



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΤΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΣΙΜΕΛΑ

Α.Μ. ΦΟΙΤΗΤΗ: 144351

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΟΓΚΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Β' ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΦΛΩΡΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΜΑΪΟΣ, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («Τυριακίδου Σιμέλας») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΝ
ΘΑΝΑΤΟ»**

«ΤΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΣΙΜΕΛΑ»

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Τόγκας Κωνσταντίνος

Φλωρά Αικατερίνη

Κοινωνικός λειτουργός-ψυχολόγος, Msc.,

Κλινική Ψυχολόγος, Msc., PhD

PhD

Επίκουρη Καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο

Μέλος ΣΕΠ ΔΜΥ ΕΑΠ

Δυτικής Μακεδονίας

ΜΑΪΟΣ, 2026

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω στους γονείς μου, Χαράλαμπο και Αικατερίνη, και στην αδερφή μου Μαρία, για την αδιάκοπη παρακίνηση και ενθάρρυνσή τους καθ' όλη τη διάρκεια αυτού του δύσκολου αλλά υπέροχου ταξιδιού, την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου.

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη και τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κωνσταντίνο Τόγκα. Η αμέριστη κατανόηση, η επιστημονική του καθοδήγηση και η συνεχής συμπαράστασή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας υπήρξαν πολύτιμες.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω το ΕΑΠ και τους καθηγητές μου για τις καινούργιες γνώσεις που αποκόμισα, αλλά και για τη νέα επιστημονική οπτική που μου μετέδωσαν.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν άμεσα ή έμμεσα στην παρούσα έρευνα. Η πολύτιμη συμβολή και η ανταπόκρισή τους υπήρξαν καθοριστικές για την πραγματοποίησή της.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα εργασία διερευνά τις στάσεις, τον φόβο και το άγχος απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές, εστιάζοντας στον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική έκθεση σε περιστατικά θανάτου επηρεάζει την ψυχολογική και επαγγελματική τους εμπειρία. Αρχικά, προσεγγίζεται θεωρητικά ο θάνατος ως βιολογικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και ψυχολογικό φαινόμενο, ενώ εξετάζονται οι σύγχρονες κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις γύρω από τη θνητότητα. Παράλληλα, αναλύονται οι έννοιες του φόβου και του άγχους θανάτου, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωσή τους. Στη συνέχεια, η εργασία εστιάζει στον θάνατο στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας και ειδικότερα στη νοσηλευτική πρακτική, αναδεικνύοντας τις ψυχολογικές επιπτώσεις της συνεχούς επαφής με ασθενείς τελικού σταδίου, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η συναισθηματική επιβάρυνση και το πένθος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση σε δείγμα νοσηλευτών, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών και των στάσεων απέναντι στον θάνατο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότερη επαφή των νοσηλευτών με περιστατικά θανάτου συνδέθηκε με χαμηλότερο άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων ατόμων ($r=-0,296$, $p=0,002$). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της συχνότητας επαφής με περιστατικά θανάτου και των υπόλοιπων διαστάσεων στάσεων ή άγχους απέναντι στον θάνατο ($p>0,05$). Επιπλέον, η νοσηλεία ασθενών με προχωρημένη νόσο, η συζήτηση με ασθενείς για τον θάνατο, η ανοιχτή συζήτηση του θέματος και η περιποίηση νεκρού δεν εμφάνισαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις υπό μελέτη μεταβλητές. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ηλικία, η συνολική προϋπηρεσία και τα έτη εργασίας στο τμήμα δεν σχετίστηκαν σημαντικά με τον φόβο ή το άγχος απέναντι στον θάνατο. Αντίθετα, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερο φόβο απέναντι στον θάνατο ($M=4,41$ έναντι $M=3,33$, $p=0,016$) και υψηλότερο συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων ($M=4,31$ έναντι $M=3,59$, $p=0,001$) συγκριτικά με τους άνδρες. Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση εμφάνισε στατιστικά σημαντική σχέση με το συνολικό άγχος απέναντι στον

θάνατο άλλων ($F=3,048$, $p=0,020$), ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης και η εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p>0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τέλος, υπογραμμίζεται η ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης και της ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τις απαιτήσεις της φροντίδας στο τέλος της ζωής.

Λέξεις – Κλειδιά: θάνατος, άγχος θανάτου, φόβος θανάτου, νοσηλευτές, παρηγορητική φροντίδα, επαγγελματική εξουθένωση.

«Investigation of nurses' attitudes towards death»

«Tyriakidou Simela»

Abstract

INTRODUCTION: This paper explores attitudes, fear and anxiety towards death in nurses, focusing on how occupational exposure to death incidents affects their psychological and professional experience. Initially, death is theoretically approached as a biological, social, cultural and psychological phenomenon, while contemporary social and religious perceptions of mortality are examined. At the same time, the concepts of fear and anxiety of death are analyzed, as well as the factors that influence their formation. Subsequently, the paper focuses on death in the context of healthcare and in particular in nursing practice, highlighting the psychological effects of continuous contact with terminally ill patients, such as professional burnout, emotional burden and bereavement.

METHODOLOGY - AIM: The research was carried out with a quantitative methodological approach on a sample of nurses, with the aim of investigating the relationship between demographic and professional characteristics and attitudes towards death.

RESULTS: The results showed that more frequent exposure of nurses to death-related incidents was associated with lower levels of anxiety regarding the dying process of others ($r = -0.296$, $p = 0.002$). No statistically significant associations were found between the frequency of exposure to death-related incidents and the remaining dimensions of death attitudes or death anxiety ($p > 0.05$). Furthermore, caring for patients with advanced illness, discussing death with patients, openly discussing death-related issues, and providing post-mortem care were not associated with significant differences in the study variables. Regarding demographic characteristics, age, total years of professional experience, and years of service in the current department were not significantly related to fear of death or anxiety about the

death of others. In contrast, female nurses reported higher levels of fear of death ($M = 4.41$ vs. $M = 3.33$, $p = 0.016$) and greater overall anxiety regarding the death of others ($M = 4.31$ vs. $M = 3.59$, $p = 0.001$) compared to male nurses. Finally, marital status was significantly associated with overall anxiety about the death of others ($F = 3.048$, $p = 0.020$), whereas educational level and previous training in death management showed no significant effects ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: Finally, the need to strengthen the education and psychological support of health professionals is highlighted, so that they can more effectively manage the demands of end-of-life care.

Keywords: death, death anxiety, fear of death, nurses, palliative care, burnout

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Περιεχόμενα	9
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
Κεφάλαιο 1.....	14
Ο θάνατος ως κοινωνικό, ψυχολογικό και πολιτισμικό φαινόμενο	14
1.1 Ορισμοί θανάτου.....	14
1.2 Ο θάνατος στη σύγχρονη κοινωνία	17
1.3 Πολιτισμικές και θρησκευτικές αντιλήψεις.....	21
1.4 Φόβος και άγχος θανάτου.....	25
Κεφάλαιο 2.....	29
Ο θάνατος στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας	29
2.1 Ο θάνατος στην κλινική και νοσηλευτική πρακτική.....	29
2.2 Συνέπειες της έκθεσης στον θάνατο για τους επαγγελματίες υγείας.....	32
2.2.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις της έκθεσης στον θάνατο	32
2.2.2 Επαγγελματική εξουθένωση, θλίψη και πένθος νοσηλευτών	35
2.3 Παράγοντες προστασίας και διαχείρισης	39
2.3.1 Συναισθηματική εργασία και συναισθηματική διαχείριση	39
2.3.2 Ομαδική υποστήριξη.....	41
2.3.3 Εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου.....	42
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
Κεφάλαιο 3.....	47
Μεθοδολογία.....	47
3.1 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	47
3.2 Σκοπός της έρευνας	47
3.3 Ερευνητικά ερωτήματα	47
3.4 Δείγμα της έρευνας	48
3.5 Εργαλείο μέτρησης.....	48
3.5.1 Death Attitude Profile – Revised (DAP-R).....	49
3.5.2 Collett–Lester Fear of Death Scale	49
3.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	50
3.7 Τεχνικές ανάλυσης δεδομένων.....	51
3.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	51

Κεφάλαιο 4.....	52
Αποτελέσματα έρευνας.....	52
Κεφάλαιο 5.....	85
Συζήτηση.....	85
Συμπεράσματα.....	88
Βιβλιογραφία	89
Παράρτημα Α΄: Έντυπο Ενημέρωσης & Συναίνεσης	99
Παράρτημα Β΄: Ερωτηματολόγιο «Διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών προς τον θάνατο»	101

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία εξετάζει τον θάνατο ως ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο δεν περιορίζεται μόνο στη βιολογική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης, αλλά συνδέεται στενά με ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και επαγγελματικές παραμέτρους. Οι σύγχρονες κοινωνίες, μέσα από την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και των θεσμών υγείας, έχουν μεταβάλει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τον θάνατο, μεταφέροντάς τον σε μεγάλο βαθμό στο πλαίσιο της κλινικής και νοσοκομειακής φροντίδας.

Στο πλαίσιο αυτό, οι νοσηλευτές αποτελούν μία από τις επαγγελματικές ομάδες που έρχονται συχνότερα σε επαφή με τον θάνατο και τη διαδικασία του τέλους της ζωής, ιδιαίτερα σε τμήματα υψηλής θνησιμότητας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα ογκολογικά τμήματα και οι δομές παρηγορικής φροντίδας. Η συνεχής έκθεση στην ανθρώπινη απώλεια και στον πόνο μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τόσο την επαγγελματική πρακτική όσο και την ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζοντας τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις απέναντι στον θάνατο.

Ο φόβος και το άγχος θανάτου αποτελούν βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας και σχετίζονται με τη συνειδητοποίηση της θνητότητας και της περατότητας της ζωής. Στους νοσηλευτές, οι εμπειρίες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα λόγω της συχνής επαφής με ασθενείς τελικού σταδίου, της συμμετοχής στη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής και της ανάγκης διαχείρισης δύσκολων συναισθηματικών και ηθικών καταστάσεων στο κλινικό περιβάλλον. Παράλληλα, παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική εμπειρία και η συχνότητα έκθεσης σε περιστατικά θανάτου φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τη θνητότητα και αναπτύσσουν στάσεις απέναντι στον θάνατο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων, του φόβου και του άγχους απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές, καθώς και η εξέταση της σχέσης των παραπάνω διαστάσεων με δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες. Παράλληλα, η εργασία επιχειρεί να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο η επαγγελματική έκθεση σε περιστατικά θανάτου και η καθημερινή επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των νοσηλευτών απέναντι στη θνητότητα και στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Μέσα από τη θεωρητική και ερευνητική προσέγγιση

του θέματος, επιδιώκεται η καλύτερη κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και η ανάδειξη της σημασίας της κατάλληλης εκπαίδευσης και ψυχολογικής υποστήριξης στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1.

Ο θάνατος ως κοινωνικό, ψυχολογικό και πολιτισμικό φαινόμενο

1.1 Ορισμοί θανάτου

Ο θάνατος δεν συνιστά μόνο ένα βιολογικό γεγονός, αλλά ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και ηθικές διαστάσεις. Αν και στην ιατρική ορίζεται με βάση τη μη αναστρέψιμη παύση των ζωτικών λειτουργιών, η εμπειρία και η σημασία του δεν εξαντλούνται σε αυτή τη βιολογική διάσταση. Οι κοινωνικές επιστήμες υπογραμμίζουν ότι ο θάνατος νοηματοδοτείται μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικά και πολιτισμικά συμφραζόμενα, τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι τον αντιλαμβάνονται, τον βιώνουν και τον εντάσσουν στην προσωπική και συλλογική τους εμπειρία (Klimczuk & Fabiś, 2017; Puri, 2021; Thompson et al., 2016).

Η έννοια του θανάτου αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα και πολυδιάστατα ζητήματα στην ιατρική, τη βιοηθική και τις κοινωνικές επιστήμες. Παρότι ο θάνατος θεωρείται μια καθολική και αναπόφευκτη βιολογική πραγματικότητα, ο ακριβής ορισμός του έχει μεταβληθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια της ιστορίας. Οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, ιδίως από τα μέσα του 20ού αιώνα και μετά, δημιούργησαν νέες προκλήσεις ως προς τον τρόπο με τον οποίο ορίζεται και διαπιστώνεται ο θάνατος, καθώς κατέστη δυνατή η τεχνητή υποστήριξη βασικών λειτουργιών του οργανισμού, όπως η αναπνοή και η κυκλοφορία του αίματος (Zheng et al., 2022).

Ιστορικά, ο θάνατος γινόταν αντιληπτός με έναν απλό και διαισθητικό τρόπο, ως η πλήρης απώλεια της ζωής. Στην παραδοσιακή αντίληψη, ο θάνατος θεωρούνταν ένα μοναδικό γεγονός που σηματοδοτεί τη μετάβαση από την κατάσταση της ζωής στην κατάσταση της μη ύπαρξης. Σε πρώιμες λεξικογραφικές και νομικές διατυπώσεις, ο θάνατος οριζόταν ως η παύση της ζωής ή ως η αποχώρηση της ψυχής από το σώμα, μια προσέγγιση που αντανάκλασε τη φιλοσοφική και θεολογική κατανόηση της εποχής (White III, 2019; Zheng et al., 2022).

Με την ανάπτυξη της επιστημονικής ιατρικής κατά τον 19ο και τις αρχές του 20ού αιώνα, οι ορισμοί του θανάτου άρχισαν να βασίζονται περισσότερο σε φυσιολογικά και βιολογικά κριτήρια. Στο πλαίσιο αυτό, ο θάνατος συνδέθηκε κυρίως με την παύση της

λειτουργίας των βασικών ζωτικών οργάνων, ιδιαίτερα της καρδιάς και των πνευμόνων. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, η διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής αποτελούσε την κύρια ένδειξη ότι ο οργανισμός είχε παύσει να λειτουργεί ως ζωντανή οντότητα (Bernat, 2013; White III, 2019).

Η προσέγγιση αυτή ήταν λειτουργική για μεγάλο χρονικό διάστημα, διότι πριν από την ανάπτυξη σύγχρονων τεχνολογιών υποστήριξης της ζωής, η παύση μιας από τις βασικές ζωτικές λειτουργίες οδηγούσε σχεδόν άμεσα στην παύση και των υπόλοιπων. Η διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος, για παράδειγμα, προκαλούσε μέσα σε λίγα λεπτά σοβαρή βλάβη στον εγκέφαλο και τελικά οδηγούσε στον θάνατο ολόκληρου του οργανισμού. Κατά συνέπεια, η παύση της καρδιακής λειτουργίας θεωρούνταν αξιόπιστο και επαρκές κριτήριο για τη διαπίστωση του θανάτου (White III, 2019).

Η κατάσταση αυτή άλλαξε σημαντικά κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα με την εισαγωγή νέων ιατρικών τεχνολογιών, όπως η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και οι τεχνικές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Οι τεχνολογίες αυτές επέτρεψαν στους ιατρούς να διατηρούν ή να αποκαθιστούν με τεχνητό τρόπο ορισμένες ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού ακόμη και σε περιπτώσεις σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης. Ως αποτέλεσμα, κατέστη δυνατό να διατηρείται η κυκλοφορία και η αναπνοή σε ασθενείς των οποίων ο εγκέφαλος είχε υποστεί μη αναστρέψιμη καταστροφή (Bernat, 2013).

Η εξέλιξη αυτή δημιούργησε σημαντικά ερωτήματα σχετικά με το πότε ακριβώς μπορεί να θεωρηθεί ότι ένας άνθρωπος είναι νεκρός. Πριν από την εμφάνιση αυτών των τεχνολογιών, ο θάνατος αποτελούσε ένα ενιαίο φαινόμενο. Όταν σταματούσε μία από τις τρεις βασικές ζωτικές λειτουργίες, η κυκλοφορία, η αναπνοή ή η εγκεφαλική λειτουργία, οι υπόλοιπες σταματούσαν πολύ γρήγορα. Η αλληλεξάρτηση αυτών των λειτουργιών καθιστούσε τον ορισμό του θανάτου σχετικά απλό (Bernat, 2013; DeGrazia, 2007).

Με τη δυνατότητα τεχνητής υποστήριξης της αναπνοής και της κυκλοφορίας, η παραδοσιακή αυτή ενότητα των ζωτικών λειτουργιών διαταράχθηκε. Ένας ασθενής μπορούσε πλέον να διατηρεί καρδιακή λειτουργία και κυκλοφορία μέσω μηχανικών μέσων, ακόμη και όταν είχε χαθεί οριστικά η λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό οδήγησε στην ανάγκη αναθεώρησης των κριτηρίων με τα οποία ορίζεται ο θάνατος και στην εισαγωγή νέων εννοιών, όπως ο εγκεφαλικός θάνατος (Bernat, 2013).

Στη σύγχρονη ιατρική, ο θάνατος ορίζεται συχνά ως η μη αναστρέψιμη παύση των κρίσιμων λειτουργιών του οργανισμού ως ενιαίου συνόλου. Η έννοια αυτή αναφέρεται όχι

απλώς στη λειτουργία μεμονωμένων οργάνων, αλλά στη συνολική ικανότητα του οργανισμού να λειτουργεί ως ολοκληρωμένο βιολογικό σύστημα. Με άλλα λόγια, ο θάνατος επέρχεται όταν ο οργανισμός παύει να διατηρεί την ενότητα και τη λειτουργική του ολοκλήρωση (Bernat, 2013).

Η έννοια του οργανισμού ως όλον είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αυτή την προσέγγιση. Η ζωή ενός οργανισμού δεν περιορίζεται στη λειτουργία μεμονωμένων κυττάρων ή οργάνων, αλλά αφορά την ολοκληρωμένη λειτουργία ενός σύνθετου βιολογικού συστήματος. Είναι επομένως δυνατό ορισμένα μέρη του σώματος να παραμένουν βιολογικά ενεργά, ακόμη και όταν ο οργανισμός ως σύνολο έχει πάψει να λειτουργεί. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου μπορεί να συνεχίζουν να λειτουργούν ορισμένα όργανα μέσω τεχνητής υποστήριξης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο παραμένει ζωντανό (Bernat, 2013; White III, 2019).

Στο σύγχρονο ιατρικό και νομικό πλαίσιο, η διαπίστωση του θανάτου βασίζεται συνήθως σε δύο βασικά κριτήρια. Το πρώτο είναι η μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορίας και της αναπνοής, ενώ το δεύτερο είναι η μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους. Τα δύο αυτά κριτήρια δεν θεωρούνται διαφορετικοί τύποι θανάτου, αλλά διαφορετικοί τρόποι διαπίστωσης του ίδιου φαινομένου (White III, 2019). Ένα άτομο θεωρείται νεκρό είτε όταν έχει επέλθει μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφορίας και της αναπνοής είτε όταν έχει επέλθει μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου. Η διαπίστωση του θανάτου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με αποδεκτά ιατρικά πρότυπα (White III, 2019).

Παρά τη θεσμοθέτηση αυτών των κριτηρίων, η έννοια του θανάτου εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο έντονου επιστημονικού και φιλοσοφικού διαλόγου. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο θάνατος πρέπει να ορίζεται αποκλειστικά με βάση βιολογικά κριτήρια, ενώ άλλοι τονίζουν ότι κοινωνικοί, ηθικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτός (Zheng et al., 2022).

Επιπλέον, οι σύγχρονες βιοηθικές συζητήσεις έχουν αναδείξει και άλλες προσεγγίσεις ως προς τον ορισμό του θανάτου. Μία από αυτές βασίζεται στην ιδέα ότι ο θάνατος συνδέεται με τη μόνιμη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ένα άτομο παύει να υπάρχει ως ανθρώπινη οντότητα όταν χάνει οριστικά την ικανότητα για συνειδητή εμπειρία και αντίληψη του περιβάλλοντος (Lizza et al., 2025).

Η προσέγγιση αυτή τονίζει ότι η συνείδηση αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης και ότι η μόνιμη απώλειά της μπορεί να θεωρηθεί ως το σημείο στο οποίο παύει να υφίσταται το άτομο ως υποκείμενο εμπειρίας και συμφερόντων. Παράλληλα, αναγνωρίζεται ότι η τεχνολογία μπορεί να διατηρεί ορισμένες βιολογικές λειτουργίες ακόμη και μετά την απώλεια της συνείδησης, γεγονός που δημιουργεί νέες προκλήσεις για τον ορισμό του θανάτου (Lizza et al., 2025).

Η σύγχρονη επιστημονική συζήτηση δείχνει ότι ο θάνατος δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό γεγονός αλλά και μια έννοια που διαμορφώνεται από ιατρικές, τεχνολογικές, ηθικές και κοινωνικές παραμέτρους. Οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία έχουν μεταβάλει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η μετάβαση από τη ζωή στον θάνατο, δημιουργώντας την ανάγκη για πιο σύνθετους και ακριβείς ορισμούς. Παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις που έχουν προταθεί, η επικρατούσα θέση στη σύγχρονη ιατρική είναι ότι ο θάνατος συνδέεται με τη μη αναστρέψιμη απώλεια των βασικών λειτουργιών που επιτρέπουν στον οργανισμό να λειτουργεί ως ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα. (Bernat, 2013; White III, 2019; Zheng et al., 2022).

1.2 Ο θάνατος στη σύγχρονη κοινωνία

Η κατανόηση του θανάτου δεν περιορίζεται μόνο στον βιολογικό ή ιατρικό του ορισμό, αλλά επεκτείνεται και στον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες τον νοηματοδοτούν και τον διαχειρίζονται. Οι αντιλήψεις για τον θάνατο μεταβάλλονται ιστορικά και συνδέονται στενά με τις πολιτισμικές αξίες, τις κοινωνικές δομές και τους θεσμούς κάθε εποχής. Στο πλαίσιο της νεωτερικότητας, η σχέση των ανθρώπων με τον θάνατο έχει επηρεαστεί σημαντικά από την ανάπτυξη της ιατρικής, την αλλαγή των μορφών κοινωνικής οργάνωσης και τη μετατόπιση του θανάτου από τον δημόσιο στον θεσμικό χώρο.

Στη σύγχρονη κοινωνία ο θάνατος αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο δεν αφορά μόνο το βιολογικό τέλος της ζωής αλλά συνδέεται με πολιτισμικές, κοινωνικές και θεσμικές διεργασίες. Η κοινωνιολογία του θανάτου αναδεικνύει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι κοινωνίες αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τον θάνατο μεταβάλλεται ιστορικά και αντανakλά τις ευρύτερες κοινωνικές δομές, αξίες και θεσμούς (Walter, 2008).

Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές κοινωνίες, όπου ο θάνατος αποτελούσε δημόσιο και συλλογικό γεγονός, στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες παρατηρείται μια σταδιακή μετατόπιση

προς την ιδιωτικοποίηση και τη θεσμική διαχείρισή του. Η διαδικασία αυτή συνδέεται στενά με τη νεωτερικότητα και την ανάπτυξη επιστημονικών και ιατρικών θεσμών, οι οποίοι αναλαμβάνουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της διαδικασίας του θανάτου (Mellor & Shilling, 1993).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας είναι η απομάκρυνση του θανάτου από τον δημόσιο χώρο και την καθημερινή εμπειρία. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική ανάλυση της νεωτερικότητας, ο θάνατος αποσύρεται από την κοινωνική ζωή και μεταφέρεται σε θεσμικά περιβάλλοντα όπως τα νοσοκομεία και οι μονάδες υγείας (Littlewood, 1992). Η διαδικασία αυτή έχει χαρακτηριστεί ως ιατροποίηση του θανάτου, καθώς η αντιμετώπιση του θανάτου εντάσσεται πλέον κυρίως στο πλαίσιο της ιατρικής γνώσης και πρακτικής.

Η ιατροποίηση αυτή συνδέεται με μια ευρύτερη πολιτισμική στάση που επιδιώκει τον έλεγχο και την καθυστέρηση του θανάτου μέσω της επιστήμης και της τεχνολογίας. Από τα τέλη του 19ου αιώνα και ιδιαίτερα κατά τον 20ό αιώνα, η πρόοδος της ιατρικής δημιούργησε την προσδοκία ότι η επιστήμη μπορεί να παρατείνει σημαντικά τη ζωή ή ακόμη και να αντιμετωπίσει τις αιτίες του θανάτου (Littlewood, 1992). Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση είχε ως αποτέλεσμα ο θάνατος να αντιμετωπίζεται ως αποτυχία της ιατρικής παρέμβασης και όχι ως φυσικό γεγονός της ανθρώπινης ύπαρξης.

Παράλληλα, η μετατόπιση του θανάτου από τον δημόσιο στον ιδιωτικό χώρο συνοδεύεται από την αποδυνάμωση των παραδοσιακών συλλογικών τελετουργιών. Στις προνεωτερικές κοινωνίες ο θάνατος ήταν μια διαδικασία που λάμβανε χώρα μέσα στην κοινότητα και συνοδευόταν από τελετουργίες που ενίσχυαν τη συλλογική συνοχή. Στη σύγχρονη κοινωνία, όμως, οι τελετουργίες αυτές τείνουν να περιορίζονται στον στενό οικογενειακό κύκλο ή να αποκτούν περισσότερο προσωπικό χαρακτήρα (Littlewood, 1992).

Σύμφωνα με τον Mellor (1992), η σχέση της σύγχρονης κοινωνίας με τον θάνατο χαρακτηρίζεται από μια φαινομενική αντίφαση. Από τη μία πλευρά ο θάνατος είναι παρών στη δημόσια συζήτηση, στην επιστημονική έρευνα και στα μέσα ενημέρωσης, ενώ από την άλλη παραμένει απομακρυσμένος από την καθημερινή εμπειρία των ανθρώπων. Αυτή η αντίφαση περιγράφεται ως παρουσία και απουσία του θανάτου στη νεωτερικότητα.

Η αντίληψη αυτή έχει εμπλουτιστεί από νεότερες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες δείχνουν ότι ο θάνατος δεν είναι απλώς ένα απαγορευμένο ή αποσιωπημένο θέμα στη σύγχρονη κοινωνία. Αντίθετα, μπορεί να είναι ταυτόχρονα παρών και απών: παρών στα μέσα

ενημέρωσης, στον δημόσιο λόγο και στις βιοηθικές συζητήσεις, αλλά συχνά απομακρυσμένος από την άμεση καθημερινή εμπειρία. Ο Walter (1991) επισημαίνει ότι ο θάνατος δεν αποτελεί ένα ενιαίο κοινωνικό ταμπού, αλλά ένα πεδίο του οποίου η ορατότητα και η συζητησιμότητα εξαρτώνται από συγκεκριμένα πολιτισμικά και θεσμικά συμφραζόμενα.

Ο Mellor (1992) συνδέει το φαινόμενο αυτό με την έννοια της οντολογικής ασφάλειας, η οποία αναφέρεται στην ανάγκη των ανθρώπων να διατηρούν μια αίσθηση σταθερότητας και νοήματος στην καθημερινή τους ζωή. Η συνειδητοποίηση της θνητότητας μπορεί να απειλήσει αυτή την αίσθηση σταθερότητας, καθώς θέτει υπό αμφισβήτηση το νόημα της ανθρώπινης ύπαρξης και των κοινωνικών δομών. Για τον λόγο αυτό οι κοινωνίες αναπτύσσουν μηχανισμούς που περιορίζουν την άμεση αντιπαράθεση με τον θάνατο.

Ένας από αυτούς τους μηχανισμούς είναι η απομόνωση του θανάτου σε θεσμικά περιβάλλοντα. Η διαδικασία του θανάτου πραγματοποιείται πλέον συχνά σε νοσοκομεία ή μονάδες φροντίδας, μακριά από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Με τον τρόπο αυτό ο θάνατος απομακρύνεται από την καθημερινότητα και γίνεται λιγότερο ορατός στην κοινωνική ζωή (Mellor & Shilling, 1993).

Η εξέλιξη αυτή συνδέεται επίσης με την αυξανόμενη σημασία του ατόμου στη νεωτερική κοινωνία. Η νεωτερικότητα χαρακτηρίζεται από έντονες διαδικασίες εξατομίκευσης, οι οποίες επηρεάζουν και τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται ο θάνατος. Ο θάνατος αντιμετωπίζεται όλο και περισσότερο ως ατομική εμπειρία, τόσο για τον άνθρωπο που πεθαίνει όσο και για τους οικείους του (Mellor & Shilling, 1993).

Στο πλαίσιο αυτό, η κοινωνιολογική συζήτηση έχει αναδείξει και την έννοια της κοινωνικής θνησιμότητας, η οποία αναφέρεται σε καταστάσεις όπου το άτομο χάνει σταδιακά την κοινωνική του ταυτότητα, τη συμμετοχή του στις κοινωνικές σχέσεις και τον ενεργό ρόλο του στην κοινότητα πριν ακόμη επέλθει ο βιολογικός θάνατος. Η έννοια αυτή υπογραμμίζει ότι ο θάνατος δεν αφορά μόνο τη βιολογική παύση της ζωής, αλλά μπορεί να βιώνεται και ως κοινωνική αποσύνδεση ή απώλεια της κοινωνικής υπόστασης του ατόμου (Králová, 2015).

Παράλληλα, η σύγχρονη κουλτούρα τείνει να αποφεύγει τη συζήτηση για τον θάνατο, καθώς συνδέεται με συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και υπαρξιακής αγωνίας. Σε πολλές δυτικές κοινωνίες ο θάνατος θεωρείται κοινωνικό ταμπού, παρόμοιο με το πώς αντιμετωπιζόταν το σεξ σε προηγούμενες ιστορικές περιόδους (Littlewood, 1992).

Ωστόσο, η απομάκρυνση του θανάτου από την καθημερινότητα δεν σημαίνει ότι παύει να επηρεάζει την κοινωνική ζωή. Αντίθετα, ο θάνατος παραμένει ένας από τους

βασικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις κοινωνικές δομές και τις συλλογικές αξίες. Όπως επισημαίνει ο Walter (2008), οι τελετουργίες που σχετίζονται με τον θάνατο συμβάλλουν στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, καθώς επιτρέπουν στις κοινότητες να αντιμετωπίζουν συλλογικά την απώλεια και να αναδιαμορφώνουν την κοινωνική τους ταυτότητα. Στο πλαίσιο αυτό, ο θάνατος λειτουργεί ως ένα κρίσιμο σημείο όπου επαναπροσδιορίζονται οι κοινωνικές σχέσεις. Οι τελετές πένθους και οι πρακτικές μνήμης δεν αφορούν μόνο το άτομο που πέθανε, αλλά συμβάλλουν επίσης στη διατήρηση της συλλογικής μνήμης και της κοινωνικής συνοχής (Walter, 2008).

Επιπλέον, η σύγχρονη κοινωνία αντιμετωπίζει νέες προκλήσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση του θανάτου. Οι προκλήσεις αυτές συνδέονται στενά με τις δημογραφικές και επιδημιολογικές μεταβολές των σύγχρονων κοινωνιών. Η γήρανση του πληθυσμού και η αυξανόμενη επίπτωση χρόνιων νοσημάτων σημαίνουν ότι ο θάνατος συχνά δεν εμφανίζεται ως αιφνίδιο γεγονός, αλλά ως το τελικό στάδιο μιας παρατεταμένης πορείας ασθένειας και λειτουργικής έκπτωσης. Στο πλαίσιο αυτό, ο τρόπος θανάτου αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς μεγάλος αριθμός ανθρώπων πεθαίνει σε νοσοκομεία ή δομές φροντίδας και όχι στο σπίτι, γεγονός που επηρεάζει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το τέλος της ζωής από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Dasch et al., 2015; Pivodic et al., 2016).

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η γήρανση του πληθυσμού και η ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνολογιών δημιουργούν νέες ηθικές και κοινωνικές συζητήσεις σχετικά με το τέλος της ζωής. Ζητήματα όπως η ευθανασία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και τα δικαιώματα των ασθενών στο τέλος της ζωής αποτελούν πλέον σημαντικά αντικείμενα δημόσιου διαλόγου (Wierchowski et al., 2024).

Η σύγχρονη κοινωνία επιδιώκει ταυτόχρονα να ελέγξει και να απομακρύνει τον θάνατο. Από τη μία πλευρά αναπτύσσονται νομικά και ιατρικά πλαίσια που ρυθμίζουν το τέλος της ζωής, ενώ από την άλλη πλευρά παρατηρείται μια τάση αποφυγής της άμεσης αντιπαράθεσης με τη θνητότητα (Wierchowski et al., 2024). Η τάση αυτή συνδέεται με μια ευρύτερη πολιτισμική αντίληψη που προβάλλει την υγεία, τη νεότητα και την επιτυχία ως κυρίαρχες αξίες της σύγχρονης κοινωνίας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο θάνατος συχνά παρουσιάζεται ως κάτι που πρέπει να καθυστερήσει ή να αποκρυφτεί, γεγονός που ενισχύει την κοινωνική του απομάκρυνση.

Συνοψίζοντας, ο θάνατος στη σύγχρονη κοινωνία αποτελεί ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από αντιφάσεις. Από τη μία πλευρά, η επιστήμη, η ιατρική και οι κοινωνικοί

θεσμοί επιδιώκουν να τον ελέγξουν και να τον διαχειριστούν. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνία τείνει να τον απομακρύνει από την καθημερινότητα και να περιορίζει την άμεση εμπειρία του. Η κατανόηση αυτών των διαδικασιών αποτελεί βασικό αντικείμενο της κοινωνιολογίας του θανάτου, η οποία εξετάζει πώς οι κοινωνικές δομές, οι πολιτισμικές αξίες και οι θεσμοί διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τη θνητότητα.

1.3 Πολιτισμικές και θρησκευτικές αντιλήψεις

Ο θάνατος αποτελεί ένα καθολικό βιολογικό γεγονός, ωστόσο ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτός, ερμηνεύεται και αντιμετωπίζεται διαφέρει σημαντικά μεταξύ των πολιτισμών και των θρησκευτικών παραδόσεων. Οι κοινωνικές επιστήμες επισημαίνουν ότι οι αντιλήψεις για τον θάνατο δεν είναι αποκλειστικά βιολογικές ή ιατρικές, αλλά διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από πολιτισμικούς, κοινωνικούς και θρησκευτικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο τη σημασία που αποδίδεται στο τέλος της ζωής όσο και τις πρακτικές που σχετίζονται με το πένθος και τις τελετουργίες μετά τον θάνατο (Gire, 2014).

Παρότι όλοι οι άνθρωποι μοιράζονται την εμπειρία της γέννησης και του θανάτου, οι πολιτισμοί διαφέρουν σημαντικά ως προς το πώς ερμηνεύουν τη μετάβαση από τη ζωή στον θάνατο και το τι θεωρούν ότι συμβαίνει μετά από αυτόν. Σε ορισμένες κοινωνίες ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως το οριστικό τέλος της ύπαρξης, ενώ σε άλλες θεωρείται μετάβαση σε μια άλλη μορφή ζωής ή σε έναν πνευματικό κόσμο. Οι διαφορετικές αυτές αντιλήψεις επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στον θάνατο, τον βαθμό φόβου που προκαλεί, αλλά και τις τελετουργικές πρακτικές που συνοδεύουν την απώλεια (Gire, 2014).

Οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις επηρεάζουν όχι μόνο τις γενικές αντιλήψεις για τον θάνατο, αλλά και πολύ συγκεκριμένες πρακτικές αποφάσεων στο τέλος της ζωής. Στη διαπολιτισμική κλινική πράξη, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ως προς το πώς αντιλαμβάνονται την ενημέρωση για τη διάγνωση, την αλήθεια σχετικά με την πρόγνωση, τον ρόλο της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων και την έννοια της αυτονομίας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές επηρεάζουν ουσιαστικά την επικοινωνία και την οργάνωση της φροντίδας στο τέλος της ζωής (Kagawa - Singer & Blackhall, 2001).

Από ανθρωπολογική σκοπιά, η συνείδηση της θνητότητας αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης. Η επίγνωση ότι η ζωή είναι πεπερασμένη δημιουργεί υπαρξιακά ερωτήματα και οδηγεί τους ανθρώπους στην ανάπτυξη θρησκευτικών

και πολιτισμικών συστημάτων που προσπαθούν να δώσουν νόημα στο φαινόμενο του θανάτου. Η ανθρωπολογική έρευνα έχει δείξει ότι οι κοινωνίες αναπτύσσουν σύνθετες συμβολικές και τελετουργικές πρακτικές προκειμένου να διαχειριστούν την απώλεια και να εντάξουν τον θάνατο στο ευρύτερο πολιτισμικό τους πλαίσιο (Palgi & Abramovitch, 1984).

Η ανθρωπολογία του θανάτου επισημαίνει επίσης ότι ο θάνατος δεν αποτελεί μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά και κοινωνικό. Η απώλεια ενός μέλους της κοινότητας επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις, τις δομές συγγένειας και την κατανομή των κοινωνικών ρόλων. Οι τελετουργίες που συνοδεύουν τον θάνατο λειτουργούν ως μηχανισμοί κοινωνικής επανασυγκρότησης, καθώς επιτρέπουν στην κοινότητα να επαναπροσδιορίσει τη θέση των ζωντανών και των νεκρών μέσα στο κοινωνικό σύστημα (Palgi & Abramovitch, 1984).

Ένα σημαντικό στοιχείο των πολιτισμικών αντιλήψεων για τον θάνατο είναι η σχέση μεταξύ των ζωντανών και των νεκρών. Σε πολλές κοινωνίες οι νεκροί θεωρούνται ότι συνεχίζουν να έχουν κάποια μορφή παρουσίας ή επιρροής στον κόσμο των ζωντανών. Οι πρόγονοι συχνά αντιμετωπίζονται ως πνευματικές οντότητες που προστατεύουν την κοινότητα ή καθοδηγούν τις επόμενες γενιές. Αντίθετα, σε άλλες πολιτισμικές παραδόσεις ο θάνατος σηματοδοτεί μια οριστική απομάκρυνση από τον κόσμο των ζωντανών (Gire, 2014).

Οι πολιτισμικές αντιλήψεις για τον θάνατο επηρεάζουν επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν το πένθος. Το πένθος δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική εμπειρία αλλά διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια που καθορίζουν πώς πρέπει να εκφράζεται η θλίψη, ποια τελετουργικά πρέπει να ακολουθούνται και ποια είναι η κοινωνικά αποδεκτή διάρκεια του πένθους. Σε ορισμένες κοινωνίες, για παράδειγμα, το πένθος εκφράζεται δημόσια μέσω τελετουργιών και συλλογικών πρακτικών, ενώ σε άλλες αντιμετωπίζεται ως πιο ιδιωτική διαδικασία (Pentaris, 2011).

Η κουλτούρα επηρεάζει επίσης τις στάσεις απέναντι στο σώμα του νεκρού και τις πρακτικές ταφής. Σε ορισμένες θρησκευτικές παραδόσεις η ταφή θεωρείται απαραίτητη για τη μετάβαση της ψυχής στον άλλο κόσμο, ενώ σε άλλες προτιμάται η καύση του σώματος. Οι πρακτικές αυτές συνδέονται με βαθύτερες κοσμοθεωρητικές αντιλήψεις σχετικά με τη φύση της ζωής, της ψυχής και της μεταθανάτιας ύπαρξης (Pentaris, 2011).

Εκτός από τις πολιτισμικές διαστάσεις, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατανόηση του θανάτου διαδραματίζουν και οι θρησκευτικές αντιλήψεις. Οι θρησκείες προσφέρουν ερμηνείες για την προέλευση της ζωής, τον σκοπό της ανθρώπινης ύπαρξης και το τι συμβαίνει μετά τον θάνατο. Μέσα από τις δοξασίες, τις τελετουργίες και τις ηθικές αξίες που

προωθούν, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της στάσης των ανθρώπων απέναντι στη θνητότητα (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Στις περισσότερες θρησκευτικές παραδόσεις, ο θάνατος δεν θεωρείται απλώς το τέλος της βιολογικής ζωής αλλά μια μετάβαση σε μια άλλη μορφή ύπαρξης. Για παράδειγμα, στον Χριστιανισμό ο θάνατος συνδέεται με την πίστη στην αιώνια ζωή και την κρίση της ψυχής. Σύμφωνα με τη χριστιανική θεολογία, η ζωή μετά τον θάνατο εξαρτάται από την ηθική ζωή του ανθρώπου και τη σχέση του με τον Θεό (Chakraborty et al., 2017).

Παρόμοια, στο Ισλάμ ο θάνατος θεωρείται μετάβαση σε μια άλλη διάσταση ύπαρξης, όπου η ψυχή θα κριθεί για τις πράξεις της στη γήινη ζωή (Rassool, 2000). Οι θρησκευτικές διδασκαλίες επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, καθώς και τις πρακτικές που ακολουθούνται μετά τον θάνατο (Chakraborty et al., 2017; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Στον Ιουδαϊσμό, ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως φυσικό μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης, αλλά ταυτόχρονα συνδέεται με μια σειρά θρησκευτικών τελετουργιών που αποσκοπούν στην τιμή του νεκρού και στην υποστήριξη της οικογένειας. Οι τελετουργίες αυτές περιλαμβάνουν συγκεκριμένες πρακτικές ταφής και περιόδους πένθους που βοηθούν την κοινότητα να αντιμετωπίσει την απώλεια (Chakraborty et al., 2017).

Στις ανατολικές θρησκείες, όπως ο Ινδουισμός και ο Βουδισμός, ο θάνατος συνδέεται συχνά με την έννοια της αναγέννησης και του κύκλου της ζωής. Στον Ινδουισμό, για παράδειγμα, η ψυχή θεωρείται ότι μετενσαρκώνεται σε νέο σώμα μετά τον θάνατο, σύμφωνα με τον νόμο του κάρμα. Η αντίληψη αυτή εντάσσει τον θάνατο σε έναν ευρύτερο κοσμικό κύκλο ζωής και θανάτου (Chakraborty et al., 2017; Firth, 2005).

Ο Βουδισμός, από την άλλη πλευρά, διδάσκει ότι ο θάνατος αποτελεί μέρος της συνεχούς διαδικασίας μεταβολής της ύπαρξης. Η απελευθέρωση από τον κύκλο της γέννησης και του θανάτου επιτυγχάνεται μέσω της πνευματικής καλλιέργειας και της επίτευξης της φώτισης (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Οι θρησκευτικές αντιλήψεις επηρεάζουν όχι μόνο τις μεταφυσικές ερμηνείες του θανάτου αλλά και τις πρακτικές που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής. Πολλές θρησκείες παρέχουν συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με ζητήματα όπως η παράταση της ζωής μέσω ιατρικών παρεμβάσεων, η ευθανασία ή η διακοπή θεραπείας. Οι πεποιθήσεις αυτές μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις αποφάσεις των ασθενών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Επιπλέον, η θρησκεία συχνά λειτουργεί ως πηγή νοήματος και παρηγοριάς για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν τον θάνατο ή το πένθος. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και άγχους θανάτου δεν είναι πάντοτε απλή ή γραμμική. Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι η θρησκευτικότητα μπορεί να λειτουργεί ως πηγή νοήματος, ελπίδας και ψυχικής στήριξης, αλλά η επίδρασή της διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος και το βάθος των θρησκευτικών πεποιθήσεων, καθώς και με το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτές βιώνονται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η θρησκευτικότητα συνδέεται με μειωμένο άγχος θανάτου, ενώ σε άλλες μπορεί να συνοδεύεται από αμφιθυμία, ενοχές ή εντονότερη υπαρξιακή ανησυχία (Jong et al., 2018).

Παράλληλα, η πνευματική και θρησκευτική διάσταση μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά και τις επιλογές φροντίδας στο τέλος της ζωής. Έχει διαπιστωθεί ότι οι θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τις θεραπευτικές προτιμήσεις των ασθενών, τις προσδοκίες τους από την ιατρική φροντίδα και τον τρόπο με τον οποίο νοσηματοδοτούν την ασθένεια και το επικείμενο τέλος της ζωής. Η αναγνώριση αυτής της διάστασης από τους επαγγελματίες υγείας συνδέεται με καλύτερη ποιότητα φροντίδας και ουσιαστικότερη υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους (Balboni et al., 2011; Phelps et al., 2009). Οι θρησκευτικές κοινότητες προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη και τελετουργικά πλαίσια που βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν την απώλεια και να επαναπροσδιορίσουν τη ζωή τους μετά τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (Pentaris, 2011).

Οι πολιτισμικές και θρησκευτικές αντιλήψεις για τον θάνατο αποτελούν βασικό στοιχείο της ανθρώπινης εμπειρίας. Οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους οι κοινωνίες ερμηνεύουν τη θνητότητα αντανακλούν τις αξίες, τις κοσμοθεωρίες και τις κοινωνικές δομές τους. Η κατανόηση αυτών των διαφορών είναι ιδιαίτερα σημαντική σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα, όπου οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας καλούνται να αντιμετωπίσουν ανθρώπους με διαφορετικές θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις σχετικά με το τέλος της ζωής.

Για τον λόγο αυτό, η πολιτισμική επάρκεια και η ικανότητα αναγνώρισης των πνευματικών αναγκών των ασθενών αποτελούν βασικά στοιχεία της σύγχρονης παρηγορικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Η ευαισθησία στις πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές δεν αποτελεί μόνο ζήτημα σεβασμού της διαφορετικότητας, αλλά και ουσιαστική προϋπόθεση για αποτελεσματική επικοινωνία, μείωση συγκρούσεων και παροχή φροντίδας που

ανταποκρίνεται πραγματικά στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους (Monette, 2021).

1.4 Φόβος και άγχος θανάτου

Ο φόβος και το άγχος θανάτου αποτελούν από τις πιο βασικές και διαδεδομένες ανθρώπινες εμπειρίες, καθώς συνδέονται άμεσα με τη συνειδητοποίηση της θνητότητας και της αναπόφευκτης παύσης της ανθρώπινης ύπαρξης. Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι έννοιες αυτές αναφέρονται στο σύνολο των συναισθηματικών, γνωστικών και υπαρξιακών αντιδράσεων που προκαλεί η επίγνωση ότι η ζωή είναι πεπερασμένη. Στη βιβλιογραφία οι όροι «φόβος θανάτου» και «άγχος θανάτου» χρησιμοποιούνται συχνά με παρόμοιο τρόπο, περιγράφοντας μια δυσάρεστη ψυχική κατάσταση που περιλαμβάνει φόβο, ανησυχία ή άγχος σχετικά με τον θάνατο ή τη διαδικασία του θανάτου (Abdel-Khalek, 2002; Wen, 2010).

Η συνειδητοποίηση της θνητότητας αποτελεί μοναδικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης. Σε αντίθεση με άλλα έμβια όντα, οι άνθρωποι διαθέτουν την ικανότητα να προβλέπουν το μέλλον και να αντιλαμβάνονται την αναπόφευκτη κατάληξη της ζωής τους. Αυτή η επίγνωση δημιουργεί ένα βαθύ υπαρξιακό δίλημμα: από τη μία πλευρά υπάρχει η επιθυμία για ζωή και συνέχιση της ύπαρξης και από την άλλη η γνώση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Η αντίφαση αυτή αποτελεί σημαντική πηγή υπαρξιακής αγωνίας και ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς το άτομο προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την ιδέα της περατότητας της ζωής του (Menzies & Menzies, 2020; Rezapour, 2022).

Ο φόβος και το άγχος θανάτου δεν αποτελούν μονοδιάστατα φαινόμενα, αλλά περιλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις και μορφές. Ένα άτομο μπορεί να φοβάται τον ίδιο τον θάνατο, τη διαδικασία του θανάτου, τις συνέπειες του θανάτου ή ακόμη και την απώλεια της ύπαρξης. Οι διαφορετικές αυτές διαστάσεις αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης σχέσης με τη θνητότητα (Lehto & Stein, 2009). Μία σημαντική διάκριση αφορά τον φόβο της διαδικασίας του θανάτου και τον φόβο της ίδιας της κατάστασης του να είναι κάποιος νεκρός. Ο πρώτος σχετίζεται με την ανησυχία για τον πόνο, την απώλεια ελέγχου ή την εξάρτηση από άλλους κατά τη διάρκεια της ασθένειας και της διαδικασίας του θανάτου, ενώ ο δεύτερος αφορά τον φόβο της ανυπαρξίας, της απώλειας ταυτότητας και της διακοπής της προσωπικής εμπειρίας. Επιπλέον, αρκετοί άνθρωποι εκφράζουν φόβο για τις επιπτώσεις του θανάτου στους οικείους τους ή για το γεγονός ότι θα αφήσουν πίσω σημαντικές σχέσεις και υποχρεώσεις (Abdel - Khalek, 2002).

Στο πλαίσιο ανάπτυξης της κλίμακας Reasons for Death Fear Scale (RDFS), έχουν εντοπιστεί τέσσερις βασικές κατηγορίες αιτιών που εξηγούν γιατί οι άνθρωποι φοβούνται τον θάνατο: ο φόβος του πόνου και της τιμωρίας, ο φόβος απώλειας των κοσμικών εμπειριών και δραστηριοτήτων, οι θρησκευτικές ανησυχίες σχετικά με την ηθική ευθύνη και οι φόβοι που σχετίζονται με τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα (Abdel - Khalek, 2002). Ο φόβος του πόνου και της τιμωρίας αφορά κυρίως την ανησυχία για τη σωματική ταλαιπωρία που μπορεί να συνοδεύει τη διαδικασία του θανάτου, καθώς και για πιθανές μεταθανάτιες συνέπειες που συνδέονται με θρησκευτικές πεποιθήσεις. Παράλληλα, η σκέψη ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος της συμμετοχής σε δραστηριότητες, σχέσεις και στόχους που δίνουν νόημα στη ζωή μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος και υπαρξιακή ανησυχία. Αντίστοιχα, σε πολλούς πολιτισμούς οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον θάνατο, καθώς η πιθανότητα μεταθανάτιας κρίσης ή τιμωρίας μπορεί να ενισχύσει τον φόβο θανάτου, ιδιαίτερα όταν το άτομο θεωρεί ότι δεν έχει εκπληρώσει τις ηθικές ή θρησκευτικές του υποχρεώσεις. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική πηγή άγχους αποτελεί και ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, καθώς πολλοί άνθρωποι ανησυχούν όχι μόνο για τη δική τους απώλεια αλλά και για τις συνέπειες που μπορεί να έχει ο θάνατός τους στους άλλους (Abdel - Khalek, 2002).

Η σύγχρονη ψυχολογική θεωρία αντιμετωπίζει το άγχος θανάτου ως μια θεμελιώδη μορφή άγχους που βρίσκεται στη βάση πολλών άλλων ψυχολογικών φόβων. Η επίγνωση της θνητότητας μπορεί να ενεργοποιήσει ένα ευρύ φάσμα γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων, όπως έντονη ανησυχία, αποφυγή σκέψεων σχετικών με τον θάνατο, υπαρξιακή αγωνία και αναζήτηση νοήματος στη ζωή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άγχος αυτό λειτουργεί ως κινητήριο μηχανισμός για την ανάπτυξη ψυχολογικών άμυνών που επιτρέπουν στο άτομο να συνεχίσει να λειτουργεί χωρίς να κατακλύζεται από τον φόβο της θνητότητας (Menzies & Menzies, 2020).

Η έρευνα υποστηρίζει επίσης ότι το άγχος θανάτου αποτελεί έναν διαγνωστικά διατομεακό παράγοντα που μπορεί να επηρεάζει πολλές μορφές ψυχοπαθολογίας. Τα υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και γενικότερης ψυχολογικής δυσφορίας. Σε κλινικά δείγματα έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος θανάτου μπορεί να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για τη σοβαρότητα και τον αριθμό των ψυχικών διαταραχών που εμφανίζει ένα άτομο (Menzies et al., 2019). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι οι υπενθυμίσεις της θνητότητας μπορούν να ενισχύσουν συμπεριφορές όπως ο καταναγκαστικός καθαρισμός, η αναζήτηση ασφάλειας ή οι

υποχονδριακές ανησυχίες, γεγονός που δείχνει ότι ο φόβος θανάτου μπορεί να λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός ανάπτυξης ή διατήρησης διαφορετικών μορφών ψυχοπαθολογίας (Furer & Walker, 2008; Menzies et al., 2019).

Σύμφωνα με τη γνωσιακή - συμπεριφορική προσέγγιση, το άγχος θανάτου εκδηλώνεται μέσω συγκεκριμένων μοτίβων σκέψης και συμπεριφοράς. Τα άτομα που βιώνουν έντονο άγχος θανάτου συχνά αποφεύγουν καταστάσεις που τους θυμίζουν τη θνητότητα, όπως νοσοκομεία, κηδείες ή συζητήσεις για τον θάνατο. Παράλληλα, μπορεί να εμφανίζουν επίμονες σκέψεις σχετικά με τη διαδικασία του θανάτου, τη φθορά του σώματος ή την απώλεια της ύπαρξης. Οι γνωστικές αυτές διεργασίες ενισχύουν την ανησυχία και οδηγούν σε έναν φαύλο κύκλο άγχους και αποφυγής. Η αποφυγή των σκέψεων για τον θάνατο δεν μειώνει απαραίτητα το άγχος, αλλά συχνά συμβάλλει στη διατήρησή του, καθώς το άτομο δεν έχει την ευκαιρία να επεξεργαστεί γνωστικά τους φόβους του και να εξοικειωθεί με αυτούς (Furer & Walker, 2008).

Ένα ακόμη σημαντικό θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση του φόβου και του άγχους θανάτου είναι η Θεωρία Διαχείρισης του Τρόμου (Terror Management Theory – TMT). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η επίγνωση της θνητότητας δημιουργεί έντονο υπαρξιακό άγχος, το οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να διαχειριστούν μέσω πολιτισμικών αξιών, κοινωνικών ταυτοτήτων και συστημάτων νοήματος. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι πολιτισμικές πεποιθήσεις και η αυτοεκτίμηση λειτουργούν ως μηχανισμοί προστασίας απέναντι στον φόβο του θανάτου (Castano et al., 2011). Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με τη θνητότητά τους, τείνουν να ενισχύουν τις πολιτισμικές, κοινωνικές ή ιδεολογικές τους πεποιθήσεις, καθώς μέσω αυτών αποκτούν μια αίσθηση σταθερότητας και συμβολικής αθανασίας που μειώνει το υπαρξιακό άγχος (Castano et al., 2011; Menzies & Menzies, 2020).

Εκτός από τις θεωρητικές προσεγγίσεις, η έρευνα έχει δείξει ότι ο φόβος και το άγχος θανάτου επηρεάζονται από διάφορους προσωπικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στον θάνατο. Σε αρκετές περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί ότι γυναίκες και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα φόβου και άγχους θανάτου σε σχέση με άλλες ομάδες πληθυσμού (Rezapour, 2022; Wen, 2010).

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και άγχους θανάτου. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι η πίστη σε μεταθανάτια ζωή και οι ισχυρές εσωτερικευμένες θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να μειώσουν τον φόβο του θανάτου, προσφέροντας μια μορφή υπαρξιακής παρηγοριάς (Ellis & Wahab, 2013). Ωστόσο, άλλες έρευνες έχουν καταγράψει πιο σύνθετες σχέσεις, υποδεικνύοντας ότι η θρησκευτικότητα μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αυξήσει το άγχος όταν συνδέεται με ανησυχίες σχετικά με τη μεταθανάτια κρίση ή την ηθική ευθύνη (Rezapour, 2022; Wen, 2010).

Παράλληλα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το άγχος θανάτου στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τον θάνατο στο πλαίσιο της εργασίας τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να βιώνουν σημαντικά επίπεδα άγχους θανάτου λόγω της συχνής έκθεσης σε σοβαρές ασθένειες και καταστάσεις απώλειας. Το άγχος αυτό μπορεί να επηρεάσει τόσο τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Nia et al., 2016).

Παρά τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει, το άγχος θανάτου δεν αποτελεί απαραίτητα παθολογική κατάσταση. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήριος παράγοντας για προσωπική ανάπτυξη, αναστοχασμό και αναζήτηση νοήματος στη ζωή. Η συνειδητοποίηση της θνητότητας μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να επαναπροσδιορίσουν τις προτεραιότητές τους, να ενισχύσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και να αναπτύξουν βαθύτερη εκτίμηση για τη ζωή (Menzies & Menzies, 2020).

Συνεπώς, ο φόβος και το άγχος θανάτου αποτελούν πολυδιάστατα ψυχολογικά φαινόμενα που επηρεάζονται από προσωπικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και θρησκευτικούς παράγοντες. Η κατανόηση των μηχανισμών που τα διαμορφώνουν είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για τη θεωρητική μελέτη του θανάτου όσο και για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα τον φόβο της θνητότητας και να βελτιώσουν την ψυχολογική τους ευημερία (Blomstrom et al., 2020).

Κεφάλαιο 2.

Ο θάνατος στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας

2.1 Ο θάνατος στην κλινική και νοσηλευτική πρακτική

Ο θάνατος αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της κλινικής πραγματικότητας και οι νοσηλευτές συγκαταλέγονται στους επαγγελματίες υγείας που έρχονται συχνότερα σε άμεση επαφή με την εμπειρία του τέλους της ζωής. Η εμπειρία αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη σε περιβάλλοντα όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα ογκολογικά τμήματα, τα επείγοντα περιστατικά και οι δομές παρηγορικής φροντίδας, όπου οι νοσηλευτές συμμετέχουν συστηματικά στη φροντίδα ασθενών με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Στα περιβάλλοντα αυτά, ο θάνατος δεν βιώνεται μόνο ως κλινική έκβαση της νόσου, αλλά ως σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει τη σωματική επιδείνωση του ασθενούς, τις ανάγκες των οικογενειών και τις ηθικές ευθύνες της φροντίδας (Bloomer et al., 2015; Peterson et al., 2010).

Στο πλαίσιο της καθημερινής κλινικής πρακτικής, οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής, παρέχοντας τόσο σωματική όσο και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Η συνεχής παρουσία τους δίπλα στον ασθενή καθιστά τον ρόλο τους ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διαδικασία του θανάτου, καθώς συχνά αποτελούν το βασικό σημείο επαφής μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειας και της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (Wilson & Kirshbaum, 2011). Στο σύγχρονο σύστημα υγείας, σημαντικό ποσοστό των θανάτων συμβαίνει σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, γεγονός που καθιστά τη φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής κεντρικό στοιχείο της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες κλινικές και ηθικές απαιτήσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανακούφιση από τον πόνο, τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς, την υποστήριξη της οικογένειας και τη διαχείριση δύσκολων αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Efsthathiou & Walker, 2014).

Η παρηγορική φροντίδα αποτελεί βασικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η νοσηλευτική φροντίδα στο τέλος της ζωής. Στόχος της είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν σοβαρές ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσα από την αντιμετώπιση όχι μόνο των σωματικών συμπτωμάτων αλλά και των ψυχολογικών,

κοινωνικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα της νοσηλευτικής και τη σημασία της ολιστικής φροντίδας κατά την τελική φάση της ζωής (Andersson et al., 2016). Η παρηγορική φροντίδα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων, αλλά περιλαμβάνει και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς, την υποστήριξη της οικογένειας και τη δημιουργία ενός πλαισίου επικοινωνίας που επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει ανάγκες, φόβους και επιθυμίες σχετικά με το τέλος της ζωής (Clayton et al., 2005).

Η φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν περιλαμβάνει σημαντικές ηθικές διαστάσεις. Οι νοσηλευτές συχνά συμμετέχουν σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με τη συνέχιση ή τη διακοπή θεραπευτικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ρόλος τους περιλαμβάνει την υποστήριξη τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας κατά τη διάρκεια μιας ιδιαίτερα δύσκολης διαδικασίας, ενώ παράλληλα καλούνται να διασφαλίσουν ότι η φροντίδα παρέχεται με σεβασμό προς την αξιοπρέπεια, τις αξίες και τις επιθυμίες του ασθενούς (Efsthathiou & Walker, 2014). Η διαχείριση ζητημάτων όπως η παράταση της ζωής μέσω τεχνητών μέσων, η ανακούφιση του πόνου και η επικοινωνία με τις οικογένειες σχετικά με την πρόγνωση του ασθενούς αποτελούν σημαντικές προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας (Hancock et al., 2007).

Η εμπειρία της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής δεν περιορίζεται μόνο στους έμπειρους επαγγελματίες. Ακόμη και οι φοιτητές νοσηλευτικής που έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωποι με τον θάνατο ασθενών βιώνουν συχνά συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και αίσθημα ανεπάρκειας. Η πρώτη επαφή με τον θάνατο στο κλινικό περιβάλλον αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική εμπειρία επαγγελματικής κοινωνικοποίησης, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι μελλοντικοί νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής (Liu et al., 2011). Η έλλειψη επαρκούς προετοιμασίας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου μπορεί να δυσκολέψει την προσαρμογή των φοιτητών στο κλινικό περιβάλλον και να επηρεάσει την αυτοπεποίθησή τους κατά την παροχή φροντίδας (Edo-Gual et al., 2014).

Η εμπειρία του θανάτου μπορεί επίσης να επηρεάσει βαθιά την επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών. Πολλοί νοσηλευτές αναφέρουν ότι η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής αποτελεί μια ιδιαίτερα ουσιαστική πτυχή της εργασίας τους, καθώς τους επιτρέπει να προσφέρουν υποστήριξη σε ασθενείς και οικογένειες σε μία από τις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής τους (Pratama & Wardaningsih, 2020). Η δυνατότητα παροχής

φροντίδας με σεβασμό και αξιοπρέπεια κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής ενός ασθενούς συχνά συνδέεται με την ανάπτυξη επαγγελματικής ωριμότητας και βαθύτερης κατανόησης του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα της νοσηλευτικής φροντίδας (Sinclair et al., 2016).

Παράλληλα, η ανάγκη για εκπαίδευση και υποστήριξη των νοσηλευτών στη διαχείριση του θανάτου έχει αναγνωριστεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία. Η εκπαίδευση στη φροντίδα στο τέλος της ζωής μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, στην καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών και στη διαχείριση των ηθικών ζητημάτων που σχετίζονται με τον θάνατο (Wilson & Kirshbaum, 2011). Η επαρκής προετοιμασία των νοσηλευτών θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και για την ενίσχυση της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της κλινικής πρακτικής (Gillan et al., 2014).

Τα τελευταία χρόνια, γεγονότα όπως η πανδημία COVID-19 ανέδειξαν ακόμη περισσότερο τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Οι περιορισμοί στις επισκέψεις στα νοσοκομεία και οι αυξημένοι αριθμοί θανάτων δημιούργησαν νέες συνθήκες, μέσα στις οποίες οι νοσηλευτές κλήθηκαν να υποστηρίξουν ασθενείς που συχνά πέθαιναν χωρίς την παρουσία των συγγενών τους. Η εμπειρία αυτή ανέδειξε τη σημασία του ρόλου των νοσηλευτών όχι μόνο ως παρόχων κλινικής φροντίδας αλλά και ως βασικών πηγών ανθρώπινης παρουσίας και υποστήριξης για τους ασθενείς κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής τους (Sperling, 2024).

Ο θάνατος στη νοσηλευτική δεν αποτελεί μόνο ένα κλινικό γεγονός αλλά μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει επαγγελματικές, επικοινωνιακές και ηθικές διαστάσεις. Η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής απαιτεί όχι μόνο κλινικές γνώσεις και τεχνικές δεξιότητες αλλά και ικανότητα επικοινωνίας, ενσυναίσθηση και σεβασμό προς τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών και των οικογενειών τους. Η κατανόηση της πολυπλοκότητας της εμπειρίας του θανάτου στο κλινικό περιβάλλον αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας.

2.2 Συνέπειες της έκθεσης στον θάνατο για τους επαγγελματίες υγείας

2.2.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις της έκθεσης στον θάνατο

Η συνεχής έκθεση στον θάνατο και στην ανθρώπινη οδύνη αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ψυχολογικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές. Η καθημερινή επαφή με ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους φέρνει τους επαγγελματίες υγείας αντιμέτωπους όχι μόνο με την απώλεια των ασθενών αλλά και με τη δική τους συνειδητοποίηση της θνητότητας. Η εμπειρία αυτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συναισθηματική τους κατάσταση, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον θάνατο και τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής.

Μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις των ψυχολογικών επιπτώσεων της έκθεσης στον θάνατο αφορά τον φόβο του προσωπικού θανάτου. Ο φόβος αυτός αναφέρεται στο άγχος ή την ανησυχία που βιώνουν τα άτομα όταν σκέφτονται τη δική τους θνητότητα και αποτελεί βασική διάσταση της στάσης απέναντι στον θάνατο. Η συνειδητοποίηση της περατότητας της ανθρώπινης ζωής μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και υπαρξιακής αγωνίας, ιδιαίτερα σε επαγγελματίες που εκτίθενται συστηματικά σε εμπειρίες απώλειας (Peters et al., 2013).

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, ο φόβος του προσωπικού θανάτου μπορεί να ενεργοποιείται μέσα από την επαναλαμβανόμενη έκθεση σε περιστατικά θανάτου ασθενών. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα υψηλής θνησιμότητας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ογκολογικά τμήματα, έρχονται συχνά αντιμέτωποι με την πραγματικότητα της ανθρώπινης θνητότητας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη δική τους ζωή και τη δική τους ευαλωτότητα (Peters et al., 2013). Η εμπειρία αυτή συχνά συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα άγχους, ιδιαίτερα όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν επαρκείς μηχανισμούς επεξεργασίας και διαχείρισης των συναισθημάτων που σχετίζονται με τον θάνατο (Peters et al., 2013).

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι νοσηλευτές που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους σχετικά με τον προσωπικό θάνατο είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν στρατηγικές αποφυγής απέναντι σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Οι Kim & Kwon (2023) επισημαίνουν ότι η αποφυγή αυτή μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός ψυχολογικής αυτοπροστασίας, ωστόσο ενδέχεται να περιορίσει την ενεργή εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα

των ασθενών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορεί να επιλέξουν να διατηρούν συναισθηματική απόσταση από ασθενείς σε τελικό στάδιο νόσου προκειμένου να προστατευθούν από τον ψυχολογικό πόνο που συνοδεύει την απώλεια.

Παράλληλα, η συνεχής επαφή με τον θάνατο μπορεί να ενισχύσει την υπαρξιακή ανησυχία των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα όταν η εμπειρία αυτή συνδέεται με προσωπικούς φόβους σχετικά με τη θνητότητα και την απώλεια ελέγχου. Η αναγνώριση και κατανόηση αυτών των συναισθημάτων θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους που σχετίζεται με τον θάνατο. Παράλληλα, ο φόβος του προσωπικού θανάτου φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι προσωπικές εμπειρίες απώλειας και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα νοσηματοδοτούν τη ζωή και τον θάνατο. Άτομα που διαθέτουν ένα πιο σταθερό σύστημα νοσηματοδότησης συχνά εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σχετικά με τη θνητότητα (Bellali et al., 2018).

Εκτός από τον φόβο του προσωπικού θανάτου, σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση προκαλεί και ο φόβος που σχετίζεται με τη διαδικασία του θανάτου. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβολές που προηγούνται του θανάτου και συχνά συνοδεύονται από πόνο, απώλεια λειτουργικότητας, ψυχολογική αγωνία και αβεβαιότητα. Για τους επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές που βρίσκονται σε συνεχή επαφή με ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής, η παρακολούθηση αυτής της διαδικασίας μπορεί να αποτελέσει πηγή έντονου συναισθηματικού στρες (Shorter & Stayt, 2010).

Οι Peters et al. (2013) επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα όπου ο θάνατος αποτελεί συχνό γεγονός εκτίθενται συστηματικά σε καταστάσεις έντονου ανθρώπινου πόνου και απώλειας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τόσο τη συναισθηματική τους κατάσταση όσο και τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τις σωματικές ανάγκες των ασθενών, αλλά και τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που συνοδεύουν το τέλος της ζωής. Η εμπειρία αυτή συχνά προκαλεί συναισθήματα αδυναμίας, ιδιαίτερα όταν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αποτρέψουν την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς ή να μειώσουν επαρκώς τον πόνο και την αγωνία που βιώνει.

Ο φόβος της διαδικασίας του θανάτου συνδέεται επίσης με την αντίληψη ότι ο θάνατος αποτελεί μια παρατεταμένη και επώδυνη εμπειρία. Οι εικόνες της σωματικής κατάρρευσης, της απώλειας ελέγχου και της ψυχολογικής δυσφορίας μπορεί να ενισχύσουν το άγχος των επαγγελματιών υγείας και να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορεί να βιώσουν έντονη συναισθηματική πίεση όταν παρακολουθούν τη σταδιακή επιδείνωση της υγείας των ασθενών τους, γεγονός που αυξάνει το επίπεδο επαγγελματικού στρες και συναισθηματικής κόπωσης (Hussin et al., 2018).

Μία ακόμη σημαντική διάσταση των ψυχολογικών επιπτώσεων της έκθεσης στον θάνατο αφορά τον φόβο της απώλειας άλλων ανθρώπων. Στο επαγγελματικό πλαίσιο της νοσηλευτικής, ο φόβος αυτός αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι νοσηλευτές συχνά αναπτύσσουν στενές σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη σχέσεων επικοινωνίας και υποστήριξης, γεγονός που καθιστά την απώλεια ενός ασθενούς μια ιδιαίτερα δύσκολη εμπειρία για τους επαγγελματίες υγείας (Papadatou, 2000).

Η απώλεια ενός ασθενούς μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα θλίψης, λύπης και επαγγελματικής αδυναμίας. Οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν την απώλεια ως προσωπική εμπειρία, ιδιαίτερα όταν έχουν συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα του ασθενούς για μεγάλο χρονικό διάστημα ή όταν έχει αναπτυχθεί ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η εμπειρία αυτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική τους κατάσταση και να οδηγήσει σε αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση (Kostka et al., 2021).

Παράλληλα, ο φόβος της απώλειας μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές προσεγγίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να επιλέξουν να διατηρήσουν συναισθηματική απόσταση από τους ασθενείς τους προκειμένου να προστατευθούν από τον ψυχολογικό πόνο που προκαλεί η απώλεια. Αν και η στρατηγική αυτή μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός αυτοπροστασίας, ενδέχεται να περιορίσει τη δυνατότητα ανάπτυξης ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή (Hussin et al., 2018).

Η συνεχής παρακολούθηση της διαδικασίας θανάτου άλλων ανθρώπων αποτελεί επίσης σημαντική πηγή ψυχολογικής επιβάρυνσης. Οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν άγχος, θλίψη και συναισθηματική πίεση όταν παρακολουθούν την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενούς και τη σταδιακή προσέγγιση του θανάτου. Η εμπειρία αυτή μπορεί να είναι

ιδιαίτερα δύσκολη όταν η απώλεια συμβαίνει ξαφνικά ή όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι δεν κατάφεραν να προσφέρουν την επιθυμητή φροντίδα στον ασθενή (Zheng et al., 2018).

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε περιστατικά θανάτου και απώλειας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης συναισθηματικής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές (Kowalenko et al., 2024). Η εμπειρία αυτή επηρεάζει όχι μόνο την ψυχική υγεία των επαγγελματιών αλλά και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Για τον λόγο αυτό, η ανάπτυξη υποστηρικτικών μηχανισμών στον χώρο εργασίας και η ενίσχυση της εκπαίδευσης στη διαχείριση του θανάτου θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για την προστασία της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας (Moss et al., 2016).

Παρά τις δυσκολίες που συνοδεύουν την εμπειρία της απώλειας, πολλοί νοσηλευτές αναπτύσσουν με την πάροδο του χρόνου στρατηγικές προσαρμογής που τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα το συναισθηματικό φορτίο της εργασίας τους. Η επαγγελματική εμπειρία, η εκπαίδευση στην παρηγορική φροντίδα και η υποστήριξη από συναδέλφους μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη μεγαλύτερης συναισθηματικής ανθεκτικότητας και να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να συνεχίσουν να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους (Zheng et al., 2018).

2.2.2 Επαγγελματική εξουθένωση, θλίψη και πένθος νοσηλευτών

Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στον θάνατο των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική ψυχολογική και επαγγελματική επιβάρυνση για τους νοσηλευτές, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα παρέχεται σε περιβάλλοντα υψηλής θνησιμότητας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα ογκολογικά τμήματα και οι μονάδες παρηγορικής φροντίδας. Στα περιβάλλοντα αυτά, οι νοσηλευτές δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο με την κλινική επιδείνωση των ασθενών, αλλά και με τον ανθρώπινο πόνο, την αγωνία των οικογενειών και την αίσθηση απώλειας που συνοδεύει τον θάνατο. Η συνεχής αυτή έκθεση μπορεί να αυξήσει το επίπεδο επαγγελματικού στρες και να ενισχύσει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Alzailai et al., 2021; Hussin et al., 2018).

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε συνθήκες υψηλής συναισθηματικής έντασης. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια

κατάσταση χρόνιου επαγγελματικού στρες, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης. Στον χώρο της νοσηλευτικής, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται συχνά με τη συνεχή έκθεση σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση ή στο τέλος της ζωής τους, καθώς και με τη συναισθηματική εμπλοκή που απαιτεί η φροντίδα τους (Alzailai et al., 2021).

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς στο τέλος της ζωής συχνά βιώνουν υψηλό συναισθηματικό φορτίο, καθώς καλούνται να ανταποκριθούν ταυτόχρονα στις σωματικές ανάγκες των ασθενών, στις ψυχολογικές ανάγκες των οικογενειών και στις απαιτήσεις του επαγγελματικού τους ρόλου. Οι Alzailai et al. (2021) επισημαίνουν ότι η συχνή έκθεση στον θάνατο των ασθενών και η συνεχής συναισθηματική εμπλοκή με τις οικογένειές τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εμπειρία αυτή μπορεί να γίνει ακόμη πιο επιβαρυντική όταν συνδυάζεται με αυξημένο φόρτο εργασίας, έλλειψη προσωπικού και περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής αποφόρτισης.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί μόνο ατομικό πρόβλημα των νοσηλευτών, αλλά και σημαντικό ζήτημα για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Οι νοσηλευτές που βιώνουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης εμφανίζουν συχνά μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, μεγαλύτερη πιθανότητα αποχώρησης από το επάγγελμα και μειωμένη απόδοση στην εργασία τους. Οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τη συνέχεια της φροντίδας και τη συνολική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Boyle & Bush, 2018). Σύμφωνα με τους Boyle & Bush (2018), η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών συνδέεται με αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες, χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση και αυξημένο κίνδυνο λαθών, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισής της.

Η βιβλιογραφία συνδέει επίσης την επαγγελματική εξουθένωση με την έννοια της συμπόνιας και της ενσυναίσθησης. Οι νοσηλευτές που επενδύουν συναισθηματικά στη φροντίδα των ασθενών τους μπορεί να βιώσουν κόπωση συμπόνιας, δηλαδή μια κατάσταση κατά την οποία η συνεχής παροχή φροντίδας σε ανθρώπους που υποφέρουν οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη ικανότητα ενσυναίσθησης. Η κόπωση αυτή δεν σημαίνει απουσία ενδιαφέροντος, αλλά αποτελεί συνέπεια της παρατεταμένης έκθεσης στον ανθρώπινο πόνο και στην ανάγκη διαρκούς συναισθηματικής διαθεσιμότητας (Cross, 2019).

Παράλληλα, οργανωτικοί παράγοντες μπορούν να ενισχύσουν τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, οι αυξημένες απαιτήσεις των τμημάτων και η περιορισμένη υποστήριξη από τη διοίκηση δημιουργούν ένα εργασιακό περιβάλλον όπου η ψυχολογική επιβάρυνση των νοσηλευτών αυξάνεται σημαντικά. Οι Alodhialah et al. (2024) επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλοντα με υψηλό φόρτο εργασίας και περιορισμένους πόρους εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Επομένως, η έκθεση στον θάνατο δεν πρέπει να εξετάζεται απομονωμένα, αλλά σε συνάρτηση με τις συνολικές συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών.

Η εμπειρία της απώλειας αποτελεί επίσης αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής πραγματικότητας των νοσηλευτών, ιδιαίτερα σε τμήματα όπου η θνησιμότητα των ασθενών είναι υψηλή. Οι νοσηλευτές συχνά αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους, καθώς βρίσκονται δίπλα τους για μεγάλο χρονικό διάστημα και παρέχουν όχι μόνο κλινική φροντίδα αλλά και ψυχολογική υποστήριξη. Όταν ένας ασθενής πεθαίνει, η απώλεια αυτή μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα λύπης, θλίψης, αδυναμίας και εσωτερικής αποδιοργάνωσης, ιδιαίτερα όταν έχει προηγηθεί στενή θεραπευτική σχέση (Kostka et al., 2021; McAdam & Erikson, 2020).

Η θλίψη των νοσηλευτών μετά τον θάνατο ενός ασθενούς αποτελεί συχνό αλλά συχνά υποτιμημένο φαινόμενο στον χώρο της υγείας. Σε αντίθεση με το πένθος που βιώνεται στο προσωπικό περιβάλλον, το επαγγελματικό πένθος των νοσηλευτών συχνά δεν αναγνωρίζεται θεσμικά ούτε συνοδεύεται από επαρκή χρόνο ή χώρο επεξεργασίας. Οι νοσηλευτές καλούνται να συνεχίσουν άμεσα την εργασία τους, να φροντίσουν άλλους ασθενείς και να διατηρήσουν επαγγελματική στάση, ακόμη και όταν βιώνουν έντονα συναισθήματα απώλειας. Η ανάγκη αυτή μπορεί να οδηγήσει στην καταπίεση ή την αποσιώπηση των συναισθημάτων που σχετίζονται με τον θάνατο ενός ασθενούς (Luxardo et al., 2014).

Η τάση αποσιώπησης του πένθους των νοσηλευτών έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως μορφή σιωπηλού ή μη αναγνωρισμένου πένθους. Οι Luxardo et al. (2014) επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν έντονη θλίψη μετά τον θάνατο ενός ασθενούς, ωστόσο το εργασιακό περιβάλλον δεν τους επιτρέπει πάντοτε να εκφράσουν ανοιχτά αυτά τα συναισθήματα. Η έλλειψη χώρου για την επεξεργασία της απώλειας μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση συναισθηματικής έντασης και να ενισχύσει την ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας.

Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε εμπειρίες θανάτου μπορεί να οδηγήσει και σε αθροιστικό πένθος. Η έννοια αυτή αναφέρεται στη συσσώρευση πολλών εμπειριών απώλειας, οι οποίες δεν έχουν επαρκώς επεξεργαστεί συναισθηματικά. Οι Jones et al. (2020) επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εκτίθενται συστηματικά σε πολλαπλούς θανάτους ασθενών μπορεί να βιώσουν μορφές πένθους που δεν συνδέονται με μία μόνο απώλεια, αλλά με τη συσσωρευμένη επίδραση πολλών παρόμοιων εμπειριών. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν υποστηρικτικοί μηχανισμοί στο εργασιακό περιβάλλον (Jones et al., 2020).

Η εμπειρία της θλίψης και του πένθους μπορεί να επηρεάσει και την επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αισθανθούν ότι απέτυχαν να προστατεύσουν ή να βοηθήσουν τον ασθενή, ακόμη και όταν ο θάνατος ήταν αναπόφευκτος λόγω της εξέλιξης της νόσου. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε ενοχές, αυτοαμφισβήτηση και αίσθημα επαγγελματικής ανεπάρκειας. Παράλληλα, όμως, η επεξεργασία της εμπειρίας της απώλειας μπορεί να συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση της σημασίας της παρηγορικής φροντίδας και στην ενίσχυση της επαγγελματικής ωριμότητας των νοσηλευτών (Testoni et al., 2020).

Παρά τις δυσκολίες που συνδέονται με το πένθος των νοσηλευτών, η εμπειρία της απώλειας δεν έχει μόνο αρνητικές συνέπειες. Πολλοί νοσηλευτές αναφέρουν ότι η επαφή με τον θάνατο και η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής τους βοηθούν να αναπτύξουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, να κατανοήσουν βαθύτερα τις ανάγκες των ασθενών και να ενισχύσουν την αίσθηση νοήματος στο επάγγελμά τους. Μέσα από την επεξεργασία αυτών των εμπειριών, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναπτύξουν μεγαλύτερη συναισθηματική ανθεκτικότητα και επαγγελματική ωριμότητα (Testoni et al., 2020).

Η αποτελεσματική διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της θλίψης και του πένθους απαιτεί τόσο ατομικές όσο και οργανωτικές παρεμβάσεις. Σε ατομικό επίπεδο, η ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας και διαχείρισης του στρες μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Σε οργανωτικό επίπεδο, η δημιουργία υποστηρικτικών δομών, όπως ομάδες συζήτησης, προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης και χώροι επαγγελματικής αποφόρτισης, μπορεί να συμβάλει στη μείωση της εξουθένωσης και στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας (Alodhialah et al., 2024; Gillman et al., 2012).

2.3 Παράγοντες προστασίας και διαχείρισης

2.3.1 Συναισθηματική εργασία και συναισθηματική διαχείριση

Η νοσηλευτική αποτελεί ένα επάγγελμα που χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συναισθηματικής εμπλοκής, καθώς οι επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά σε επαφή με ανθρώπινο πόνο, ασθένεια, απώλεια και θάνατο. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της συναισθηματικής εργασίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των εμπειριών των νοσηλευτών που εργάζονται σε περιβάλλοντα όπου ο θάνατος αποτελεί συχνό φαινόμενο. Η συναισθηματική εργασία αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία οι επαγγελματίες καλούνται να διαχειριστούν, να ρυθμίσουν και συχνά να ελέγξουν τα συναισθήματά τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του επαγγελματικού τους ρόλου και να διατηρήσουν μια στάση που θεωρείται κατάλληλη για το εργασιακό τους περιβάλλον (Cross, 2019).

Η έννοια της συναισθηματικής εργασίας έχει μελετηθεί εκτενώς στα επαγγέλματα φροντίδας, καθώς οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συχνά να διατηρούν μια στάση ηρεμίας, σταθερότητας και υποστήριξης ακόμη και σε ιδιαίτερα δύσκολες συναισθηματικά καταστάσεις. Οι νοσηλευτές μπορεί να βιώνουν άγχος, θλίψη ή συναισθηματική κόπωση, ωστόσο συχνά αισθάνονται ότι πρέπει να αποκρύπτουν ή να ελέγχουν αυτά τα συναισθήματα ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Σύμφωνα με την Cross (2019), οι νοσηλευτές συχνά βιώνουν εσωτερική σύγκρουση ανάμεσα στα πραγματικά τους συναισθήματα και στην ανάγκη να διατηρήσουν μια επαγγελματική εικόνα συναισθηματικής σταθερότητας.

Η συναισθηματική εργασία γίνεται ιδιαίτερα εμφανής στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι νοσηλευτές δεν παρέχουν μόνο κλινική φροντίδα αλλά λειτουργούν και ως σημαντική πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η ανάγκη να παραμένουν συναισθηματικά διαθέσιμοι, ενώ παράλληλα διαχειρίζονται τη δική τους εμπειρία απώλειας και θνητότητας, δημιουργεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό συναισθηματικό περιβάλλον εργασίας (Bautista et al., 2024).

Οι Bautista et al. (2024) επισημαίνουν ότι η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής αποτελεί ένα από τα πιο απαιτητικά πεδία συναισθηματικής εργασίας για τους νοσηλευτές, καθώς οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειριστούν ταυτόχρονα τις κλινικές ανάγκες

των ασθενών και τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλεί η εμπειρία του θανάτου. Η διαχείριση αυτών των συναισθημάτων απαιτεί υψηλό επίπεδο συναισθηματικής επίγνωσης και δεξιοτήτων επικοινωνίας, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές παρέχουν υποστήριξη σε ασθενείς και οικογένειες κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής.

Η συνεχής έκθεση σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική ευημερία των νοσηλευτών. Η ανάγκη διαρκούς ρύθμισης και ελέγχου των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική κόπωση, ιδιαίτερα όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν τον απαραίτητο χώρο ή χρόνο για να εκφράσουν και να επεξεργαστούν τις προσωπικές τους αντιδράσεις απέναντι στην απώλεια. Η καταπίεση των συναισθημάτων και η διαρκής προσπάθεια διατήρησης επαγγελματικής στάσης μπορεί να αυξήσει το επίπεδο ψυχολογικού στρες και να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Testoni et al., 2020).

Οι Testoni et al. (2020) υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα όπου ο θάνατος αποτελεί συχνό φαινόμενο βιώνουν συχνά έντονη συναισθηματική πίεση, καθώς καλούνται να υποστηρίξουν ασθενείς και οικογένειες ενώ ταυτόχρονα διαχειρίζονται τα δικά τους συναισθήματα σχετικά με την απώλεια. Η διαρκής αυτή συναισθηματική διαθεσιμότητα μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική εξάντληση, ιδιαίτερα όταν δεν συνοδεύεται από επαρκείς μηχανισμούς υποστήριξης και αποφόρτισης.

Η συναισθηματική εργασία συνδέεται επίσης στενά με την έννοια της ενσυναίσθησης, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ικανότητα των νοσηλευτών να κατανοούν και να ανταποκρίνονται στα συναισθήματα των ασθενών συμβάλλει ουσιαστικά στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και στην παροχή ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Ωστόσο, η υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο συναισθηματικής εξάντλησης, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές εκτίθενται συστηματικά σε εμπειρίες θανάτου και ανθρώπινης οδύνης (Baqeas & Rayan, 2018).

Οι Baqeas & Rayan (2018) επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές που εκτίθενται συστηματικά σε καταστάσεις ανθρώπινου πόνου και απώλειας εμφανίζουν συχνά αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής κόπωσης, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχουν επαρκείς μηχανισμοί υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον. Παράλληλα, η συνεχής προσπάθεια διατήρησης επαγγελματικής στάσης μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα εσωτερικής αποστασιοποίησης ή συναισθηματικής απονέκρωσης, το οποίο λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στη συναισθηματική επιβάρυνση.

Παρά τις δυσκολίες που συνδέονται με τη συναισθηματική εργασία, η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η εμπειρία αυτή δεν είναι απαραίτητα μόνο αρνητική. Σε πολλές περιπτώσεις, η δυνατότητα παροχής ουσιαστικής υποστήριξης σε ασθενείς και οικογένειες κατά τη διάρκεια του τέλους της ζωής μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα επαγγελματικής ικανοποίησης και να συμβάλει στην ανάπτυξη βαθύτερης αίσθησης νοήματος στο επάγγελμα της νοσηλευτικής. Η εμπειρία της φροντίδας στο τέλος της ζωής μπορεί να λειτουργήσει ως πηγή προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές διαθέτουν επαρκείς μηχανισμούς υποστήριξης και επεξεργασίας των εμπειριών τους (Luxardo et al., 2014).

Για τον λόγο αυτό, η αναγνώριση της σημασίας της συναισθηματικής εργασίας στον χώρο της υγείας αποτελεί σημαντικό βήμα για τη δημιουργία υποστηρικτικών δομών για τους επαγγελματίες υγείας. Η παροχή χώρου για συζήτηση και επεξεργασία των συναισθημάτων, καθώς και η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που ενισχύουν τις δεξιότητες συναισθηματικής διαχείρισης, μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των νοσηλευτών και στην ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

2.3.2 Ομαδική υποστήριξη

Η ομαδική υποστήριξη αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για τη διαχείριση των συναισθηματικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στον χώρο της υγείας. Η εργασία σε περιβάλλοντα όπου ο θάνατος αποτελεί συχνό φαινόμενο μπορεί να δημιουργήσει έντονη ψυχολογική πίεση και να ενισχύσει την ανάγκη ύπαρξης υποστηρικτικών μηχανισμών για τους επαγγελματίες υγείας. Η ομαδική υποστήριξη αναφέρεται σε μορφές συνεργασίας, αλληλοβοήθειας και επικοινωνίας μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας, οι οποίες συμβάλλουν στη διαχείριση του συναισθηματικού φορτίου που συνοδεύει τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής (Alodhialah et al., 2024).

Οι νοσηλευτές συχνά αναφέρουν ότι η επικοινωνία με συναδέλφους που αντιμετωπίζουν παρόμοιες εμπειρίες λειτουργεί ως σημαντική πηγή ψυχολογικής ανακούφισης. Η δυνατότητα συζήτησης δύσκολων περιστατικών, έκφρασης συναισθημάτων και ανταλλαγής εμπειριών επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να επεξεργαστούν τις εμπειρίες απώλειας και να αναπτύξουν κοινές στρατηγικές αντιμετώπισης των προκλήσεων της εργασίας τους (Fitch et al., 2016).

Οι Fitch et al. (2016) επισημαίνουν ότι η ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικός μηχανισμός υποστήριξης, καθώς επιτρέπει στους νοσηλευτές να αισθάνονται ότι δεν αντιμετωπίζουν μόνοι τους το συναισθηματικό βάρος της επαφής με τον θάνατο. Η ύπαρξη συναδελφικών σχέσεων εμπιστοσύνης διευκολύνει την έκφραση συναισθημάτων και συμβάλλει στη μείωση της ψυχολογικής απομόνωσης που συχνά συνοδεύει τις εμπειρίες απώλειας.

Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας μπορεί επίσης να συμβάλει στη μείωση του επαγγελματικού στρες και στην ενίσχυση της επαγγελματικής ανθεκτικότητας. Όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι εργάζονται σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, συνεργασία και δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής τους (Gillman et al., 2012).

Οι Gillman et al. (2012) υπογραμμίζουν ότι τα υποστηρικτικά εργασιακά περιβάλλοντα όπου ενθαρρύνεται η συνεργασία και η ανοιχτή επικοινωνία συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των νοσηλευτών και στη μείωση του κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αίσθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μέρος μιας ομάδας που μοιράζεται κοινές εμπειρίες και δυσκολίες μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στο επαγγελματικό στρες.

Παράλληλα, η ομαδική υποστήριξη μπορεί να λάβει και πιο οργανωμένες μορφές, όπως ομάδες αναστοχασμού, συναντήσεις αποφόρτισης μετά από δύσκολα περιστατικά και προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης. Οι παρεμβάσεις αυτές επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να συζητήσουν τις εμπειρίες τους σε ένα ασφαλές περιβάλλον και να επεξεργαστούν τα συναισθήματα που προκαλούνται από την επαφή με τον θάνατο και την απώλεια. Μέσα από τέτοιες διαδικασίες ενισχύεται η συναισθηματική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών και βελτιώνεται η δυνατότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της κλινικής πρακτικής (Rushton et al., 2015).

2.3.3 Εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου αποτελεί βασικό στοιχείο για την προετοιμασία των νοσηλευτών να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής. Παρότι ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικής πρακτικής, πολλοί επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι δεν έχουν λάβει επαρκή εκπαίδευση σχετικά με

τη διαχείριση των συναισθηματικών, επικοινωνιακών και ηθικών προκλήσεων που σχετίζονται με το τέλος της ζωής. Η έλλειψη αυτής της προετοιμασίας μπορεί να ενισχύσει το άγχος των νοσηλευτών, να μειώσει την αυτοπεποίθησή τους και να δυσκολέψει την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου (Cavaye & Watts, 2012).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου περιλαμβάνει την ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονται με την παρηγορική φροντίδα, την επικοινωνία με ασθενείς και οικογένειες, τη διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων, καθώς και τη διαχείριση των συναισθημάτων που προκαλεί η εμπειρία της απώλειας. Η εκπαίδευση αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την προετοιμασία των νοσηλευτών να ανταποκριθούν τόσο στις κλινικές όσο και στις ψυχολογικές απαιτήσεις της φροντίδας στο τέλος της ζωής (Chua & Shorey, 2021).

Οι Chua & Shorey (2021) επισημαίνουν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εστιάζουν στην παρηγορική φροντίδα και στις δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη μείωση του άγχους των νοσηλευτών και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους κατά τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Μέσα από τέτοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας του θανάτου και αναπτύσσουν στρατηγικές για την αποτελεσματική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου μπορεί επίσης να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση του φόβου και της αβεβαιότητας που βιώνουν οι νοσηλευτές όταν έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο ασθενών. Όταν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση τις δύσκολες καταστάσεις που προκύπτουν κατά τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής. Η εκπαίδευση αυτή βοηθά τους νοσηλευτές να αναπτύξουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές επικοινωνίας, να διαχειρίζονται δυσκολότερα συναισθήματα και να ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη επάρκεια στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους (Frommelt, 2003).

Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται και η εκπαίδευση στη συναισθηματική διαχείριση και στην αυτογνωσία. Οι νοσηλευτές καλούνται συχνά να διαχειριστούν όχι μόνο τα συναισθήματα των ασθενών και των οικογενειών τους αλλά και τις δικές τους αντιδράσεις απέναντι στην απώλεια, στον πόνο και στη θνητότητα. Η εκπαίδευση στη διαχείριση του

επαγγελματικού στρες και στην αναγνώριση των προσωπικών συναισθηματικών αντιδράσεων μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα και αποτελεσματικότερους μηχανισμούς προσαρμογής (Rotter & Braband, 2020).

Οι Rotter & Braband (2020) επισημαίνουν ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα που ενισχύουν την αυτογνωσία και τις δεξιότητες συναισθηματικής διαχείρισης μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις προκλήσεις που σχετίζονται με την εμπειρία του θανάτου. Η κατανόηση των προσωπικών αντιδράσεων απέναντι στη θνητότητα και η ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης του άγχους θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για τη διατήρηση της ψυχικής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον, η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευτεί στην παρηγορική φροντίδα είναι περισσότερο πιθανό να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών στο τέλος της ζωής και να παρέχουν ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική υποστήριξη τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους. Η εκπαίδευση αυτή ενισχύει επίσης την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συμμετέχουν σε δύσκολες συζητήσεις σχετικά με το τέλος της ζωής και να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά ζητήματα που σχετίζονται με την πρόγνωση, τη θεραπεία και τη λήψη αποφάσεων (Yazdan et al., 2023).

Οι Yazdan et al. (2023) υπογραμμίζουν ότι η συστηματική εκπαίδευση στην παρηγορική φροντίδα συμβάλλει όχι μόνο στη βελτίωση των κλινικών δεξιοτήτων των νοσηλευτών αλλά και στην ανάπτυξη μεγαλύτερης αυτοπεποίθησης κατά τη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων που σχετίζονται με τον θάνατο των ασθενών. Οι νοσηλευτές που έχουν λάβει σχετική εκπαίδευση εμφανίζουν συχνά πιο θετικές στάσεις απέναντι στον θάνατο και μεγαλύτερη ετοιμότητα να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής.

Η σημασία της εκπαίδευσης στη διαχείριση του θανάτου αναδεικνύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι πολλοί νοσηλευτές αισθάνονται ανεπαρκώς προετοιμασμένοι για τη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο νόσου. Η έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης μπορεί να ενισχύσει το άγχος, την αβεβαιότητα και τη δυσκολία επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αντίθετα, η ύπαρξη συστηματικής εκπαίδευσης και υποστηρικτικών εκπαιδευτικών δομών συμβάλλει στη δημιουργία μεγαλύτερης αίσθησης

επαγγελματικής επάρκειας και ενισχύει την ικανότητα των νοσηλευτών να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της κλινικής πρακτικής (Jeong et al., 2020).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου δεν περιορίζεται μόνο στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών, αλλά αποτελεί και σημαντικό στοιχείο της συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης. Η διαρκής ενημέρωση σχετικά με την παρηγορική φροντίδα, τις σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές και τις στρατηγικές ψυχολογικής υποστήριξης θεωρείται απαραίτητη για την προσαρμογή των επαγγελματιών υγείας στις αυξανόμενες απαιτήσεις της φροντίδας στο τέλος της ζωής (White et al., 2001).

Παράλληλα, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση πιο θετικών στάσεων απέναντι στον θάνατο. Οι νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευτεί στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής συχνά εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή του θανάτου, μειωμένα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερη άνεση στη συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με τη θνητότητα. Η ανάπτυξη τέτοιων στάσεων θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την παροχή ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής (Dunn et al., 2005).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του θανάτου αποτελεί βασικό προστατευτικό παράγοντα για τους νοσηλευτές και συμβάλλει τόσο στη βελτίωση της ψυχικής τους ευημερίας όσο και στην ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης σχετικά με τον θάνατο στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής και στα προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις προκλήσεις της κλινικής πρακτικής και της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3.

Μεθοδολογία

3.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό συσχετιστικού τύπου, με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και του άγχους απέναντι στον θάνατο σε νοσηλευτές, καθώς και της σχέσης τους με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Η μελέτη ήταν συγχρονική (cross - sectional), καθώς η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε μία χρονική στιγμή, χωρίς επαναληπτικές μετρήσεις. Η επιλογή του συγκεκριμένου σχεδιασμού κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επέτρεψε τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων και συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών που σχετίζονται με την επαγγελματική έκθεση σε περιστατικά θανάτου και τις ψυχολογικές αντιδράσεις των συμμετεχόντων απέναντι στον θάνατο.

3.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των στάσεων, του φόβου και του άγχους απέναντι στον θάνατο σε νοσηλευτές, καθώς και η μελέτη της σχέσης των παραπάνω διαστάσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά και με την επαγγελματική έκθεση σε περιστατικά θανάτου στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής. Παράλληλα, εξετάστηκε κατά πόσο η επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου, η συζήτηση για τον θάνατο και άλλες σχετικές επαγγελματικές εμπειρίες επηρεάζουν τις στάσεις και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο.

3.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης ήταν τα εξής:

1. Υπάρχει σχέση μεταξύ της επαγγελματικής έκθεσης σε περιστατικά θανάτου και των στάσεων ή του άγχους απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές;

2. Υπάρχει σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του άγχους ή των στάσεων απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές;

3.4 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 113 νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσιες δομές υγείας, συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων δευτεροβάθμιας (π.χ γενικά νοσοκομεία) και τριτοβάθμιας περίθαλψης (πανεπιστημιακά νοσοκομεία), καθώς και κέντρων υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας (Κέντρα Υγείας, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY)). Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), καθώς στη μελέτη συμμετείχαν νοσηλευτές που ήταν προσβάσιμοι στους ερευνητές και αποδέχθηκαν εθελοντικά να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Ως κριτήρια ένταξης στη μελέτη ορίστηκαν η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε δημόσια δομή υγείας, η ενεργός εργασιακή απασχόληση κατά το χρονικό διάστημα συλλογής των δεδομένων, η ηλικία άνω των 18 ετών και η παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες έπρεπε να διαθέτουν επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας ώστε να μπορούν να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν το ερευνητικό εργαλείο. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν η μη άσκηση κλινικού νοσηλευτικού έργου σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας, η απασχόληση αποκλειστικά σε δομές κοινωνικής φροντίδας ή κατ' οίκον νοσηλείας, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», η μακροχρόνια άδεια κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και η ελλιπής συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, δεν συμπεριλήφθηκαν επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατροί, μαίες ή βοηθοί νοσηλευτών.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 42,66 έτη (TA=10,20). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι και ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης.

3.5 Εργαλείο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελούνταν από τρεις επιμέρους ενότητες. Η πρώτη ενότητα

περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, τα έτη εργασίας στο τρέχον τμήμα, η συχνότητα επαφής με περιστατικά θανάτου, η συμμετοχή σε συζητήσεις που αφορούν τον θάνατο και η εμπειρία φροντίδας νεκρού ατόμου.

3.5.1 Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)

Για την αξιολόγηση των στάσεων απέναντι στον θάνατο χρησιμοποιήθηκε το Death Attitude Profile – Revised (DAP-R), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Wong, Reker και Gesser (1994). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 δηλώσεις και αξιολογεί πέντε διαστάσεις των στάσεων απέναντι στον θάνατο: τον Φόβο του Θανάτου (Fear of Death), την Αποφυγή του Θανάτου (Death Avoidance), την Ουδέτερη Αποδοχή (Neutral Acceptance), την Αποδοχή μέσω Προσέγγισης (Approach Acceptance) και την Αποδοχή μέσω Διαφυγής ή Λύτρωσης (Escape Acceptance).

Οι απαντήσεις καταγράφονται σε επταβάθμια κλίμακα Likert, από το «διαφωνώ απόλυτα» έως το «συμφωνώ απόλυτα». Ενδεικτικές ερωτήσεις της κλίμακας είναι οι «Ο θάνατος με φοβίζει πολύ» και «Αποφεύγω να σκέφτομαι τον θάνατο». Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας προκύπτει από τον μέσο όρο των αντίστοιχων ερωτήσεων, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν εντονότερη παρουσία της συγκεκριμένης στάσης απέναντι στον θάνατο.

Το DAP-R έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε διεθνείς και ελληνικούς πληθυσμούς και παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του. Η Ελληνική προσαρμογή της κλίμακας έγινε από την Malliarou (2015).

3.5.2 Collett–Lester Fear of Death Scale

Για την αξιολόγηση του άγχους και του φόβου που σχετίζονται με τον θάνατο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Collett–Lester Fear of Death Scale, η οποία αναπτύχθηκε από τους Collett και Lester (1969) και αναθεωρήθηκε μεταγενέστερα από τους Lester και Abdel-Khalek (2003).

Η κλίμακα αποτελείται από 28 ερωτήσεις και εξετάζει τέσσερις επιμέρους διαστάσεις: τον φόβο για τον δικό μας θάνατο, τον φόβο για τη διαδικασία του δικού μας θανάτου, τον φόβο για τον θάνατο των άλλων και τον φόβο για τη διαδικασία θανάτου των άλλων. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες που αφορούν τον θάνατο των άλλων, από τις οποίες υπολογίστηκαν το άγχος για την απώλεια ζωής άλλων ατόμων, το άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων ατόμων και το συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων.

Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα φόβου και άγχους σχετικά με τον θάνατο. Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας προκύπτει από τον μέσο όρο των αντίστοιχων ερωτήσεων. Ενδεικτικά παραδείγματα ερωτήσεων είναι «Πόσο σας ανησυχεί η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου;» και «Πόσο σας φοβίζει η διαδικασία θανάτου ενός κοντινού σας ατόμου;». Ακόμα, σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, οι κατασκευαστές αναφέρουν ότι η εσωτερική συνοχή των τεσσάρων (4) υποκλιμάκων ($\alpha = .88$ έως $.92$) είναι πολύ ικανοποιητική (Lester & Abdel-Khalek, 2003). Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η στάθμιση σε Ελληνικό πληθυσμό έγινε από την Δικαίου (2011).

3.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά την εξασφάλιση των απαραίτητων αδειών από τις αρμόδιες διοικητικές αρχές των δομών υγείας όπου διεξήχθη η έρευνα. Οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν για τον σκοπό, τη διαδικασία και τους στόχους της μελέτης, καθώς και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ευκολίας και οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση τη διαθεσιμότητά τους κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες έλαβαν γραπτή ενημέρωση σχετικά με τη μελέτη και κλήθηκαν να παράσχουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή. Τονίστηκε ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική και ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή (ανάλογα με τον τρόπο που πραγματοποιήθηκε η έρευνα) και η συμπλήρωσή τους ήταν ανώνυμη. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10–15 λεπτά. Μετά τη συμπλήρωση, τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν και ελέγχθηκαν ως προς την πληρότητα των

απαντήσεων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από [Ιανουάριος 2026] έως [Μάρτιος 2026].

3.7 Τεχνικές ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος, καθώς και των επιμέρους διαστάσεων στάσεων και άγχους απέναντι στον θάνατο. Για τις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν συχνότητες και ποσοστά, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Παράλληλα, για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων ομάδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος Independent Samples t-test, ενώ για τη σύγκριση περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης One - Way ANOVA.

Τα σύνθετα σκορ των υποκλιμάκων υπολογίστηκαν μέσω του μέσου όρου των αντίστοιχων ερωτήσεων, σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες βαθμολόγησης των εργαλείων. Υψηλότερες τιμές υποδήλωναν υψηλότερα επίπεδα φόβου, άγχους ή αποδοχής απέναντι στον θάνατο.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$.

3.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη, ενώ οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων τους. Η έρευνα συμμορφώνεται πλήρως με τις συστάσεις της διακήρυξης του Ελσίνκι για την έρευνα σε ανθρώπους». Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στην έρευνα χωρίς να λάβουν κάποια αποζημίωση.

Κεφάλαιο 4.

Αποτελέσματα έρευνας

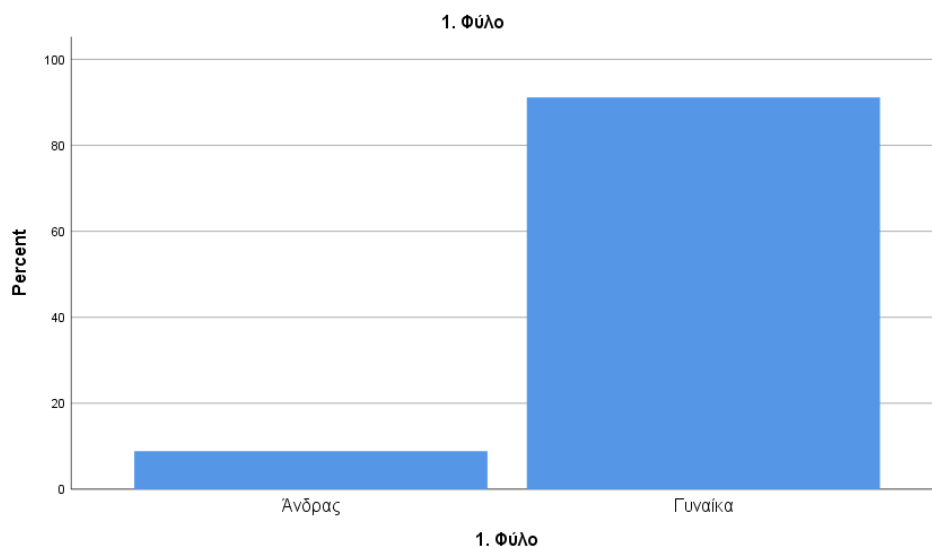
Στον Πίνακα 1 και στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1. Κατανομή φύλου συμμετεχόντων

Φύλο	Συχνότητα	%
Ανδρας	10	8,8%
Γυναίκα	103	91,2%
Σύνολο	113	100,0%

Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, με ποσοστό 91,2%, ενώ οι άνδρες αποτέλεσαν το 8,8% του δείγματος. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η έρευνα βασίστηκε κυρίως στις απόψεις και εμπειρίες γυναικών νοσηλευτριών, γεγονός που αντανακλά και τη γενικότερη σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού στον χώρο της υγείας.

Γράφημα 1. Κατανομή φύλου συμμετεχόντων

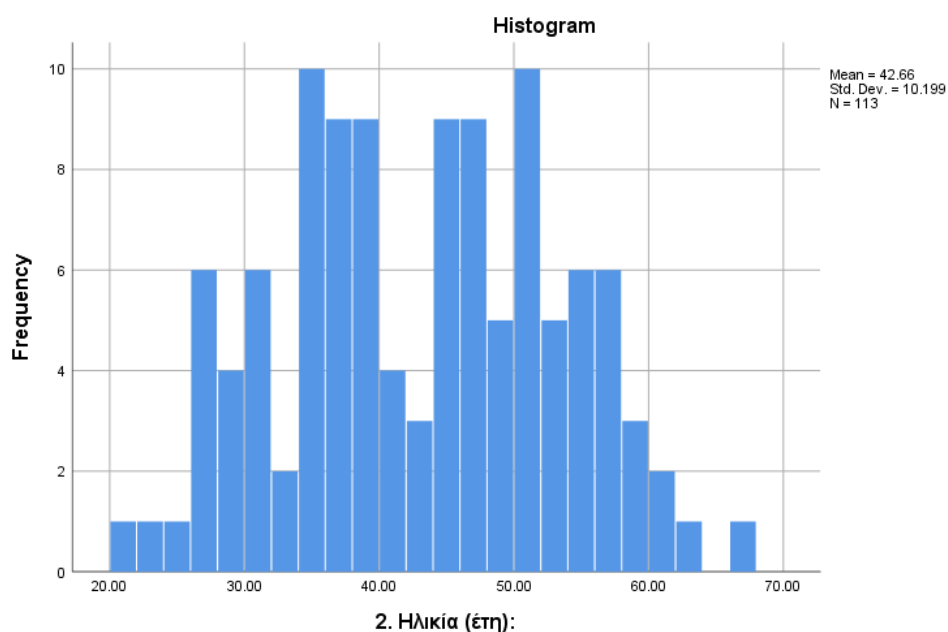


Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά ηλικίας συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή
Ηλικία (έτη)	42,66	10,20	21,00	66,00

Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 2 και στο Γράφημα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά για την ηλικία των συμμετεχόντων. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν 42,66 έτη (TA=10,20), γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από επαγγελματίες με αρκετή επαγγελματική και προσωπική εμπειρία. Η ηλικία κυμάνθηκε από 21 έως 66 έτη, καταδεικνύοντας την ύπαρξη τόσο νεότερων όσο και περισσότερων έμπειρων επαγγελματιών υγείας στην έρευνα.

Γράφημα 2. Κατανομή ηλικίας συμμετεχόντων

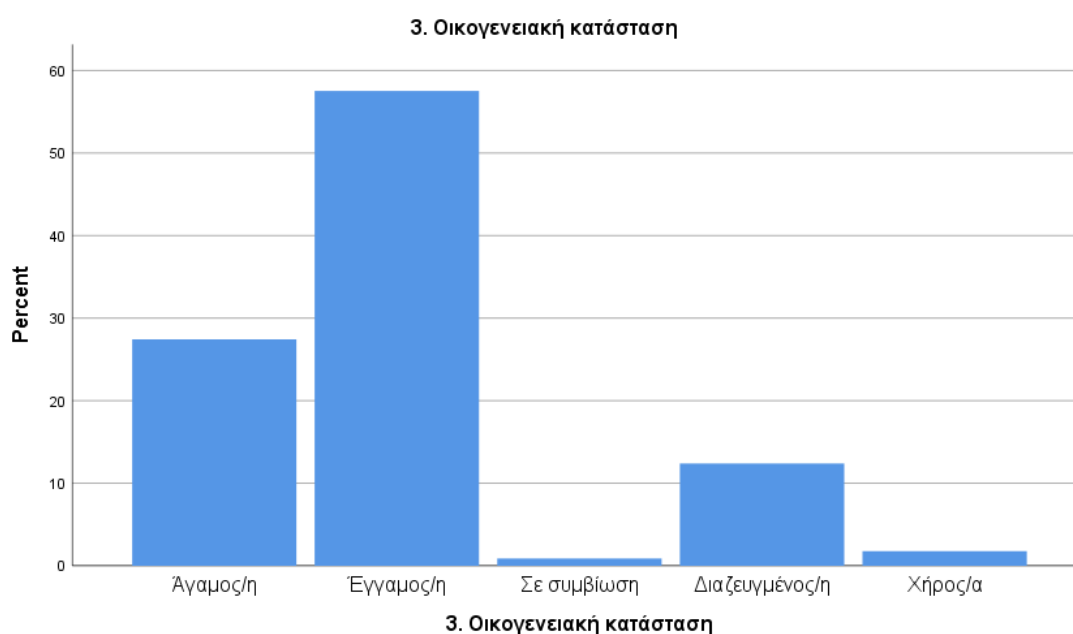


Πίνακας 3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	%
Άγαμος/η	31	27,4%
Έγγαμος/η	65	57,5%
Σε συμβίωση	1	0,9%
Διαζευγμένος/η	14	12,4%
Χήρος/α	2	1,8%
Σύνολο	113	100,0%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 και στο Γράφημα 3, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, με ποσοστό 57,5%, ενώ το 27,4% δήλωσε άγαμο. Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τους διαζευγμένους/ες (12,4%), τους χήρους/ες (1,8%) και όσους βρίσκονταν σε συμβίωση (0,9%).

Γράφημα 3. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων

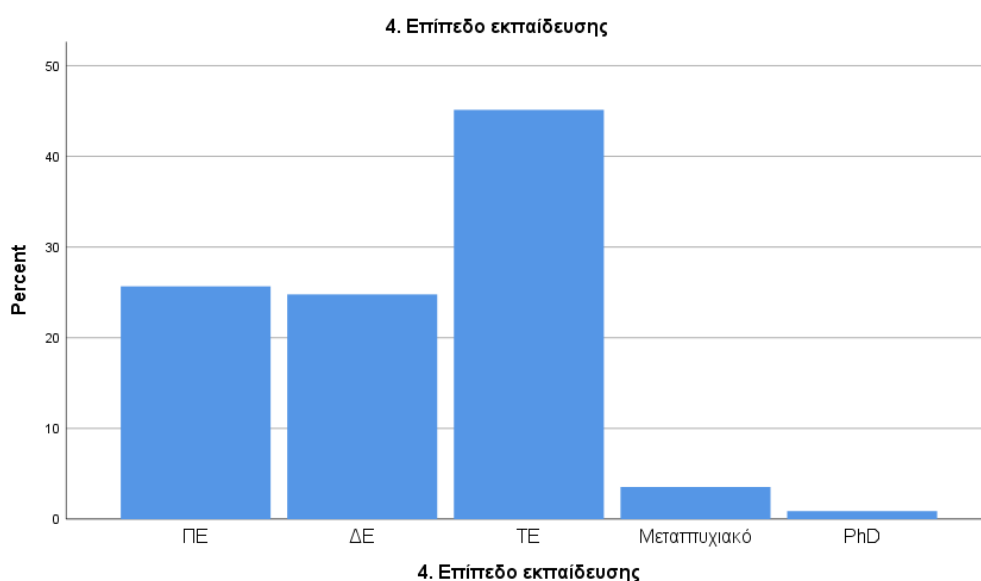


Πίνακας 4. Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης συμμετεχόντων

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	%
ΠΕ	29	25,7%
ΔΕ	28	24,8%
ΤΕ	51	45,1%
Μεταπτυχιακό	4	3,5%
PhD	1	0,9%
Σύνολο	113	100,0%

Παράλληλα, στον Πίνακα 4 και στο Γράφημα 4 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Η συχνότερη εκπαιδευτική κατηγορία ήταν η ΤΕ εκπαίδευση με ποσοστό 45,1%, ενώ ακολούθησαν οι απόφοιτοι ΠΕ με 25,7% και ΔΕ με 24,8%. Μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων διέθετε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (3,5%) ή διδακτορικό τίτλο (0,9%).

Γράφημα 4. Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης συμμετεχόντων

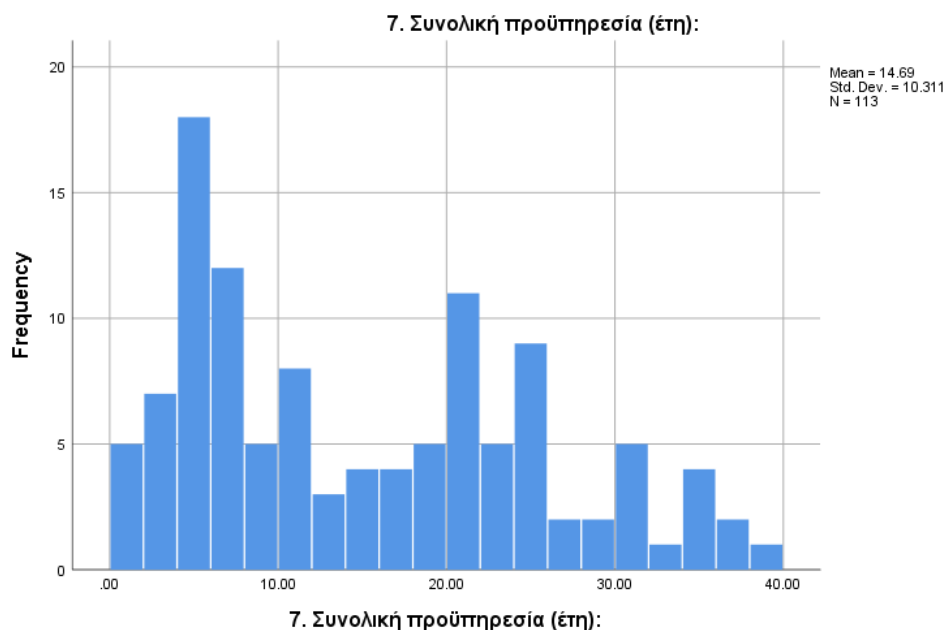


Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά συνολικής προϋπηρεσίας συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή
Συνολική προϋπηρεσία (έτη)	14,69	10,31	1,00	38,00

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5 και στο Γράφημα 5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά που αφορούν τη συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων. Η μέση συνολική προϋπηρεσία ήταν 14,69 έτη (ΤΑ=10,31), γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα διέθετε σημαντική επαγγελματική εμπειρία στον χώρο της νοσηλευτικής. Οι τιμές κυμάνθηκαν από 1 έως 38 έτη, καταδεικνύοντας μεγάλη διαφοροποίηση ως προς την εργασιακή εμπειρία των συμμετεχόντων.

Γράφημα 5. Περιγραφικά στατιστικά συνολικής προϋπηρεσίας συμμετεχόντων

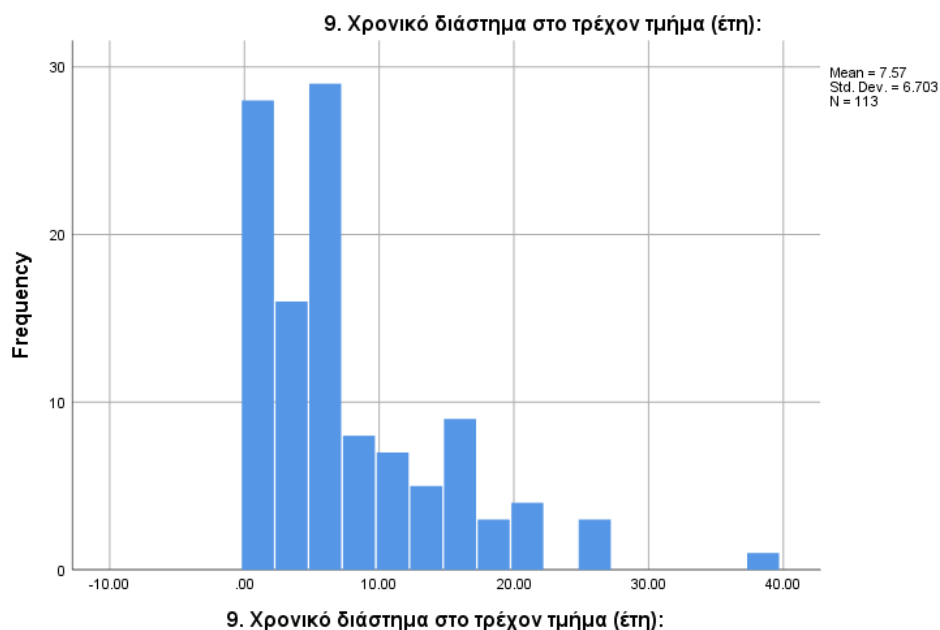


Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά χρονικού διαστήματος στο τρέχον τμήμα εργασίας

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή
Χρονικό διάστημα στο τρέχον τμήμα (έτη)	7,57	6,70	1,00	38,00

Παράλληλα, στον Πίνακα 6 και στο Γράφημα 6 παρουσιάζεται το χρονικό διάστημα παραμονής των συμμετεχόντων στο τρέχον τμήμα εργασίας. Η μέση διάρκεια παραμονής στο ίδιο τμήμα ήταν 7,57 έτη (TA=6,70), στοιχείο που υποδηλώνει ότι αρκετοί νοσηλευτές είχαν μακροχρόνια έκθεση στο ίδιο κλινικό περιβάλλον και στις απαιτήσεις που αυτό συνεπάγεται. Η διάρκεια κυμάνθηκε από 1 έως 38 έτη, γεγονός που αναδεικνύει την ύπαρξη τόσο νεότερων όσο και ιδιαίτερα έμπειρων επαγγελματιών στο ίδιο τμήμα.

Γράφημα 6. Περιγραφικά στατιστικά χρονικού διαστήματος στο τρέχον τμήμα εργασίας



Πίνακας 7. Συχνότητα επαφής με περιστατικά ασθενών που καταλήγουν

Φορές ανά εβδομάδα	Συχνότητα	%
0	28	25,0%
1	50	44,6%
2	20	17,9%
3	5	4,5%
4	5	4,5%
5	2	1,8%
7	2	1,8%
Σύνολο	112	100,0%

Στον Πίνακα 7 και στο Γράφημα 7 παρουσιάζεται η συχνότητα επαφής των συμμετεχόντων με περιστατικά ασθενών που καταλήγουν. Η συχνότερη απάντηση ήταν η επαφή με τέτοια περιστατικά μία φορά την εβδομάδα, με ποσοστό 44,6%, ενώ το 25,0% δήλωσε ότι δεν έρχεται καθόλου σε επαφή με αντίστοιχα περιστατικά. Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν συχνότερη έκθεση, όπως δύο φορές την εβδομάδα (17,9%) ή περισσότερες.

Γράφημα 7. Συχνότητα επαφής με περιστατικά ασθενών που καταλήγουν



Πίνακας 8. Εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου κατά τη φοίτηση

Εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου	Συχνότητα	%
Όχι	65	57,5%
Ναι	48	42,5%
Σύνολο	113	100,0%

Παράλληλα, στον Πίνακα 8 και στο Γράφημα 8 παρουσιάζεται κατά πόσο οι συμμετέχοντες είχαν λάβει εκπαίδευση σχετική με τη διαχείριση του θανάτου κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση, με ποσοστό 57,5%, ενώ το 42,5% ανέφερε ότι είχε εκπαιδευτεί στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Γράφημα 8. Εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου κατά τη φοίτηση



Πίνακας 9. Νοσηλεία ασθενών με προχωρημένη νόσο

Νοσηλεία ασθενών με προχωρημένη νόσο	Συχνότητα	%
Όχι	53	46,9%
Ναι	60	53,1%
Σύνολο	113	100,0%

Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 9 και στο Γράφημα 9 παρουσιάζεται εάν οι συμμετέχοντες νοσηλεύουν ασθενείς με προχωρημένη νόσο κατά την παρούσα χρονική περίοδο. Ελαφρώς περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, σε ποσοστό 53,1%, δήλωσαν ότι νοσηλεύουν τέτοιους ασθενείς, ενώ το 46,9% απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 9. Νοσηλεία ασθενών με προχωρημένη νόσο

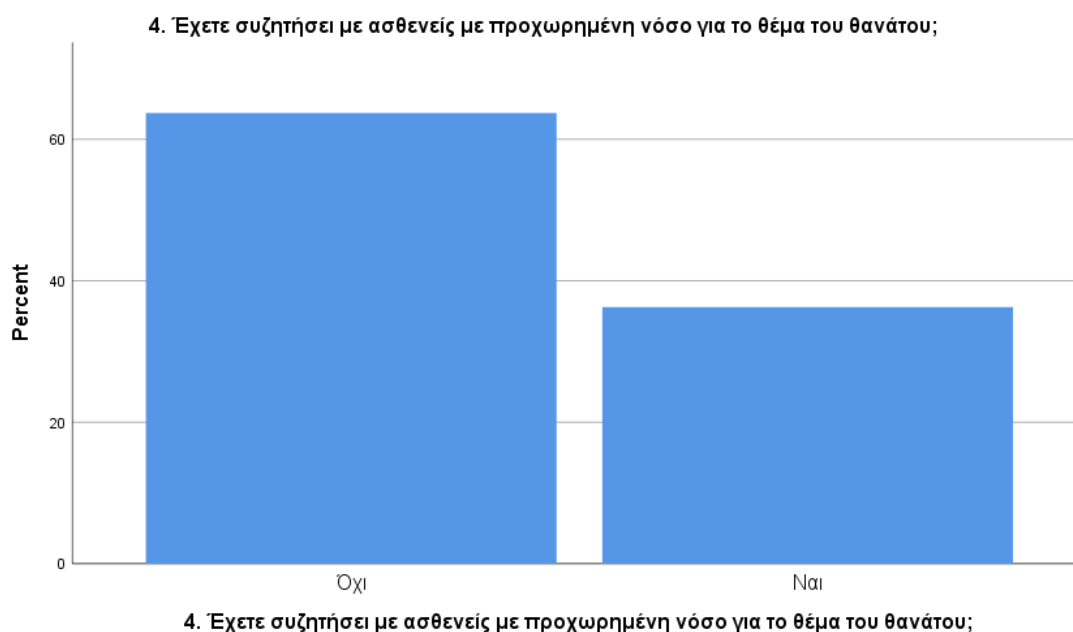


Πίνακας 10. Συζήτηση με ασθενείς για το θέμα του θανάτου

Συζήτηση για το θέμα του θανάτου	Συχνότητα	%
Όχι	72	63,7%
Ναι	41	36,3%
Σύνολο	113	100,0%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 και στο Γράφημα 10, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχε συζητήσει με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θέμα του θανάτου, με ποσοστό 63,7%, ενώ το 36,3% ανέφερε ότι είχε προχωρήσει σε αντίστοιχες συζητήσεις.

Γράφημα 10. Συζήτηση με ασθενείς για το θέμα του θανάτου



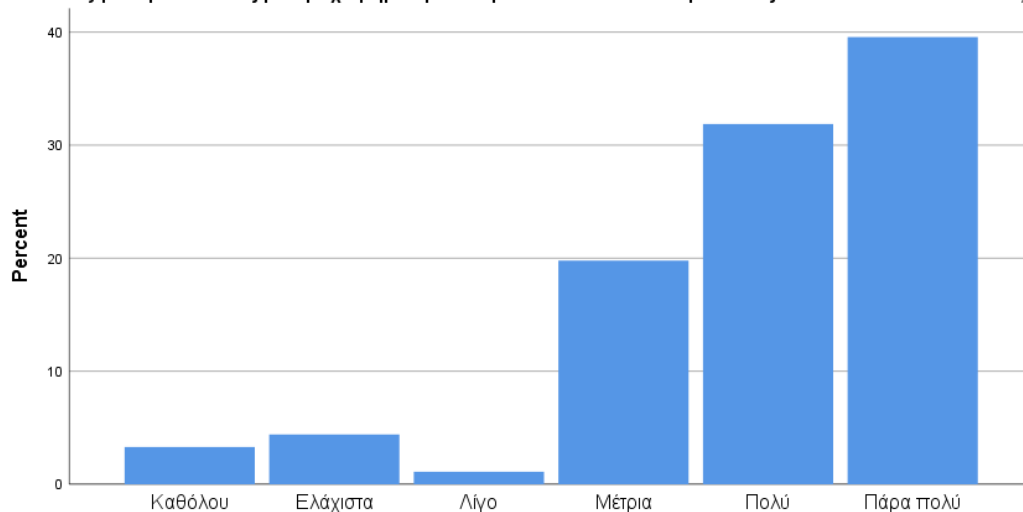
Πίνακας 11. Βαθμός δυσφορίας κατά τη συζήτηση για τον θάνατο

Βαθμός δυσφορίας	Συχνότητα	%
Καθόλου	3	3,3%
Ελάχιστα	4	4,4%
Λίγο	1	1,1%
Μέτρια	18	19,8%
Πολύ	29	31,9%
Πάρα πολύ	36	39,6%
Σύνολο	91	100,0%

Επιπλέον, στον Πίνακα 11 και στο Γράφημα 11 παρουσιάζεται ο βαθμός δυσφορίας των συμμετεχόντων κατά τη συζήτηση με ασθενείς σχετικά με τον θάνατο. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονται πάρα πολύ άβολα, με ποσοστό 39,6%, ενώ ακολούθησαν όσοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πολύ άβολα, με ποσοστό 31,9%. Αντίθετα, πολύ μικρό ποσοστό ανέφερε ελάχιστη ή καθόλου δυσφορία.

Γράφημα 11. Βαθμός δυσφορίας κατά τη συζήτηση για τον θάνατο

5. Αν συζητάτε με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θάνατο πόσο άβολα σας κάνει αυτό να αισθάνεστε;



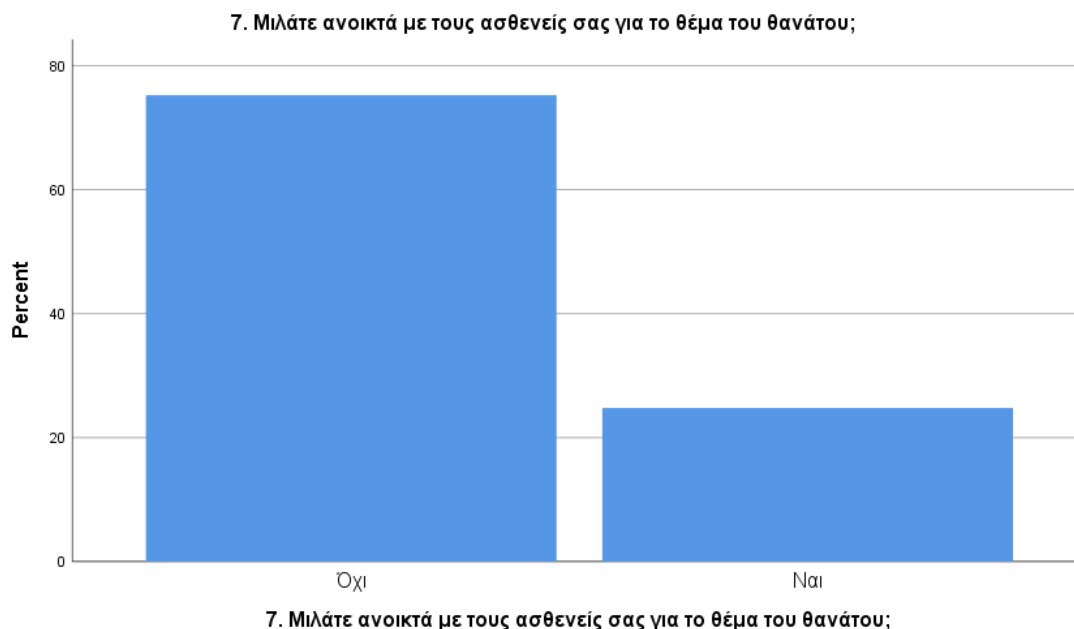
5. Αν συζητάτε με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θάνατο πόσο άβολα σας κάνει αυτό να αισθάνεστε;

Πίνακας 12. Ανοικτή συζήτηση με ασθενείς για το θέμα του θανάτου

Ανοικτή συζήτηση για τον θάνατο	Συχνότητα	%
Όχι	85	75,2%
Ναι	28	24,8%
Σύνολο	113	100,0%

Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 12 και στο Γράφημα 12 παρουσιάζεται κατά πόσο οι συμμετέχοντες μιλούν ανοικτά με τους ασθενείς τους για το θέμα του θανάτου. Η μεγάλη πλειοψηφία των νοσηλευτών, με ποσοστό 75,2%, δήλωσε ότι δεν συζητά ανοικτά το συγκεκριμένο θέμα με τους ασθενείς, ενώ μόλις το 24,8% ανέφερε ότι προχωρά σε αντίστοιχες συζητήσεις.

Γράφημα 12. Ανοικτή συζήτηση με ασθενείς για το θέμα του θανάτου



Πίνακας 13. Περιποίηση νεκρού από τους συμμετέχοντες

Περιποίηση νεκρού	Συχνότητα	%
Όχι	46	40,7%
Ναι	67	59,3%
Σύνολο	113	100,0%

Παράλληλα, στον Πίνακα 13 και στο Γράφημα 13 παρουσιάζεται εάν οι συμμετέχοντες πραγματοποιούν περιποίηση νεκρού. Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές, με ποσοστό 59,3%, δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία, ενώ το 40,7% απάντησε αρνητικά

Γράφημα 13. Περιποίηση νεκρού από τους συμμετέχοντες

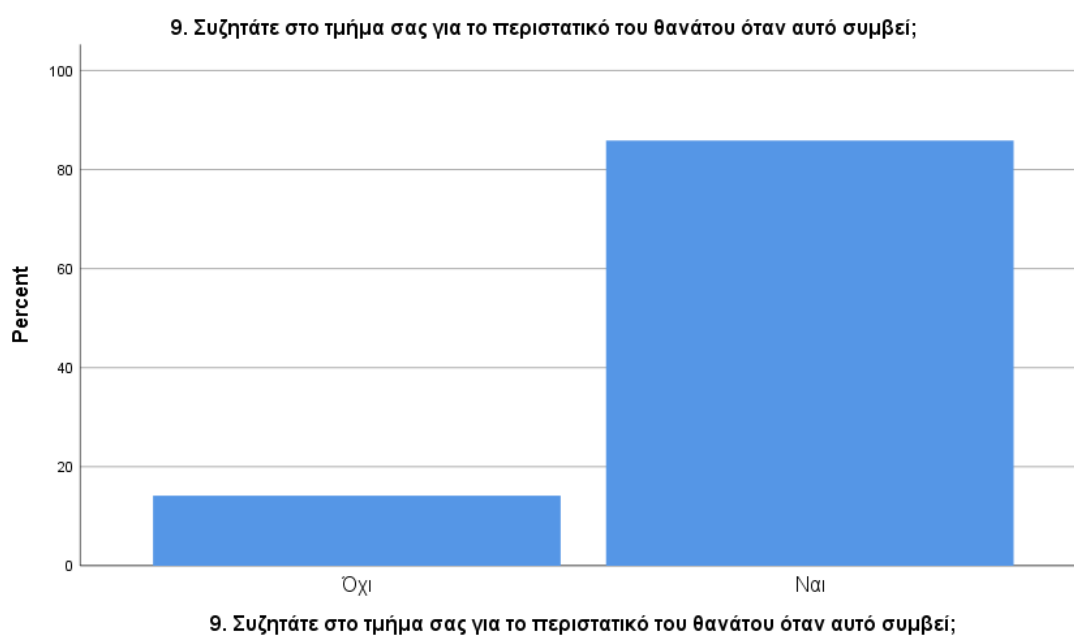


Πίνακας 14. Συζήτηση στο τμήμα για περιστατικά θανάτου

Συζήτηση στο τμήμα για περιστατικά θανάτου	Συχνότητα	%
Όχι	16	14,2%
Ναι	97	85,8%
Σύνολο	113	100,0%

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 14 και στο Γράφημα 14, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με ποσοστό 85,8%, ανέφερε ότι στο τμήμα τους πραγματοποιούνται συζητήσεις σχετικά με τα περιστατικά θανάτου όταν αυτά συμβούν. Αντίθετα, μόλις το 14,2% δήλωσε ότι δεν γίνονται τέτοιες συζητήσεις.

Γράφημα 14. Συζήτηση στο τμήμα για περιστατικά θανάτου

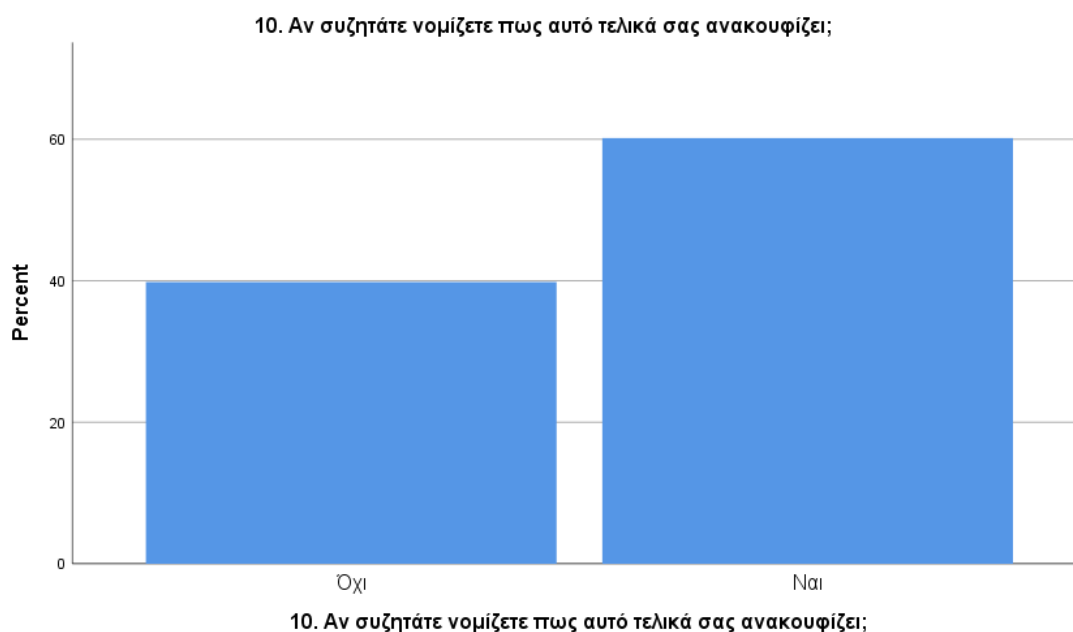


Πίνακας 15. Αντίληψη ανακούφισης μέσω συζήτησης περιστατικών θανάτου

Ανακούφιση μέσω συζήτησης	Συχνότητα	%
Όχι	45	39,8%
Ναι	68	60,2%
Σύνολο	113	100,0%

Στον Πίνακα 15 και στο Γράφημα 15 παρουσιάζεται κατά πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι οι συζητήσεις αυτές λειτουργούν ανακουφιστικά. Το 60,2% δήλωσε ότι οι συζητήσεις με συναδέλφους τελικά τους ανακουφίζουν, ενώ το 39,8% δεν συμμερίστηκε την ίδια άποψη.

Γράφημα 15. Αντίληψη ανακούφισης μέσω συζήτησης περιστατικών θανάτου

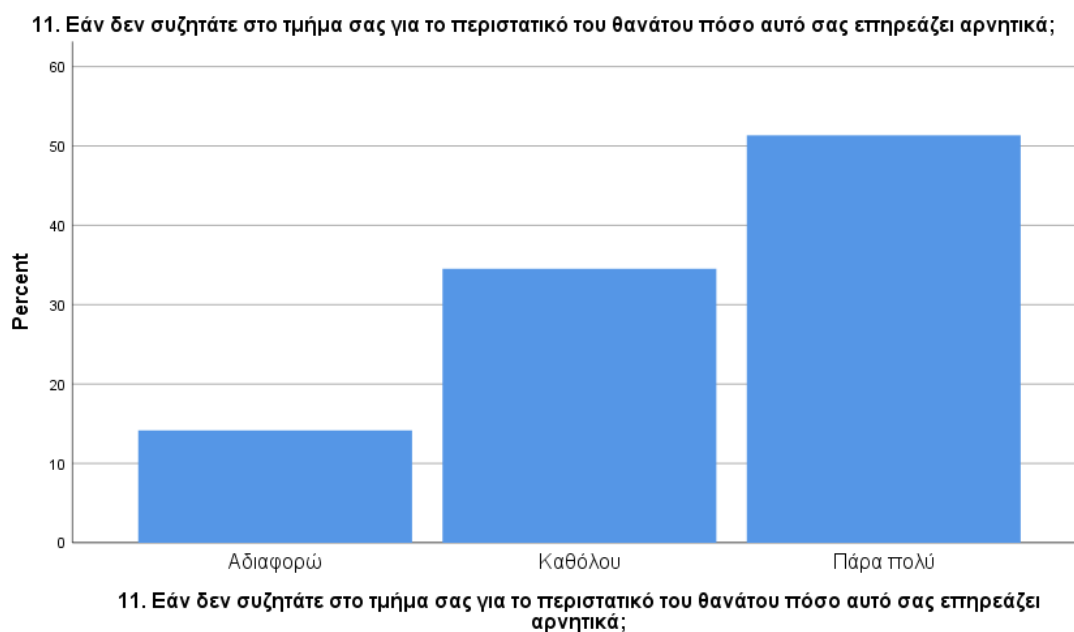


Πίνακας 16. Αρνητική επίδραση από τη μη συζήτηση περιστατικών θανάτου

Βαθμός αρνητικής επίδρασης	Συχνότητα	%
Αδιαφορώ	16	14,2%
Καθόλου	39	34,5%
Πάρα πολύ	58	51,3%
Σύνολο	113	100,0%

Ομοίως, στον Πίνακα 16 και στο Γράφημα 16 παρουσιάζεται ο βαθμός αρνητικής επίδρασης που βιώνουν οι συμμετέχοντες όταν δεν συζητούν στο τμήμα τους περιστατικά θανάτου. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, με ποσοστό 51,3%, δήλωσαν ότι αυτό τους επηρεάζει πάρα πολύ αρνητικά, ενώ το 34,5% ανέφερε ότι δεν επηρεάζεται καθόλου. Μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων δήλωσε αδιαφορία απέναντι στο ζήτημα.

Γράφημα 16. Αρνητική επίδραση από τη μη συζήτηση περιστατικών θανάτου



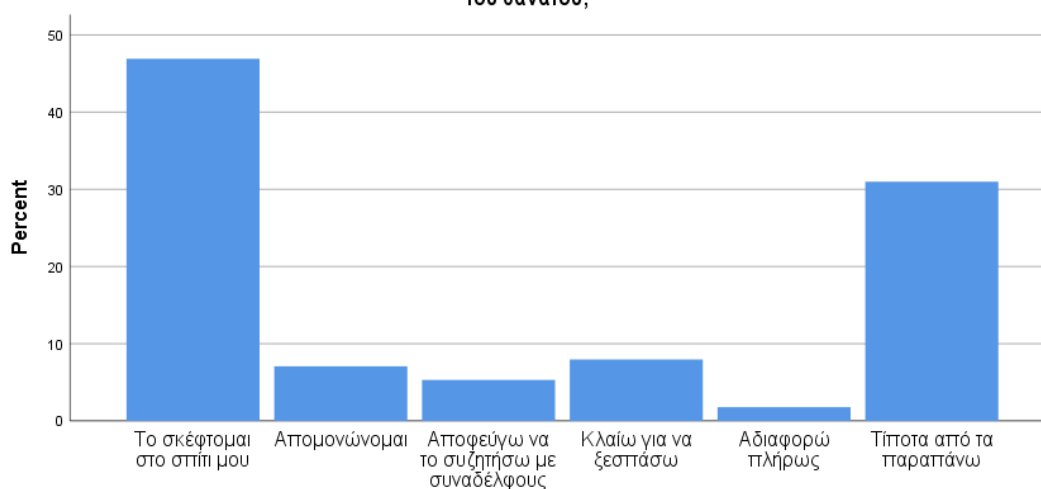
Πίνακας 17. Τρόποι διαχείρισης συναισθημάτων μετά από περιστατικό θανάτου

Τρόπος διαχείρισης	Συχνότητα	%
Το σκέφτομαι στο σπίτι μου	53	46,9%
Απομονώνομαι	8	7,1%
Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους	6	5,3%
Κλαίω για να ξεσπάσω	9	8,0%
Αδιαφορώ πλήρως	2	1,8%
Τίποτα από τα παραπάνω	35	31,0%
Σύνολο	113	100,0%

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 17 και στο Γράφημα 17 παρουσιάζονται οι τρόποι που επιλέγουν οι συμμετέχοντες προκειμένου να ανακουφιστούν από τα συναισθήματα που προκύπτουν μετά από ένα περιστατικό θανάτου. Η συχνότερη απάντηση ήταν ότι οι συμμετέχοντες συνεχίζουν να σκέφτονται το περιστατικό στο σπίτι τους, με ποσοστό 46,9%, ενώ το 31,0% δήλωσε ότι δεν επιλέγει κάποια από τις αναφερόμενες στρατηγικές. Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν ότι κλαίνει για να ξεσπάσουν (8,0%), απομονώνονται (7,1%) ή αποφεύγουν να το συζητήσουν με συναδέλφους (5,3%).

Γράφημα 17. Τρόποι διαχείρισης συναισθημάτων μετά από περιστατικό θανάτου

12. Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό του θανάτου;



12. Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό του θανάτου;

Πίνακας 18. Ύπαρξη ομάδων διαχείρισης συναισθημάτων στο νοσοκομείο

Ομάδες διαχείρισης συναισθημάτων	Συχνότητα	%
Όχι	108	95,6%
Ναι	5	4,4%
Σύνολο	113	100,0%

Παράλληλα, στον Πίνακα 18 και στο Γράφημα 18 παρουσιάζεται κατά πόσο πραγματοποιούνται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων. Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών, με ποσοστό 95,6%, δήλωσε ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες ομάδες υποστήριξης, ενώ μόλις το 4,4% ανέφερε την ύπαρξή τους.

Γράφημα 18. Ύπαρξη ομάδων διαχείρισης συναισθημάτων στο νοσοκομείο



Πίνακας 19. Επίδραση περιστατικών θανάτου στην προσωπική ζωή

Βαθμός επίδρασης	Συχνότητα	%
Καθόλου	14	12,4%
Ελάχιστα	12	10,6%
Λίγο	14	12,4%
Μέτρια	42	37,2%
Πολύ	23	20,4%
Πάρα πολύ	8	7,1%
Σύνολο	113	100,0%

Αντίστοιχα, στον Πίνακα 19 και στο Γράφημα 19 παρουσιάζεται ο βαθμός στον οποίο ένα περιστατικό θανάτου επηρεάζει την προσωπική ζωή των συμμετεχόντων. Η συχνότερη απάντηση ήταν ότι τα περιστατικά αυτά επηρεάζουν μέτρια την προσωπική τους ζωή, με ποσοστό 37,2%, ενώ το 20,4% ανέφερε ότι επηρεάζεται πολύ. Μικρότερα ποσοστά δήλωσαν ότι επηρεάζονται λίγο ή καθόλου, ενώ το 7,1% ανέφερε ότι επηρεάζεται πάρα πολύ.

Γράφημα 19. Επίδραση περιστατικών θανάτου στην προσωπική ζωή



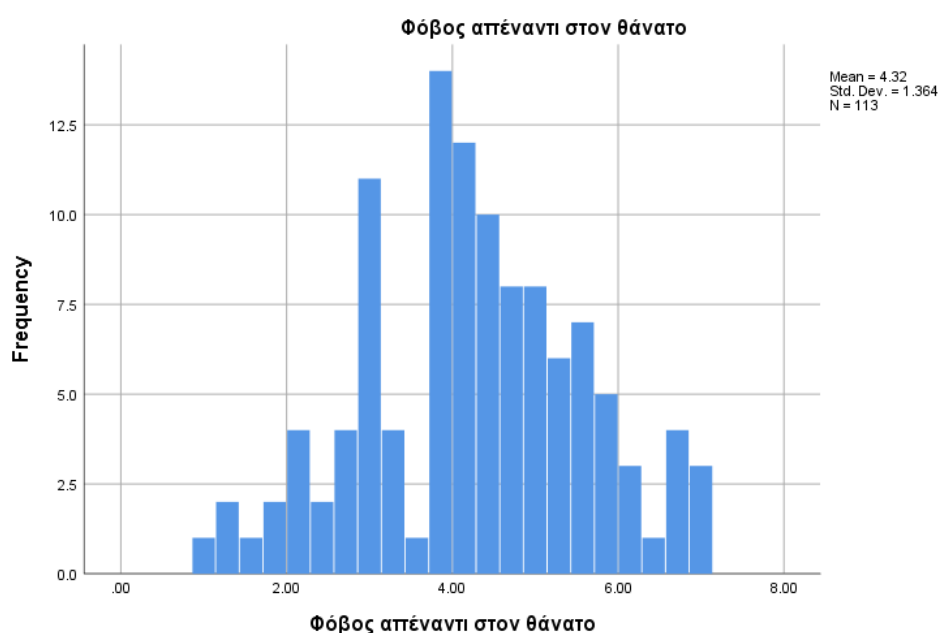
Για τη διερεύνηση των στάσεων και των συναισθημάτων των συμμετεχόντων απέναντι στον θάνατο δημιουργήθηκαν σύνθετα σκορ βασισμένα στις επίσημες οδηγίες βαθμολόγησης των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Ειδικότερα, από το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile - Revised (DAP-R) προέκυψαν πέντε επιμέρους διαστάσεις που αφορούν τον φόβο απέναντι στον θάνατο, την αποφυγή σκέψεων για τον θάνατο, την ουδέτερη αποδοχή του θανάτου, τη θετική αποδοχή του θανάτου και την αντίληψη του θανάτου ως λύτρωση. Παράλληλα, από την κλίμακα Collett - Lester δημιουργήθηκαν δύο επιμέρους σκορ που αφορούν το άγχος για την απώλεια ζωής άλλων ατόμων και το άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων, καθώς και ένα συνολικό σκορ άγχους απέναντι στον θάνατο άλλων. Τα σκορ υπολογίστηκαν μέσω του μέσου όρου των αντίστοιχων ερωτήσεων κάθε υποκλίμακας. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό έκφρασης της αντίστοιχης στάσης, φόβου ή συναισθηματικής αντίδρασης απέναντι στον θάνατο.

Πίνακας 20. Περιγραφικά στατιστικά φόβου έναντι στον θάνατο

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Εύρος Κλίμακας
Φόβος απέναντι στον θάνατο	4,32	1,36	1,00	7,00	1-7

Στον Πίνακα 20 και στο Γράφημα 20 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά για τον φόβο απέναντι στον θάνατο. Η μέση τιμή της συγκεκριμένης διάστασης ήταν 4,32 (TA=1,36), γεγονός που δείχνει σχετικά αυξημένα επίπεδα φόβου απέναντι στον θάνατο μεταξύ των συμμετεχόντων. Οι τιμές κυμάνθηκαν από 1,00 έως 7,00, καταδεικνύοντας σημαντική διαφοροποίηση στις αντιλήψεις και τα συναισθήματα των νοσηλευτών απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Γράφημα 20. Περιγραφικά στατιστικά φόβου απέναντι στον θάνατο

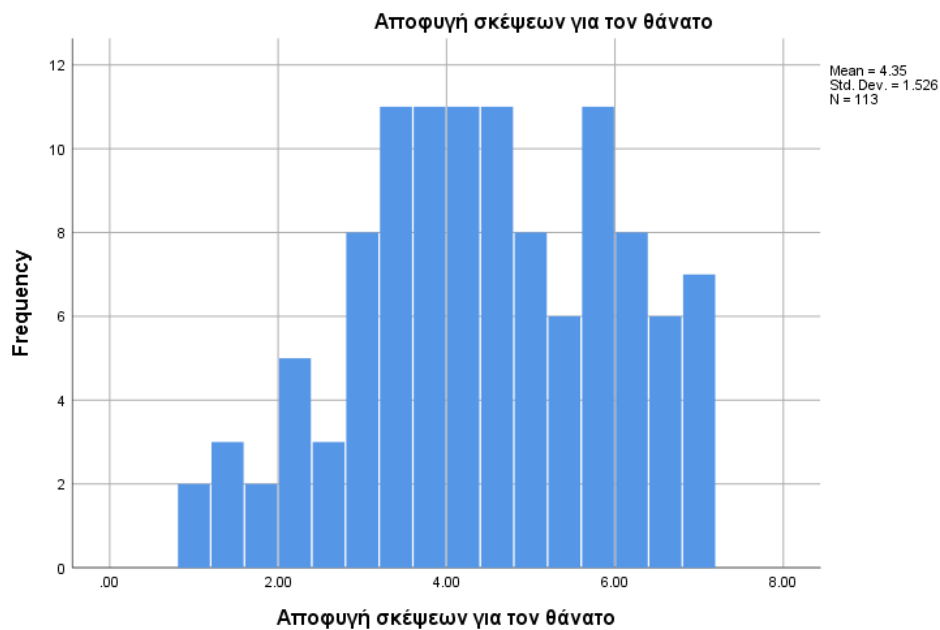


Πίνακας 21. Περιγραφικά στατιστικά αποφυγής σκέψεων για τον θάνατο

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερ η τιμή	Μεγαλύτερ η τιμή	Εύρος Κλίμακας
Αποφυγή σκέψεων για τον θάνατο	4,35	1,53	1,00	7,00	1-7

Παράλληλα, στον Πίνακα 21 και στο Γράφημα 21 παρουσιάζεται η αποφυγή σκέψεων για τον θάνατο. Η μέση τιμή ήταν 4,35 (ΤΑ=1,53), υποδηλώνοντας ότι αρκετοί συμμετέχοντες τείνουν να αποφεύγουν γνωστικά και συναισθηματικά το θέμα του θανάτου. Η μεταβλητή εμφάνισε μεγάλο εύρος τιμών, από 1,00 έως 7,00, που φανερώνει διαφορετικούς βαθμούς ψυχολογικής διαχείρισης του ζητήματος.

Γράφημα 21. Περιγραφικά στατιστικά αποφυγής σκέψεων για τον θάνατο

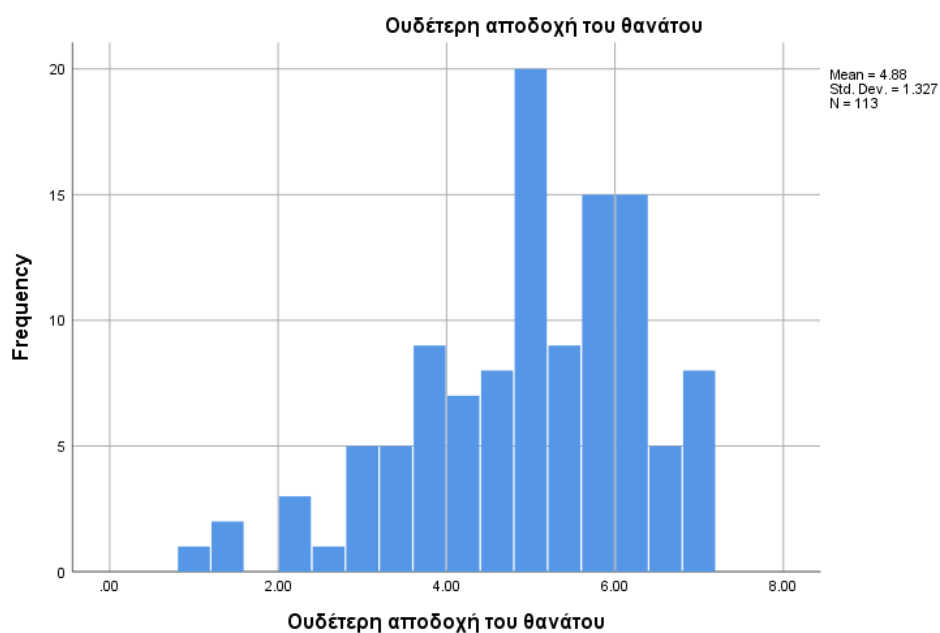


Πίνακας 22. Περιγραφικά στατιστικά ουδέτερης αποδοχής του θανάτου

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερ η τιμή	Μεγαλύτε ρη τιμή	Εύρος Κλίμακας
Ουδέτερη αποδοχή του θανάτου	4,89	1,33	1,00	7,00	1-7

Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 22 και στο Γράφημα 22 παρουσιάζεται η ουδέτερη αποδοχή του θανάτου. Η συγκεκριμένη διάσταση εμφάνισε τη μεγαλύτερη μέση τιμή μεταξύ των υποκλιμάκων του DAP-R, με μέσο όρο 4,89 (TA=1,33), που αναδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες σε σημαντικό βαθμό αντιλαμβάνονται τον θάνατο ως ένα φυσικό και αναπόφευκτο μέρος της ζωής.

Γράφημα 22. Περιγραφικά στατιστικά ουδέτερης αποδοχής του θανάτου

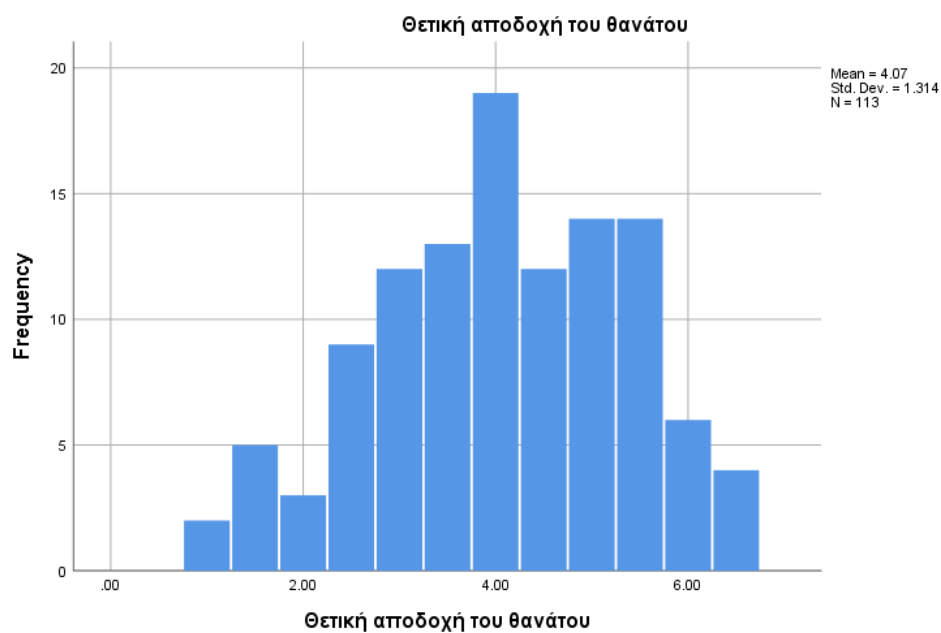


Πίνακας 23. Περιγραφικά στατιστικά θετικής αποδοχής του θανάτου

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτε ρη τιμή	Εύρος Κλίμακας
Θετική αποδοχή του θανάτου	4,07	1,31	1,00	6,70	1-7

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 23 και στο Γράφημα 23, η θετική αποδοχή του θανάτου παρουσίασε μέση τιμή 4,07 (TA=1,31). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι αρκετοί συμμετέχοντες διατηρούν σχετικά θετικές ή μεταφυσικές αντιλήψεις σχετικά με τη ζωή μετά τον θάνατο, χωρίς ωστόσο οι αντιλήψεις αυτές να εμφανίζονται σε ιδιαίτερα υψηλό βαθμό.

Γράφημα 23. Περιγραφικά στατιστικά θετικής αποδοχής του θανάτου

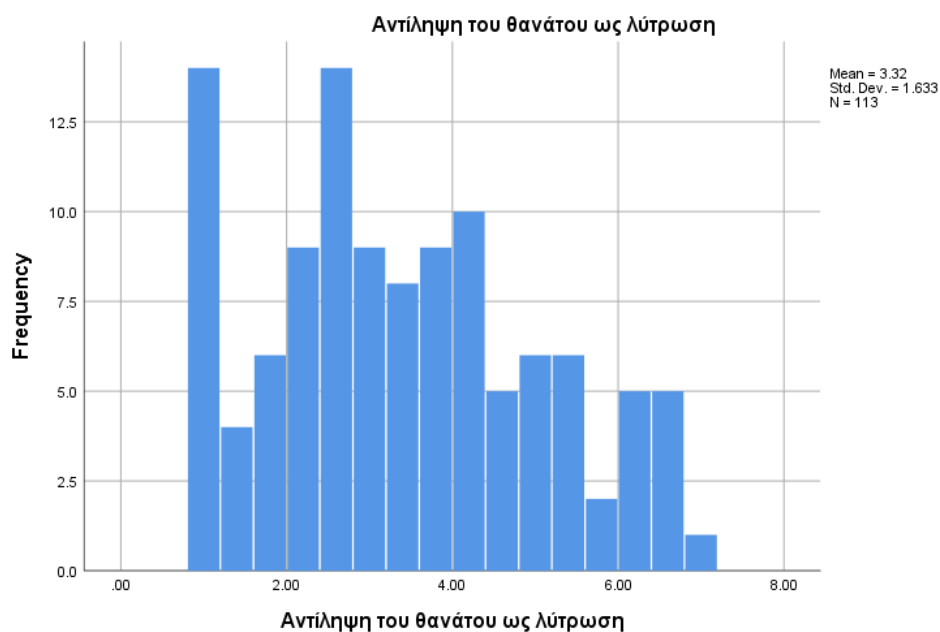


Πίνακας 24. Περιγραφικά στατιστικά αντίληψης του θανάτου ως λύτρωση

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλις η	Μικρότερ η τιμή	Μεγαλύτερ η τιμή	Εύρος Κλίμακας
Αντίληψη του θανάτου ως λύτρωση	3,32	1,63	1,00	7,00	1-7

Στον Πίνακα 24 και στο Γράφημα 24 παρουσιάζεται η αντίληψη του θανάτου ως λύτρωση. Η μέση τιμή της διάστασης ήταν 3,32 (TA=1,63), αποτελώντας τη χαμηλότερη τιμή μεταξύ των υποκλιμάκων του DAP-R.

Γράφημα 24. Περιγραφικά στατιστικά αντίληψης του θανάτου ως λύτρωση

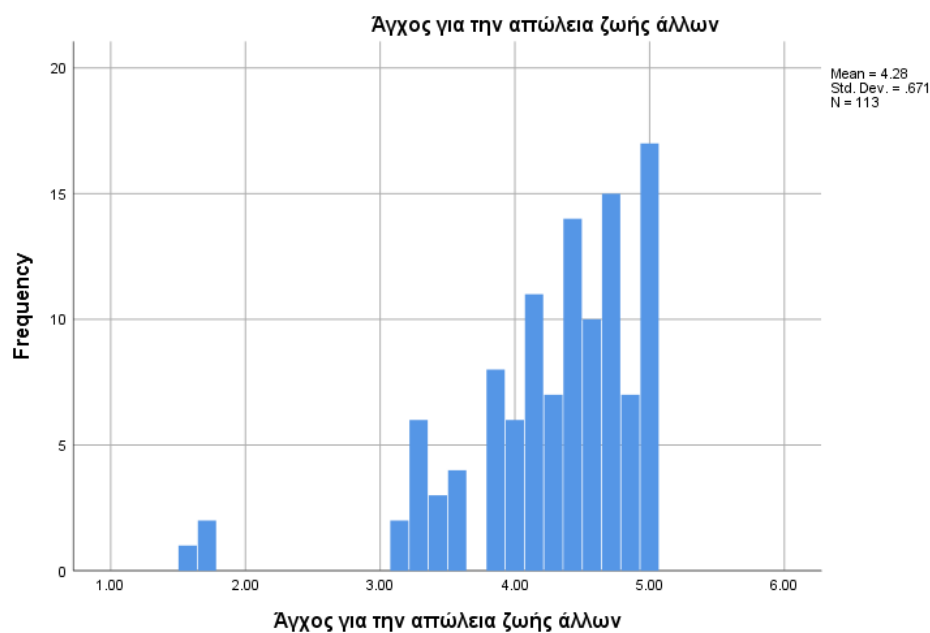


Πίνακας 25. Περιγραφικά στατιστικά άγχους για την απώλεια ζωής άλλων

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλις η	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Εύρος Κλίμακας
Άγχος για την απώλεια ζωής άλλων	4,28	0,67	1,57	5,00	1-5

Παράλληλα, στον Πίνακα 25 και στο Γράφημα 25 παρουσιάζεται το άγχος για την απώλεια ζωής άλλων ατόμων. Η μέση τιμή ήταν 4,28 (TA=0,67), γεγονός που δείχνει αυξημένο συναισθηματικό φορτίο όταν οι συμμετέχοντες έρχονται αντιμέτωποι με την απώλεια αγαπημένων ή άλλων ανθρώπων.

Γράφημα 25. Περιγραφικά στατιστικά άγχους για την απώλεια ζωής άλλων

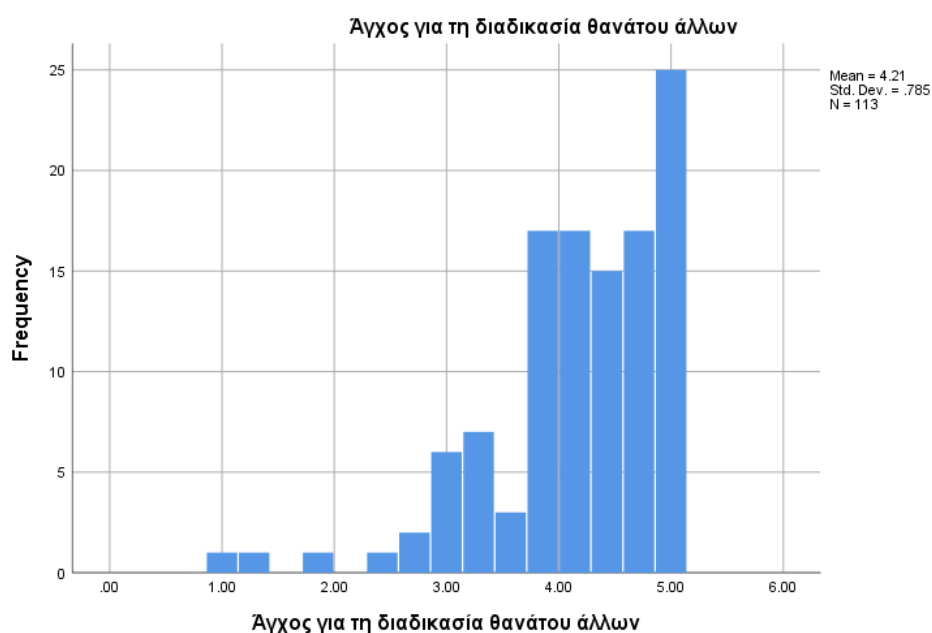


Πίνακας 26. Περιγραφικά στατιστικά άγχους για τη διαδικασία θανάτου άλλων

Μεταβλητή	Μ. Όρος	Τυπική Απόκλις η	Μικρότερ η τιμή	Μεγαλύτερ η τιμή	Εύρος Κλίμακας
Άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων	4,21	0,79	1,00	5,00	1-5

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 26 και στο Γράφημα 26 παρουσιάζεται το άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων ατόμων. Η μέση τιμή ήταν 4,21 (TA=0,79), φανερώνοντας πως η παρακολούθηση της διαδικασίας θανάτου και επιδείνωσης ενός ατόμου αποτελεί μια ιδιαίτερα φορτισμένη εμπειρία για τους συμμετέχοντες.

Γράφημα 26. Περιγραφικά στατιστικά άγχους για τη διαδικασία θανάτου άλλων

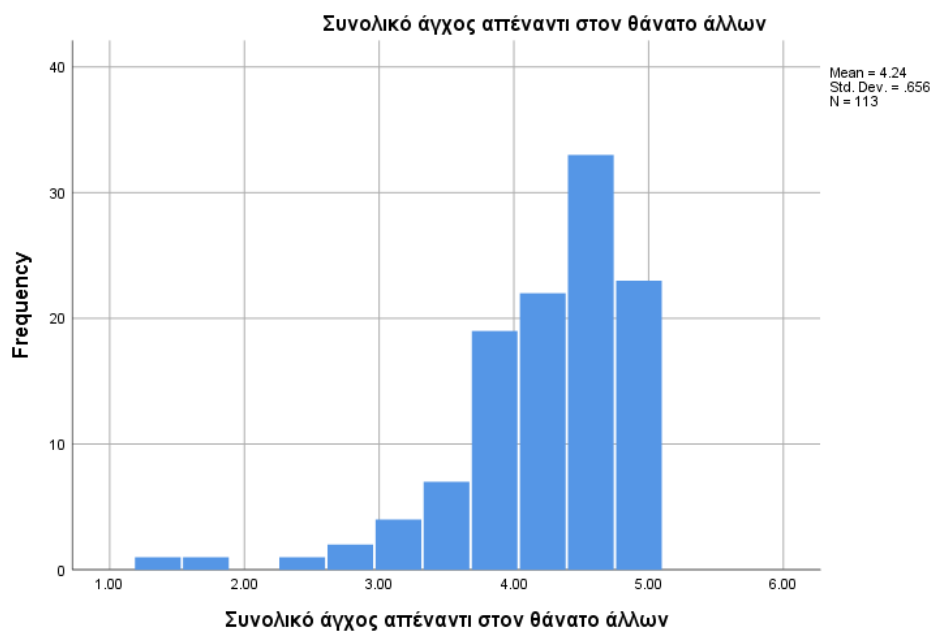


Πίνακας 27. Περιγραφικά στατιστικά συνολικού άγχους απέναντι στον θάνατο άλλων

Μεταβλητή	Μ. Όρο ς	Τυπική Απόκλις η	Μικρότερ η τιμή	Μεγαλύτερ η τιμή	Εύρος Κλίμακας
Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων	4,24	0,66	1,36	5,00	1-5

Τέλος, στον Πίνακα 27 και στο Γράφημα 27 παρουσιάζεται το συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων. Η μέση τιμή ήταν 4,24 (TA=0,66), υποδηλώνοντας συνολικά αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής επιβάρυνσης απέναντι στην απώλεια και στη διαδικασία θανάτου άλλων ανθρώπων.

Γράφημα 27. Περιγραφικά στατιστικά συνολικού άγχους απέναντι στον θάνατο άλλων



Ερευνητικό Ερώτημα 1

Υπάρχει σχέση μεταξύ της επαγγελματικής έκθεσης σε περιστατικά θανάτου και των στάσεων ή του άγχους απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές;

Για τη διερεύνηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συσχέτισης Pearson καθώς και έλεγχοι Independent Samples t-test μεταξύ των επαγγελματικών χαρακτηριστικών και των διαστάσεων στάσεων απέναντι στον θάνατο.

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ της συχνότητας επαφής με περιστατικά θανάτου και των διαστάσεων άγχους απέναντι στον θάνατο. Αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας επαφής με περιστατικά θανάτου και του άγχους για τη διαδικασία θανάτου άλλων ατόμων ($r=-0,296$, $p=0,002$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι όσο συχνότερα οι συμμετέχοντες έρχονται σε επαφή με περιστατικά θανάτου, τόσο χαμηλότερο εμφανίζεται το άγχος τους σχετικά με τη διαδικασία θανάτου άλλων ανθρώπων. Δεν προέκυψαν άλλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 28. Συσχετίσεις συχνότητας επαφής με περιστατικά θανάτου και στάσεων απέναντι στον θάνατο

Μεταβλητή	r	p
Φόβος απέναντι στον θάνατο	-0,045	0,639
Αποφυγή σκέψεων για τον θάνατο	-0,062	0,518
Ουδέτερη αποδοχή του θανάτου	0,103	0,281
Θετική αποδοχή του θανάτου	0,033	0,732
Αντίληψη του θανάτου ως λύτρωση	0,003	0,974
Άγχος για την απώλεια ζωής άλλων	0,022	0,817
Άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων	-0,296	0,002
Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων	-0,166	0,080

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μέσω των όρων ως προς το εάν οι συμμετέχοντες νοσηλεύουν ασθενείς με προχωρημένη νόσο, εάν συζητούν με ασθενείς για τον θάνατο, εάν μιλούν ανοικτά για το θέμα του θανάτου και εάν πραγματοποιούν περιποίηση νεκρού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε καμία από τις διαστάσεις στάσεων απέναντι στον θάνατο ή στο συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων ($p > 0,05$ σε όλες τις περιπτώσεις).

Πίνακας 29. Έλεγχοι διαφορών ως προς επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή ομάδας	Εξαρτημένη μεταβλητή	p
Νοσηλεία ασθενών με προχωρημένη νόσο	Όλες οι διαστάσεις	$>0,05$
Συζήτηση με ασθενείς για τον θάνατο	Όλες οι διαστάσεις	$>0,05$
Ανοικτή συζήτηση για τον θάνατο	Όλες οι διαστάσεις	$>0,05$
Περιποίηση νεκρού	Όλες οι διαστάσεις	$>0,05$

Συνεπώς, το πρώτο ερευνητικό ερώτημα απαντήθηκε μερικώς, καθώς μόνο η συχνότητα επαφής με περιστατικά θανάτου φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με μειωμένο άγχος για τη διαδικασία θανάτου άλλων ατόμων.

Ερευνητικό Ερώτημα 2

Υπάρχει σχέση μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και άγχους ή στάσεων απέναντι στον θάνατο στους νοσηλευτές;

Για τη διερεύνηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson, Independent Samples t-test και αναλύσεις διακύμανσης ANOVA μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των διαστάσεων φόβου ή άγχους απέναντι στον θάνατο.

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας, συνολικής προϋπηρεσίας, ετών παραμονής στο τμήμα και των διαστάσεων φόβου ή άγχους απέναντι στον θάνατο. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών ή επαγγελματικών μεταβλητών και του φόβου απέναντι στον θάνατο ή του συνολικού άγχους απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων ($p > 0,05$).

Πίνακας 30. Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών με φόβο και άγχος απέναντι στον θάνατο

Μεταβλητή	Φόβος απέναντι στον θάνατο (p)	Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων (p)
Ηλικία	0,719	0,201
Συνολική προϋπηρεσία	0,719	0,345
Χρόνια στο τμήμα	0,380	0,178

Στη συνέχεια, εξετάστηκαν πιθανές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο και την εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου. Αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο, καθώς οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο φόβο απέναντι στον θάνατο συγκριτικά με τους άνδρες ($M=4,41$ έναντι $M=3,33$, $p=0,016$). Παράλληλα, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων συγκριτικά με τους άνδρες

($M=4,31$ έναντι $M=3,59$, $p=0,001$). Αντίθετα, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την εκπαίδευση στη διαχείριση θανάτου.

Πίνακας 31. Διαφορές φύλου και εκπαίδευσης στη διαχείριση θανάτου

Μεταβλητή	Ομάδα	Mean	p
Φόβος απέναντι στον θάνατο	Άνδρες	3,33	0,016
	Γυναίκες	4,41	
Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων	Άνδρες	3,59	0,001
	Γυναίκες	4,31	

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διακύμανσης ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η οικογενειακή κατάσταση εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μόνο ως προς το συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων ($F=3,048$, $p=0,020$), με τους έγγαμους συμμετέχοντες να εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με άλλες ομάδες. Αντίθετα, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Πίνακας 32. ANOVA δημογραφικών χαρακτηριστικών

Μεταβλητή	Εξαρτημένη μεταβλητή	F	p
Οικογενειακή κατάσταση	Φόβος απέναντι στον θάνατο	2,427	0,052
Οικογενειακή κατάσταση	Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων	3,048	0,020
Επίπεδο εκπαίδευσης	Φόβος απέναντι στον θάνατο	0,177	0,950
Επίπεδο εκπαίδευσης	Συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων	0,587	0,672

Συνολικά, το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα απαντήθηκε επίσης μερικώς, καθώς το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση φάνηκαν να σχετίζονται με αυξημένο φόβο και άγχος απέναντι στον

θάνατο, ενώ η ηλικία, η προϋπηρεσία και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν εμφάνισαν σημαντική σχέση με τις υπό μελέτη διαστάσεις.

Κεφάλαιο 5.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ανέδειξαν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν σημαντική συναισθηματική επιβάρυνση απέναντι στον θάνατο, ιδιαίτερα όταν αυτός αφορά ασθενείς με τους οποίους έρχονται σε επαφή στο πλαίσιο της επαγγελματικής τους δραστηριότητας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η συνεχής έκθεση των επαγγελματιών υγείας στον θάνατο και στην ανθρώπινη οδύνη αποτελεί μία από τις σημαντικότερες ψυχολογικές προκλήσεις της νοσηλευτικής πρακτικής (Bloomer et al., 2015; Peterson et al., 2010). Η επαναλαμβανόμενη επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο την επαγγελματική λειτουργικότητα των νοσηλευτών αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη θνητότητα και διαχειρίζονται συναισθηματικά την απώλεια.

Η περιγραφική ανάλυση έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έρχεται συστηματικά σε επαφή με περιστατικά θανάτου και συχνά νοσηλεύει ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Παράλληλα, σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών δήλωσε ότι αισθάνεται άβολα όταν συζητά με ασθενείς για τον θάνατο και ότι αποφεύγει την ανοικτή επικοινωνία σχετικά με ζητήματα τέλους ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι ακόμη και επαγγελματίες υγείας με συχνή επαφή με τον θάνατο δυσκολεύονται να διαχειριστούν επικοινωνιακά τέτοιες συζητήσεις, κυρίως λόγω συναισθηματικής επιβάρυνσης, φόβου πρόκλησης δυσφορίας στους ασθενείς ή αίσθησης ανεπαρκούς προετοιμασίας (Clayton et al., 2005; Wilson & Kirshbaum, 2011). Η δυσκολία αυτή φαίνεται να συνδέεται και με το γεγονός ότι ο θάνατος εξακολουθεί να αποτελεί ένα κοινωνικά και πολιτισμικά φορτισμένο θέμα, το οποίο στις σύγχρονες κοινωνίες συχνά απομακρύνεται από την καθημερινή εμπειρία και αντιμετωπίζεται ως δύσκολο ή ακόμη και ταμπού ζήτημα (Littlewood, 1992; Walter, 2008).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική τη συζήτηση περιστατικών θανάτου μέσα στο εργασιακό περιβάλλον και αναφέρουν ότι τέτοιες συζητήσεις λειτουργούν ανακουφιστικά. Αντίστοιχα, μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών δήλωσε ότι η απουσία δυνατότητας επικοινωνίας και επεξεργασίας των σχετικών εμπειριών επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική του κατάσταση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη σημασία της κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης στη διαχείριση της

έκθεσης στον θάνατο. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, η υποστήριξη από συναδέλφους και η ύπαρξη ασφαλούς πλαισίου επικοινωνίας συμβάλλουν στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και στην καλύτερη προσαρμογή των επαγγελματιών υγείας στις απαιτήσεις της φροντίδας στο τέλος της ζωής (Gillan et al., 2014; Sinclair et al., 2016).

Παράλληλα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επαγγελματική έκθεση στον θάνατο επηρεάζει και την προσωπική ζωή των νοσηλευτών, καθώς αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι συνεχίζουν να σκέφτονται περιστατικά θανάτου ακόμη και εκτός εργασιακού περιβάλλοντος. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής δεν αποτελεί απλώς τεχνική ή κλινική διαδικασία, αλλά μια βαθιά συναισθηματική εμπειρία που μπορεί να επηρεάζει τη συνολική ψυχική ευημερία των επαγγελματιών υγείας (Pratama & Wardaningsih, 2020). Επιπλέον, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν την απουσία οργανωμένων ομάδων διαχείρισης συναισθημάτων στο νοσοκομείο εργασίας τους, γεγονός που υποδηλώνει σημαντικό έλλειμμα δομημένης ψυχολογικής υποστήριξης στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η διεθνής βιβλιογραφία τονίζει ότι η έλλειψη υποστηρικτικών δομών μπορεί να αυξήσει τον επαγγελματικό φόρτο, τη συναισθηματική εξουθένωση και το άγχος που σχετίζεται με τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής (Efsthathiou & Walker, 2014).

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές διαστάσεις, η ουδέτερη αποδοχή του θανάτου εμφάνισε τη μεγαλύτερη μέση τιμή, γεγονός που δείχνει ότι αρκετοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τον θάνατο ως φυσικό και αναπόφευκτο μέρος της ζωής. Το εύρημα αυτό μπορεί να συνδέεται με τη συχνή επαγγελματική έκθεση σε περιστατικά θανάτου, η οποία πιθανόν οδηγεί σε μεγαλύτερη εξοικείωση με τη θνητότητα. Ωστόσο, παράλληλα καταγράφηκαν αυξημένα επίπεδα φόβου και αποφυγής σκέψεων σχετικά με τον θάνατο, στοιχείο που υποδηλώνει ότι η εξοικείωση με τον θάνατο δεν συνεπάγεται απαραίτητα και πλήρη συναισθηματική αποδοχή του. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με θεωρητικές προσεγγίσεις που υποστηρίζουν ότι ο φόβος και το άγχος θανάτου αποτελούν θεμελιώδεις διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας και μπορούν να συνυπάρχουν ακόμη και με την επαγγελματική εξοικείωση με τη διαδικασία του θανάτου (Lehto & Stein, 2009; Menzies & Menzies, 2020).

Η επαγωγική ανάλυση έδειξε ότι η συχνότερη επαφή με περιστατικά θανάτου σχετίζεται με χαμηλότερο άγχος σχετικά με τη διαδικασία θανάτου άλλων ανθρώπων. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν υποδηλώνει ότι η επαγγελματική εμπειρία και η συστηματική έκθεση στον θάνατο συμβάλλουν στην ανάπτυξη μεγαλύτερης εξοικείωσης και προσαρμογής

απέναντι σε αντίστοιχες καταστάσεις. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε προηγούμενες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες η επαναλαμβανόμενη επαφή με περιστατικά απώλειας μπορεί να μειώσει ορισμένες διαστάσεις του άγχους θανάτου μέσω της επαγγελματικής εμπειρίας και της σταδιακής ανάπτυξης μηχανισμών διαχείρισης (Peters et al., 2013). Ωστόσο, οι υπόλοιπες επαγγελματικές μεταβλητές δεν εμφάνισαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, γεγονός που πιθανόν δείχνει ότι το άγχος θανάτου επηρεάζεται και από ευρύτερους προσωπικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες.

Επιπλέον, η έρευνα ανέδειξε διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο, καθώς οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα φόβου και συνολικού άγχους απέναντι στον θάνατο άλλων ανθρώπων συγκριτικά με τους άνδρες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που αναφέρουν ότι οι γυναίκες συχνά εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου και συναισθηματικής εμπλοκής σε ζητήματα απώλειας και θνητότητας (Rezapour, 2022; Wen, 2010). Παράλληλα, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να σχετίζεται με το συνολικό άγχος απέναντι στον θάνατο άλλων ατόμων, καθώς οι έγγαμοι συμμετέχοντες εμφάνισαν υψηλότερες τιμές. Πιθανόν το αποτέλεσμα αυτό να συνδέεται με την αυξημένη αίσθηση ευθύνης και με τον φόβο απώλειας σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων. Αντίθετα, η ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας, η διάρκεια εργασίας στο ίδιο τμήμα και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν φάνηκε να σχετίζονται σημαντικά με τις υπό μελέτη διαστάσεις.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν ότι ο θάνατος αποτελεί μια ιδιαίτερα φορτισμένη επαγγελματική εμπειρία για τους νοσηλευτές, η οποία επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική όσο και την προσωπική τους ζωή. Παράλληλα, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα διαχείρισης θανάτου, ανάπτυξης δεξιοτήτων επικοινωνίας με ασθενείς τελικού σταδίου και δημιουργίας οργανωμένων δομών ψυχολογικής υποστήριξης μέσα στους χώρους εργασίας. Η ενίσχυση τέτοιων παρεμβάσεων μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά τόσο στη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των νοσηλευτών όσο και στην παροχή ποιοτικότερης και περισσότερο ανθρωποκεντρικής φροντίδας στους ασθενείς στο τέλος της ζωής.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι ο θάνατος αποτελεί μία ιδιαίτερα απαιτητική και συναισθηματικά φορτισμένη εμπειρία για τους νοσηλευτές, επηρεάζοντας τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική τους ζωή. Η συχνή επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου και περιστατικά απώλειας φαίνεται να συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα φόβου και άγχους απέναντι στον θάνατο, αλλά και από δυσκολίες στην επικοινωνία με τους ασθενείς γύρω από ζητήματα τέλους ζωής. Παράλληλα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, παρά τη συναισθηματική επιβάρυνση, αρκετοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τον θάνατο ως φυσικό και αναπόφευκτο μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με την επαγγελματική τους εμπειρία και τη συστηματική έκθεση σε αντίστοιχες καταστάσεις.

Η έρευνα ανέδειξε επίσης τη σημασία της επικοινωνίας και της υποστήριξης μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς οι συμμετέχοντες φάνηκε να θεωρούν ιδιαίτερα σημαντική τη δυνατότητα συζήτησης περιστατικών θανάτου με συναδέλφους. Η απουσία οργανωμένων δομών ψυχολογικής υποστήριξης στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας φαίνεται να αποτελεί σημαντικό έλλειμμα, το οποίο μπορεί να εντείνει τη συναισθηματική επιβάρυνση και τη δυσκολία διαχείρισης της επαγγελματικής έκθεσης στον θάνατο.

Παράλληλα, τα ευρήματα έδειξαν ότι ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση, σχετίζονται με διαφοροποιήσεις στα επίπεδα φόβου και άγχους απέναντι στον θάνατο, ενώ η συχνότερη επαγγελματική επαφή με περιστατικά θανάτου φάνηκε να συνδέεται με μεγαλύτερη εξοικείωση απέναντι στη διαδικασία του θανάτου άλλων ανθρώπων. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η επαγγελματική εμπειρία μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας προσαρμογής, χωρίς όμως να αναιρεί πλήρως τη συναισθηματική επίδραση της επαφής με την απώλεια.

Η παρούσα έρευνα υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε θέματα διαχείρισης θανάτου, επικοινωνίας με ασθενείς τελικού σταδίου και ανάπτυξης δεξιοτήτων ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Παράλληλα, αναδεικνύεται η σημασία δημιουργίας οργανωμένων δομών υποστήριξης μέσα στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας και την παροχή περισσότερο ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας στους ασθενείς στο τέλος της ζωής.

Βιβλιογραφία

- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death studies*, 26(8), 669-680. <https://doi.org/10.1080/07481180290088365>.
- Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2024). Exploring nurses' emotional resilience and coping strategies in palliative and end-of-life care settings in Saudi Arabia: a qualitative study. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 16, p. 1647). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161647>.
- Alzailai, N., Barriball, L., & Xyrichis, A. (2021). Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review. *Nursing open*, 8(5), 2331-2344. <https://doi.org/10.1002/nop2.843>.
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved—A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse education today*, 38, 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>.
- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., ... & Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, 117(23), 5383-5391. <https://doi.org/10.1002/cncr.26221>.
- Baqeas, M., & Rayan, A. (2018). Improving psychological well-being and quality of life among palliative care nurses: Literature review. *American Journal of Nursing Research*, 6(3), 82-86. <https://doi.org/10.12691/ajnr-6-3-1>.
- Bautista, M. C. M., Indicar, N. A., Suarez, R. F., & Narvaez, R. A. (2024). Nightingale by the death bed: A review on nurses' role and experiences in death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 30(11), 578-590. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.11.578>.
- Bellali, T., Minasidou, E., Giannopoulou, I., Tsourti, Z., Malliarou, M., Sarafis, P., & Papadatou, D. (2018). Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. *Journal of nursing measurement*, 26(2), 264-277. <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.26.2.264>.

- Bernat, J. L. (2013). Controversies in defining and determining death in critical care. *Nature Reviews Neurology*, 9(3), 164-173. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2013.12>.
- Blomstrom, M., Burns, A., Larriviere, D., & Penberthy, J. K. (2022). Addressing fear of death and dying: traditional and innovative interventions. *Mortality*, 27(1), 18-37. <https://doi.org/10.1080/13576275.2020.1810649>.
- Bloomer, M. J., O'Connor, M., Copnell, B., & Endacott, R. (2015). Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Australian Critical Care*, 28(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.002>.
- Boyle, D. A., & Bush, N. J. (2018). Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: Four decades of perspectives and potential. *Journal of pediatric nursing*, 40, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.007>.
- Castano, E., Leidner, B., Bonacossa, A., Nikkah, J., Perrulli, R., Spencer, B., & Humphrey, N. (2011). Ideology, fear of death, and death anxiety. *Political Psychology*, 32(4), 601-621. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2011.00822.x>.
- Cavaye, J., & Watts, J. H. (2012). End-of-life education in the pre-registration nursing curriculum: Patient, carer, nurse and student perspectives. *Journal of Research in Nursing*, 17(4), 317-326. <https://doi.org/10.1177/1744987110379531>.
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & supportive care*, 15(5), 609-622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>.
- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 101, 104892. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer*, 103(9), 1965-1975. <https://doi.org/10.1002/cncr.21011>.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of psychology*, 72(2), 179-181. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>

- Cross, L. A. (2019). Compassion fatigue in palliative care nursing: A concept analysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 21-28. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000477>.
- Dasch, B., Blum, K., Gude, P., & Bausewein, C. (2015). Place of death: trends over the course of a decade: a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(29-30), 496. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0496>.
- DeGrazia, D. (2007). The definition of death. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. In *Oncology nursing forum* (Vol. 32, No. 1, p. 97). Oncology Nursing Society.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3501-3512. <https://doi.org/10.1111/jocn.12602>.
- Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3188-3196. <https://doi.org/10.1111/jocn.12565>.
- Ellis, L., & Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research*, 55(1), 149-189. <https://doi.org/10.1007/s13644-012-0064-3>.
- Firth, S. (2005). End-of-life: A Hindu view. *The Lancet*, 366(9486), 682-686.
- Fitch, M. I., DasGupta, T., & Ford, B. (2016). Achieving excellence in palliative care: Perspectives of health care professionals. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 3(1), 66-72. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.164999>.
- Frommelt, K. H. M. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 20(1), 13-22. <https://doi.org/10.1177/104990910302000108>.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2). <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>.

- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse education today*, 34(3), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>.
- Gillman, L., Adams, J., Watts, R., Kovac, R., Kilcullen, A., Barratt, C., ... & Petrie, A. (2012). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 10(56), 1-16. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-259>.
- Gire, J. (2014). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Online Readings in Psychology and culture*, 6(2), 3. <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1120>.
- Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S., ... & Tattersall, M. H. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative medicine*, 21(6), 507-517. <https://doi.org/10.1177/0269216307080823>.
- Hussin, E. O. D., Wong, L. P., Chong, M. C., & Subramanian, P. (2018). Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International nursing review*, 65(2), 200-208. <https://doi.org/10.1111/inr.12428>.
- Jeong, S. H., Lee, S. J., Cho, S. M., & Cho, H. (2020). Systematic review on the influencing factors of nurses' and nursing students' attitudes toward hospice and palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2), 130-136. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000627>.
- Jones, K., Draper, J., & Davies, A. (2020). Nurses' early and ongoing encounters with the dying and the dead: a scoping review of the international literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(6), 310-324. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.6.310>.
- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior*, 8(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/2153599X.2016.1238844>.
- Kagawa-Singer, M., & Blackhall, L. J. (2001). Negotiating cross-cultural issues at the end of life: You got to go where he lives. *Jama*, 286(23), 2993-3001. <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.2993>.

- Kim, H., & Kwon, S. H. (2023). Effects of death anxiety and perceived end-of-life care competencies on fear of terminal care among clinical nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 26(4), 160. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.4.160>.
- Klimczuk, A., & Fabiś, A. (2017). Theories of death and dying. In B. Turner, P. Kivisto, W. Outhwaite, C. Kyung-Sup, C. Epstein & J.M. Ryan (eds.). *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social Theory* (pp. 1-7). London: Wiley Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118430873.est0084>.
- Kostka, A. M., Borodzicz, A., & Krzemińska, S. A. (2021). Feelings and emotions of nurses related to dying and death of patients—A pilot study. *Psychology research and behavior management*, 705-717. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S311996>.
- Kowalenko, M., Krajewska-Kułak, E., Kowalewska, B., Kułak-Bejda, A., Kulik, T., Gaworska-Krzemińska, A., & Van Damme-Ostapowicz, K. (2024). Readiness of nurses when faced with a patient's death. *Frontiers in Public Health*, 12, 1399025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1399025>.
- Králová, J. (2015). What is social death?. *Contemporary Social Science*, 10(3), 235-248. <http://dx.doi.org/10.1080/21582041.2015.1114407>.
- Malliarou, Maria. (2015). Measuring Death Attitude and Burnout of Greek Nursing Personnel. *American Journal of Nursing Science*. 4. 74. 10.11648/j.ajns.s.2015040201.23.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research & Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23-41.
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A.M. (2003). THE COLLETT-LESTER FEAR OF DEATH SCALE: A CORRECTION. *Death Studies*, 27, 81 - 85.
- Littlewood, J. (1992). The denial of death and rites of passage in contemporary societies. *The Sociological Review*, 40(1_suppl), 69-84. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1992.tb03387.x>.
- Liu, Y. C., Su, P. Y., Chen, C. H., Chiang, H. H., Wang, K. Y., & Tzeng, W. C. (2011). Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 856-863. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03545.x>.

- Lizza, J. P., Lazaridis, C., & Nowak, P. G. (2025). Defining death: Toward a biological and ethical synthesis. *The American Journal of Bioethics*, 25(9), 5-16. <https://doi.org/10.1080/15265161.2025.2570658>.
- Luxardo, N., Padros, C. V., & Tripodoro, V. (2014). Palliative care staff perspectives: The challenges of end-of-life care on their professional practices and everyday lives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3), 165-172. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000036>.
- McAdam, J. L., & Erikson, A. (2020). Self-care in the bereavement process. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 421-437. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.05.005>.
- Mellor, P. A. (1992). Death in high modernity: the contemporary presence and absence of death. *The Sociological Review*, 40(1_suppl), 11-30. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1992.tb03384.x>.
- Mellor, P. A., & Shilling, C. (1993). Modernity, self-identity and the sequestration of death. *Sociology*, 27(3), 411-431. <https://doi.org/10.1177/0038038593027003005>.
- Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 452-467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>.
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>.
- Monette, E. M. (2021). Cultural considerations in palliative care provision: a scoping review of Canadian literature. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 146-156. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0124>.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(1), 2.

- Palgi, P., & Abramovitch, H. (1984). Death: A cross-cultural perspective. *Annual review of Anthropology*, 385-417.
- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 41(1), 59-77. <https://doi.org/10.2190/TV6M-8YNA-5DYW-3C1E>.
- Pentaris, P. (2011). Culture and death: A multicultural perspective. *Hawaii Pacific Journal of Social Work Practice*, 4(1), 45-84.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., Mcdermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*, 7, 14. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>.
- Peterson, J. L., Johnson, M. A., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., ... & Pincon, D. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International journal of palliative nursing*, 16(4), 181-187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.4778>.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., Paulk, M. E., ... & Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Jama*, 301(11), 1140-1147. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.341>.
- Pivodic, L., Pardon, K., Miccinesi, G., Alonso, T. V., Moreels, S., Donker, G. A., ... & Van den Block, L. (2016). Hospitalisations at the end of life in four European countries: a population-based study via epidemiological surveillance networks. *J Epidemiol Community Health*, 70(5), 430-436. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206073>.
- Pratama, A. A., & Wardaningsih, S. (2020). Nurses' experiences in caring for dying patients: A literature review. *JKKI: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 284-289. <https://doi.org/10.20885/JKKI.Vol11.Iss3.art10>.
- Puchalski, C. M., & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 114-121. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.003>.

- Puri, J. (2021). The forgotten lives of sociology of death: Remembering Du Bois, Martineau and Wells. *The American Sociologist*, 52(3), 638-655. <https://doi.org/10.1007/s12108-021-09511-2>.
- Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of advanced nursing*, 32(6), 1476-1484. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01614.x>.
- Rezapour, M. (2022). The interactive factors contributing to fear of death. *Frontiers in Psychology*, 13, 905594. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.905594>.
- Rotter, B., & Braband, B. (2020). Confidence and competence in palliative care: a comparison of traditional and nontraditional transfer nursing students' lived learning experiences. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(3), 196-203. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000643>.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American journal of critical care*, 24(5), 412-420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>.
- Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 159-167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x>.
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: an empirical model. *Journal of pain and symptom management*, 51(2), 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>.
- Sperling, D. (2024). "They choke to death in front of your very eyes": nurses' lived experiences and perspectives on end-of-life care during COVID-19. *BMC palliative care*, 23(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01352-3>.
- Testoni, I., Bortolotti, C., Pompele, S., Ronconi, L., Baracco, G., & Orkibi, H. (2020). A challenge for palliative psychology: freedom of choice at the end of life among the attitudes of physicians and nurses. *Behavioral sciences*, 10(10), 160. <https://doi.org/10.3390/bs10100160>.

- Thompson, N., Allan, J., Carverhill, P. A., Cox, G. R., Davies, B., Doka, K., ... & Wittkowski, J. (2016). The case for a sociology of dying, death, and bereavement. *Death studies*, 40(3), 172-181. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1109377>.
- Walter, T. (1991). Modern death: taboo or not taboo?. *Sociology*, 25(2), 293-310. <https://doi.org/10.1177/0038038591025002009>.
- Walter, T. (2008). The sociology of death. *Sociology compass*, 2(1), 317-336. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00069.x>.
- Wen, Y. H. (2010). Religiosity and death anxiety. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 6(2), 31.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are nurses adequately prepared for end-of-life care?. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 147-151. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00147.x>.
- White III, F. J. (2019). Controversy in the determination of death: the definition and moment of death. *The Linacre quarterly*, 86(4), 366-380. <https://doi.org/10.1177/0024363919876393>.
- Wierchowski, T., Iwanowska, B., Stadniczeńko, D., & Kapranov, Y. (2024). The deconstruction of modern mortality of death: an analysis through law, war, and social philosophy. *Journal of Modern Science*, 60(6), 928-949.
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.559>.
- Wong, P.T.P., Reker, G.T. and Gesser, G. (1994) Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes toward Death. In: Neimeyer, R.A., Ed., *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*, 121-148.
- Yazdan, R., Corey, K., Messer, S. J., Kim, E. H., Roberts, K. E., Selwyn, P. A., & Weinberger, A. H. (2023). Hospital-based interventions to address provider grief: a narrative review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(1), e85-e107. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.03.001>.
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e39-e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>.

- Zheng, K., Sutherland, S., Hornby, L., Wilson, L., Shemie, S. D., & Sarti, A. J. (2022). Healthcare professionals' understandings of the definition and determination of death: a scoping review. *Transplantation Direct*, 8(4), e1309. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001309>.
- Zheng, K., Sutherland, S., Hornby, L., Shemie, S. D., Wilson, L., & Sarti, A. J. (2022). Public understandings of the definition and determination of death: a scoping review. *Transplantation Direct*, 8(5), e1300. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001300>.

Παράρτημα Α': Έντυπο Ενημέρωσης & Συναίνεσης

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Τίτλος μελέτης: Διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών προς τον θάνατο

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική μελέτη που πραγματοποιείται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας και αφορά τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο και τη φροντίδα ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο του ΠΜΣ «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» με επιβλέποντα τον κο Κων/νο Τόγκα.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο, ο φόβος και το άγχος που σχετίζονται με αυτόν, οι εμπειρίες τους από τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής, και οι τρόποι συναισθηματικής διαχείρισης αυτών των εμπειριών.

Τι περιλαμβάνει η συμμετοχή σας

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου που αποτελείται από δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις σχετικά με εμπειρίες και συμπεριφορές απέναντι στον θάνατο και δύο διεθνώς αναγνωρισμένες ψυχομετρικές κλίμακες για τη μέτρηση στάσεων και φόβου απέναντι στον θάνατο. Η συμπλήρωση διαρκεί περίπου 15–20 λεπτά.

Εθελοντική συμμετοχή – Δικαίωμα αποχώρησης

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια και χωρίς να χρειάζεται να δώσετε εξήγηση.

Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Δεν συλλέγονται ονόματα ή άλλα στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίησή σας. Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς και θα αναλυθούν συγκεντρωτικά.

Πιθανοί κίνδυνοι ή δυσφορία

Ορισμένες ερωτήσεις αφορούν ευαίσθητα θέματα (όπως ο θάνατος και η απώλεια), τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν συναισθηματική δυσφορία. Αν αισθανθείτε άβολα, μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση ή να διακόψετε τη συμπλήρωση.

Οφέλη

Δεν υπάρχει άμεσο προσωπικό όφελος, αλλά η συμμετοχή σας συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των νοσηλευτών και στη βελτίωση της υποστήριξής τους στο χώρο της υγείας.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Δηλώνω ότι:

- Έχω ενημερωθεί επαρκώς για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας.
- Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ανώνυμη.
- Συμφωνώ να συμμετάσχω στη μελέτη.

☐ Συμφωνώ να συμμετάσχω

Παράρτημα Β': Ερωτηματολόγιο «Διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών προς τον θάνατο»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ενότητα Α: Δημογραφικά

1. Φύλο

☐ Γυναίκα

☐ Άνδρας

☐ Άλλο / Δεν επιθυμώ να απαντήσω

2. Ηλικία (έτη): _____

3. Οικογενειακή κατάσταση

☐ Άγαμος/η

☐ Έγγαμος/η

☐ Διαζευγμένος/η

☐ Χήρος/α

Άλλο: _____

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

☐ ΠΕ

☐ ΤΕ

☐ ΔΕ

Άλλο: _____

5. Χώρος εργασίας

☐ Δημόσιο νοσοκομείο

☐ Ιδιωτικό νοσοκομείο

☐ Ιδιωτική κλινική

☐ Κέντρο υγείας

Άλλο (αναφέρετε συγκεκριμένα): _____

6. Θέση στο χώρο εργασίας

☐ Προϊστάμενος

☐ Αναπληρωτής προϊστάμενος

☐ Νοσηλευτής

☐ Βοηθός νοσηλευτή

☐ Τραυματιοφορέας

Άλλη θέση: _____

7. Προϋπηρεσία

Συνολική προϋπηρεσία (έτη): _____

8. Τμήμα εργασίας (σημειώστε το τρέχον τμήμα)

☐ Αναισθησιολογικό

☐ Εξωτερικά Ιατρεία

☐ Καρδιολογική Κλινική

☐ ΜΕΘ

☐ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

☐ Νευροχειρουργική

☐ Ορθοπεδική Κλινική

☐ Παθολογική Κλινική

☐ ΤΕΠ

☐ Χειρουργείο

☐ Μονάδα Στεφανιαίων

☐ Ψυχιατρική Κλινική

Άλλο: _____

9. Χρονικό διάστημα στο τρέχον τμήμα

Έτη: _____

Ενότητα Β: Συμπεριφορές/εμπειρίες απέναντι σε προχωρημένη νόσο και θάνατο

1. Πόσες φορές την εβδομάδα έρχεστε σε επαφή με περίπτωση αρρώστου που καταλήγει;

2. Έχετε λάβει συγκεκριμένη εκπαίδευση στη σχολή φοίτησης για διαχείριση θανάτου;

☐ Ναι

☐ Όχι

3. Νοσηλεύετε ασθενείς με προχωρημένη νόσο την παρούσα στιγμή;

☐ Ναι

☐ Όχι

4. Έχετε συζητήσει με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θέμα του θανάτου;

☐ Ναι

☐ Όχι

5. Αν συζητάτε με ασθενείς με προχωρημένη νόσο για το θάνατο πόσο άβολα σας κάνει αυτό να αισθάνεστε;

☐ Δεν συζητώ

☐ Πάρα πολύ

☐ Πολύ

☐ Μέτρια

☐ Αδιαφορώ

☐ Ελάχιστα

☐ Λίγο

☐ Καθόλου

6. Ποια ερώτηση του ασθενή σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

☐ Γιατί η γραμμή της ζωής μου είναι μικρότερη;

☐ Γιατί σε εμένα;

☐ Έχω τελειώσει με τις εκκρεμότητες με τους συγγενείς;

☐ Θα ζήσω ή θα πεθάνω;

☐ Μπορείτε να με βοηθήσετε;

☐ Ποιος πέθανε χθες;

☐ Πόσο καιρός μου μένει;

☐ Πότε θα είμαι έτοιμος να πεθάνω;

- ☐ Τι ακριβώς έχω;
- ☐ Τι θα απογίνει η οικογένεια μου;
- ☐ Τι υπάρχει μετά το θάνατο;
- ☐ Το θέμα θανάτου
- ☐ Δεν δίνει απάντηση
- ☐ Δεν έχω ερωτηθεί
- ☐ Καμία
- ☐ Όλες

7. Μιλάτε ανοικτά με τους ασθενείς σας για το θέμα του θανάτου;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

8. Κάνετε περιποίηση νεκρού;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

9. Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου όταν αυτό συμβεί;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

10. Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

11. Εάν δεν συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά;

☐ Πάρα πολύ

☐ Αδιαφορώ

☐ Καθόλου

12. Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό του θανάτου;

☐ Απομονώνομαι

☐ Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους

☐ Κλαίω για να ξεσπάσω

☐ Το σκέφτομαι στο σπίτι μου

☐ Αδιαφορώ πλήρως

☐ Τίποτα από τα παραπάνω

13. Γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο νοσοκομείο που δουλεύετε;

☐ Ναι

☐ Όχι

14. Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;

☐ Πάρα πολύ

☐ Πολύ

☐ Μέτρια

☐ Ελάχιστα

☐ Λίγο

☐ Καθόλου

Ενότητα Γ: Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο (Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)

Καθορίστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα. ΣΑ= συμφωνώ απόλυτα, Σ= συμφωνώ, ΣΜ= συμφωνώ μέτρια, Α= αναποφάσιστος, ΔΜ= διαφωνώ μέτρια, Δ= διαφωνώ, ΔΑ= διαφωνώ απόλυτα.

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

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

Ενότητα Δ: Κλίμακα μέτρησης φόβου για το θάνατο Collett-Lester

Πόσο άγχος ή ενόχληση σας δημιουργούν οι παρακάτω προτάσεις που αφορούν την απώλεια της ζωής, της δικής σας ή δικού σας προσώπου; Διαβάστε κάθε πρόταση και απαντήστε γρήγορα. Μην αφιερώσετε πολύ χρόνο για να σκεφτείτε την απάντηση σας. Θέλουμε την πρώτη εντύπωση που σας δημιουργείται διαβάζοντας την ερώτηση. Επιλέξτε τον αριθμό που ανταποκρίνεται καλύτερα σε αυτό που αισθάνεστε.

Η απώλεια της ζωής των άλλων

1. Να χάσεις ένα κοντινό σου άτομο

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

2. Να δεις το σώμα αυτού του ατόμου χωρίς ζωή

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

3. Το γεγονός ότι δεν θα μπορέσεις να επικοινωνήσεις ξανά με αυτό το άτομο

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

4. Η πιθανότητα να μετανιώσεις που δεν συμπεριφέρθηκες καλύτερα σε αυτό το άτομο όταν ήταν ζωντανός-η

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

5. Να συνεχίσεις τη ζωή σου χωρίς αυτό το άτομο

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

6. Η πιθανότητα να νιώθεις ανακούφιση που αυτό το άτομο έχει φύγει από την ζωή και αυτό να σου προκαλεί ενοχές

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

7. Να νιώθεις μοναξιά χωρίς αυτό το άτομο

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

Η διαδικασία απώλειας της ζωής άλλου προσώπου

1. Όταν βρίσκεσαι με κάποιον που ετοιμάζεται να φύγει από τη ζωή

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

2. Όταν το άτομο που πεθαίνει συζητά μαζί σου για το γεγονός αυτό

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

3. Να βλέπεις αυτό το άτομο να υποφέρει ενώ φεύγει από τη ζωή

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

4. Να βλέπεις τη φυσική κατάπτωση του σώματος αυτού του ατόμου

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

5. Να μην γνωρίζεις πως θα διαχειριστείς τον πόνο σου παρουσία του ατόμου που φεύγει από τη ζωή

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

6. Όταν βλέπεις την επιδείνωση των νοητικών ικανοτήτων αυτού του ατόμου

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

7. Η υπενθύμιση ότι θα περάσεις από την ίδια διαδικασία κάποια μέρα

Πάρα πολύ	5	4	3	2	1	Καθόλου
-----------	---	---	---	---	---	---------

Σας ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.