βαρέων πασχόντων και την επίδραση που μπορεί ο θάνατος να έχει στη ψυχική τους υγεία.

Τα αποτελέσματα θα αναδείξουν: κατά πόσο έχει εκπαιδευτεί το νοσηλευτικό προσωπικό να διαχωρίζει την επαγγελματική ζωή με την προσωπική, αν υπάρχουν μηχανισμοί διαχείρισης του πένθους για το προσωπικό, την ψυχική επιβάρυνση του προσωπικού στα τμήματα με βαρέως πάσχοντες ασθενείς, από την συχνή απώλεια ασθενών, την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη μέσα στα τμήματα αυτά και εκπαιδευτικών σεμιναρίων-μαθημάτων διαχείρισης πένθους.

Διαδικασία της έρευνας:

- Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές καλούνται να απαντήσουν σε ορισμένα ερωτήματα που θέτει ο ερευνητής υπό την μορφή συνέντευξης.
- Οι απαντήσεις πρόκειται να ηχογραφηθούν για την ακριβή καταγραφή της διαδικασίας.
- Έπειτα, οι απαντήσεις αυτές θα αναλυθούν με σκοπό την απάντηση των αρχικών ερωτημάτων.
- Η διάρκεια της συνέντευξης θα είναι γύρω στα 30 λεπτά.

Σε ποιους απευθύνεται αυτή η έρευνα:

Απευθύνεται αποκλειστικά στους νοσηλευτές των τμημάτων με βαρέως πάσχοντες ασθενείς και όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων.

Διατήρηση ανωνυμίας και εθελοντισμός:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι απολύτως εθελοντική και όποια στιγμή θελήσετε μπορεί να διακοπεί η συμμετοχή σας χωρίς καμία κύρωση. Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή, δεν θα βλάψει με κανέναν τρόπο την εργασιακή ή προσωπική σας κατάσταση. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανώνυμη και απόρρητη και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας και δεν θα ανακοινωθεί το τμήμα όπου εργάζεστε. Όλα τα ευρήματα ή/και τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές του χρήσεις εκχωρούνται στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον κώδικα Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλούμε να συμπληρώσετε και να υπογράψετε το παρακάτω έντυπο:

ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ

Βεβαιώνω ότι διάβασα και κατάλαβα τις οδηγίες σχετικά με την έρευνα και ότι είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.	
Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσυρθώ όποτε θέλω χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία κύρωση.	
Έχω κατανοήσει τους σκοπούς της έρευνας.	
Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα.	

Όνομα συμμετέχοντος

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ερευνητής

Ημερομηνία

Υπογραφή

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ταυρωπού, 43100
Δ/ση/Τμήμα: Νοσηλευτική Υπηρεσία
Γραφείο Εκπαίδευσης
Συντάκτης: Κοσκινιώτη Στεφανία
Τηλέφωνο: 24413 - 51538
FAX : 24410 -26313
E-mail: nosyp@noskard.gr

Καρδίτσα, 14-12-2022

Αρ. Πρωτ. 95 553

ΠΡΟΣ: κ. Χαλατσάκου Ευαγγελία

ΘΕΜΑ: Αποδοχή του αιτήματος για την πραγματοποίηση συνεντεύξεων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Σχετ.: αρ.πρωτ.24945/7-12-2022 διαβιβαστικό έγγραφο αποσπάσματος του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την θετική εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Καρδίτσας εγκρίνεται από τη Δ/ση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας την πραγματοποίηση δώδεκα (12) συνεντεύξεων στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Καρδίτσας για την εκπόνηση της διπλωματικής σας εργασίας.

Με εντολή Διοικητή

Η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Τσαντίκου Αγγέλα

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

