



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η συμπεριφορά και αντιλήψεις του ιατρικού και
νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην φροντίδα ασθενών
τελικού σταδίου**

Παπαδόπουλος Δημήτριος
Ειδικευόμενος Ορθοπαιδικός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Καθηγήτρια
Διευθύντρια ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Λάρισας
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαίρη Γκούβα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας ΤΕΙ Ηπείρου
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαρία Μαλλιάρου
Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Θεσσαλίας
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



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



**Attitudes and beliefs of medical and nursing staff toward
caring for dying patients**

Copyright © Δημήτρης Παπαδόπουλος, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτρια μου, κύρια Κοτρώτσιου, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τους συνεπιβλέποντες καθηγητές για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

Πίνακας Περιεχομένων

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT	6
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
3. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
4.1 Σκοπός της Μελέτης	14
4.2 Υλικό και μέθοδος	14
4.2.1. Δείγμα	14
4.2.2. Ερωτηματολόγια	15
4.2.3. Ερωτηματολόγιο FATCOD	15
4.2.4. Ερωτηματολόγιο DAP-R	15
4.2.5 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	16
4.2.6. Στατιστική ανάλυση	17
4.3 Αποτελέσματα	17
4.3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων	17
4.3.2. Εκπαίδευση και εμπειρία ερωτώμενων στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου	18
4.3.3. Βαθμολογίες ερωτηματολογίων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	19
4.3.4. Σύσχεση των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων	20
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	21
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	22
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	25
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	25
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	27
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3	28
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4	30

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος : Η συμπεριφορά και αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου

Εισαγωγή : Η παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι ένα ζήτημα που απασχολεί ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που περιλαμβάνει τόσο τις οικογένειες ασθενών τελικού σταδίου όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που παρέχει φροντίδα υγείας σε τέτοιους ασθενείς. Ιατροί και νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου στην καθημερινή τους πράξη και δικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις σε θέματα που σχετίζονται με τον θάνατο επηρεάζουν άμεσα την παροχή φροντίδας σε τέτοιους ασθενείς. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με το εξωτερικό, η συμπεριφορά των ατόμων και ειδικότερα των ιατρών και νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδας υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου καθώς και οι παράμετροι που την επηρεάζουν δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς.

Σκοπός : Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει την συμπεριφορά και στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα προθανάτιων ασθενών καθώς και την εμπειρία τους σε αυτόν τον τομέα.

Υλικό – Μέθοδος : Ως προς τον σχεδιασμό πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 100 ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορες κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων το διάστημα Απρίλιος –Μάιος 2013. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια που διερευνούν την συμπεριφορά και στάση απέναντι στον θάνατο και στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, δηλαδή του ερωτηματολογίου συμπεριφοράς απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου της Frommelt (FATCOD) και του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου του προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο (DAP-R).

Αποτελέσματα : Το 31% των ερωτηθέντων ήταν άντρες και το 69% γυναίκες. Το 52% ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό και το 48% στο ιατρικό. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 40 έτη. Το 55% ανέφερε ότι είχε κάποια εκπαίδευση όσον αφορά τον θάνατο, ενώ το 57% είχε προηγούμενη εμπειρία ενασχόλησης με ασθενή τελικού σταδίου. Όσον αφορά τα αποτελέσματα των δυο ερωτηματολογίων, και συγκεκριμένα του ερωτηματολογίου DAP-R, ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στις υποκατηγορίες «αποδοχής θανάτου», «φόβου θανάτου», «αποφυγής θανάτου» και «θανάτου ως μέσο διαφυγής» ($P < 0,5$). Αντίθετα δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην υποκατηγορία « ουδέτερη αποδοχή». Επίσης στατιστικώς σημαντικές διαφορές δεν υπήρχαν και στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD. Το ιατρικό προσωπικό ανέφερε μεγαλύτερη αποδοχή θανάτου σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό και μεγαλύτερη θετική συμπεριφορά στον θάνατο με βάση το ερωτηματολόγιο FATCOD χωρίς όμως αυτές οι διαφορές να είναι στατιστικώς σημαντικές. Αναδείχθηκαν μεσαία επίπεδα «φόβου θανάτου», «αποφυγής θανάτου», «αποδοχής θανάτου» και «θανάτου ως μέσο διαφυγής» και λίγο αυξημένα επίπεδα «ουδέτερης αποδοχής». Συσχετίζοντας τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες

που είχαν μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς «θανάτου ως μέσου διαφυγής», βρέθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη θετική συμπεριφορά απέναντι στην παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενή τελικού σταδίου, όπως επίσης και αυτοί που είχαν μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς «ουδέτερης αποδοχής»

Συμπεράσματα : Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι συμπεριφορές των Ελλήνων φροντιστών υγείας είναι λιγότερο θετικές σε σχέση με αυτές που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Συμπερασματικά η παροχή φροντίδα υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι ένας τομέας με ελλιπή εκπαίδευση στην Ελλάδα και δεδομένου ότι η συμπεριφορά σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, εκπαίδευση στοχευόμενη στην βελτίωση προτύπων συμπεριφοράς απέναντι σε αυτό το ζήτημα θα έχει σαν αποτέλεσμα βελτίωση και της παροχής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου τόσο από τους ιατρούς, όσο και από τους νοσηλευτές αλλά και από τις οικογένειες των ασθενών.

ABSTRACT

Title : Attitudes and beliefs of medical and nursing staff toward caring for dying patients

Introduction : Health care providing in dying patients is an issue that concerns a substantial part of population including both doctors and nursing staff, as well as the families of these patients. Doctors and nurses deal with dying patients in their daily work and their beliefs and thoughts about death affect directly the quality of health care towards them. In Greece in contrast to other countries, attitude of health care providers toward death and caring for dying patients as well as the factors that influence this attitude have not been estimated.

Purpose : The purpose of this study is to look into the attitude and experience of medical and nursing staff toward death and caring for dying patients.

Methods : For the design, it is a cross sectional study. The study population was a sample of 100 doctors and nurses who work in various clinics in University Hospital of Ioannina, in April-May 2013. For the collection of the data were used two questionnaires, The Frommelt's Attitude Toward Caring of Dying Patients (FATCOD) and the Death Attitude Profile- Revised (DAP-R).

Results : 31% of the respondents were men and 69% were women. The 52% of them were doctors and the rest 48% were nurses. Their mean age was 40 years old. 55% of the respondents mentioned that they had received some education about death, and the

57% of them that they had previous experience of caring for dying patients. As for the results of the questionnaires, specifically for the DAP-R between medical and nursing staff significant differences found in the subscales “ Fear of death”, “ Avoidance of death” , “Escape acceptance”, and “Approach acceptance ($P < 0,5$). In contrast there was no statistically significant difference in subscale “ Neutral acceptance “ as well as in the score of FATCOD questionnaire. Medical staff mentioned greater “Approach acceptance” in relation to the nursing staff and more positive attitude based on the FATCOD score. Moderate levels of “Fear of death”, “Avoidance of death”, “Approach acceptance” and “Escape acceptance” were revealed. Correlating scores of the questionnaires, we found a positive correlation between “Escape acceptance” and FATCOD score, and also a positive correlation between “Neutral Acceptance” and FATCOD score.

Conclusion : Results of this study show that attitudes of Greek doctors and nurses toward death and caring for dying patients are less positive in relation to those mentioned in the published literature. Generally attitude and caring toward dying patients is a field , lacking of education in Greece. Considering that this attitude is directly correlated to the quality of care, education aiming in improvement of attitude toward death will result in melioration of quality of health care that provide doctors, nurses and the families of dying patients.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος είναι μια πραγματικότητα που επηρεάζει όλους μας. Για κάποιους ο θάνατος είναι μια τρομακτική αλλά και αναπόφευκτη εμπειρία. Αν και κάθε άνθρωπος γνωρίζει την αναπόφευκτη κατάληξη και οριστικότητα του θανάτου κανένας δεν γνωρίζει πότε και πώς αυτός θα επέλθει. Η αντιμετώπιση του θανάτου είναι μια στρεσογόνο κατάσταση που μπορεί ακόμα και να θεωρηθεί taboo σε πολλές κουλτούρες και κοινωνίες. Παρόλο που οι άνθρωποι γενικά δεν έχουν θετική αντιμετώπιση και συμπεριφορά ως προς τον θάνατο, παράγοντες όπως το επάγγελμα, οι προσωπικές εμπειρίες και οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τις αντιλήψεις τους απέναντι στον θάνατο, την αναζήτηση του νοήματος της ζωής και του θανάτου, την στάση και συμπεριφορά τους στον θάνατο και τον βαθμό στον οποίο τον φοβούνται.¹

Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και ειδικότερα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζουν τον θάνατο και προθανάτιες καταστάσεις στην καθημερινή τους πράξη. Αν και είναι δύσκολο να προβλέψουν την πορεία και διαδικασία που οδηγεί στον θάνατο και να ανταποκριθούν σε προβλήματα που προκύπτουν κατά την πορεία αυτή, όταν οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο, παρουσιάζουν συμπεριφορές και στάσεις που διαφέρουν με βάση την προηγούμενη εμπειρία τους. Η φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου ασθενή και η αντιμετώπιση του θανάτου του είναι ένα από τα πιο δύσκολα αντικείμενα της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας. Όταν αντιμετωπίζεται ένας τέτοιος ασθενής, οι παρέχοντες την φροντίδα υγείας έχουν να ανταπεξέλθουν στην διπλή απαίτηση της αντιμετώπισης του θανάτου και της παράλληλης φροντίδας και υποστήριξης του ασθενούς. Επομένως οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας πρέπει να γνωρίζουν και να αντιμετωπίσουν τις δικές του πεποιθήσεις και συμπεριφορές απέναντι στον θάνατο πριν εμπλακούν στην παροχή φροντίδας ενός ετοιμοθάνατου ασθενούς.^{2,3}

Η φροντίδα ενός ασθενούς τελικού σταδίου είναι μια φορτισμένη ψυχολογικά εμπειρία που μπορεί να εγείρει ανησυχία και φόβο ως προς το αναπόφευκτο του θανάτου. Η καθημερινή αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα ανικανότητας παροχής βοήθειας, απογοήτευσης και έλλειψης εμπιστοσύνης από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό⁴ Όπως αναφέρθηκε ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην φροντίδα τόσο των ασθενών τελικού σταδίου όσο και στις οικογένειές τους. Η φροντίδα που παρέχουν σε αυτούς του ασθενείς μπορεί να επηρεάζεται από τις δικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις όσον αφορά τον θάνατο.

Σύμφωνα με την Rooda και τους συνεργάτες της «οι παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά απέναντι στον θάνατο περιλαμβάνουν όχι μόνο πολιτιστικά, κοινωνικά, φιλοσοφικά και θρησκευτικά κριτήρια, αλλά επίσης και προσωπικά και γνωστικά πλαίσια μέσα από τα οποία διαμορφώνονται και ερμηνεύονται οι συμπεριφορές τους απέναντι και στον θάνατο και στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου»¹. Επομένως τα προσωπικά συναισθήματα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζουν και φροντίζουν του ασθενείς αυτούς. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Αμερική όπως αναφέρεται έχει αυξηθεί δραματικά σε σχέση με τις αρχές του προηγούμενου αιώνα από τα 49 έτη στα 79 και 74 για τις γυναίκες και τους άντρες αντίστοιχα. Εκτιμάται

ότι το 2030 , το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 60ετών θα διπλασιαστεί σε περίπου 70 εκατομμύρια με την μεγαλύτερη τάση ανόδου στους ανθρώπους άνω των 85 ετών. Σύμφωνα με την Αμερικανικό Εθνικό Καρκινικό Ινστιτούτο περισσότερα από τα μισά αναφερόμενα περιστατικά καρκίνου (57%) αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας θανάτου από καρκίνο τα 72 έτη. Αυτά τα στατιστικά υποδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας θα είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα μεγαλύτερου πληθυσμού ασθενών τελικού σταδίου στο εγγύς μέλλον, και επομένως η ανάγκη για εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν αυτή την συγκεκριμένη φροντίδα είναι περισσότερο επιτακτική.

Για μία καλύτερη προετοιμασία αντιμετώπισης τέτοιων καταστάσεων πρέπει να υπάρχουν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα που να παρέχουν τις γνώσεις και ικανότητες που απαιτούνται ώστε να μπορούν οι παρέχοντες φροντίδα υγείας να βοηθούν τις οικογένειες των ασθενών, να επικοινωνούν αποτελεσματικά με αυτούς και να αντιμετωπίζουν τις δικές τους ανησυχίες και αντιδράσεις απέναντι στον θάνατο⁵.

Στην βιβλιογραφία υπάρχει εκτενής έρευνα όσον αφορά την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού, απέναντι στον θάνατο. Στην Ελλάδα όμως ,τέτοιου είδους εργασίες και έρευνες είναι πολύ περιορισμένες. Αυτό αποτέλεσε το έναυσμα για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

3. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Οι ασθενείς τελικού σταδίου αντιμετωπίζουν πολλά κοινωνικά φυσικά και ψυχολογικά προβλήματα και καθώς πλησιάζουν προς τον θάνατο χρειάζονται περισσότερη βοήθεια. Πρέπει σε αυτούς του ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους να τους παρέχεται άνεση, η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και υποστήριξη^{6,7}.

Οι εργαζόμενοι στον χώρο υγείας πρέπει να υποστηρίζουν και τις οικογένειες των ασθενών σύμφωνα με τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις των οικογενειών αυτών. Είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή/γιατρό να συζητήσει με τον ασθενή για τον θάνατο. Παρόλαυτα για να είναι σε θέση ο γιατρός ή ο νοσηλευτής να δώσει την απαιτούμενη βοήθεια πρέπει να αναγνωρίσει πρώτα τις δικές του πεποιθήσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές ως προς τον θάνατο. Επιπροσθέτως, καθώς οι οικογένειες των ασθενών χρειάζονται και επιζητούν πληροφορίες ως προς τον τρόπο που θα διευκολύνουν τον ασθενή να μειώσει την ανησυχία και τους φόβους του, οι παρέχοντες φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελούν βασική πηγή παροχής γνώσεων και πληροφοριών⁶.

Υπάρχει μια αυξανόμενη έμφαση στην βελτίωση της ποιότητας ζωής στα τελικά της στάδια ώστε να πετύχουν έναν «καλό θάνατο», μια έννοια που αποτελεί κοινωνική και πολιτική προτεραιότητα ιδίως στις δυτικές κοινωνίες⁸⁻¹⁰. Η έννοια του «καλού θανάτου» έχει διαφορετικά νοήματα ανάλογα με τις αντιλήψεις του ασθενούς, της οικογένειάς του, του παρέχοντα φροντίδα υγείας και της κοινωνίας. Από την πλευρά του νοσηλευτή και γιατρού ένας «καλός θάνατος» απαιτεί υψηλής ποιότητας φροντίδας που περιλαμβάνει άριστη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και ολιστική προσέγγιση φροντίδας τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που εργάζεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας είναι εκπαιδευμένοι να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου σε ένα θεραπευτικά προσανατολισμένο περιβάλλον. Ο ασθενής και η οικογένειά του απαιτούν αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου και γενικότερα των συμπτωμάτων του, αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενούς που δεν επιμηκύνει την διαδικασία του θανάτου. Επιπλέον, οι ασθενείς θέλουν να είναι προετοιμασμένοι για τον θάνατό τους, ώστε να μπορούν να αποχαιρετίσουν και να περάσουν χρόνο με τα αγαπημένα τους πρόσωπα και να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και τον σεβασμό των άλλων^{3,11,12}.

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας που παρέχεται από τον νοσηλευτή ή γιατρό επηρεάζεται από τις δικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις απέναντι στην φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και απέναντι στον ίδιο τον θάνατο. Η συμπεριφορά ενός ανθρώπου απέναντι στον θάνατο εξαρτάται από το νόημα που έχει για αυτόν ο θάνατος¹³, το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται από προσωπικές, θρησκευτικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ανθρώπου αυτού¹. Πολλές εργασίες δείχνουν ότι τα άτομα με θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν λιγότερη ανησυχία για θέματα που αφορούν τον θάνατο. Έχουν δείξει επίσης ότι η πίστη στον θεό και τη μεταθανάτιο ζωή από τους νοσηλευτές, γιατρούς και γενικότερα παρέχοντες φροντίδα υγείας σχετίζεται με πιο θετικές συμπεριφορές απέναντι στον θάνατο^{14,15}.

Η συμπεριφορά απέναντι στον θάνατο μπορεί να μεταβληθεί μέσα από την εκπαίδευση, τις προσωπικές εμπειρίες και μέσα από την προσωπική αναζήτηση των συναισθημάτων και αντιλήψεων που εγείρει το θέμα του θανάτου, αλλά και των αντιλήψεων που έχει ο καθένας για την προσωπικότητα του ίδιου και των άλλων¹⁶. Η φροντίδα ενός ασθενούς τελικού σταδίου απαιτεί ειδικές γνώσεις και εκπαίδευση^{17,18}, και μέρος αυτής της εκπαίδευσης πρέπει να περιλαμβάνει την προώθηση θετικών αντιλήψεων και συμπεριφορών απέναντι στον θάνατο. Έρευνες δείχνουν μια απόλυτη συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της εμπειρίας των εργαζόμενων στην υγεία και θετικής συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο^{1,19,20}. Όπως είναι ευνόητο όλες οι εργασίες υποστηρίζουν την σημασία της εκπαίδευσης στην αλλαγή και βελτίωση αυτής της συμπεριφοράς στην φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου²¹.

Ο Hainsworth εξέτασε την επίδραση του εκπαιδευτικού συστήματος στην συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου αλλά και των οικογενειών τους με συγκριτική ανάλυση πριν και μετά την εκπαίδευση. Ο στόχος της εκπαίδευσης ήταν να αυξήσει την γνώση και θεωρητική κατάρτιση απέναντι στον θάνατο και να βελτιώσει την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν φάνηκε να έχει στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην εφαρμογή συγκεκριμένων συμπεριφορών απέναντι στον θάνατο και στην φροντίδα των ασθενών αυτών μεταξύ της. Οι μελετητές θεώρησαν ότι το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων ήταν η αιτία που δεν ανεδείχθη στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας που εφαρμόστηκε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα³³.

Σε έναν ικανοποιητικό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού (403 συμμετέχοντες), η Rooda και οι συνεργάτες της έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε μεγαλύτερη εμπειρία στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είχαν περισσότερο θετική συμπεριφορά απέναντι στην φροντίδα τέτοιων ασθενών σε σύγκριση με το προσωπικό που είχε λιγότερη εμπειρία στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερο φόβο θανάτου είχαν λιγότερη θετική συμπεριφορά στην φροντίδα ασθενών σε σχέση με το προσωπικό που είχαν λιγότερο φόβο θανάτου. Επίσης το προσωπικό που είχε περισσότερη τάση να αποφεύγει το θέμα του θανάτου είχαν λιγότερη θετική συμπεριφορά στην παροχή φροντίδας σε προθανάτιους ασθενείς, όπως και οι συμμετέχοντες που είχαν ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο παρουσίαζαν μεγαλύτερη θετική συμπεριφορά στην φροντίδα των ασθενών. Τέλος, το προσωπικό που θεωρούσε τον θάνατο ως την διέξοδο σε μια ευτυχισμένη μεταθανάτια ζωή παρουσίαζαν περισσότερη θετική συμπεριφορά. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εκπαιδευτές του προσωπικού πρέπει να περιλαμβάνουν στο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα εκμάθηση συγκεκριμένων συμπεριφορών και αντιλήψεων απέναντι στον θάνατο και στον τρόπο που επιδρούν αυτές στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, ώστε να αποκτήσει το προσωπικό περισσότερο θετική συμπεριφορά απέναντι στην φροντίδα προθανάτιων ασθενών¹.

Άλλες σχετικές μελέτες εξέτασαν την σχέση μεταξύ της εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού και της φροντίδας που παρείχαν σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ο Stoller ανέδειξε ότι το προσωπικό με μεγαλύτερη εμπειρία παρουσίαζε περισσότερη άνεση στην επικοινωνία και ενασχόληση με αυτούς τους ασθενείς σε σχέση με το προσωπικό με λιγότερη εμπειρία. Ο Stoller υπέθεσε ότι με την εμπειρία το προσωπικό αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς που τους βοηθάει να ανταπεξέρχονται στο άγχος που δημιουργεί η ιδέα του θανάτου³⁴. Ο Irwin βρήκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολείται με την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς τελικού σταδίου που πάσχουν από καρκίνο ανέπτυξε και θετικές (όπως ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη) και αρνητικές (όπως αποφυγή)

στρατηγικές ώστε να ανταπεξέλθουν με το άγχος του θανάτου³⁵. Οι Payne, Dean και Kalus σύγκριναν το επίπεδο άγχους για τον θάνατο μεταξύ των νοσηλευτριών που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και των νοσηλευτριών που εργάζονται σε λοιπά κλινικά τμήματα. Φάνηκε ότι οι πρώτες ήταν πιο πιθανό να αποφεύγουν να σκέφτονται θέματα που έχουν να κάνουν με τον θάνατο, είχαν περισσότερο φόβο θανάτου και λιγότερη αποδοχή του θανάτου σε σχέση με την δεύτερη ομάδα νοσηλευτριών. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών είχαν ελάχιστη ενασχόληση και επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου και με τις οικογένειές τους και ότι για το συγκεκριμένο προσωπικό ο κύριος σκοπός ήταν η θεραπεία της ασθένειας και ο θάνατος εκλαμβάνόταν ως αποτυχία, ενώ το προσωπικό στα υπόλοιπα τμήματα είχε καθημερινή ενασχόληση και παροχή φροντίδας σε προθανάτιους ασθενείς. Έτσι το προσωπικό που δεν εργαζόταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών παρείχαν μια πιο ολιστική και ανακουφιστική φροντίδα που είχε ως στόχο όχι μόνο την κάλυψη των οργανικών και φυσικών αναγκών τους αλλά και την κάλυψη των κοινωνικών, ψυχικών και ψυχολογικών αναγκών τους³⁶.

Στην Καταλονία της Ισπανίας οι Roman, Sorribes και Ezquerro βρήκαν ότι το μεγαλύτερο σε ηλικία νοσηλευτικό προσωπικό, και το προσωπικό με 17-21 έτη εργασιακής εμπειρίας παρουσίαζε πιο επιθυμητές συμπεριφορές απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου σε σχέση με το νεότερο και με λιγότερα εργασιακά έτη προσωπικό³⁷.

Ο στόχος ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που αφορά θέματα θανάτου είναι να διευκολύνουν τους εκπαιδευόμενους να αποφασίσουν και να αναγνωρίσουν τις δικές τους αντιλήψεις για τον θάνατο. Τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα μπορεί να μειώσουν την ανησυχία ως προς τον θάνατο και επομένως να προωθήσουν θετικές συμπεριφορές όσον αφορά στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου⁴. Η έρευνα ως προς την εκπαίδευση για θέματα θανάτου άρχισε στο τέλος της δεκαετίας του 1960, πρώτα στις Η.Π.Α. και μετά σε χώρες όπως ο Καναδάς και η Αγγλία. Μέσα σε σχετικά σύντομη περίοδο εδραιώθηκε η εκπαίδευση για θέματα θανάτου και ενσωματώθηκε κυρίως σε νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα^{18,22}. Είναι σημαντικό για τον γιατρό και νοσηλευτή να αντιληφθεί ότι οι δικές τους γνώσεις και συμπεριφορά απέναντι στον θάνατο επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή. Επειδή ο θάνατος είναι μια έννοια που επηρεάζει βαθιά την ανθρώπινη ζωή δεν είναι δυνατό να ισχυριστεί ότι μόνο η γνώση για τον θάνατο καθορίζει την συμπεριφορά του παρέχοντα φροντίδα υγείας. Για αυτόν τον λόγο η εκπαίδευση δεν πρέπει να μεταφέρει μόνο πληροφορίες αλλά και να αναπτύξει θετικές προσωπικές συμπεριφορές απέναντι στον θάνατο.

4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον θάνατο, και οι εμπειρίες τους στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

4.2 Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη διερεύνησης της στάσης και συμπεριφοράς των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Συμμετείχαν 100 εργαζόμενοι του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, ιατροί και νοσηλευτές οι οποίοι συμπλήρωσαν δυο ερωτηματολόγια.

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με την χρήση δυο ερωτηματολογίων όπως αναφέρθηκε, του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου του προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο (DAP-R)²⁵ και το ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου της Frommelt (FATCOD)²⁶

4.2.1. Δείγμα

Πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική μελέτη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στο νοσοκομείο κλήθηκε να συμμετέχει το διάστημα Απρίλιος- Μάιος 2013. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 122 ιατρούς και νοσηλευτές και ένα σύνολο 100 ατόμων συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια ανήκουν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων(ΠΓΝΙ) και συγκεκριμένα στην Ορθοπαιδική κλινική, στην Χειρουργική Κλινική, στην Νευροχειρουργική Κλινική, στην Καρδιολογική Κλινική και στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης. Από τους 100 συμμετέχοντες 48 άτομα ήταν ιατροί και τα υπόλοιπα 52 ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό. Τα δεδομένα που

χρησιμοποιήθηκαν για ανάλυση προήλθαν από ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην διεθνή βιβλιογραφία^{6,23,24}.

4.2.2. Ερωτηματολόγια

Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, προηγούμενη εκπαίδευση στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και προηγούμενη εμπειρία στην φροντίδα αυτών των ασθενών αλλά και γενικότερα προηγούμενη εμπειρία σε θέματα θανάτου. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη δυο ερωτηματολόγια, το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο του προφίλ συμπεριφοράς απέναντι στον θάνατο (DAP-R)²⁵ και το ερωτηματολόγιο συμπεριφοράς απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου της Frommelt (FATCOD)²⁶

Και τα δύο ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν μετά από έγγραφη άδεια των συγγραφέων των ερωτηματολογίων.

4.2.3. Ερωτηματολόγιο FATCOD

Το ερωτηματολόγιο FATCOD²⁶ περιέχει 30 ερωτήσεις που οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert με σκοπό την καταγραφή την συμπεριφορά των συμμετεχόντων απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Το ερωτηματολόγιο περιέχει έναν ίσο αριθμό θετικά και αρνητικά φορτισμένων προτάσεων με επιλογές απαντήσεων διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, αβέβαιος/η, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα. Οι απαντήσεις στις θετικές προτάσεις βαθμολογούνται 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα) ενώ αντιστρέφεται η βαθμολόγηση για τις αρνητικές προτάσεις. Οι πιθανές βαθμολογίες κυμαίνονται από 30 έως 150. Μια υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μια θετικότερη συμπεριφορά απέναντι στον θάνατο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες όπως οι Η.Π.Α^{1,19,20}, η Ιαπωνία²⁸, το Ιράν²⁹ και το Ισραήλ¹³

4.2.4 Ερωτηματολόγιο DAP-R

Το ερωτηματολόγιο DAP-R²⁵ περιέχει 32 ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε πέντε υποκατηγορίες για να καθορίσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές απέναντι στον θάνατο. Οι

υποκατηγορίες αυτές αφορούν : α) φόβο θανάτου β) αποφυγή θανάτου γ) ουδέτερη αποδοχή δ) αποδοχή θανάτου ε) θάνατος ως μέσο διαφυγής. Η αποφυγή θανάτου περιγράφει την προσπάθεια του ερωτηθέντα να αποφύγει όσο το δυνατόν να σκέφτεται ζητήματα ου αφορούν τον θάνατο (πέντε ερωτήσεις : 3, 10, 12, 19, 26). Ο φόβος θανάτου καταδεικνύεται από αρνητικές σκέψεις και αισθήματα όσον αφορά τον θάνατο (επτά ερωτήσεις : 1,2,7,18,20,21,32). Η ουδέτερη αποδοχή αντανακλά την συμπεριφορά του ερωτηθέντα που δεν καλωσορίζει αλλά ούτε και φοβάται τον θάνατο(πέντε ερωτήσεις : 6,14,24,17,30). Η αποδοχή θανάτου δείχνει ότι ο ερωτηθείς αντιμετωπίζει τον θάνατο ως ένα μέσο για μία ευτυχισμένη μεταθανάτια ζωή (πέντε ερωτήσεις :15, 22,25,27,28) , ενώ ο θάνατος ως μέσο διαφυγής δείχνει ότι ο θάνατος είναι για τον ερωτηθέντα μια ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανά του (δέκα ερωτήσεις :4,8,5,9,11,13,16,23,29,31). Η βαθμολόγηση κάθε υποκατηγορίες υπολογίζεται προσθέτοντας την βαθμολόγηση κάθε ερωτήματος που περιέχεται στην συγκεκριμένη υποκατηγορία και διαιρώντας το άθροισμα με το σύνολο των ερωτήσεων που περιέχονται στην υποκατηγορία αυτή. Επομένως η βαθμολογία κάθε υποκατηγορία μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 7. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας κάθε υποκατηγορίας υπολογίζεται διαιρώντας το άθροισμα όλων των βαθμολογιών της κάθε υποκατηγορίας των εξεταζομένων, με το σύνολο των εξεταζομένων. Μια υψηλότερη βαθμολογία μιας υποκατηγορίας σε σχέση με τις άλλες δείχνει μια μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς που περιγράφει η συγκεκριμένη υποκατηγορία²⁵.

4.2.5 Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων

Το ερωτηματολόγιο DAP-R έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για την Ελλάδα³⁶ ενώ για το ερωτηματολόγιο FATCOD πραγματοποιήθηκε μετάφραση και στάθμιση του χρησιμοποιώντας την μέθοδο μετάφρασης και ανάστροφης μετάφρασης. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε ανεξάρτητα από δίγλωσση νοσηλεύτρια και ιατρό από τα αγγλικά στα ελληνικά και στην συνέχεια ένας τρίτο ειδικός μετέφρασε τα ερωτηματολόγια από τα ελληνικά στα αγγλικά. Μελετήθηκε το περιεχόμενο της μεταφράσεων και έπειτα από κάποιες αλλαγές και βελτιώσεις επιλέχθηκε το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο FATCOD. Ο δείκτης Cronbach α χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την εσωτερική συνέπεια των ερωτηματολογίων και βρέθηκε οριακά πάνω από το 0,7 (0,704 για το ερωτηματολόγιο DAP-R και 0,724 για το ερωτηματολόγιο FATCOD). Επομένως, είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι η αξιοπιστίας της έρευνας μας είναι ικανοποιητική.

Κατηγορία	Cronbach's Alpha
Ερωτηματολόγιο DAP-R	0,704
Ερωτηματολόγιο FATCOD	0,724

4.2.6 Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας μεθόδους περιγραφικής ανάλυσης, τον στατιστικό έλεγχο t-test, και τον συντελεστή συσχέτισης Pearson. Στοιχεία περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών : οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις υπολογίστηκαν για να καθορίσουν τις βαθμολογήσεις των ερωτηματολογίων και η συσχέτιση κατά Pearson χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση της σχέσης μεταξύ των ερωτηματολογίων DAP-R και FATCOD. Για τις αναλύσεις, $p < 0.05$ και $p < 0,01$ ορίστηκε ως στατιστικώς σημαντικό.

4.3 Αποτελέσματα

4.3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δημογραφικά στοιχεία	n	%
Ηλικία		
18-25	4	4
26-30	22	22
>30	74	74
Φύλο		
Άνδρας	31	31
Γυναίκα	69	69
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	35	35
Έγγαμος/η	55	55
Διαζευγμένος/η	9	9
Χήρος/α	1	1
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Πανεπιστήμιο	50	50
Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα	37	37
Δευτεροβάθμιας εκπαίδευση	13	13
Επαγγελματική εμπειρία		
0-5 έτη	32	32
5-10 έτη	14	14
10-15 έτη	14	14
15-20 έτη	7	7
Περισσότερα από 20 έτη	33	33
Επάγγελμα		
Ιατρός	48	48
Νοσηλεύτης	52	52

Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 40 έτη . Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (69%), παντρεμένοι/ες (55%) και είχαν πτυχίο πανεπιστημίου (50%) . Επίσης όσον αφορά την προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία, η ομάδα με τους περισσότερους συμμετέχοντες ήταν αυτή με επαγγελματική εμπειρία πάνω από 20 έτη (33%) με μικρή διαφορά από την επόμενη ομάδα με επαγγελματική εμπειρία 0-5 έτη (32%) (Πίνακας 1). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό (52%) ενώ το ιατρικό προσωπικό αποτελούσε το 48%

4.3.2. Εκπαίδευση και εμπειρία ερωτώμενων στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου

Ένα σημαντικό ποσοστό (55% αν αθροίσουμε τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είτε παρακολούθησαν σεμινάρια με θέμα τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είτε παρακολούθησαν και εκπαιδεύτηκαν σε σεμινάρια που περιείχαν αναφορές σε τέτοια θέματα) ανέφερε ότι είχε κάποια προηγούμενη εκπαίδευση όσον αφορά τον θάνατο, ενώ η πλειοψηφία (57%) ανέφερε ότι είχε κάποια προηγούμενη εμπειρία ενασχόλησης με ασθενή τελικού σταδίου.(Πίνακας 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Προηγούμενη εκπαίδευση όσον αφορά τον θάνατο	ν	%
Σεμινάριο όσον αφορά τον θάνατο	27	27
Σεμινάρια με κάποιες αναφορές στον θάνατο	32	32
Καμία πληροφόρηση	43	43
Προηγούμενη εμπειρία ενασχόλησης με ασθενή τελικού σταδίου		
Φροντίδα ασθενούς τελικού σταδίου	57	57
Καμία εμπειρία	43	43

4.3.3. Βαθμολογίες ερωτηματολογίων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Ο πίνακας 3 δείχνει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για τα ερωτηματολόγια FATCOD καθώς του DAP-R. Φαίνεται ότι η βαθμολογία των ιατρών είναι μεγαλύτερη όσον αφορά το FATCOD και την ουδέτερη αποδοχή. Αντίθετα, η βαθμολογία των νοσηλευτών είναι μεγαλύτερη στις κατηγορίες του φόβου για το θάνατο, της αποφυγής για το θάνατο, της αποδοχής για το θάνατο και του θανάτου ως μέσο διαφυγής.

Αναλύοντας τις διαφορές των βαθμολογιών των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου DAP-R ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στις υποκατηγορίες «αποδοχής θανάτου», «φόβου θανάτου», «αποφυγής θανάτου» και «θανάτου ως μέσο διαφυγής» ($P < 0,05$). Αντίθετα δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην υποκατηγορία «ουδέτερη αποδοχή» αλλά και στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου FATCOD. Το ιατρικό προσωπικό ανέφερε μεγαλύτερη αποδοχή θανάτου σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό και μεγαλύτερη θετική συμπεριφορά στον θάνατο με βάση το ερωτηματολόγιο FATCOD χωρίς όμως αυτές οι διαφορές να είναι στατιστικώς σημαντικές. (Πίνακας 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Υποκατηγορίες ερωτηματολογίου DAP-R	Ιατρικό προσωπικό($n=48$), μέσος όρος	Νοσηλευτικό προσωπικό($n=52$), μέσος όρος	t-statistic	p-value
Φόβος θανάτου	3,77	4,80	-4,313	0,000
Αποφυγή θανάτου	3,77	4,53	-2,646	0,009
Ουδέτερη αποδοχή	5,43	5,20	1,198	0,234
Αποδοχή θανάτου	3,25	4,29	-3,867	0,000
Θάνατος ως μέσο διαφυγής	2,79	3,59	-3,795	0,000
FATCOD	107,81	104,5	1,464	0,146

Ο μέσος όρος βαθμολογιών των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου DAP-R ήταν από 3,21 έως 5,31. Ο μέσος όρος βαθμολογιών του ερωτηματολογίου FATCOD ήταν 106,9 (T.A. 11,37). Στους συμμετέχοντες του δείγματος αναδείχθηκαν μεσαία επίπεδα «φόβου θανάτου» (μέσος όρος 4,30 {T.A. 1,29}), «αποφυγής θανάτου» (μέσος όρος 4,16 {T.A. 1,48}), «αποδοχής θανάτου» (μέσος όρος 3,79 {T.A. 1,42}) και «θανάτου ως μέσο διαφυγής» (μέσος όρος 3,21 {T.A. 1,11}) και λίγο αυξημένα επίπεδα «ουδέτερης αποδοχής» (μέσος όρος 5,31 {T.A. 0,956}). (Πίνακας 4)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

	FATCOD	Φόβος Θανάτου	Ουδέτερη Αποδοχή	Αποφυγή Θανάτου	Αποδοχή Θανάτου	Θάνατος ως μέσο διαφυγής
Μέσος όρος	106.09	4.30	5.31	4.165	3.792	3.21
Τυπική Απόκλιση	11.37	1.29	0.956	1.4819	1.4273	1.113

4.3.4 Συσχέτιση των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων

Μελετώντας την συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου DAP-R και του ερωτηματολογίου FATCOD χρησιμοποιώντας συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson αναδείχθηκαν κάποιες σημαντικές συσχετίσεις. Τα αποτελέσματα του Πίνακα 5 δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του FATCOD και της ουδέτερης αποδοχής, η οποία είναι μέτρια θετική (0,379) όπως επίσης μεταξύ του FATCOD και του θανάτου ως μέσου διαφυγής, η οποία είναι μέτρια θετική (0,346). Στη συνέχεια, εντοπίσαμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φόβου για το θάνατο και της αποφυγής του θανάτου, η οποία είναι και υψηλά θετική (0,698). Τέλος, ανακαλύφθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αποδοχής του θανάτου και του θανάτου ως μέσο διαφυγής, η οποία είναι υψηλά θετική (0,627).

Οι συμμετέχοντες που είχαν μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς «θανάτου ως μέσου διαφυγής», βρέθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη θετική συμπεριφορά απέναντι στην παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενή τελικού σταδίου, όπως επίσης και αυτοί που είχαν μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς «ουδέτερης αποδοχής». (Πίνακας 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Υποκατηγορίες ερωτηματολογίου DAP-R	Φόβος θανάτου	Αποφυγή θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή	Αποδοχή θανάτου	Μέσο διαφυγής
Φόβος θανάτου	---	0,698*	-0,150	0,177	0,187
Αποφυγή θανάτου	0,698	---	-0,096	0,119	0,153
Ουδέτερη αποδοχή	-0,150	-0,096	---	0,158	0,110
Αποδοχή θανάτου	0,177	0,119	0,158	---	0,627*
Μέσο διαφυγής	0,187	0,153	0,110	0,627	---
FATCOD	0,003	-0,095	0,379*	-0,136	0,346*

*P <0.01

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι συμπεριφορές των Ελλήνων φροντιστών υγείας είναι λιγότερο θετικές σε σχέση με αυτές που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρόμοιες μελέτες που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο FATCOD αναφέρουν υψηλότερες βαθμολογίες από αυτές που κατεγράφησαν σε αυτήν την μελέτη. Για παράδειγμα, μια μελέτη από τις Η.Π.Α. κατέγραψε βαθμολογία μεταξύ 125,9 (T.A. 11) και 130(T.A. 12,7), ενώ μια μελέτη από την Ιαπωνία ανέφερε μέσο όρο βαθμολογίας 112,3 και μια πιο πρόσφατη μελέτη από το Ισραήλ μέσο όρο βαθμολογίας (125 (T.A. 12,7)). Έχει διαπιστωθεί ότι η στάση των παρεχόντων φροντίδα υγείας απέναντι στον θάνατο και στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου επηρεάζει την συμπεριφορά τους και την ποιότητα φροντίδας που αυτοί παρέχουν. Συμπεριφορές απέναντι στην φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου συσχετίζονται αρνητικά με την αποφυγή θανάτου, με τον φόβο θανάτου και την αποδοχή θανάτου. Σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία, με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει θετική (χωρίς να είναι στατιστικώς σημαντική) συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας FATCOD και τον φόβο θανάτου, ενώ σε διεθνείς μελέτες διαπιστώνεται ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση και ότι οι φροντιστές υγείας με μεγαλύτερο φόβο θανάτου έχουν λιγότερο θετικές συμπεριφορές όσον αφορά την παροχή φροντίδα υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου^{1,13,19,20}. Η συμπεριφορά απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου επηρεάζεται αρνητικά με την αποδοχή θανάτου και την αποφυγή θανάτου. Παρόλα αυτά, χρειάζονται περισσότερες μελέτες όσον αφορά την αιτία της χαμηλότερης βαθμολογίας του ερωτηματολογίου FATCOD σε σχέση με αυτές άλλων εθνικοτήτων.

Σύμφωνα με την μελέτη φάνηκε ότι το επάγγελμα των παρεχόντων φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου δεν επηρεάζει την συμπεριφορά τους απέναντι σε ασθενείς τελικού σταδίου και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχουν παρόμοια συμπεριφορά.

Η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου απαιτεί εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση¹⁷. Είναι γνωστό ότι η συμπεριφορά απέναντι στον θάνατο και στην φροντίδα τέτοιων ασθενών μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την εκπαίδευση. Όμως η εκπαίδευση όσον αφορά την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είναι πολύπλοκη καθώς δεν απαιτεί μόνο γνώση και πρακτική αλλά και εξελίξιμες συμπεριφορές και ικανότητα να εργαστεί κάποιος μέσα σε συναισθηματικά δύσκολες και φορτισμένες καταστάσεις^{17,21,34,35}.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rooda LA, Clements R, Jordan ML. Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 1999; 26 (10): 1683-1687.
2. Brosche TA. A grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs*. 2007; 26 (1): 21-28.
3. Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *J Adv Nurs*. 2006; 54 (5): 594-601.
4. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004; 48 (5): 475-483.
5. Shih FJ, Gau ML, Lin YS, et al. Death and help expected from nurses when dying. *Nurs Ethics*. 2006; 13 (4): 360-375.
6. Wasserman LS. Respectful death: a model for end-of-life care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12 (4): 621-626.
7. Eues SK. End-of-life care: improving quality of life at the end of life. *Prof Case Manag*. 2007; 12 (6): 339-344.
8. Ellershaw J, Dewar S, Murphy D. Achieving a good death for all. *BMJ*. 2010; 341: 656-658.
9. Watts T. End-of-life care pathways as tools to promote and support a good death: a critical commentary. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012; 21 (1): 20-30.
10. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients [published online ahead of print February 23, 2012]. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012.
11. Thompson G, McClement S. Defining and determining quality in end-of-life care. *Int J Palliat Nurs*. 2002; 8 (6): 288-293.
12. Thompson G, McClement S, Daeninck P. Nurses' perceptions of quality end of life care on an acute medical ward. *J Adv Nurs*. 2006; 53 (2): 169-177.
13. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 2010; 37 (1): E43-E49.
14. Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, et al. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol*. 1995; 51 (2): 202-204.

15. Sherman DW. Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image J Nurs Sch.* 1996; 28 (3): 205-213.
16. Wessel E, Rutledge D. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying. *J Hospice Palliat Nurs.* 2005; 7 (4): 212-218.
17. Hegedus K, Zana A, Szabo G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med.* 2008; 22 (3): 264-269.
18. Sherman DW, Matzo ML, Pitorak E, et al. Preparation and care at the time of death: content of the ELNEC curriculum and teaching strategies. *J Nurses Staff Dev.* 2005; 21 (3): 93-100.
19. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum.* 2005; 32 (1): 97-104.
20. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum.* 2008; 35 (6): 955-959.
21. Khader KA, Jarrah SS, Alasad J. Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: a review of literature. *Int J Nurs Midwifery.* 2010; 2 (1): 1-9.
22. McGovern M, Barry MM. Death education: knowledge, attitudes and perspectives of Irish parents and teachers. *Death Stud.* 2000; 24 (4): 325-333.
23. Frommelt K. Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003; 20 (1): 13-22.
24. Jo KH, Doorenbos AZ, Gyeong JA. Effect of an end-of-life care education program among Korean nurses. *J Hospice Palliat Nurs.* 2009; 11 (4): 230-238.
25. Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: a multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application.* Washington, DC: Taylor & Francis; 1994: 121-148.
26. Frommelt KH. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care.* 1991; 8 (5): 37-44.
27. Polit DF, Beck CT, eds. *Nursing Research: Principles and Methods.* 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
28. Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, et al. Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2007; 24 (3): 202-210.

29. Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*. 2008; 6 (4): 363-369.
30. Hughes P, Parker C, Payne S, Ingleton M, Noble B. Evaluating an education program in general palliative care for community nurses. *Int J Palliat Nursing*. 2006; 12 (3): 123-131.
31. Ferrell B, Virani R, Malloy P. Evaluation of the end-of-life nursing education consortium project in the USA. *Int J Palliat Nursing*. 2006; 12 (6): 269-276.
32. Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ, Θεοδοσοπούλου Ε. Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) - Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στον θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. *Ελλ Περιοδ Νοσηλ Επιστημ* 2011; 4 (1):14-26
33. Hainsworth, D.S. The effect of death education on attitudes of hospital nurses toward care of the dying. *Oncology Nursing Forum*.1996; 23: 963–967.
34. Stoller, E.P. Effect of experience on nurses' responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing Research*.1980; 29: 35–38.
35. Irvin, S. The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*.2007; 7 (4): 30–34.
36. Payne, S.A., Dean, S.J., & Kalus, C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28 : 700–706.
37. Román, E.M., Sorribes, E., & Ezquerro, O. Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34: 338–345.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ _____

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΓΙΑΤΡΟΣ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/ Α _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____

ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝ. _____
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ _____
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ _____

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ: ΜΑΣΤΕΡ _____
 ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

 ΚΑΝΕΝΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

0 - 5 ΕΤΗ _____
5-10 ΕΤΗ _____
10-15 ΕΤΗ _____
15-20 ΕΤΗ _____
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ _____

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΕΜΠΕΙΡΕΙΑΣ

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ:

Παρακολούθησα σεμινάριο όσον αφορά τον θάνατο

Δεν παρακολούθησα κάποιο σεμινάριο όσον αφορά τον θάνατο, αλλά κάποιες αναφορές για αυτό το θέμα υπήρχαν σε άλλα σεμινάρια που παρακολούθησα

Καμία πληροφόρηση όσον αφορά τον θάνατο δεν έχω λάβει στο παρελθόν

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ:

Έχω φροντίσει ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους στο παρελθόν

Δεν έχω καμία εμπειρία όσον αφορά την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και

των οικογενειών τους

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ:

Έχω χάσει κάποιον κοντινό μου άνθρωπο τον τελευταίο χρόνο.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

άμεση οικογένεια (σύζυγος, μητέρα, πατέρας)

άλλος σημαντικός άνθρωπος

παιδί

Δεν έχω καμία εμπειρία απώλειας κοντινού μου ανθρώπου

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

Τώρα αντιμετωπίζω την απώλεια αγαπημένου μου ανθρώπου

Τώρα υπάρχει αγαπημένος μου άνθρωπος που είναι ασθενής τελικού σταδίου (προσδόκιμο επιβίωσης έξι μήνες ή λιγότερο)

Δεν αντιμετωπίζω κάποια επικείμενη απώλεια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
FATCOD

Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Αβέβαιος/η,
Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα

ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ

FATCOD - 30

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

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

1. Η παροχή φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου είναι μια αξιόλογη εμπειρία	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
2. Ο θάνατος δεν είναι ότι χειρότερο μπορεί να συμβεί σε κάποιον	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
3. Θα αισθανόμουν άβολα να μιλήσω για τον επικείμενο θάνατό του με τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
4. Η παροχή φροντίδας προς την οικογένεια θα πρέπει να συνεχιστεί και κατά την διάρκεια του θρήνου και του πένθους	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
5. Δεν θέλω να παρέχω φροντίδα σε έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
6. Οι παρέχοντες φροντίδα υγείας που δεν είναι μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να είναι αυτοί που θα μιλήσουν για τον θάνατο με τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
7. Ο χρόνος που απαιτείται για την φροντίδα ασθενή τελικού σταδίου με απογοητεύει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
8. Θα με αναστάτωνε όταν ο ασθενής τελικού σταδίου που φρόντιζα θα έχανε κάθε ελπίδα για βελτίωση της υγείας του	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
9. Είναι δύσκολο να αναπτύξεις στενές σχέσεις με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
10. Είναι στιγμές που ο ασθενής τελικού σταδίου προσμένει τον θάνατο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
11. Όταν ο ασθενής τελικού σταδίου ρωτά	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ

"Πεθαίνω;" , πιστεύω το καλύτερο είναι να αλλάξεις θέμα σε κάτι ευχάριστο

12. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στην παροχή σωματικής φροντίδας του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
13. Θα ευχόμουν ο ασθενής τελικού σταδίου τον οποίο φρόντιζα να πέθαινε όταν δεν ήμουν παρών	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
14. Φοβάμαι να γίνω φίλος με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
15. Νομίζω ότι θα ήθελα να το βάλω στα πόδια όταν ο ασθενής τελικά πεθαίνει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
16. Η οικογένεια χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη για να αποδεχτεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
17. Καθώς ο ασθενής τελικού σταδίου πλησιάζει στο τέλος οι φροντιστές υγείας, μη μέλη της οικογένειας πρέπει να αποσυρθούν από τον ασθενή	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
18. Οι οικογένειες πρέπει να ενδιαφέρονται για να συμβάλλουν στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου για όσο χρόνο του απομένει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
19. Ο ασθενής τελικού σταδίου δεν πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει αποφάσεις όσον αφορά την σωματική του φροντίδα	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
20. Οι οικογένειες πρέπει να παραμένουν όσο είναι δυνατόν ως το φυσιολογικό περιβάλλον για τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
21. Είναι ευεργετικό για τον ασθενή τελικού σταδίου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του/της	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
22. Η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
23. Οι φροντιστές υγείας πρέπει να επιτρέπουν στον ασθενή τελικού σταδίου να έχει ευέλικτο πρόγραμμα επισκεπτηρίων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
24. Ο ασθενής τελικού σταδίου και η οικογένειά του/της πρέπει να είναι οι κύριοι λήπτες των αποφάσεων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
25. Ο εθισμός στα αναλγητικά φάρμακα δεν πρέπει να είναι θέμα ανησυχίας για έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
26. Θα ήταν άβολο να μπω στο δωμάτιο ενός ασθενούς τελικού σταδίου που κλαίει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
27. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να λαμβάνουν ειλικρινείς απαντήσεις όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
28. Η εκπαίδευση των οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι δουλειά των φροντιστών υγείας μη μελών της οικογένειας	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ

29. Τα μέλη της οικογένειας που είναι κοντά στον ασθενή μπορεί να παρέμβουν στην δουλειά των επαγγελματιών φροντιστών υγείας **ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ**

30. Είναι δυνατό οι φροντιστές υγείας μη μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν στην προετοιμασία για τον θάνατο **ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ**

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DAP-R

ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP - R

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

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

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

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

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

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