



Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

«Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας»

ΓΕΩΡΓΙΑ ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ

Αριθμός Μητρώου: pmd200105

Επιβλέπων Καθηγητής: ΠΑΠΑΘΑΝΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025

Περίληψη

Εισαγωγή: Έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν έναν ήρεμο θάνατο παρά επιθετικές ιατρικές διαδικασίες που έχουν σκοπό να παρατείνουν τη διάρκεια ζωής τους. Επίσης, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης εμπλέκεται σταδιακά στις αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής ενός ατόμου, μια κρίσιμη πτυχή της σύγχρονης παρηγορητικής φροντίδας και φροντίδας στο τέλος της ζωής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η περιγραφή των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας (ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού – νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές) σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής.

Υλικό και Μέθοδος: Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 131 εργαζόμενοι στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν.Ι. 'Χατζηκώστα'. Για τη συλλογή των δεδομένων αξιοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελείται από πέντε ενότητες: τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το ερωτηματολόγιο FATCOD-30, το DAP-R, το Euthanasia Attitude Scale και το Spiritual and Religious Questionnaire.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα έδειξαν θετική στάση προς τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο (FATCOD-30) και ουδέτερη αποδοχή του θανάτου (DAP-R). Οι απόψεις για την ευθανασία (EAS) παρουσίασαν ισορροπία μεταξύ αποδοχής και επιφυλακτικότητας, ενώ οι πνευματικές ανησυχίες (SpREUK) επικεντρώθηκαν στην αντανάκλαση, υποδηλώνοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να επεξεργάζονται τις πνευματικές τους εμπειρίες στο πλαίσιο της εργασίας τους. Ωστόσο, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας με βάση το φύλο, το επάγγελμα ή τα χρόνια προϋπηρεσίας, εκτός από δύο περιπτώσεις: οι επαγγελματίες με πάνω από 20 χρόνια εμπειρίας εμφάνισαν πιο θετικές στάσεις στη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο (εκτός από την αποφυγή του θανάτου), ενώ όσοι είχαν 16-20 χρόνια προϋπηρεσίας παρουσίασαν πιο αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν κυρίως θετικές στάσεις απέναντι στις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, την πνευματικότητα και την ευθανασία. Συνολικά, οι στάσεις απέναντι στο θάνατο και στην ευθανασία επηρεάζονται από ψυχοκοινωνικούς και πνευματικούς παράγοντες, με δυνητικές επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ανακουφιστική φροντίδα, τέλος της ζωής, αποφάσεις, θάνατος, ευθανασία, πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες

Abstract

Introduction: Research has shown that most patients prefer a peaceful death to invasive medical procedures intended to prolong their life. Healthcare personnel are increasingly involved in decisions regarding the end of a person's life, a crucial aspect of modern palliative and end-of-life care.

Purpose: The purpose of this study is to describe the knowledge and attitudes of healthcare professionals (especially nursing staff – nurses and nursing assistants) regarding palliative care and end-of-life decisions.

Material and Method: The material of this study consisted of 131 nursing staff members of the Hatzikostas General Hospital. For data collection, a questionnaire consisting of five sections was used: the demographic and social characteristics of the sample, as well as the FATCOD-30 questionnaire, the DAP-R, the Euthanasia Attitude Scale and the Spiritual and Religious Questionnaire.

Results: The findings showed positive attitudes towards end-of-life care (FATCOD-30) and neutral acceptance of death (DAP-R). Views on euthanasia (EAS) showed a balance between acceptance and reticence, while spiritual concerns (SpREUK) focused on reflection, suggesting that health professionals tend to process their spiritual experiences in the context of their work. However, no statistically significant differences were found in the attitudes of health professionals based on gender, profession or years of experience, except in two cases: professionals with more than 20 years of experience showed more positive attitudes towards end-of-life care (except for avoiding death), while those with 16-20 years of experience showed more negative attitudes towards euthanasia.

Conclusions: The results showed mainly positive attitudes towards end-of-life decisions, spirituality and euthanasia. Overall, attitudes towards death and euthanasia are influenced by psychosocial and spiritual factors, with potential implications for patient care.

Keywords: palliative care, end of life, decisions, death, euthanasia, spiritual and religious concerns

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
Abstract	3
Περιεχόμενα	4
Κατάλογος Γραφημάτων	6
Κατάλογος Πινάκων.....	6
Ευχαριστίες	7
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή	8
Κεφάλαιο 2 ^ο : Στόχος και σκοποί της εργασίας.....	9
2.1 Ερευνητικά ερωτήματα	10
2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας	10
2.3 Αναστοχασμός	11
Κεφάλαιο 3 ^ο : Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
3.1 Η εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος.....	11
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	13
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφία	14
3.4 Ερευνητικό κενό.....	16
Κεφάλαιο 4 ^ο : Σχεδιασμός της Έρευνας	17
4.1 Επιστημολογία	17
4.2 Μεθοδολογία	19
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική	20
4.3.1. Δειγματοληψία μη πιθανοτήτων.....	21
4.3.2 Δειγματοληψία πιθανοτήτων	22
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	23
4.5 Περιγραφή του δείγματος.....	24
4.6 Περιγραφή του χώρου	24
4.7 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	24
4.7.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και άλλων παραμέτρων.....	25
4.7.2 FATCOD – 30, διερεύνηση των στάσεων απέναντι σε φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.....	25
4.7.3 Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)	26

4.7.4 Euthanasia Attitude Scale – EAS	26
4.7.5 Spiritual and Religious Questionnaire (SpREUK 15 items)	27
4.8 Ηθική της έρευνας.....	27
4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	28
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της έρευνας	29
5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών	29
5.1.1 Ανάλυση κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων	29
5.2 Ανάλυση δεδομένων ερωτηματολογίων	32
5.2.1 Ερωτηματολόγιο FATCOD-30	32
5.2.2 Ερωτηματολόγιο DAP-R.....	33
5.2.3 Ερωτηματολόγιο EAS	35
5.2.4 Ερωτηματολόγιο SpREUK.....	36
5.3 Επαγωγική στατιστική	38
5.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων	68
Κεφάλαιο 6:Συζήτηση	71
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων	71
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	76
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	77
Κεφάλαιο 7ο:Συμπεράσματα	79
Λίστα παραπομπών	80
Παράρτημα.....	86
Ερευνητικό πρωτόκολλο	87
Ερωτηματολόγιο	97
Εγκρίσεις χρήσης των ερωτηματολογίων	107
Έγκριση ΥΠΕ	107
Έγκριση από το ΓΝΙ Χατζηκώστα	108
Έγκριση για το ερωτηματολόγιο FATCOD-30.....	109
Έγκριση για το ερωτηματολόγιο DAP-R.....	110
Έγκριση για το ερωτηματολόγιο EAS.....	111
Έγκριση για το ερωτηματολόγιο SpREUK- 15.....	112

Κατάλογος Γραφημάτων

Σχήμα 1: Σκορ EAS σε κατηγορίες	35
Κατάλογος Πινάκων	
Πίνακας 1: Αλγόριθμος αναζήτησης	14
Πίνακας 2: Πίνακας κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων	30
Πίνακας 3: Σκορ Ερωτηματολογίου FATCOD30	32
Πίνακας 4: Σκορ θετικών και αρνητικών αντιλήψεων ερωτηματολογίου FATCOD30.....	33
Πίνακας 5: Παράγοντες DAP-R	34
Πίνακας 6: Σκορ θετικών και αρνητικών αντιλήψεων ερωτηματολογίων EAS.....	36
Πίνακας 7: Παράγοντες Ερωτηματολογίου SpREUK.....	37
Πίνακας 8: Συνολικό Σκορ ερωτηματολογίου SpREUK.....	37
Πίνακας 9: Συσχετισμοί Pearson R.....	40
Πίνακας 10: Βαθμός επιρροής φύλου με FATCOD30.....	43
Πίνακας 11: Βαθμός επιρροής φύλου με DAP-R.....	44
Πίνακας 12: Βαθμός επιρροής φύλου με EAS	45
Πίνακας 13: Βαθμός επιρροής φύλου με SpREUK.....	46
Πίνακας 14: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με FATCOD30.....	47
Πίνακας 15: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R.....	48
Πίνακας 16: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS	49
Πίνακας 17: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με SpREUK.....	50
Πίνακας 18: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με FATCOD30.....	51
Πίνακας 19: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R (ANOVA).....	53
Πίνακας 20: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R (ANOVA με συνθήκη Bonferroni)	54
Πίνακας 21: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με SpREUK.....	60
Πίνακας 22: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS	62
Πίνακας 23: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS για τις θετικές στάσεις	64
Πίνακας 24: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS για τις αρνητικές στάσεις.....	66

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Γεώργιο Παπαθανάκο, για την αμέριστη υποστήριξη και καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της παρούσας εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους καθηγητές του τμήματος για τις πολύτιμες συμβουλές τους, τους συμφοιτητές μου για τη συνεργασία και την ανταλλαγή ιδεών, καθώς και το σύζυγό μου για την αδιάκοπη ενθάρρυνση και υποστήριξή του.

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

Οι συνθήκες γύρω από τη θνησιμότητα και τη διαδικασία του θανάτου έχουν υποστεί σημαντικές μεταμορφώσεις τις τελευταίες δεκαετίες. Στη σημερινή εποχή, τα άτομα παρουσιάζουν νοσηρότητα λόγω χρόνιων προοδευτικών παθήσεων, οι οποίες συνήθως εκδηλώνονται σε προχωρημένα στάδια της ζωής (Martins Pereira et al, 2018).

Περαιτέρω, όταν οι ασθενείς πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, οι ίδιοι και/ή οι οικογένειές τους, αντιμετωπίζουν συχνά την ευθύνη να προβούν σε κρίσιμες επιλογές, όπως να αποφασίσουν εάν θα αρνηθούν μια θεραπεία που μπορεί να παρατείνει τη ζωή χωρίς όμως να υπάρχει ποιότητα ζωής, να επιλέξουν παρηγορητική φροντίδα, να καθορίσουν εάν επιθυμούν αναζωογόνηση ή μηχανική υποστήριξη σε περίπτωση κρίσιμης κατάστασης, καθώς και να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους σχετικά με τη διαχείριση του πόνου και της ανακούφισης, διασφαλίζοντας ότι οι τελευταίες τους στιγμές θα είναι σύμφωνες με τις αξίες και τις επιθυμίες τους. Συζητήσεις σχετικά με τις ιατρικές επιλογές στο τέλος της ζωής (End-of-Life, EOL) συμβαίνουν συχνά αργά στην εξέλιξη της νόσου (Lazenby et al, 2017), καθώς οι κλινικοί γιατροί συχνά δε βλέπουν την ανάγκη να ξεκινήσουν το θέμα με ασθενείς που αισθάνονται καλά, ακόμη και αν είναι άρρωστοι στο τελικό στάδιο (Keating et al, 2010). Εναλλακτικά, όταν οι συζητήσεις σχετικά με τις ιατρικές επιλογές στο τέλος της ζωής γίνονται νωρίτερα, συχνά συνδέονται με μείωση της επιθετικής θεραπείας EOL (Mack et al, 2010) και αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Baidooobonso, 2014).

Η κατανόηση των επιλογών περίθαλψης στο τέλος της ζωής (EOL) είναι απαραίτητη για τη συμμετοχή σε συζητήσεις με γιατρούς και οικείους, διευκολύνοντας τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, στη διευθέτηση κρίσιμων στοιχείων των αποφάσεων για το τέλος της ζωής και στην προετοιμασία για μια πιθανή ασθένεια (Abba et al, 2013). Η γνώση αυτή επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερο έλεγχο στις επιλογές τους, (Nevis, 2014) βελτιώνει την εμπειρία φροντίδας τους, και ενισχύει τη συνολική εμπειρία τους από τη λήψη υψηλής ποιότητας φροντίδας στο τέλος της ζωής τους (Morita et al, 2006). Η επαρκής ενημέρωση σχετικά με τις ιατρικές θεραπείες στο τέλος της ζωής (EOL) δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να λαμβάνουν συνειδητές αποφάσεις, αποφεύγοντας παρανοήσεις που θα μπορούσαν να τα οδηγήσουν σε επιλογές αντίθετες με τις πεποιθήσεις τους (Murphy et al, 1994).

Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών εκφράζει την προτίμηση για έναν ήρεμο θάνατο σε αντίθεση με τις εντατικές ιατρικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην παράταση της ζωής τους. Ως

αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη επιλογών για το τέλος της ζωής ενός ατόμου, το οποίο αποτελεί σημαντικό μέρος της σύγχρονης ανακουφιστικής φροντίδας και φροντίδας στο τέλος της ζωής. Οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής αφορούν σε ιατρικές επιλογές που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια του τέλους της ζωής. Αυτές οι αποφάσεις βασίζονται σε και επηρεάζονται από εκτιμήσεις που σχετίζονται με θεραπευτικούς, ηθικούς, κοινωνικούς, θρησκευτικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης βλέπει τη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής ως περίπλοκη, προκλητική και απαιτητική διαδικασία, και αυτές οι αποφάσεις συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση και την ηθική αγωνία (Hernández-Marrero et al, 2016).

Τα σενάρια τέλους ζωής συχνά χαρακτηρίζονται από ευπάθεια, περιορίζοντας την αυτονομία των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συμμετοχή των φροντιστών στις συνομιλίες κρίνεται απαραίτητη (DeRoo et al., 2013). Παρότι διεθνείς οργανισμοί έχουν εκδώσει συστάσεις για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής, η πρακτική εφαρμογή και η τήρησή τους παραμένουν περιορισμένες (Strech & Schildmann, 2011).

Το Συμβούλιο της Ευρώπης (CoE) παρουσίασε τον «Οδηγό για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους ζωής» το 2014 που ξεκίνησε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Συμβουλίου της Ευρώπης. Οι στόχοι αυτού του οδηγού είναι να παράσχει κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στην ιατρική περίθαλψη για καταστάσεις στο τέλος της ζωής, να ενοποιήσει τόσο τις κανονιστικές όσο και τις δεοντολογικές αναφορές και στοιχεία που σχετίζονται με καλές κλινικές πρακτικές, και να συμβάλει στην ευρύτερη συζήτηση σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε καταστάσεις στο τέλος της ζωής, αντιμετωπίζοντας συγκεκριμένα τις περίπλοκες περιστάσεις που συναντώνται σε αυτό το πλαίσιο (Council of Europe, 2014).

Κεφάλαιο 2ο: Στόχος και σκοποί της εργασίας

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η περιγραφή των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας (ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού – νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών) σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Περαιτέρω διερευνάται η πιθανότητα ύπαρξης πιθανών στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και άλλους παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης ή την εργασιακή εμπειρία, καθώς και εκτιμώνται οι εκπαιδευτικές ανάγκες τους στις αποφάσεις για το τέλος της ζωής.

2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Προκύπτουν, ως εκ τούτου, τα ακόλουθα ερωτήματα/ υποθέσεις:

H1: Οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κτλ.), όσον αφορά τις γνώσεις σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής;

H2: Οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κτλ.), όσον αφορά στις στάσεις τους για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

H3: Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν θετικότερες αντιλήψεις σχετικά με το θάνατο διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στις στάσεις τους για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου από τα άτομα που έχουν αρνητικότερες αντιλήψεις για το θάνατο.

2.2 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας

Παρόλο που το Συμβούλιο της Ευρώπης (CoE) παρουσίασε τον «Οδηγό για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους ζωής» το 2014, ο Οδηγός δεν είναι νομικά εκτελεστός στα ευρωπαϊκά έθνη λόγω της διαφοράς στο πολιτιστικό, κοινωνικό και νομικό καθεστώς. Αναλαμβάνει απλώς μια συμβουλευτική λειτουργία ενώ υπάρχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την επιτυχή εκτέλεση του πλαισίου και των κατευθυντήριων γραμμών για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής στα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να φροντίσει τους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους παρέχοντας ανακουφιστικά φροντίδα, και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που καταδεικνύει κενό ως προς τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού (που περιγράφεται σε επόμενη ενότητα), κρίθηκε αναγκαίο η παρούσα εργασία να πραγματευθεί αυτό το εξέχουσας σημασίας ζήτημα (Martins Pereira et al, 2018).

2.3 Αναστοχασμός

Η ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας ενείχε σημαντικές πτυχές. Ως νοσηλεύτρια επί καθημερινής βάσης έχω να διαχειριστώ ζητήματα που αφορούν στην ανακουφιστική φροντίδα και στο θάνατο, κάτι που έχει επιρροή στην ψυχολογία μου, αλλά και στην ευημερία μου ως εργαζόμενη. Πριν από την παρούσα έρευνα υπέθετα ότι οι εργαζόμενοι στον ιατρονοσηλευτικό τομέα θα είχαν περισσότερο αρνητικές απόψεις έναντι των θετικών που καταδείχθηκαν. Ωστόσο αυτό όπως διαφάνηκε έχει να κάνει με την εμπειρία και τα πολλά χρόνια εργασίας.

Διενεργώντας την παρούσα έρευνα, διαπίστωσα ότι παρά τις γενικές απόψεις που μπορεί να διατυπώνονται όταν διενεργούνται συζητήσεις μεταξύ των εργαζόμενων, η πραγματικότητα καταδείχθηκε διαφορετική. Είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί ότι η παρούσα εργασία αποτέλεσε εφαλτήριο ώστε να τονιστεί η ανάγκη εκπαίδευσης των νεότερων ως προς την ανακουφιστική φροντίδα και τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, αλλά και το θάνατο.

Κεφάλαιο 3ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Η εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος

Την τελευταία δεκαετία, υπήρξε μια γρήγορη ανάπτυξη των πρακτικών παρηγορητικής φροντίδας στα ιδρύματα υγείας. Η ιδέα της φροντίδας στο τέλος της ζωής (EOL) ποικίλλει παγκοσμίως και η κατανόηση, οι στάσεις και η συμμετοχή των νοσηλευτών στη φροντίδα EOL διαφέρουν (Badir et al., 2016; Langley et al., 2014; Wilson et al., 2016). Σε τέτοιες καταστάσεις, οι νοσηλευτές συχνά εμπλέκονται περισσότερο με ασθενείς με παρηγορητική φροντίδα σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές αναμένεται να διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις για να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε κρίσιμες καταστάσεις. Αυτό περιλαμβάνει εμπειρία στη φροντίδα ασθενών με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Church, 2016; Fuoto & Turner, 2019) και βοήθεια στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών. Η απουσία σαφών και ολοκληρωμένων εξηγήσεων για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (EOL) από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στις επιλογές που κάνουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους (Cable-Williams et al., 2014; Johnstone et al., 2016; Sritharan et al., 2017).

Προηγούμενες μελέτες εξέτασαν κυρίως την παροχή φροντίδας από νοσηλευτές σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Kao et al., 2013; Su et al., 2008; Wilson et al., 2016), καθώς και το άγχος που βιώνουν οι φροντιστές κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη συνεχιζόμενη θεραπεία ασθενών (Kao et al., 2016). Υπάρχει ανεπάρκεια μελετών που εξετάζουν την ικανότητα και την αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (EOL), καθώς και τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις των νοσηλευτών σε αυτόν τον τομέα. Οι νοσηλευτές συχνά δίνουν προτεραιότητα στην παροχή φροντίδας με στόχο τη βελτιστοποίηση της άνεσης του ασθενούς και την ανακούφιση της σωματικής δυσφορίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό για αυτούς να διαθέτουν εμπειρία στην καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους στην αξιολόγηση της καταλληλότητας της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής τους. Οι νοσηλευτές που λαμβάνουν ολοκληρωμένη εκπαίδευση στην παρηγορητική φροντίδα και στη φροντίδα στο τέλος της ζωής, έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν την ικανότητά τους να παρέχουν εξαιρετική φροντίδα που χαρακτηρίζεται από σεβασμό, αποδοχή και ειλικρίνεια.

Η ευθανασία, ελληνικής προέλευσης όρος που σημαίνει ήρεμος θάνατος, αποτελεί κεντρικό ζήτημα στη σύγχρονη βιοηθική. Οι τεχνολογικές εξελίξεις και οι πολιτισμικές διαφοροποιήσεις δημιουργούν νέα ηθικά διλήμματα. Ασθενείς που φοβούνται την παράταση της ζωής με αφόρητη δυσφορία ή την επιβάρυνση των οικείων τους συχνά επιθυμούν ευθανασία, προκαλώντας διχασμό στην επιστημονική κοινότητα και την κοινωνία. Για τους φροντιστές, παραμένει ηθική πρόκληση, ενώ ο Ιπποκρατικός όρκος προσφέρει επιχειρήματα και υπέρ και κατά της πρακτικής (Malliarou et al., 2022).

Η ανάλυση της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης πράξης του τέλους της ζωής έχει οδηγήσει σε πολλούς ορισμούς, μερικοί εκ των οποίων δεν αξιολογούν ηθικά τις πράξεις αυτές. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση Παρηγορητικής Φροντίδας (EAPC) και τη Διεθνή Ένωση για την Παρηγορητική Φροντίδα, η ευθανασία αφορά στον εκούσιο τερματισμό της ζωής με τη χορήγηση φαρμάκων από γιατρό, ενώ η υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Physician-assisted suicide, PAS) συνίσταται στη σκόπιμη ιατρική βοήθεια προς ένα άτομο που επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του, κατόπιν εθελοντικού αιτήματος (Gutierrez-Castillo et al., 2020).

Η εθελοντική ευθανασία, η οποία απαιτεί την άδεια του ασθενούς, επιτρέπεται νόμιμα σε περιορισμένο αριθμό χωρών, όπως ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία, το Βέλγιο, η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο, η Κολομβία, η Ισπανία και ορισμένες πολιτείες της Αυστραλίας (Herath et al., 2011).

Η συζήτηση και η νομική ρύθμιση γύρω από την ενεργητική, παθητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι πιο ανεπτυγμένες σε ορισμένες χώρες. Αυτό μπορεί να επηρεάζει την εξοικείωση των γιατρών ΜΕΘ στην Ελλάδα με τη σχετική ορολογία, συγκριτικά με συναδέλφους τους σε χώρες με νομοθετικά πλαίσια που ρυθμίζουν αυτές τις πρακτικές. Αναγνωρίζουν την αυτονομία του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τερματισμό της ζωής τους και υποστηρίζουν τη συνεργατική διαδικασία λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένου

του ασθενούς, της οικογένειάς του και του θεραπευτή (Kranidiotis et al 2015).

Με την ενασχόληση με επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα γιατρούς και νοσηλευτές, που αλληλοεπιδρούν με άτομα στα τελευταία στάδια της ζωής τους, μπορεί κανείς να αναπτύξει τεκμηριωμένες προοπτικές για την ευθανασία. Αυτές οι προοπτικές μπορεί να αποκλίνουν από τις κοινώς διαδεδομένες πεποιθήσεις του ευρύτερου πληθυσμού και μπορεί να διαμορφωθούν από την τακτική έκθεσή τους στη θνησιμότητα.

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αναπτύχθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης για δημοσιεύσεις που αφορούσαν ιδιαίτερα τη διαδικασία αναζήτησης, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτής της εργασίας. Ως αποτέλεσμα, πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις για την ένταξη των άρθρων:

- 1) Τα άρθρα έπρεπε να έχουν δημοσιευθεί στο χρονικό πλαίσιο 2000-σήμερα.
- 2) Τα άρθρα πρέπει να αποτελούν έρευνες που έχουν διεξαχθεί από άλλους ερευνητές είτε ποσοτικές είτε ποιοτικές.
- 3) Τα άρθρα θα πρέπει να είναι δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα.
- 4) Τα άρθρα πρέπει να είναι σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα.
- 5) Τα άρθρα μπορούν να έχουν δημοσιευθεί σε οποιαδήποτε βάση δεδομένων

Η θέσπιση των κριτηρίων αποκλεισμού είναι εξίσου εξέχουσας σημασίας. Επομένως, ως κριτήρια αποκλεισμού θεσπίζονται τα ακόλουθα:

- 1) Τα άρθρα δεν πρέπει να είναι μετα-αναλύσεις ή άλλες συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.
- 2) Δε θα συμπεριληφθούν άρθρα που είναι γραμμένα σε άλλες γλώσσες πέρα από τις ως άνω οριζόμενες.

Λαμβάνοντας υπόψη τις προηγούμενες πληροφορίες, η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση συγκεκριμένων όρων που σχετίζονται με το θέμα που μελετάται, όπως end of life decisions, nurses, views, attitudes. Η χρήση των προαναφερθέντων λέξεων-κλειδιών, μαζί με τους λογικούς τελεστές AND, OR ή συνδυασμό και των δύο, είχε ως αποτέλεσμα την ανάκτηση των επόμενων δεδομένων. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στο Scopus.

Πίνακας 1: Αλγόριθμος αναζήτησης

	<u>Λέξεις κλειδιά</u> <u>στα Αγγλικά</u>	<u>Αποτελέσματα</u>
1	End of life decisions	26.600.000
2	Nurses	2.960.000
3	Views	841.000
4	Attitudes	600.000
7	#1 AND #2 AND #3AND#4 AND#5	576.000

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των εγγράφων χρησιμοποιώντας μια συστηματική μέθοδο εξέτασης των αποδεικτικών στοιχείων και αξιολόγησης της ποιότητας των ερευνητικών άρθρων. Σκοπός αυτής της αξιολόγησης ήταν να εξακριβωθεί η καταλληλότητα και η χρησιμότητα των προαναφερθέντων πηγών για το τρέχον έργο (Holland & Rees, 2010).

Αυτό το πλαίσιο επικεντρώθηκε αρχικά στη συστηματική διάταξη του άρθρου, ξεκινώντας από τον τίτλο και την περίληψη, για να καθορίσει τη λογική σειρά και τη σημασία που σχετίζεται με το κύριο θέμα μελέτης. Οι επιλεγμένες λέξεις-κλειδιά αντιπροσώπευαν με ακρίβεια το θέμα της μελέτης και οι συγγραφείς είχαν τα απαραίτητα προσόντα για να πραγματοποιήσουν την έρευνα. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκε η εισαγωγή, ο σκοπός και η μεθοδολογία και ακολούθησε αξιολόγηση των εξαγόμενων ευρημάτων και συμπερασμάτων των άρθρων για να εξακριβωθούν τα αντίστοιχα πλεονεκτήματα και περιορισμοί τους. Αυτή η ανασκόπηση προσπάθησε να εξακριβώσει τη συνάφεια αυτών των εργασιών με την ποσοτική μελέτη που διεξήχθη σε αυτήν την εργασία, η οποία επικεντρώνεται στις προοπτικές του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις επιλογές στο τέλος της ζωής.

Η επιλογή των τριών επικρατέστερων άρθρων πραγματοποιήθηκε μέσω μιας αυστηρής διαδικασίας φιλτραρίσματος και αξιολόγησης. Αρχικά, καθορίστηκαν κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, όπως το χρονικό εύρος, η επιστημονική εγκυρότητα, η θεματολογία και η μεθοδολογική ποιότητα. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε ένας

αρχικός φιλτράρισμα των άρθρων βάσει τίτλων και περιλήψεων, μειώνοντας τον αριθμό στα 100-150. Στη συνέχεια, έγινε ενδελεχής ανάγνωση και ανάλυση του περιεχομένου, περιορίζοντας τα άρθρα στα 20-30. Τέλος, η τελική επιλογή των τριών σημαντικότερων άρθρων βασίστηκε στη συνθετική ανάλυση, στην επιστημονική απήχηση και στην πρωτοτυπία τους, εξασφαλίζοντας ότι προσφέρουν τα πιο κρίσιμα ευρήματα και τη μεγαλύτερη συνεισφορά στη βιβλιογραφία. Ως αποτέλεσμα, εντοπίστηκαν τα ακόλουθα τρία άρθρα:

Οι Shi et al (2019) υποστήριξαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών βίωσε αρνητικά συναισθήματα όπως οργή, αμφιβολία, τρόμο και άγχος όταν ήρθαν αντιμέτωποι με το θάνατο και τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Στην έρευνά τους που πραγματοποιήσαν στην Κίνα από το Μάιο του 2017 έως τον Δεκέμβριο του 2017, χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο σε 132 επαγγελματιών κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης από 10 κοινοτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στην πόλη Changzhi. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησε τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με τη φροντίδα και τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Από τους 132 παρόχους κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης που ερευνήθηκαν, οι 70 διαφάνηκε ότι είχαν γνώσεις για το υπό διερεύνηση θέμα. Αξιολογήθηκε η συνολική τους ικανότητα για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους ως ανεπαρκής. Η μέση βαθμολογία για τις στάσεις ήταν 3,47 με τυπική απόκλιση 0,44. Η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενούς, η οποία είχε βαθμολογία 2,91 με τυπική απόκλιση 0,65. Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης με πάνω από 11 χρόνια εμπειρίας, προσωπικές εμπειρίες απώλειας αγαπημένων προσώπων ή φίλων και προηγούμενη εμπειρία στη φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο είχαν πιο ευνοϊκές απόψεις. Παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των απόψεων των επαγγελματιών υγείας της κοινότητας για το θάνατο και της στάσης τους απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής ($r=-0,282$, $P<.01$). Οι κύριοι παράγοντες που επηρέασαν τη στάση απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής ήταν οι στάσεις απέναντι στο θάνατο ($\beta=-0,342$), οι προσωπικές εμπειρίες θανάτου συγγενών ($\beta=-0,207$), οι προσωπικές εμπειρίες φροντίδας του ετοιμοθάνατου ($\beta=0,185$), και επαγγελματική εργασιακή εμπειρία ($\beta=0,171$). Οι κοινοτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είχαν θετικές απόψεις για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους, αλλά δεν είχαν συστηματική και επαγγελματική γνώση και ικανότητες που απαιτούνται για την παροχή περίθαλψης σε τερματικούς ασθενείς, καταδεικνύοντας έτσι ότι η εκπαίδευση είναι υψίστης σημασίας.

Οι Arends et al (2022) πραγματοποίησαν έρευνα στην Ολλανδία τον Απρίλιο και τον Μάιο του 2019, υλοποιώντας μία συγχρονική μελέτη. Συνολικά 179 νοσηλευτές νοσοκομείων από διάφορα ιδρύματα, που παρέχουν φροντίδα σε ενήλικες ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής συμμετείχαν στην έρευνα. Οι νοσηλευτές αναγνώρισαν ομόφωνα τη σημασία της συμμετοχής τους στην κοινή λήψη αποφάσεων σχετικά με θεραπείες που μπορούν να παρατείνουν τη ζωή. Εξέφρασαν το υψηλότερο επίπεδο συμφωνίας με δηλώσεις όπως «Είναι δική μου ευθύνη να συνηγορώ για τον ασθενή μου» και «Είναι ζωτικής σημασίας ο ρόλος μου στη βοήθεια των ασθενών να

είναι σαφώς καθορισμένος». Ωστόσο, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι συχνά δε συμμετέχουν στην κοινή λήψη αποφάσεων στην καθημερινή τους εργασία. Συγκεκριμένα, ασχολούνται λιγότερο με την ενεργό επικοινωνία σχετικά με τις επιλογές θεραπείας και την παροχή υποστήριξης στους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων.

Οι Hernandez - Marrero et al (2018) διεξήγαγαν μια μελέτη για να εξετάσουν τις ηθικές αρχές που δίνουν προτεραιότητα οι νοσηλευτές στην παρηγορητική φροντίδα όταν λαμβάνουν αποφάσεις στο τέλος της ζωής τους. Οι ερευνητές στόχευαν επίσης να προσδιορίσουν εάν αυτές οι αρχές ευθυγραμμίζονται με το πλαίσιο και τις συστάσεις του Οδηγού. Επιπλέον, η μελέτη προσπάθησε να εντοπίσει τα πιο κοινά αμφισβητούμενα ή αμφιλεγόμενα ζητήματα που προκύπτουν στις τρέχουσες πρακτικές φροντίδας στο τέλος της ζωής αυτών των νοσηλευτών. Η μελέτη περιλάμβανε ποιοτική δευτερογενή ανάλυση. Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε τρία ποιοτικά σύνολα δεδομένων, αποτελούμενα από 32 συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με νοσηλευτές που εργάζονταν στην παρηγορητική φροντίδα στην Πορτογαλία, όπως τεκμηριώθηκε προηγουμένως σε άλλες μελέτες. Κάθε νοσηλευτής που συμπεριλήφθηκε στη μελέτη τόνισε τη σημασία της αυτονομίας ως θεμελιώδη ηθική έννοια στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Συχνά συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής. Τα θέματα της παρηγορητικής καταστολής και της επικοινωνίας ήταν τα πιο συχνά συζητούμενα και συζητημένα προβλήματα. Το αποτέλεσμα της μελέτης των Hernandez-Marrero et al. (2018) έδειξε ότι οι νοσηλευτές στην παρηγορητική φροντίδα δίνουν προτεραιότητα στην αυτονομία ως βασική ηθική αρχή κατά τη λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής. Οι νοσηλευτές συχνά εμπλέκονται ενεργά σε αυτές τις αποφάσεις. Επιπλέον, η μελέτη εντόπισε ότι τα πιο αμφιλεγόμενα και συχνά συζητούμενα ζητήματα στις τρέχουσες πρακτικές φροντίδας στο τέλος της ζωής είναι η παρηγορητική καταστολή και η επικοινωνία. Τα ευρήματα υποδηλώνουν την ανάγκη για σαφείς κατευθυντήριες γραμμές και εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τη λήψη ηθικών αποφάσεων στην παρηγορητική φροντίδα.

3.4 Ερευνητικό κενό

Παρόλο που το Συμβούλιο της Ευρώπης (CoE) παρουσίασε τον «Οδηγό για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους ζωής» το 2014, ο Οδηγός δεν είναι νομικά εκτελεστός στα ευρωπαϊκά έθνη λόγω της διαφοράς στο πολιτιστικό, κοινωνικό και νομικό καθεστώς. Αναλαμβάνει απλώς μια συμβουλευτική λειτουργία ενώ υπάρχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την επιτυχή εκτέλεση του

πλαισίου και των κατευθυντήριων γραμμών για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής στα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Martins Pereira et al, 2018).

Επί του παρόντος, αρκετοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει ελάχιστη γνώση σχετικά με την έκταση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις φροντίδας στο τέλος της ζωής στη γενική κοινότητα συμπεριλαμβανομένων και του νοσηλευτικού προσωπικού (Vilpert et al, 2022).

Οι Lin et al (2021) τόνισαν ότι υπάρχει έλλειψη ολοκληρωμένης έρευνας που να ασχολείται με την ικανότητα και την κατανόηση των νοσηλευτών στην παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (EOL). Οι νοσηλευτές συχνά δίνουν προτεραιότητα στην παροχή θεραπείας για τη βελτιστοποίηση της άνεσης του ασθενούς και την ανακούφιση της σωματικής δυσφορίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό για αυτούς να διαθέτουν τεχνογνωσία στην καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους στην αξιολόγηση της καταλληλότητας της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής τους.

Κεφάλαιο 4ο: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1 Επιστημολογία

Η επιστημολογία είναι μια φιλοσοφική επιστήμη που επικεντρώνεται στην εξέταση και ανάλυση της γνώσης και των πεποιθήσεων. Οριοθετεί τις μεθόδους με τις οποίες λαμβάνονται, κατανοούνται και χρησιμοποιούνται πληροφορίες σχετικά με τη φύση της ύπαρξης. Δεκαπέντε Αυτό το παράδειγμα δίνει έμφαση στη σύνδεση μεταξύ του ατόμου που κάνει την ερώτηση και της πληροφορίας που θεωρείται γνώση. Η επιστημολογία είναι ζωτικής σημασίας καθώς ενισχύει τον βαθμό βεβαιότητας του ερευνητή στα δεδομένα του. Έχει αντίκτυπο στη μεθοδολογία και τη στρατηγική που χρησιμοποιούν οι ερευνητές ενώ ανακαλύπτουν και αναζητούν λύσεις σε όλη τη διαδικασία της μελέτης (Alele & Malau-Aduli, 2023). Κατά την εξέταση της επιστημολογίας της έρευνας, ο ερευνητής έχει την επιλογή να διερευνήσει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποιος είναι ο ορισμός της γνώσης;
- Ποια είναι η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι αποκτούν γνώση και ποια είναι τα όρια ή οι

περιορισμοί της γνώσης;

- Μπορεί να χρειαστεί πρόσθετη έρευνα;
- Ποια είναι η αποδεκτή γνώση στον τομέα σπουδών μας;

Η γνωσιολογική θέση των ερευνητών στον τομέα της υγείας σχετίζεται με τις υποκείμενες πεποιθήσεις τους για τη γνώση και την απόκτησή της. Οι ερευνητές μπορούν να υιοθετήσουν διάφορες επιστημολογικές απόψεις, όπως ο θετικισμός, ο ερμηνευτισμός, η κριτική θεωρία και ο πραγματισμός.

Θετικισμός: Ο θετικισμός βασίζεται στην ιδέα ότι η γνώση μπορεί να αποκτηθεί με αμερόληπτη παρατήρηση και ποσοτικοποίηση. Οι ερευνητές που ασπάζονται μια θετικιστική προσέγγιση προσπαθούν να παρέχουν έρευνα που είναι αντικειμενική, μετρήσιμη και ικανή να αναπαραχθεί, με σκοπό την πρόβλεψη και άσκηση ελέγχου στα περιστατικά. Για παράδειγμα, ένας ερευνητής που διερευνά την αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου μπορεί να πραγματοποιήσει μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για να αξιολογήσει την επιρροή του στα αποτελέσματα των ασθενών (Alele & Malau-Aduli, 2023).

Ο ερμηνευτισμός υποστηρίζει ότι η γνώση δημιουργείται μέσω της διαδικασίας της ανθρώπινης ερμηνείας και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Υπογραμμίζει την υποκειμενική και ερμηνευτική πτυχή της ανθρώπινης εμπειρίας (Alele & Malau-Aduli, 2023). Οι ερευνητές που ασπάζονται μια ερμηνευτική προοπτική στοχεύουν να κατανοήσουν τις υποκειμενικές συναντήσεις των προσώπων και τη σημασία που αποδίδουν σε τέτοιες συναντήσεις. Για παράδειγμα, ένας ερευνητής που διερευνά το φαινόμενο του χρόνιου πόνου μπορεί να χρησιμοποιήσει ποιοτικές μεθοδολογίες για να εξετάσει τις αφηγήσεις και τις απόψεις των ασθενών για την εμπειρία τους να ζουν με τον πόνο. Η κριτική θεωρία υποστηρίζει ότι η γνώση επηρεάζεται από σχέσεις εξουσίας και κοινωνικά συστήματα. Οι ερευνητές που ασπάζονται μια οπτική της κριτικής θεωρίας στοχεύουν να αποκαλύψουν και να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες εξουσίας και τις αδικίες μέσα στην κοινωνία. Για παράδειγμα, ένας ερευνητής που ερευνά τις ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να χρησιμοποιήσει την κριτική θεωρία για να εξετάσει πώς οι κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές οδηγούν σε ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Alele & Malau-Aduli, 2023).

Τέλος, ο πραγματισμός δίνει έμφαση στην πρακτική εφαρμογή της γνώσης. Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν μια ρεαλιστική προσέγγιση προσπαθούν να παρέχουν έρευνα που είναι τόσο θεωρητικά αυστηρή όσο και σχετική με πρακτικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, ένας ερευνητής που ερευνά την εκτέλεση μιας νέας παρέμβασης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να χρησιμοποιήσει μικτές μεθόδους για τη συλλογή

τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών δεδομένων προκειμένου να κατανοήσει την πρακτική αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Alele & Malau-Aduli, 2023).

Γενικά, οι επιστημολογικές θέσεις των ερευνητών έχουν σημαντικές συνέπειες για τις έρευνες που θέτουν, τις μεθοδολογίες που χρησιμοποιούν και τα συμπεράσματα που εξάγουν. Η απόκτηση εικόνας για τις επιστημολογικές προοπτικές των ερευνητών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στη διεξαγωγή λεπτομερούς ανάλυσης των αποτελεσμάτων της μελέτης και λαμβάνοντας υπόψη τους ευρύτερους κοινωνικούς, πολιτιστικούς και πολιτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (Alele & Malau-Aduli, 2023).

4.2 Μεθοδολογία

Είναι σημαντικό να εξακριβωθεί η κατάλληλη μεθοδολογία σε κάθε ερευνητική επιχείρηση. Η μεθοδολογία είναι μια θεωρητική δομή που παρέχει τη βάση για τη διεξαγωγή έρευνας. Η μεθοδολογία βασίζεται σε μια συγκεκριμένη επιστημολογία-οντολογία, η οποία αποτελεί τη βάση για τον προσδιορισμό των ακριβών διαδικασιών, τεχνικών και οργάνων που θα χρησιμοποιηθούν σε κάθε ερευνητική μελέτη (Gonot-Shaipinsky & Garip, 2019). Από γνωσιολογική άποψη, η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει τη μέτρηση μιας εξωτερικής πραγματικότητας χρησιμοποιώντας στατιστικές μεθόδους και τη δημιουργία υποθέσεων. Ο ερευνητής στοχεύει να διατηρήσει την αμεροληψία ελαχιστοποιώντας την επίδρασή τους στα αποτελέσματα. Η αριθμητική φύση των δεδομένων μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε την ποσότητα της αντίδρασης. Η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων διεξάγονται με τη χρήση στατιστικών μεθοδολογιών, όπως υποδεικνύεται από τον Yilmaz (2013).

Ο πρωταρχικός στόχος της ποσοτικής ανάλυσης είναι να εντοπίσει τους βασικούς παράγοντες που προκαλούν αλλαγές στα κοινωνικά φαινόμενα χρησιμοποιώντας αυστηρές τεχνικές μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης. Συνήθως, αυτού του είδους η μελέτη χρησιμοποιεί επαγωγικό συλλογισμό, στον οποίο ο ερευνητής ξεκινά με μια προκαθορισμένη υπόθεση και προβλέπει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Το υλικό του χρήστη στερείται επαρκών πληροφοριών για να επαναδιατυπωθεί με ακαδημαϊκό τρόπο.

Η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις. Υπάρχουν τρεις διαφορετικές μεθοδολογίες έρευνας: η περιγραφική, η παρατήρηση και η πειραματική. Η περιγραφική έρευνα επικεντρώνεται στην έρευνα ενός συγκεκριμένου περιστατικού, ενώ η έρευνα παρατήρησης περιλαμβάνει την παρατήρηση και την αξιολόγηση δεδομένων. Η πειραματική έρευνα, από την άλλη πλευρά, χρησιμοποιεί μια επιστημονική προσέγγιση και συνεπάγεται τη μέτρηση και την ανάλυση των αποτελεσμάτων από μια ομάδα μελέτης με διάφορους παράγοντες.

Μέσα στο πειραματικό πλαίσιο, ο ερευνητής έχει την ικανότητα να τροποποιεί και να κυβερνά τις ρυθμίσεις. Οι πειραματικές μελέτες διαφέρουν από τις μη πειραματικές μελέτες στο ότι δεν περιλαμβάνουν τον ερευνητή που εμπλέκεται σε παραποίηση ή χειραγώγηση. Η συσχετιστική έρευνα, που χρησιμοποιείται συχνά στις κοινωνικές επιστήμες, επιτρέπει τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών και της επίδρασής τους στις εξαρτημένες μεταβλητές (Abood & Atalwany, 2021). Τα ερωτηματολόγια, τα οποία χρησιμοποιούνται συχνά στην ποσοτική κοινωνική έρευνα, χρησιμεύουν ως πολύτιμα εργαλεία για τη συλλογή σχετικών δεδομένων μελέτης. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν ερωτήσεις κλειστού τύπου που είναι πιο εύκολο να αξιολογηθούν και μπορούν να υποβληθούν σε στατιστική ανάλυση. Επιπλέον, αυτές οι έρευνες μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, στις οποίες οι συμμετέχοντες δεν έχουν προκαθορισμένες επιλογές και αντ' αυτού ενθαρρύνονται να υποβάλουν τις δικές τους απαντήσεις (Chu & Ke, 2017). Ως εκ τούτου, ο ερευνητής επιλέγει τη μεθοδολογία που ευθυγραμμίζεται πιο αποτελεσματικά με τους στόχους της μελέτης του.

Η έμφαση στη σημασία της στάθμισης των αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί ότι οι εξαγόμενες πληροφορίες δεν αφορούν μόνο το αρχικό αντικείμενο της μελέτης αλλά προσφέρουν επίσης αξιόπιστα και αυθεντικά ερευνητικά δεδομένα.

Με βάση τις πληροφορίες που παρασχέθηκαν, συνήχθη το συμπέρασμα ότι για την παρούσα μελέτη κατέστη αναγκαία η υιοθέτηση της ποσοτικής περιγραφικής συγχρονικής ερευνητικής διαδικασίας. Η παρούσα έρευνα κατηγοριοποιείται ως περιγραφική συγχρονική έρευνα, με στόχο την τεκμηρίωση του πληθυσμού σύμφωνα με ορισμένες παραμέτρους. Η ποσοτική περιγραφική συγχρονική έρευνα συνεπάγεται τη διαδικασία μέτρησης και ποσοτικοποίησης των προτιμήσεων, απόψεων και στάσεων του υπό διερεύνηση πληθυσμού που στην παρούσα περίπτωση αποτελούν γιατροί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων 'Γ. Χατζηκώστα'.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Η δειγματοληψία είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της ερευνητικής τεχνικής που επιτρέπει στους ερευνητές να εξάγουν σημαντικά συμπεράσματα για μεγαλύτερους πληθυσμούς αναλύοντας μικρότερα δείγματα. Η επιλογή των κατάλληλων διαδικασιών δειγματοληψίας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της ακρίβειας και της αξιοπιστίας των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Η κατανόηση ενός ευρέος φάσματος δειγματοληπτικών τεχνικών και οι πρακτικές τους χρήσεις είναι ζωτικής σημασίας για τους ερευνητές σε διάφορους κλάδους. Υπάρχουν δύο

διαφορετικές μέθοδοι δειγματοληψίας: η δειγματοληψία πιθανοτήτων και η δειγματοληψία μη πιθανοτήτων (Wang, 2024).

4.3.1. Δειγματοληψία μη πιθανοτήτων

4.3.1.1. Δειγματοληψία ευκολίας

Η δειγματοληψία ευκολίας είναι μια μη πιθανολογική μέθοδος δειγματοληψίας στην οποία οι ερευνητές επιλέγουν άτομα που είναι εύκολα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν στη μελέτη. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συχνά σε καταστάσεις όπου είναι δύσκολο να συλλεχθούν ακριβή δείγματα από τον πληθυσμό-στόχο λόγω περιορισμών όπως ο χρόνος, οι οικονομικοί πόροι ή άλλοι περιοριστικοί παράγοντες (Wang, 2024).

4.3.1.2 Σκόπιμη δειγματοληψία

Η σκόπιμη δειγματοληψία περιλαμβάνει τη σκόπιμη επιλογή μονάδων από έναν πληθυσμό για τη δημιουργία δειγμάτων που θεωρούνται τυπικά ή αντιπροσωπευτικά. Αυτή η επιλογή βασίζεται στην ανθρώπινη γνώση, εμπειρία και κρίση (Wang, 2024).

4.3.1.3 Δειγματοληψία

Ο δειγματολήπτης αποκτά ένα δείγμα που είναι περίπου ανάλογο με τη δομή της εμφάνισης ποικιλίας σε ορισμένα χαρακτηριστικά, σύμφωνα με την καθορισμένη ποσόστωση. Η διαδικασία αρχικά κατηγοριοποιεί τον πληθυσμό με βάση ορισμένα κριτήρια και ορίζει μια αναλογική ποσόστωση μονάδων που θα εξεταστούν για κάθε ομάδα. Στη συνέχεια, ο δειγματολήπτης κάνει μια δειγματοληψία κρίσης για κάθε κατηγορία. Ωστόσο, πάσχει από το ίδιο πρόβλημα με τη σκόπιμη δειγματοληψία (Wang, 2024).

4.3.2 Δειγματοληψία πιθανοτήτων

4.3.2.1. Απλή τυχαία δειγματοληψία

Η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι μια μορφή δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται στην έρευνα που περιλαμβάνει την επιλογή ατόμων ή στοιχείων από έναν πληθυσμό με τυχαίο και αμερόληπτο τρόπο (Wang, 2024).

Η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι μια βασική και ουσιαστική μέθοδος δειγματοληψίας, όπου κάθε άτομο σε έναν πληθυσμό έχει ίσες πιθανότητες να επιλεγεί για το δείγμα. Επιπλέον, οποιοδήποτε βιώσιμο δείγμα συγκεκριμένου μεγέθους έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί. Αυτή η μεθοδολογία διασφαλίζει ότι το δείγμα είναι μια αληθινή αναπαράσταση του συνολικού πληθυσμού, μειώνοντας την πιθανότητα μεροληψίας και αυξάνοντας την ικανότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Για να εκτελέσουν την απλή τυχαία δειγματοληψία, οι ερευνητές πρέπει πρώτα να επιλέξουν τον ακριβή πληθυσμό που θέλουν να μελετήσουν. Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας για αυτούς να επιλέξουν ένα κατάλληλο μέγεθος δείγματος, το οποίο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το ερώτημα της μελέτης, ο απαιτούμενος βαθμός ακρίβειας και οι διαθέσιμοι πόροι. Μόλις καθοριστεί το μέγεθος του δείγματος, οι ερευνητές χρησιμοποιούν μια μέθοδο τυχαιοποίησης, όπως μια γεννήτρια τυχαίων αριθμών ή μια βάση δεδομένων τυχαίων αριθμών, για να επιλέξουν άτομα από τον πληθυσμό (Wang, 2024).

Η απλή τυχαία επιλογή διασφαλίζει ότι κάθε άτομο στον πληθυσμό έχει ίσες πιθανότητες να επιλεγεί, μειώνοντας έτσι την προκατάληψη και βελτιώνοντας την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Επιπλέον, διευκολύνει τη στατιστική εξαγωγή συμπερασμάτων, επιτρέποντας την παρέκταση των ευρημάτων που έγιναν από το δείγμα στον μεγαλύτερο πληθυσμό με ένα συγκεκριμένο επίπεδο εμπιστοσύνης. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί που σχετίζονται με τη χρήση απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Μπορεί να είναι επίπονο και δαπανηρό, ειδικά όταν έχουμε να κάνουμε με μεγάλους πληθυσμούς. Επιπλέον, εάν το πλαίσιο δειγματοληψίας είναι ανακριβές ή παρωχημένο, το δείγμα ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύει επακριβώς τον πληθυσμό (West, 2016).

4.3.2.2 Δειγματοληψία σε ομάδες

Η δειγματοληψία σε ομάδες είναι μια στρατηγική στατιστικής δειγματοληψίας που περιλαμβάνει τη διαίρεση του συνολικού πληθυσμού σε ομάδες, γνωστές ως ομάδες, και στη συνέχεια την επιλογή ενός τυχαίου δείγματος από αυτές τις συστάδες για μελέτη (Ames, 2019). Βέλτιστα, κάθε συστάδα θα πρέπει να είναι ένα υποτιμητικό δείγμα που αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τον συνολικό πληθυσμό. Η δειγματοληψία συστάδων χρησιμοποιείται συχνά όταν το βασικό τυχαίο δείγμα για ολόκληρη την ομάδα δεν είναι εφικτή λόγω παραγόντων όπως το μέγεθος, το κόστος ή οι υλικοτεχνικοί περιορισμοί.

4.3.2.3. Συστηματική δειγματοληψία

Η συστηματική δειγματοληψία είναι μια σημαντική τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται στον τομέα της στατιστικής και της έρευνας. Παρέχει μια εναλλακτική στη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που υπάρχει μια ολοκληρωμένη λίστα με ολόκληρο τον πληθυσμό (Wang, 2024).

4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Το δείγμα συλλέχθηκε εφόσον τέθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού. Συγκεκριμένα, το δείγμα έπρεπε να αποτελείται από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, είτε γυναίκες είτε άνδρες, που θα είχαν πρόσβαση σε τεχνολογικά μέσα καθώς το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε διαδικτυακά. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αποκλείστηκαν άτομα που εργάζονται στο νοσοκομείο και δεν ανήκουν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δηλαδή αποκλείστηκαν εργαζόμενοι σε διοικητικές θέσεις και προσωπικό που κατείχε άλλες θέσεις.

4.5 Περιγραφή του δείγματος

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στην δειγματοληψία ευκολίας. Τα ερωτηματολόγια όπως προαναφέρθηκε εστάλησαν σε ιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου εργασίας της ερευνήτριας. Κατόπιν της ολοκλήρωσης της συλλογής δεδομένων διαπιστώθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είχε συμπληρωθεί από 131 άτομα των οποίων τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στην αντίστοιχη ενότητα στο κεφάλαιο της παρουσίασης των αποτελεσμάτων παρακάτω.

4.6 Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο εργασίας της νοσηλεύτριας (Γ.Ν.Ι. ‘Χατζηκώστα’) κατόπιν λήψης έγκρισης τόσο από το νοσοκομείο όσο και από την αντίστοιχη ΥΠΕ (παρατίθενται στο παράρτημα). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε γιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, όπου εστάλησαν μέσω συνδέσμου σε φόρμες Google, με στόχο τη συγκέντρωση του μεγαλύτερου δυνατού δείγματος για την έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας διήρκησε από την 1^η Σεπτεμβρίου υ έως και την 30^η Σεπτεμβρίου 2024.

4.7 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Οι διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης δεδομένων είναι ζωτικής σημασίας για την ανάλυση του ερευνητικού υλικού. Η διεξαγωγή έρευνας απαιτεί σημαντική ποσότητα δεδομένων, οργάνων και διαδικασιών για τη συλλογή δεδομένων. Η πολυπλοκότητα και η διαμόρφωση των εργαλείων ενδέχεται να διαφέρουν. Σύμφωνα με τους Pandey and Pandey (2021), οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν κάθε εργαλείο σε συνδυασμό με άλλα ή να το τροποποιήσουν ώστε να ταιριάζει στις μοναδικές απαιτήσεις συλλογής δεδομένων.

Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιεί διακριτές μεθοδολογίες, σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα. Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιεί πολλές προσεγγίσεις συλλογής δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των ερευνών με ερωτηματολόγια, της παρατήρησης και της ποσοτικής ανάλυσης μελέτης περίπτωσης. Κοινές τεχνικές για τη

συλλογή δεδομένων στην ποιοτική έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των ομάδων εστίασης, των συνεντεύξεων και της ποιοτικής ανάλυσης μελέτης περίπτωσης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες που παρέχονται παραπάνω, ακολούθως αναλύονται οι επιμέρους ενότητες του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από τη διανομή και συμπλήρωση των εργαλείων/ερωτηματολογίων, η ερευνήτρια μερίμνησε να λάβει την ηλεκτρονική συγκατάθεση από τους συντάκτες του ερωτηματολογίου για τη χρήση των δικαιωμάτων δημοσίευσης.

4.7.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και άλλων παραμέτρων.

Η παρούσα ενότητα του ερωτηματολογίου στόχευσε να διερευνήσει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν ερωτήματα για το φύλο, το εκπαιδευτικό και επαγγελματικό τους υπόβαθρο και την προϋπηρεσία τους.

4.7.2 FATCOD – 30, διερεύνηση των στάσεων απέναντι σε φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Το ερωτηματολόγιο FATCOD-30 περιλαμβάνει 30 ερωτήματα στα οποία απαιτείται να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στη μελέτη χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να τεκμηριωθεί η συμπεριφορά των ερωτηθέντων ως προς τη φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ίσο αριθμό ερωτήσεων που είναι θετικά και αρνητικά φορτισμένες. Οι απαντήσεις σε αυτά τα στοιχεία κυμαίνονται από διαφωνώ κάθετα έως απόλυτα συμφωνώ. Οι απαντήσεις έχουν βαθμολογίες που κυμαίνονται από 1 (διαφωνώ έντονα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα), με αποτέλεσμα μια συνολική βαθμολογία που μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 30 και 150. Μια υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη κλίση προς μια θετική άποψη για το θάνατο, όπου θετική προοπτική για τον θάνατο σημαίνει ότι οι ερωτώμενοι έχουν μια πιο αποδεκτή, υποστηρικτική και προσαρμοστική στάση απέναντι στη φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο. Συγκεκριμένα, μια υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο υποδηλώνει μεγαλύτερη άνεση στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο, θετική στάση απέναντι στην παρηγορητική φροντίδα και την ανακούφιση του πόνου, λιγότερο φόβο ή άγχος σχετικά με τον θάνατο και τέλος ενσυναίσθηση και επαγγελματισμό κατά την παροχή

φροντίδας σε ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Αντίθετα, μια χαμηλή βαθμολογία θα μπορούσε να υποδηλώνει άγχος, δυσφορία ή ακόμα και αποφυγή της φροντίδας των ασθενών που βρίσκονται κοντά στον θάνατο.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρήγαγε μια τιμή άλφα Cronbach 0,72, υποδηλώνοντας έναν καλό βαθμό εσωτερικής συνέπειας (Frommelt, 1991).

4.7.3 Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)

Το πρώτο DAP-R αναπτύχθηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T. και Gesser, G το 1994. Αποτελείται από 32 ερωτήματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε 5 υποκλίμακες: το φόβο του θανάτου, την αποφυγή του θανάτου, την ουδέτερη αποδοχή, την αποδοχή του θανάτου και τη διαφυγή. Οι ερωτηθέντες καλούνται να βαθμολογήσουν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους σε μια κλίμακα Likert επτά βαθμών, που κυμαίνεται από απολύτως συμφωνώ έως απολύτως διαφωνώ. Η μετάφραση στα ελληνικά ακολούθησε την προσέγγιση που πρότεινε η «Trust Scientific Advisory Committee» SAC (Medical Outcomes Trust Bulletin, 1997 and MAPI Research Institute, 2002).

4.7.4 Euthanasia Attitude Scale – EAS

Η κλίμακα στάσης ευθανασίας (EAS), που δημιουργήθηκε από τους Holloway et al (1994), είναι ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 30 ερωτήματα. Τα ερωτήματα χωρίζονται σε 16 θετικά δομημένες και 14 αρνητικά δομημένες ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο διερευνά θέματα όπως η συναίνεση στην παθητική ή ενεργητική ευθανασία, τα δικαιώματα των ασθενών τελικού σταδίου, ο ρόλος των σύγχρονων τεχνολογιών στη διατήρηση της ζωής, ο εγκεφαλικός θάνατος, οι ευθύνες των γιατρών στην τελική φάση της ζωής του ασθενούς και άλλα ηθικά και νομικές ανησυχίες. Οι απαντήσεις παρέχονται σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών και περιλαμβάνουν επιλογές όπως «συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «διαφωνώ» ή «διαφωνώ απόλυτα».

4.7.5 Spiritual and Religious Questionnaire (SpREUK 15 items)

Το ερωτηματολόγιο SpREUK σχεδιάστηκε ρητά για να διερευνήσει τις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των συμμετεχόντων που διαχωρίζεται σε τρεις παράγοντες: την αναζήτηση για υποστήριξη, την εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και την αντανάκλαση και βλέπουν την επίδραση της πνευματικότητας στην προσέγγισή τους στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας τους. Το ερωτηματολόγιο SpREUK έχει 15 ερωτήσεις και παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, όπως φαίνεται από τις τιμές αξιοπιστίας που κυμαίνονται από 0,86 έως 0,91 του δείκτη Cronbach A. Η αξιολόγηση αποδίδει μια συνολική βαθμολογία μαζί με τρεις βαθμολογίες υποκλίμακας που αξιολογούν α) την επιδίωξη υποστήριξης και πρόσβασης, β) την εξάρτηση από υψηλότερη καθοδήγηση ή πηγές και γ) τον προβληματισμό που περιλαμβάνει μια ευνοϊκή ερμηνεία της ασθένειας. Η αξιοπιστία αυτού του οργάνου έχει δοκιμαστεί και καθιερωθεί, καθιστώντας το κατάλληλο για χρήση με ασθενείς τόσο σε κοσμικές όσο και σε θρησκευτικές κοινότητες (Silber & Reilly, 1985).

4.8 Ηθική της έρευνας

Η Διακήρυξη του Ελσίνκι, που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση (WMA), παρέχει ένα πλαίσιο ηθικών αρχών για την εκτέλεση ιατρικών ερευνών που περιλαμβάνουν ανθρώπινους συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων μελετών που χρησιμοποιούν αναγνωρίσιμο ανθρώπινο υλικό και δεδομένα. Η Διακήρυξη θεωρείται ως ένα περιεκτικό κείμενο και η εφαρμογή καθεμιάς από τις συστατικές της διατάξεις θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλα τα άλλα σχετικά μέρη. Η Διακήρυξη στοχεύει πρωτίστως τους επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα με τις οδηγίες της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (WMA). Η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση (WMA) καλεί όσους ασχολούνται με ιατρική έρευνα με ανθρώπινα υποκείμενα να υιοθετήσουν και να τηρήσουν αυτές τις αρχές (World Medical Association, 2022).

Η ηθική είναι ένα κρίσιμο στοιχείο μιας μελέτης και θα πρέπει να διατηρείται σε όλα τα στάδια της έρευνας, από την έναρξή της έως την ολοκλήρωσή της, αφού σε αυτήν βασίζεται όλο το εννοιολογικό πλαίσιο της μελέτης. Κάθε είδος ποσοτικής ή ποιοτικής έρευνας έχει ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με τις βασικές αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς στις οποίες οι ερευνητές πρέπει να δίνουν προτεραιότητα. Η ηθική και ο σχεδιασμός της

έρευνας συνδέονται περίπλοκα και η βάση του ερευνητικού σχεδιασμού πρέπει πάντα να στηρίζεται σε αυτές τις δύο ιδέες. Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, είναι ζωτικής σημασίας για τους ερευνητές να λαμβάνουν ενημερωμένη άδεια από τους συμμετέχοντες σχετικά με τους στόχους της έρευνας, το ρόλο του ερευνητή, τα πλεονεκτήματα της μελέτης, τους πιθανούς κινδύνους και τα δικαιώματα των συμμετεχόντων. Η διατήρηση της ταυτότητας και του απορρήτου των συμμετεχόντων και των δεδομένων τους αποτελεί ουσιαστική υποχρέωση για όλους τους ερευνητές (Oermann et al., 2021; Doody & Noonan, 2016).

Στην παρούσα ποσοτική μελέτη εφαρμόστηκαν όλες οι απαραίτητες διεργασίες σύμφωνα με τη Σύμβαση του Ελσίνκι και λήφθηκε έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας του μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, την αρμόδια ΥΠΕ, το νοσοκομείο, αλλά και τους συμμετέχοντες. Η όλη διαδικασία ελεγχόταν προσεκτικά, αποτρέποντας, επομένως, οποιαδήποτε πιθανή διαρροή πληροφοριών και ενισχύοντας μια αξιόπιστη σύνδεση μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων.

4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Αφότου ολοκληρώθηκε η συλλογή των δεδομένων, λόγω της ποσοτικής φύσης της έρευνας, η ανάλυση των συλλεχθέντων δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS 26. Η ανάλυση έγινε τόσο περιγραφικά όσο και επαγωγικά. Στο περιγραφικό μέρος χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων και μέτρων κεντρικής τάσης. Στο επαγωγικό μέρος χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά μοντέλα T-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ANOVA και συντελεστής συσχετισμού Pearson R.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών

5.1.1 Ανάλυση κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Συνολικά τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν ήταν 131. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Όπως παρατηρείται η πλειοψηφία του δείγματος (71,5%) ήταν γυναίκες και το 28,5% ήταν άνδρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές (με ποσοστό 70,4%) και το 29,6% ήταν γιατροί. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση οι περισσότεροι συμμετέχοντες/ούσες ήταν έγγαμοι/ες (σε ποσοστό 57,3%), με 33,6% να είναι άγαμοι/ες και 9,2% να είναι διαζευγμένοι/ες.

Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (με ποσοστό 47,47%), το 33,1% είχαν τεχνολογική εκπαίδευση και το 19,2% είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες/ούσες είχαν μεταπτυχιακές σπουδές, διαπιστώθηκε ότι το 56,69% δεν είχε κανένα είδος μεταπτυχιακών σπουδών, το 36,9% είχαν μεταπτυχιακές σπουδές και το 6,2% είχαν διδακτορικό. Όσον αφορά στο τμήμα εργασία διαφάνηκε ότι η πλειοψηφία (με ποσοστό 31,3%) εργάζονται στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), το 19,1% εργάζονται στην Παθολογική κλινική, το 17,6% εργάζονται στη χειρουργική κλινική, το 16% εργάζονται στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), το 6,9% εργάζονται στην παιδιατρική κλινική, το 3,1% εργάζονται στο αναισθησιολογικό τμήμα, το 2,3% εργάζονται στην καρδιολογική κλινική, το 1,5% εργάζονται στην ουρολογική κλινική, και σε μικρότερο ποσοστό (0,8%) εργάζονται στη νευρολογική κλινική, τη νεφρολογική κλινική και την μονάδα απεξάρτησης & αποτοξίνωσης.

Αναφορικά με τα έτη συνολικής προϋπηρεσίας διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι (30,8%) είχαν προϋπηρεσία περισσότερα από 20 έτη, το 21,5% είχαν προϋπηρεσία 1-5 έτη, το 17,7% είχαν προϋπηρεσία 16 με 20 έτη, το 16,9 % είχαν προϋπηρεσία 11 έως 15 χρόνια και το 13,1% είχαν προϋπηρεσία 6 έως 10 έτη.

Τέλος, όσον αφορά στα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι (47,7%) είχαν προϋπηρεσία 1 έως 5 έτη, το 25,4% είχαν προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα 6 έως 10 έτη, το 13,1% είχαν προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα 11 έως 15 έτη, το 8,5% είχαν προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα 16 έως 20 έτη και το 5,4% είχαν προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα περισσότερη από 20 έτη.

Αξίζει να τονιστεί ότι δεν απαντήθηκαν από όλους οι δημογραφικές ερωτήσεις. Ως εκ τούτου στον παρακάτω πίνακα σε κάθε δημογραφική μεταβλητή έχει αναφερθεί ο αριθμός των ατόμων που τη συμπλήρωσαν.

Πίνακας 2: Πίνακας κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	N	%
Φύλο (N=130)		
Άνδρας	37	28,5
Γυναίκα	93	71,5
Επάγγελμα (N=125)		
Γιατρός	37	29,6
Νοσηλεύτης	88	70,4
Οικογενειακή κατάσταση (N=131)		
Άγαμος/η	44	33,6
Έγγαμος/η	75	57,3
Διαζευγμένος/η	12	9,2
Επίπεδο εκπαίδευσης (N=130)		
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (ΔΕ)	25	19,2
Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ)	43	33,1
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	62	47,7
Επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών (N=130)		
Κανένα	74	56,9
Μεταπτυχιακό δίπλωμα (MSc)	48	36,9

Διδακτορικές σπουδές	8	6,2
Τμήμα εργασίας (N=131)		
ΜΕΘ	21	16,0
Αναισθησιολογικό	4	3,1
Χειρουργική	23	17,6
ΤΕΠ	41	31,3
Καρδιολογική κλινική	3	2,3
Νευρολογική	1	0,8
Νεφρολογική	1	0,8
Μονάδα Απεξάρτησης & Αποτοξίνωσης	1	0,8
Ουρολογική	2	1,5
Παθολογική	25	19,1
Παιδιατρική	9	6,9
Έτη εργασίας (N=130)		
1-5 έτη	28	21,5
6-10 έτη	17	13,1
11 - 15 έτη	22	16,9
16-20 έτη	23	17,7
>20 έτη	40	30,8
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα (N=130)		
1-5 έτη	62	47,7
6-10 έτη	33	25,4

11 - 15 έτη	17	13,1
16-20 έτη	11	8,5
>20 έτη	7	5,4

5.2 Ανάλυση δεδομένων ερωτηματολογίων

5.2.1 Ερωτηματολόγιο FATCOD-30

Αναφορικά με το πρώτο ερωτηματολόγιο το FATCOD που διερευνά τη συμπεριφορά των ερωτηθέντων ως προς τη φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο από ότι διαπιστώνεται από το παρακάτω πίνακα 3 το συνολικό σκορ είχε μέσο όρο 102,20 που κρίνεται σχετικά υψηλό και υποδηλώνει μεγαλύτερη κλίση προς μια θετική προοπτική για το θάνατο.

Πίνακας 3: Σκορ Ερωτηματολογίου FATCOD30

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΣΚΟΡ FATCOD30	131	3	142	102,20	15,646
Valid N (listwise)	131				

Τα προαναφερθέντα μπορούν να διαπιστωθούν και στον παρακάτω πίνακα 4 που αφορά σε όλους τους συμμετέχοντες (131 άτομα). Όπως μπορεί να διαπιστωθεί, οι θετικές απαντήσεις είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο (ΜΟ) 56,12 με Τυπική Απόκλιση (ΤΑ) 11,16 σε σχέση με τις αρνητικές που είχαν ΜΟ 46,08 και ΤΑ 10,5.

Πίνακας 4: Σκορ θετικών και αρνητικών αντιλήψεων ερωτηματολογίου FATCOD30

		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΣΚΟΡ	FATCOD	30131	3	75	56,12	11,165
ΘΕΤΙΚΕΣ						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ						
ΣΚΟΡ	FATCOD	30131	0	74	46,08	10,504
ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ						
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ						
Valid N (listwise)		131				

5.2.2 Ερωτηματολόγιο DAP-R

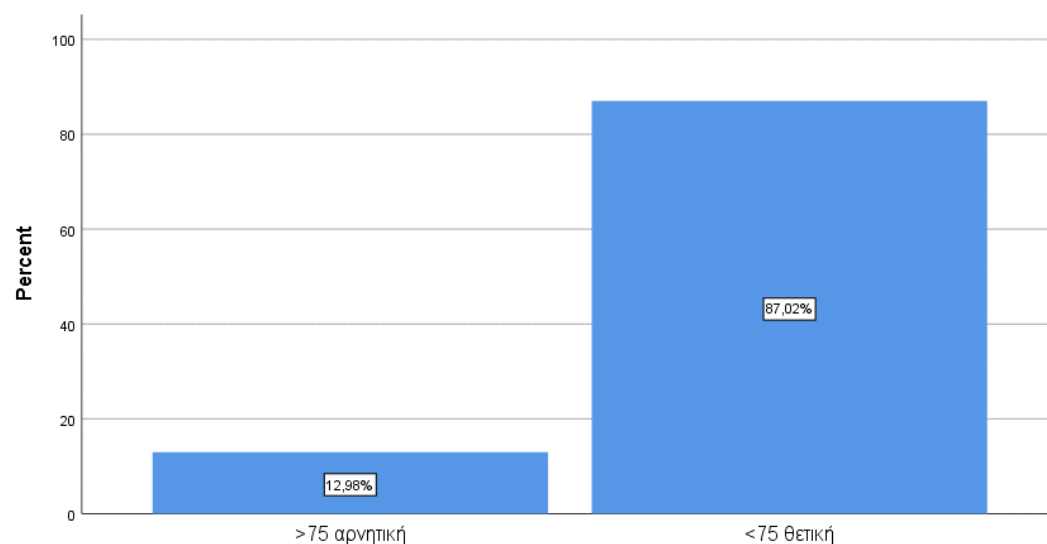
Εν συνεχεία, όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο DAP-R που διερευνά τις στάσεις των ερωτηθέντων έναντι του θανάτου, αναλύονται πέντε παράγοντες. Αξίζει να τονιστεί ότι δεν απαντήθηκαν όλα τα ερωτήματα ανά παράγοντα από όλους τους συμμετέχοντες. Έτσι, οι πέντε παράγοντες που είναι ο φόβος του θανάτου απαντήθηκε από 130 άτομα, η αποφυγή του θανάτου απαντήθηκε από 129 άτομα,, η ουδέτερη αποδοχή του θανάτου απαντήθηκε από 130 άτομα, η αποδοχή του θανάτου απαντήθηκε από 129 άτομα και η διαφυγή που απαντήθηκε από 128 άτομα. Όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τον παρακάτω πίνακα, ο παράγοντας με τον υψηλότερο μέσο όρο (ΜΟ) ήταν η ουδέτερη αποδοχή του θανάτου 5,14 με ΤΑ 1,0 και επακολούθησαν ο φόβος του θανάτου με ΜΟ 4,47 και ΤΑ 1,15, η αποφυγή του θανάτου με ΜΟ 4,4 και ΤΑ 1,34, η αποδοχή του θανάτου με ΜΟ 3,9 και ΤΑ 1,24 και η διαφυγή με ΜΟ 3,45 και ΤΑ 1,49.

Πίνακας 5: Παράγοντες DAP-R

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	130	1,00	6,86	4,4703	1,15458
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	129	1,00	7,00	4,4013	1,34467
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	130	2,60	7,00	5,1435	1,00521
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	129	1,00	6,50	3,9057	1,24110
ΔΙΑΦΥΓΗ	128	1,00	7,00	3,4539	1,49887
Valid N (listwise)	128				

5.2.3 Ερωτηματολόγιο EAS

Ακολούθως, η ανάλυση του ερωτηματολογίου EAS, που διερευνά όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς την ευθανασία. Αρχικά, όπως διαφαίνεται στο ακόλουθο σχήμα 1 η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (87,02%) καταδείχθηκε ότι είχε σκορ μεγαλύτερο του 75 που υποδηλώνει θετική στάση, έναντι του 12,98% που είχαν σκορ μικρότερο του 75 που υποδηλώνει αρνητική στάση προς την ευθανασία..



Σχήμα 1: Σκορ EAS σε κατηγορίες

Τα παραπάνω διαπιστώνονται και από τον ακόλουθο πίνακα στον οποίο τα δεδομένα του ερωτηματολογίου έχουν αναλυθεί με μέτρα κεντρικής τάσης. Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι οι θετικές στάσεις EAS είχαν ΜΟ 2,83 και ΤΑ 0,39, ενώ όσον αφορά τις αρνητικές στάσεις ο ΜΟ είχε 2,69 με ΤΑ 0,47.

Πίνακας 6: Σκορ θετικών και αρνητικών αντιλήψεων ερωτηματολογίων EAS

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EAS ΘΕΤΙΚΕΣ	131	1,00	3,69	2,8339	,39698
EAS ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ	131	1,36	4,00	2,6919	,47660
Valid N (listwise)	131				

5.2.4 Ερωτηματολόγιο SpREUK

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο SpREUK που διερευνά τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες (SRCQ) των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα τον αντίκτυπο των πνευματικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων στη ζωή και τις ψυχολογικές εμπειρίες των ατόμων, όπως διαπιστώνεται και παρακάτω, διαχωρίζεται σε τρεις παράγοντες, στην αναζήτηση για υποστήριξη (που απαντήθηκε από 130 άτομα), στην εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό (που απαντήθηκε από 130 άτομα) και στην αντανάκλαση (που απαντήθηκε από 131 άτομα). Από τους τρεις παράγοντες διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ΜΟ είχε η αντανάκλαση 3,01 και ΤΑ 0,89, με επακόλουθη την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό με ΜΟ 286 και ΤΑ 0,89, και τέλος την αναζήτηση για υποστήριξη ΜΟ 2,68 και ΤΑ 0,84.

Πίνακας 7: Παράγοντες Ερωτηματολογίου SpREUK

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	130	1,00	4,40	2,6815	,84695
ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ.	130	1,00	5,00	2,8627	,89087
ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ	131	1,00	5,00	3,0107	,89865
Valid N (listwise)	130				

Τέλος, ο μέσος όρος της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ήταν 42,20 με ΤΑ 11,80 ενώ η μικρότερη βαθμολογία του σκορ ήταν το 0 και η μεγαλύτερη το 71.

Πίνακας 8: Συνολικό Σκορ ερωτηματολογίου SpREUK

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	131	2	71	42,20	11,809
Valid N (listwise)	131				

5.3 Επαγωγική στατιστική

Ο πίνακας

Πίνακας 9: Συσχετισμοί Pearson R. παρουσιάζει τις συσχετίσεις Pearson R των τεσσάρων ερωτηματολογίων. Διαπιστώνεται ότι οι θετικές στάσεις προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ουδέτερη αποδοχή (από το ερωτηματολόγιο DAP – R) με 0,223 και $p=0.05$, με την αντανάκλαση (από το ερωτηματολόγιο SpREUK με 0,259 και $p=0.01$ και με τις θετικές στάσεις όσον αφορά την ευθανασία με 0,0557 και $p=0.01$.

Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου συσχετίζονται αρνητικά με το φόβο του θανάτου (-0,312 με $p=0.01$). Έπειτα, οι αρνητικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου συσχετίζονται αρνητικά με την αποφυγή του θανάτου (-0,301 με $p=0.01$), αρνητικά με την αναζήτηση για υποστήριξη (-0,240 με $p=0.01$), αρνητικά με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό (-0,174 με $p=0.05$) και με θετικό συσχετισμό με τις αρνητικές στάσεις όσον αφορά την ευθανασία (0,262 με $p=0.01$).

Ο φόβος του θανάτου πέρα από το ότι συσχετίζεται αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου όπως προαναφέρθηκε, συσχετίζεται θετικά με την αποφυγή θανάτου (0,517 με $p=0.01$) και αρνητικά με τη διαφυγή (-0,208 με $p=0.05$).

Η αποφυγή θανάτου συσχετίζεται όπως προαναφέρθηκε με τις αρνητικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών (-0,301 με $p=0.01$) και θετικά με την αποφυγή θανάτου (0,517 με $p=0.01$).

Η ουδέτερη αποδοχή συσχετίζεται θετικά με τις θετικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με 0,223 και $p=0.05$, θετικά με την αποδοχή θανάτου με 0,298 και $p=0.05$ και την αντανάκλαση με 0,182 με $p=0.05$.

Η αποδοχή θανάτου συσχετίζεται θετικά με 0,298 με $p=0.01$, με τη διαφυγή θετικά με 0,666 με $p=0.01$, με την αναζήτηση για υποστήριξη θετικά με 0,511 με $p=0.01$, με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό θετικά με 0,627 με $p=0.01$, με την αντανάκλαση θετικά με 0,391 και $p=0.01$ και αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με -0,196 και $p=0.05$.

Η ουδέτερη αποδοχή συσχετίζεται θετικά με 0,223 με $p=0.01$, με την αποδοχή θανάτου με 0,298 και $p=0.01$ και την αντανάκλαση με 0,182 και $p=0.05$.

Η αποδοχή θανάτου συσχετίζεται θετικά με 0,298 και $p = 0,01$, με τη διαφυγή θετικά με 0,666 και $p = 0,01$, με την αναζήτηση στην υποστήριξη με 0,511 με $p = 0,01$, με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό με 0,627 με $p = 0,01$, με την αντανάκλαση με 0,391 με $p = 0,01$ και αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με -0,196 και $p = 0,05$.

Η διαφυγή συσχετίζεται αρνητικά με το φόβο του θανάτου με -0,208 και $p = 0,05$, θετικά με την αποδοχή του θανάτου με 0,666 και $p = 0,01$, θετικά με την αναζήτηση για υποστήριξη με 0,264 και $p = 0,01$ και με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό με 0,246 και $p = 0,01$.

Η αναζήτηση για υποστήριξη συσχετίζεται αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με -0,240 και $p = 0,01$, με την αποδοχή θανάτου θετικά με 0,511 και $p = 0,01$, με τη διαφυγή με 0,264 και $p = 0,01$, με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό θετικά με 0,725 και $p = 0,01$ και την αντανάκλαση θετικά με 0,551 με $p = 0,01$.

Η εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό συσχετίζεται αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με -0,174 με $p = 0,05$, θετικά με την αποδοχή του θανάτου με 0,627 και $p = 0,01$, θετικά με τη διαφυγή με 0,246 και $p = 0,01$, θετικά με την αναζήτηση για υποστήριξη με 0,725 και $p = 0,01$, θετικά με την αντανάκλαση με 0,578 και $p = 0,01$ και τέλος αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με -,362 και $p = 0,01$.

Η αντανάκλαση συσχετίζεται θετικά με τις θετικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με 0,259 και $p = 0,01$, θετικά με την αποδοχή του θανάτου με 0,182 και $p = 0,05$, θετικά με την αποδοχή του θανάτου με 0,391 και $p = 0,01$, θετικά με την αναζήτηση για υποστήριξη με 0,551 και $p = 0,01$, θετικά με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό με 0,578 και $p = 0,01$, θετικά με τις θετικές στάσεις ως προς την ευθανασία με 0,217 και $p = 0,05$, και αρνητικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με -0,264 με $p = 0,01$.

Οι θετικές στάσεις ως προς την ευθανασία συσχετίζονται θετικά με τις θετικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με 0,557 και $p = 0,01$, και θετικά με την αντανάκλαση με 0,217 και $p = 0,05$.

Τέλος, οι αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία συσχετίζονται θετικά με τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με 0,262 και $p = 0,01$, αρνητικά με την αποδοχή θανάτου με -0,196 και $p = 0,05$, αρνητικά με την εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό με -0,362 και $p = 0,01$, και αρνητικά με την αντανάκλαση με -0,264 και $p = 0,01$.

Πίνακας 9: Συσχετισμοί Pearson R.

		FATCOD 30 ΘΕΤΙΚΕΣ	FATCOD 30 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ	ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	ΔΙΑΦΥΓΗ	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΡΟΣ	ΑΝΤΑΝΑ- ΚΛΑΣΗ	ΕΑΣ ΘΕΤΙΚΕΣ	ΕΑΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ
FATCOD 30 ΘΕΤΙΚΕΣ	Pearson Correlation	1	,042	-,060	-,039	,223*	-,114	-,109	,030	,025	,259**	,557**	-,150
	Sig. (2- tailed)		,635	,497	,664	,011	,197	,222	,736	,777	,003	,000	,088
	N	131	131	130	129	130	129	128	130	130	131	131	131
FATCOD 30 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ	Pearson Correlation	,042	1	-,312**	-,301**	,137	-,045	-,026	-,240**	-,174*	-,055	,043	,262**
	Sig. (2- tailed)	,635		,000	,001	,121	,611	,773	,006	,047	,530	,622	,002
	N	131	131	130	129	130	129	128	130	130	131	131	131
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	Pearson Correlation	-,060	-,312**	1	,517**	-,129	-,027	-,208*	,163	,054	-,024	,112	-,114
	Sig. (2- tailed)	,497	,000		,000	,146	,762	,019	,063	,538	,789	,205	,195
	N	130	130	130	129	129	129	128	130	130	130	130	130
ΑΠΟΦΥΓΗ	Pearson Correlation	-,039	-,301**	,517**	1	-,116	-,038	-,127	-,074	-,088	-,072	,024	-,083

ΘΑΝΑΤΟΥ	Sig. (2-tailed)	,664	,001	,000		,192	,669	,153	,405	,319	,415	,783	,352
	N	129	129	129	129	129	129	128	129	129	129	129	129
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	Pearson Correlation	,223*	,137	-,129	-,116	1	,298**	,128	-,027	,103	,182*	,101	,110
	Sig. (2-tailed)	,011	,121	,146	,192		,001	,150	,766	,244	,038	,253	,212
	N	130	130	129	129	130	129	128	129	129	130	130	130
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	Pearson Correlation	-,114	-,045	-,027	-,038	,298**	1	,666**	,511**	,627**	,391**	-,167	-,196*
	Sig. (2-tailed)	,197	,611	,762	,669	,001		,000	,000	,000	,000	,058	,026
	N	129	129	129	129	129	129	128	129	129	129	129	129
ΔΙΑΦΥΓΗ	Pearson Correlation	-,109	-,026	-,208*	-,127	,128	,666**	1	,264**	,246**	,164	-,145	-,123
	Sig. (2-tailed)	,222	,773	,019	,153	,150	,000		,003	,005	,064	,102	,165
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	Pearson Correlation	,030	-,240**	,163	-,074	-,027	,511**	,264**	1	,725**	,551**	,078	-,171
	Sig. (2-tailed)	,736	,006	,063	,405	,766	,000	,003		,000	,000	,377	,051
	N	130	130	130	129	129	129	128	130	130	130	130	130
ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΡΟΣ	Pearson Correlation	,025	-,174*	,054	-,088	,103	,627**	,246**	,725**	1	,578**	-,035	-,362**
	Sig. (2-tailed)	,777	,047	,538	,319	,244	,000	,005	,000		,000	,693	,000
	N	130	130	130	129	129	129	128	130	130	130	130	130
ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ	Pearson Correlation	,259**	-,055	-,024	-,072	,182*	,391**	,164	,551**	,578**	1	,217*	-,264**

	Sig. (2-tailed)	,003	,530	,789	,415	,038	,000	,064	,000	,000		,013	,002
	N	131	131	130	129	130	129	128	130	130	131	131	131
EAS ΘΕΤΙΚΕΣ	Pearson Correlation	,557**	,043	,112	,024	,101	-,167	-,145	,078	-,035	,217*	1	-,119
	Sig. (2-tailed)	,000	,622	,205	,783	,253	,058	,102	,377	,693	,013		,174
	N	131	131	130	129	130	129	128	130	130	131	131	131
EAS ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ	Pearson Correlation	-,150	,262**	-,114	-,083	,110	-,196*	-,123	-,171	-,362**	-,264**	-,119	1
	Sig. (2-tailed)	,088	,002	,195	,352	,212	,026	,165	,051	,000	,002	,174	
	N	131	131	130	129	130	129	128	130	130	131	131	131
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).													
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).													

Το τελευταίο στάδιο της ανάλυσης αφορά στη διενέργεια στατιστικών ελέγχων ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Έτσι, διενεργώντας το στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το φύλο επηρεάζει τις στάσεις των ερωτώμενων ως προς τις στάσεις τους απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Πίνακας 10: Βαθμός επιρροής φύλου με FATCOD30

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Differen ce	95% Confidence Interval of the Difference	
ΣΚΟΡ FATCO D30	Equal variance s assumed	,538	,465	,783	128	,435	2,380	3,040	-3,635	8,396
	Equal variance s not assumed			,874	85,291	,384	2,380	2,722	-3,032	7,793

Όσον αφορά στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το φύλο επηρεάζει τις στάσεις των ερωτώμενων ως προς τις στάσεις τους στο θάνατο διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς το θάνατο.

Πίνακας 11: Βαθμός επιρροής φύλου με DAP-R

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		95% Confidence Interval of the Difference			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error	Difference
ΣΥΝΟΛΟ DAPR	Equal variances assumed	,352	,554	-1,129	128	,261	-,15688	,13893	-,43178 ,11801
	Equal variances not assumed			-1,189	74,203	,238	-,15688	,13190	-,41969 ,10592

Περαιτέρω, στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το φύλο επηρεάζει τις στάσεις των ερωτώμενων ως προς τις στάσεις τους στην ευθανασία διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς το θάνατο.

Πίνακας 12: Βαθμός επιρροής φύλου με EAS

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference Difference	Std. Error	Lower Upper
ΣΚΟ P EAS	Equal variances assumed	1,766	,186	-,353	128	,725	-,755	2,138	-4,985 3,475
	Equal variances not assumed			-,436	109,179	,663	-,755	1,730	-4,183 2,673

Τέλος, στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το φύλο επηρεάζει τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες ως προς τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες τους.

Πίνακας 13: Βαθμός επιρροής φύλου με SpREUK

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Difference	Lower	Upper
SpREUK	Equal variance assumed	,990	,322	-1,084	128	,280	-2,481	2,288	-7,008	2,046
ΣΥΝΟΛΟ	Equal variance not assumed			-1,018	58,535	,313	-2,481	2,437	-7,358	2,396

Όσον αφορά στο βαθμό που επηρεάζει το επάγγελμα τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το επάγγελμα επηρεάζει τις στάσεις στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς και στους νοσηλευτές ως προς τη στάση τους στη φροντίδα ασθενών σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο ασθένειας.

Πίνακας 14: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με FATCOD30

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval Difference	Lower	Upper
ΣΚΟΡ	Equal variances assumed	4,811	,030	,680	123	,498	1,494	2,198	-2,856	5,845	
FATCOD 30	Equal variances assumed			,813	104,038	,418	1,494	1,839	-2,152	5,141	
ΘΕΤΙΚΕΣ	Equal variances not assumed										
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	Equal variances assumed	,001	,971	1,053	123	,294	2,196	2,086	-1,933	6,324	
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	Equal variances not assumed			1,116	77,545	,268	2,196	1,967	-1,720	6,112	

Όσον αφορά στο βαθμό που επηρεάζει το επάγγελμα τις στάσεις ως προς το θάνατο, στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το επάγγελμα επηρεάζει τις στάσεις στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς και στους νοσηλευτές ως προς τη στάση τους στη φροντίδα ασθενών σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο ασθένειας

Πίνακας 15: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	Upper
ΣΥΝΟΛΟ DAPR	Equal variances assumed	,782	,378	-2,719	123	,007	-,37767	,13891	-,65263	-,10272
	Equal variances not assumed			-2,929	80,596	,004	-,37767	,12895	-,63425	-,12109

Σχετικά με το βαθμό που επηρεάζει το επάγγελμα τις στάσεις αναφορικά με την ευθανασία, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς και στους νοσηλευτές ως προς τις στάσεις τους απέναντι στην ευθανασία.

Πίνακας 16: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper		
EAS ΘΕΤΙΚΕ Σ	Equal variances assumed	4,113	,045	,667	123	,506	,05273	,07912	-,10387	,20934		
	Equal variances not assumed			,789	101,728	,432	,05273	,06684	-,07984	,18531		
EAS ΑΡΝΗΤΙ ΚΕΣ	Equal variances assumed	2,664	,105	1,008	123	,316	,09317	,09246	-,08985	,27619		
	Equal variances not assumed			1,118	86,682	,267	,09317	,08335	-,07251	,25884		

Τέλος, στο στατιστικό έλεγχο T test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διαπιστωθεί αν το επάγγελμα επηρεάζει τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστική διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς και στους νοσηλευτές ως προς τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες τους.

Πίνακας 17: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με SpREUK

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
ΣΥΝΟΛΟ ΙΚΟ ΣΚΟΠ	Equal variances assumed	,012	,912	-1,095	123	,275	-2,534	2,313	-7,112	2,045
	Equal variances not assumed			-1,118	70,854	,267	-2,534	2,267	-7,054	1,986

Όσον αφορά το βαθμό που επηρεάζουν τα χρόνια προϋπηρεσίας τις στάσεις των ερωτώμενων ως προς τη φροντίδα διενεργώντας τον στατιστικό έλεγχο ANOVA και χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni διαπιστώνεται ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα.

Πίνακας 18: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με FATCOD30

		Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) Έτη εργασίας	(J) Έτη εργασίας	Difference (I-J)			Lower Bound	Upper Bound
1-5 έτη	6-10 έτη	-1,172	4,848	1,000	-15,03	12,68
	11 - 15 έτη	-,143	4,492	1,000	-12,98	12,69
	16-20 έτη	-1,078	4,437	1,000	-13,76	11,60
	>20 έτη	-5,093	3,885	1,000	-16,19	6,01
6-10 έτη	1-5 έτη	1,172	4,848	1,000	-12,68	15,03
	11 - 15 έτη	1,029	5,091	1,000	-13,52	15,58
	16-20 έτη	,095	5,043	1,000	-14,32	14,51
	>20 έτη	-3,921	4,565	1,000	-16,97	9,12
11 - 15 έτη	1-5 έτη	,143	4,492	1,000	-12,69	12,98
	6-10 έτη	-1,029	5,091	1,000	-15,58	13,52
	16-20 έτη	-,935	4,702	1,000	-14,37	12,50
	>20 έτη	-4,950	4,185	1,000	-16,91	7,01
16-20 έτη	1-5 έτη	1,078	4,437	1,000	-11,60	13,76
	6-10 έτη	-,095	5,043	1,000	-14,51	14,32

	11 - 15 έτη	,935	4,702	1,000	-12,50	14,37
	>20 έτη	-4,015	4,126	1,000	-15,81	7,78
>20 έτη	1-5 έτη	5,093	3,885	1,000	-6,01	16,19
	6-10 έτη	3,921	4,565	1,000	-9,12	16,97
	11 - 15 έτη	4,950	4,185	1,000	-7,01	16,91
	16-20 έτη	4,015	4,126	1,000	-7,78	15,81

Όσον αφορά στο βαθμό που επηρεάζουν τα χρόνια προϋπηρεσίας τις στάσεις των ερωτώμενων ως προς το θάνατο διενεργώντας τον στατιστικό έλεγχο ANOVA διαφάνηκε ότι ανάμεσα στις ομάδες μόνο ο παράγοντας αποφυγής θανάτου διαφαίνεται ότι συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (με $p=0.05$). Ωστόσο χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni διαπιστώνεται ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα εκτός από την αποφυγή θανάτου στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας που έχουν προϋπηρεσία περισσότερη από 20 χρόνια. Δηλαδή αρχικά, με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου ANOVA φάνηκε πως τα χρόνια προϋπηρεσίας συσχετίζονται με τον παράγοντα "Αποφυγή θανάτου". Ωστόσο, όταν εφαρμόστηκε η διόρθωση Bonferroni (μια αυστηρότερη στατιστική μέθοδος για την αποφυγή ψευδών θετικών αποτελεσμάτων), προέκυψε ότι γενικά τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ασθενών.

Η μόνη εξαίρεση είναι η ομάδα των επαγγελματιών υγείας με πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας, όπου η "Αποφυγή θανάτου" εξακολουθεί να είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες με περισσότερη εμπειρία μπορεί να έχουν διαφορετική στάση απέναντι στην αποφυγή του θανάτου σε σύγκριση με όσους έχουν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας.

Πίνακας 19: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R (ANOVA)

		Sum Squares	of df	Mean Square	F	Sig.
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	Between Groups	3,347	4	,837	,629	,643
	Within Groups	164,984	124	1,331		
	Total	168,331	128			
ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	Between Groups	18,271	4	4,568	2,644	,037
	Within Groups	212,524	123	1,728		
	Total	230,795	127			
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	Between Groups	3,234	4	,808	,792	,532
	Within Groups	126,556	124	1,021		
	Total	129,790	128			
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	Between Groups	3,102	4	,776	,492	,742
	Within Groups	194,061	123	1,578		
	Total	197,163	127			
ΔΙΑΦΥΓΗ	Between Groups	7,122	4	1,781	,781	,539
	Within Groups	278,075	122	2,279		
	Total	285,197	126			

Πίνακας 20: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με DAP-R (ANOVA με συνθήκη Bonferroni)

Dependent Variable			Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	(I) Έτη εργασίας	(J) Έτη εργασίας	Difference (I-J)			Lower Bound	Upper Bound
ΦΟΒΟΣΘΑΝΑΤΟΥ	1-5 έτη	6-10 έτη	,37504	,35713	1,000	-,6457	1,3958
		11 - 15 έτη	,18711	,33130	1,000	-,7598	1,1340
		16-20 έτη	,20653	,32730	1,000	-,7289	1,1420
		>20 έτη	-,08519	,28730	1,000	-,9063	,7360
	6-10 έτη	1-5 έτη	-,37504	,35713	1,000	-1,3958	,6457
		11 - 15 έτη	-,18793	,37248	1,000	-1,2525	,8767
		16-20 έτη	-,16851	,36894	1,000	-1,2230	,8860
		>20 έτη	-,46022	,33396	1,000	-1,4147	,4943
	11 - 15 έτη	1-5 έτη	-,18711	,33130	1,000	-1,1340	,7598
		6-10 έτη	,18793	,37248	1,000	-,8767	1,2525
		16-20 έτη	,01942	,34399	1,000	-,9637	1,0026
		>20 έτη	-,27229	,30617	1,000	-1,1474	,6028
	16-20 έτη	1-5 έτη	-,20653	,32730	1,000	-1,1420	,7289
		6-10 έτη	,16851	,36894	1,000	-,8860	1,2230
		11 - 15 έτη	-,01942	,34399	1,000	-1,0026	,9637

ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ Υ	>20 έτη		-,29172	,30185	1,000	-1,1544	,5710
	>20 έτη	1-5 έτη	,08519	,28730	1,000	-,7360	,9063
		6-10 έτη	,46022	,33396	1,000	-,4943	1,4147
		11 - 15 έτη	,27229	,30617	1,000	-,6028	1,1474
		16-20 έτη	,29172	,30185	1,000	-,5710	1,1544
		6-10 έτη	-,26318	,40698	1,000	-1,4266	,9002
	6-10 έτη	11 - 15 έτη	-,06987	,37753	1,000	-1,1491	1,0093
		16-20 έτη	-,14694	,37298	1,000	-1,2131	,9193
		>20 έτη	-,90840	,32909	,067	-1,8491	,0323
		1-5 έτη	,26318	,40698	1,000	-,9002	1,4266
		11 - 15 έτη	,19332	,42447	1,000	-1,0201	1,4067
	11 - 15 έτη	16-20 έτη	,11624	,42043	1,000	-1,0856	1,3181
		>20 έτη	-,64522	,38202	,938	-1,7373	,4468
		1-5 έτη	,06987	,37753	1,000	-1,0093	1,1491
		6-10 έτη	-,19332	,42447	1,000	-1,4067	1,0201
		16-20 έτη	-,07708	,39200	1,000	-1,1976	1,0435
		>20 έτη	-,83854	,35049	,182	-1,8404	,1633
	16-20 έτη	1-5 έτη	,14694	,37298	1,000	-,9193	1,2131
		6-10 έτη	-,11624	,42043	1,000	-1,3181	1,0856
		11 - 15 έτη	,07708	,39200	1,000	-1,0435	1,1976

ΟΥΔΕΤΕΡΗΑΠΟΔΟ ΧΗ	>20 έτη		-,76146	,34558	,294	-1,7493	,2264
	>20 έτη	1-5 έτη	,90840	,32909	,067	-,0323	1,8491
		6-10 έτη	,64522	,38202	,938	-,4468	1,7373
		11 - 15 έτη	,83854	,35049	,182	-,1633	1,8404
		16-20 έτη	,76146	,34558	,294	-,2264	1,7493
		6-10 έτη	,03445	,31062	1,000	-,8533	,9223
	1-5 έτη	11 - 15 έτη	,16266	,28782	1,000	-,6600	,9853
		16-20 έτη	,11988	,28430	1,000	-,6927	,9324
		>20 έτη	-,24579	,25024	1,000	-,9610	,4694
		1-5 έτη	-,03445	,31062	1,000	-,9223	,8533
	6-10 έτη	11 - 15 έτη	,12821	,32623	1,000	-,8042	1,0606
		16-20 έτη	,08542	,32313	1,000	-,8381	1,0090
		>20 έτη	-,28024	,29361	1,000	-1,1194	,5589
		1-5 έτη	-,16266	,28782	1,000	-,9853	,6600
	11 - 15 έτη	6-10 έτη	-,12821	,32623	1,000	-1,0606	,8042
		16-20 έτη	-,04279	,30127	1,000	-,9039	,8183
		>20 έτη	-,40845	,26937	1,000	-1,1783	,3615
		1-5 έτη	-,11988	,28430	1,000	-,9324	,6927
	16-20 έτη	6-10 έτη	-,08542	,32313	1,000	-1,0090	,8381
		11 - 15 έτη	,04279	,30127	1,000	-,8183	,9039

ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ Υ	>20 έτη		-,36566	,26560	1,000	-1,1248	,3935
	>20 έτη	1-5 έτη	,24579	,25024	1,000	-,4694	,9610
		6-10 έτη	,28024	,29361	1,000	-,5589	1,1194
		11 - 15 έτη	,40845	,26937	1,000	-,3615	1,1783
		16-20 έτη	,36566	,26560	1,000	-,3935	1,1248
		6-10 έτη	-,10305	,38890	1,000	-1,2147	1,0086
	6-10 έτη	11 - 15 έτη	-,47795	,36076	1,000	-1,5092	,5533
		16-20 έτη	-,27568	,35642	1,000	-1,2945	,7431
		>20 έτη	-,24672	,31447	1,000	-1,1456	,6522
		1-5 έτη	,10305	,38890	1,000	-1,0086	1,2147
		11 - 15 έτη	-,37490	,40561	1,000	-1,5344	,7846
	11 - 15 έτη	16-20 έτη	-,17263	,40175	1,000	-1,3211	,9758
		>20 έτη	-,14367	,36505	1,000	-1,1872	,8998
		1-5 έτη	,47795	,36076	1,000	-,5533	1,5092
		6-10 έτη	,37490	,40561	1,000	-,7846	1,5344
		16-20 έτη	,20226	,37458	1,000	-,8685	1,2730
		>20 έτη	,23122	,33492	1,000	-,7262	1,1886
	16-20 έτη	1-5 έτη	,27568	,35642	1,000	-,7431	1,2945
		6-10 έτη	,17263	,40175	1,000	-,9758	1,3211
		11 - 15 έτη	-,20226	,37458	1,000	-1,2730	,8685

		>20 έτη	,02896	,33023	1,000	-,9150	,9729
	>20 έτη	1-5 έτη	,24672	,31447	1,000	-,6522	1,1456
		6-10 έτη	,14367	,36505	1,000	-,8998	1,1872
		11 - 15 έτη	-,23122	,33492	1,000	-1,1886	,7262
		16-20 έτη	-,02896	,33023	1,000	-,9729	,9150
ΔΙΑΦΥΓΗ	1-5 έτη	6-10 έτη	,32898	,46743	1,000	-1,0074	1,6654
		11 - 15 έτη	-,29108	,43362	1,000	-1,5308	,9486
		16-20 έτη	-,03317	,42839	1,000	-1,2579	1,1916
		>20 έτη	,34074	,38000	1,000	-,7457	1,4272
	6-10 έτη	1-5 έτη	-,32898	,46743	1,000	-1,6654	1,0074
		11 - 15 έτη	-,62005	,48753	1,000	-2,0139	,7738
		16-20 έτη	-,36215	,48288	1,000	-1,7427	1,0184
		>20 έτη	,01176	,44052	1,000	-1,2477	1,2712
	11 - 15 έτη	1-5 έτη	,29108	,43362	1,000	-,9486	1,5308
		6-10 έτη	,62005	,48753	1,000	-,7738	2,0139
		16-20 έτη	,25791	,45023	1,000	-1,0293	1,5451
		>20 έτη	,63182	,40446	1,000	-,5245	1,7882
	16-20 έτη	1-5 έτη	,03317	,42839	1,000	-1,1916	1,2579
		6-10 έτη	,36215	,48288	1,000	-1,0184	1,7427
		11 - 15 έτη	-,25791	,45023	1,000	-1,5451	1,0293

	>20 έτη	,37391	,39885	1,000	-,7664	1,5142
>20 έτη	1-5 έτη	-,34074	,38000	1,000	-1,4272	,7457
	6-10 έτη	-,01176	,44052	1,000	-1,2712	1,2477
	11 - 15 έτη	-,63182	,40446	1,000	-1,7882	,5245
	16-20 έτη	-,37391	,39885	1,000	-1,5142	,7664

Αναφορικά με το συσχετισμό της προϋπηρεσίας με τις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας διενεργώντας τον στατιστικό έλεγχο ANOVA και χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni διαπιστώνεται ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας.

Πίνακας 21: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με SpREUK

Dependent Variable: ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ

Bonferroni

		Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
(I) Έτη εργασίας(J) Έτη εργασίας(J)		Difference (I-J)			Lower Bound	Upper Bound
1-5 έτη	6-10 έτη	1,943	3,589	1,000	-8,31	12,20
	11 - 15 έτη	-5,094	3,326	1,000	-14,60	4,41
	16-20 έτη	-4,734	3,285	1,000	-14,12	4,65
	>20 έτη	1,404	2,876	1,000	-6,82	9,62
6-10 έτη	1-5 έτη	-1,943	3,589	1,000	-12,20	8,31
	11 - 15 έτη	-7,037	3,769	,642	-17,81	3,73
	16-20 έτη	-6,678	3,734	,761	-17,35	3,99
	>20 έτη	-,540	3,380	1,000	-10,20	9,12
11 - 15 έτη	1-5 έτη	5,094	3,326	1,000	-4,41	14,60
	6-10 έτη	7,037	3,769	,642	-3,73	17,81
	16-20 έτη	,360	3,481	1,000	-9,59	10,31
	>20 έτη	6,498	3,098	,380	-2,36	15,35
16-20 έτη	1-5 έτη	4,734	3,285	1,000	-4,65	14,12

	6-10 έτη	6,678	3,734	,761	-3,99	17,35
	11 - 15 έτη	-,360	3,481	1,000	-10,31	9,59
	>20 έτη	6,138	3,055	,466	-2,59	14,87
>20 έτη	1-5 έτη	-1,404	2,876	1,000	-9,62	6,82
	6-10 έτη	,540	3,380	1,000	-9,12	10,20
	11 - 15 έτη	-6,498	3,098	,380	-15,35	2,36
	16-20 έτη	-6,138	3,055	,466	-14,87	2,59

Αναφορικά με το συσχετισμό της προϋπηρεσίας με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την ευθανασία διενεργώντας τον στατιστικό έλεγχο ANOVA και χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni διαπιστώνεται ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επηρεάζουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τις στάσεις ως προς την ευθανασία.

Πίνακας 22: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS

Dependent Variable: ΣΚΟΡ EAS

Bonferroni

		Mean Difference (I-			95% Confidence Interval	
(I) Έτη εργασίας(J) Έτη εργασίας(J)			Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
1-5 έτη	6-10 έτη	-,662	3,356	1,000	-10,25	8,93
	11 - 15 έτη	3,295	3,109	1,000	-5,59	12,18
	16-20 έτη	5,924	3,071	,560	-2,85	14,70
	>20 έτη	3,325	2,689	1,000	-4,36	11,01
6-10 έτη	1-5 έτη	,662	3,356	1,000	-8,93	10,25
	11 - 15 έτη	3,957	3,524	1,000	-6,11	14,03
	16-20 έτη	6,586	3,491	,615	-3,39	16,56
	>20 έτη	3,987	3,160	1,000	-5,04	13,02
11 - 15 έτη	1-5 έτη	-3,295	3,109	1,000	-12,18	5,59
	6-10 έτη	-3,957	3,524	1,000	-14,03	6,11
	16-20 έτη	2,628	3,255	1,000	-6,67	11,93
	>20 έτη	,030	2,897	1,000	-8,25	8,31
16-20 έτη	1-5 έτη	-5,924	3,071	,560	-14,70	2,85

	6-10 έτη	-6,586	3,491	,615	-16,56	3,39
	11 - 15 έτη	-2,628	3,255	1,000	-11,93	6,67
	>20 έτη	-2,599	2,856	1,000	-10,76	5,56
>20 έτη	1-5 έτη	-3,325	2,689	1,000	-11,01	4,36
	6-10 έτη	-3,987	3,160	1,000	-13,02	5,04
	11 - 15 έτη	-,030	2,897	1,000	-8,31	8,25
	16-20 έτη	2,599	2,856	1,000	-5,56	10,76

Διενεργώντας το στατιστικό έλεγχο ANOVA χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni κρίθηκε αναγκαίο να διαπιστωθεί από την πλευρά της ερευνήτριας ο βαθμός που τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν τις θετικές στάσεις των ερωτώμενων ως προς την ευθανασία διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικός συσχετισμός.

Πίνακας 23: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS για τις θετικές στάσεις

Dependent Variable: EASΘΕΤΙΚΕΣ

Bonferroni

		Mean	95% Confidence Interval			
		Difference (I-				
(I) Έτη εργασίας	(J) Έτη εργασίας	J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
1-5 έτη	6-10 έτη	,00315	,12226	1,000	-,3462	,3525
	11 - 15 έτη	,04058	,11328	1,000	-,2832	,3643
	16-20 έτη	,18284	,11190	1,000	-,1369	,5026
	>20 έτη	,05129	,09798	1,000	-,2287	,3313
6-10 έτη	1-5 έτη	-,00315	,12226	1,000	-,3525	,3462
	11 - 15 έτη	,03743	,12840	1,000	-,3295	,4044
	16-20 έτη	,17969	,12718	1,000	-,1838	,5431
	>20 έτη	,04814	,11512	1,000	-,2808	,3771
11 - 15 έτη	1-5 έτη	-,04058	,11328	1,000	-,3643	,2832
	6-10 έτη	-,03743	,12840	1,000	-,4044	,3295
	16-20 έτη	,14226	,11858	1,000	-,1966	,4811
	>20 έτη	,01071	,10554	1,000	-,2909	,3123
16-20 έτη	1-5 έτη	-,18284	,11190	1,000	-,5026	,1369

	6-10 έτη	-,17969	,12718	1,000	-,5431	,1838
	11 - 15 έτη	-,14226	,11858	1,000	-,4811	,1966
	>20 έτη	-,13155	,10405	1,000	-,4289	,1658
>20 έτη	1-5 έτη	-,05129	,09798	1,000	-,3313	,2287
	6-10 έτη	-,04814	,11512	1,000	-,3771	,2808
	11 - 15 έτη	-,01071	,10554	1,000	-,3123	,2909
	16-20 έτη	,13155	,10405	1,000	-,1658	,4289

Τέλος, όσον αφορά στο βαθμό που επηρεάζει η προϋπηρεσία τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία, διενεργώντας το στατιστικό έλεγχο ANOVA χρησιμοποιώντας τη συνθήκη Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικός συσχετισμός στην ομάδα των ατόμων που είχαν προϋπηρεσία 16 έως 20 χρόνια (με 0,047 και $p=0.05$).

Πίνακας 24: Βαθμός επιρροής επαγγέλματος με EAS για τις αρνητικές στάσεις

Dependent Variable: EASAPNHTIKEΣ

Bonferroni

		Mean	95% Confidence Interval			
		Difference (I-				
(I) Έτη εργασίας	(J) Έτη εργασίας	J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
1-5 έτη	6-10 έτη	,08293	,14126	1,000	-,3207	,4866
	11 - 15 έτη	,35044	,13089	,084	-,0236	,7245
	16-20 έτη	,37207*	,12929	,047	,0026	,7415
	>20 έτη	,30715	,11320	,076	-,0164	,6307
6-10 έτη	1-5 έτη	-,08293	,14126	1,000	-,4866	,3207
	11 - 15 έτη	,26750	,14836	,738	-,1565	,6915
	16-20 έτη	,28913	,14695	,513	-,1308	,7091
	>20 έτη	,22422	,13301	,944	-,1559	,6043
11 - 15 έτη	1-5 έτη	-,35044	,13089	,084	-,7245	,0236
	6-10 έτη	-,26750	,14836	,738	-,6915	,1565
	16-20 έτη	,02163	,13701	1,000	-,3699	,4132
	>20 έτη	-,04329	,12195	1,000	-,3918	,3052
16-20 έτη	1-5 έτη	-,37207*	,12929	,047	-,7415	-,0026
	6-10 έτη	-,28913	,14695	,513	-,7091	,1308

	11 - 15 έτη	-,02163	,13701	1,000	-,4132	,3699
	>20 έτη	-,06492	,12022	1,000	-,4085	,2787
>20 έτη	1-5 έτη	-,30715	,11320	,076	-,6307	,0164
	6-10 έτη	-,22422	,13301	,944	-,6043	,1559
	11 - 15 έτη	,04329	,12195	1,000	-,3052	,3918
	16-20 έτη	,06492	,12022	1,000	-,2787	,4085

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

5.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Συνοψίζοντας, στην παρούσα έρευνα, έλαβαν μέρος κατά το πλείστο γυναίκες, νοσηλευτές, έγγαμοι/ες, με πανεπιστημιακή εκπαίδευση, χωρίς κανένα είδος μεταπτυχιακών σπουδών, εργαζόμενοι κατά το πλείστο στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) και με συνολική προϋπηρεσία περισσότερα από 20 έτη ενώ όσον αφορά στα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι είχαν προϋπηρεσία 1 έως 5 έτη. Αναφορικά με τις στάσεις τους ως προς τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο διαπιστώθηκε ότι το συνολικό σκορ είχε μέσο όρο 102,20 που κρίνεται σχετικά υψηλό και υποδηλώνει μεγαλύτερη κλίση προς μια θετική προοπτική για το θάνατο. Αυτό αντανακλά σε μεγαλύτερη άνεση στη διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην παρηγορητική φροντίδα, στη συνοδεία ασθενών στο τελικό στάδιο και στη γενικότερη ψυχολογική τους προετοιμασία για τη διαδικασία του θανάτου. Με άλλα λόγια, το υψηλό σκορ δείχνει ότι οι συμμετέχοντες πιθανώς βλέπουν τον θάνατο ως μια φυσική διαδικασία και όχι ως κάτι αποκλειστικά αρνητικό ή τρομακτικό. Αυτό μπορεί να συνδέεται με υψηλότερη επαγγελματική ετοιμότητα, μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και αποτελεσματικότερη διαχείριση των αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο.

Στη συνέχεια, σε σχέση με το ερωτηματολόγιο DAP-R, το οποίο εξετάζει τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στον θάνατο, αναλύθηκαν πέντε παράγοντες. Διαπιστώθηκε ότι ο παράγοντας της ουδέτερης αποδοχής του θανάτου παρουσίασε τον υψηλότερο μέσο όρο, το οποίο σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες τείνουν να βλέπουν τον θάνατο ως ένα φυσιολογικό μέρος της ζωής, χωρίς έντονο φόβο ή άγχος, αλλά και χωρίς να τον αναμένουν θετικά ή να τον επιδιώκουν. Αυτό υποδηλώνει μια ισορροπημένη και ρεαλιστική στάση απέναντι στο θάνατο, η οποία μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη ετοιμότητα και επαγγελματική προσαρμοστικότητα, ειδικά αν πρόκειται για επαγγελματίες υγείας. Ένα τέτοιο αποτέλεσμα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες αποδέχονται το θάνατο χωρίς να το θεωρούν απειλή ή να αποφεύγουν να το σκέφτονται, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρουν σε ασθενείς στο τελικό στάδιο.

Μετέπειτα, η ανάλυση του ερωτηματολογίου EAS που διερευνά τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς την ευθανασία διαφάνηκε ότι είχε σκορ μεγαλύτερο του 75, που υποδηλώνει θετική στάση των ερωτώμενων ως προς την ευθανασία, δηλαδή είναι πιο πιθανό να τη θεωρούν αποδεκτή, ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών που υποφέρουν από ανίατες ασθένειες ή έχουν εξαιρετικά χαμηλή ποιότητα ζωής.

Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (87,02%) καταδείχθηκε ότι είχε σκορ μεγαλύτερο του 75, που υποδηλώνει θετική στάση, έναντι του 12,98% που είχαν σκορ μικρότερο του 75, που υποδηλώνει αρνητική στάση προς την ευθανασία.

Τέλος, όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο SpEUK που διερευνά τις πνευματικές και θρησκευτικές ανησυχίες (SRCQ) των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα τον αντίκτυπο των πνευματικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων στη ζωή και τις ψυχολογικές εμπειρίες των ατόμων, όπως διαπιστώνεται και παρακάτω, διαχωρίζεται σε τρεις παράγοντες εκ των οποίων επικράτησε η αντανάκλαση με το μεγαλύτερο μέσο όρο και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί πως οι συμμετέχοντες σκέφτονται και αναλογίζονται βαθύτερα υπαρξιακά ζητήματα, όπως το νόημα της ζωής και του θανάτου, Εξετάζουν το ρόλο της πνευματικότητας ή της θρησκείας στις εμπειρίες και στις αξίες τους και μπορεί να αναζητούν νόημα ή παρηγοριά μέσα από τη σκέψη και την προσωπική ενδοσκόπηση, αντί απλώς να ακολουθούν συγκεκριμένες θρησκευτικές πρακτικές.

Κατόπιν διενεργήθηκε συσχετισμός Pearson R και διαφάνηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των στάσεων για τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο, το θάνατο, την ευθανασία και τις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των ερωτώμενων.

Αναλύοντας τις συσχετίσεις των στάσεων έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

1. Θετικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και ουδέτερη αποδοχή του θανάτου (DAP-R)

Pearson R = 0,223, p = 0.05

Πρόκειται για θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p \leq 0.05$), που υποδηλώνει ότι τα άτομα που διατηρούν θετική στάση απέναντι στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου είναι πιο πιθανό να έχουν ουδέτερη αποδοχή του θανάτου, δηλαδή να τον βλέπουν ως φυσική διαδικασία χωρίς υπερβολικό φόβο ή άρνηση.

2. Θετικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και αντανάκλαση (SpREUK)

Pearson R = 0,259, p = 0.01

Η συσχέτιση είναι θετική και πιο ισχυρή (σε σχέση με την προηγούμενη), ενώ το $p = 0.01$ δείχνει μεγαλύτερη στατιστική σημαντικότητα.

Η "αντανάκλαση" (Reflection) από το ερωτηματολόγιο SpREUK σχετίζεται με την τάση των ατόμων να σκέφτονται βαθύτερα τη ζωή και το νόημά της σε περιπτώσεις ασθένειας.

Η συσχέτιση αυτή σημαίνει ότι όσοι διατηρούν θετικές στάσεις προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου τείνουν επίσης να έχουν μεγαλύτερη τάση για αναστοχασμό και υπαρξιακή αναζήτηση.

3. Θετικές στάσεις ως προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και θετικές στάσεις για την ευθανασία

Pearson R = 0,557, p = 0.01

Η συσχέτιση αυτή είναι ιδιαίτερα υψηλή και στατιστικά σημαντική ($p = 0.01$).

Δείχνει ότι όσοι υποστηρίζουν θετικά τη φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο είναι πιθανότερο να διατηρούν επίσης θετικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία.

Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως εξής: Άτομα που εστιάζουν στην ποιότητα ζωής στο τελικό στάδιο ίσως βλέπουν την ευθανασία ως μέρος μιας ανθρώπινης προσέγγισης που αποσκοπεί στην ανακούφιση από τον πόνο και τον τερματισμό της ταλαιπωρίας.

Συμπερασματικά, οι συσχετίσεις δείχνουν ότι οι θετικές στάσεις προς τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου συνδέονται με την ουδέτερη αποδοχή του θανάτου (πιο ψύχραιμη στάση), τον αναστοχασμό και την υπαρξιακή αναζήτηση και τέλος τις θετικές στάσεις για την ευθανασία, πιθανώς λόγω έμφασης στην ποιότητα ζωής.

Τέλος, διενεργήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός που επηρεάζει το φύλο, το επάγγελμα και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας τις στάσεις των ερωτώμενων όσον αφορά στη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο, στο θάνατο, την ευθανασία και στις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των ερωτώμενων και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις στάσεις απέναντι στη φροντίδα (εκτός από τον παράγοντα της αποφυγής θανάτου) στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας με προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 20 χρόνια και επίσης στις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία στην ομάδα των ατόμων με προϋπηρεσία 16 έως 20 χρόνια. Οι επαγγελματίες υγείας με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών έδειξαν μεγαλύτερη ευαισθησία και θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο, πιθανώς λόγω της εκτεταμένης εμπειρίας τους στην υποστήριξη ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Αντίθετα, όσοι είχαν προϋπηρεσία 16 έως 20 χρόνια παρουσίασαν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία, γεγονός που μπορεί να αντανakλά διαφορετικές ηθικές ή επαγγελματικές απόψεις που αναπτύσσονται σε αυτή τη φάση της καριέρας τους

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά, αλλά και ενδεχόμενες διαφορές με άλλες έρευνες που έχουν διενεργηθεί.

Αρχικά, οι Lange et al (2008) ανέφεραν ότι η αντίληψη του θανάτου από ουδέτερη σκοπιά ή απόδραση συνδέεται με μια πιο ευνοϊκή διάθεση για τη θεραπεία των ασθενών σε τελικό στάδιο και των οικογενειών τους, με αποτέλεσμα βελτιωμένα αποτελέσματα και ικανοποίηση για τον ασθενή, την οικογένεια και το νοσηλευτή που παρέχουν φροντίδα στο τέλος της ζωής τους. Η έρευνα των Lange et al. (2008) υιοθετεί δηλαδή μια ουδέτερη ή αποστασιοποιημένη προσέγγιση απέναντι στον θάνατο, γεγονός που φαίνεται να συνδέεται με θετικότερες στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ασθενών σε τελικό στάδιο. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι η αντίληψη του θανάτου ως φυσικής διαδικασίας και όχι ως τραγικού γεγονότος μπορεί να συμβάλει σε καλύτερη φροντίδα και μεγαλύτερη ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Άρα, η στάση της έρευνας δείχνει ότι οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής επηρεάζονται από τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον θάνατο: μια ουδέτερη ή αποδραστική προσέγγιση μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία, οδηγώντας σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και πιο ανθρώπινη φροντίδα για όλους τους εμπλεκόμενους.

Οι Feudtner et al. (2007) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία ετών, εκτεταμένη εκπαίδευση παρηγορητικής φροντίδας και υψηλά επίπεδα ελπίδας επέδειξαν αυξημένη άνεση στην παροχή φροντίδας σε ανίατα άρρωστα παιδιά και τις οικογένειές τους, αντιμετώπισαν λιγότερες προκλήσεις σχετικά με το θάνατο και επέδειξαν ενισχυμένη ικανότητα παρηγορητικής φροντίδας.

Συνολικά, οι έρευνες υποδηλώνουν ότι οι καλά προετοιμασμένοι και ψυχολογικά ενδυναμωμένοι νοσηλευτές μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, προσφέροντας ποιοτική και υποστηρικτική φροντίδα. Στην έρευνα που διεξήχθη από τους Lange et al (2008), η πολυετής εμπειρία ως εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια, η ηλικία και η διάρκεια απασχόλησης σε κέντρο καρκίνου προσδιορίστηκαν ως οι πιο σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης μιας θετικής στάσης σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών σε τελικό στάδιο. Τα χρόνια εμπειρίας συνδέονταν επίσης με το να βλέπεις τον θάνατο ως μια απόδραση από μια μίζερη ζωή.

Αυτή η θετική στάση μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η εμπειρία με ασθενείς στο τελικό στάδιο, όπου η ευθανασία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο. Επίσης στις ανθρωπιστικές και ηθικές πεποιθήσεις, που δίνουν έμφαση στην αυτονομία του ατόμου και στο δικαίωμα να αποφασίσει για το τέλος της ζωής του και στην ιατρική γνώση και εξοικείωση με την παρηγορητική φροντίδα, που μπορεί να κάνει το προσωπικό πιο ανοιχτό στη συζήτηση γύρω από την ευθανασία. Ωστόσο, η στάση απέναντι στην ευθανασία επηρεάζεται και από νομικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το κοινωνικό και επαγγελματικό πλαίσιο των ερωτώμενων.

Κοινό αποτέλεσμα διαφαίνεται και στην παρούσα έρευνα όπου οι πιο έμπειροι νοσηλευτές φαίνεται να αντιλαμβάνονται το θάνατο ως ανακούφιση από τον πόνο και τη δυστυχία, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τις αποφάσεις τους σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα.

Αυτή η στάση υποδηλώνει ότι:

- Η εμπειρία και η εξοικείωση με το τέλος της ζωής βοηθούν τους νοσηλευτές να διαχειρίζονται τις καταστάσεις με μεγαλύτερη άνεση.
- Η αντίληψη του θανάτου ως "απόδραση" από τον πόνο μπορεί να διευκολύνει τη λήψη αποφάσεων που εστιάζουν στην ποιότητα ζωής του ασθενή αντί της παράτασης της ζωής με κάθε κόστος.

Συνολικά, η έρευνα δείχνει ότι οι έμπειροι νοσηλευτές είναι πιο δεκτικοί στην παρηγορητική φροντίδα και πιθανώς υποστηρίζουν αποφάσεις που βελτιώνουν την άνεση και αξιοπρέπεια του ασθενή στο τέλος της ζωής του.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και η επακόλουθη ανάλυση ευαισθησίας που πραγματοποίησαν οι Watanabe et al (2023) έδειξαν ότι οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν ουσιαστικά με τις αυξημένες βαθμολογίες FATCOD-B ήταν τροποποιήσιμες και μη τροποποιήσιμες. Οι παράγοντες περιλαμβάνουν το φύλο, τα χρόνια επαγγελματικής πρακτικής και τις προσωπικές στάσεις γύρω από το θάνατο. Τόσο τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας όσο και ο αριθμός των θανάτων ασθενών συσχετίζονται ουσιαστικά με αυξημένες βαθμολογίες FATCOD-B, σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες όπως για παράδειγμα των Iranmanesh et al (2014), Henoch et al., (2017), Braun et al (2010), Lewis-Pierre et al. (2019), Prazak & Fazzari (2016) και Kvale et al. (1999). Η μη σημαντικότητα των ετών κλινικής εμπειρίας στην πολυπαραγοντική ανάλυση μπορεί να αποδοθεί στη μικρότερη συσχέτιση σε σύγκριση με άλλους παράγοντες μεταξύ των νεότερων γιατρών. Η κατανόηση ότι αυτά τα μη τροποποιήσιμα χαρακτηριστικά συνδέονται σημαντικά με τις στάσεις μπορεί να ενισχύσει την αυτογνωσία των γιατρών για τις προδιαθέσεις και τις κλίσεις τους να παρέχουν φροντίδα στους ετοιμοθάνατους.

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με τις αυξημένες βαθμολογίες FATCOD-B περιελάμβαναν τον αριθμό των θανάτων ασθενών που αντιμετωπίστηκαν, το ενδιαφέρον για την παρηγορητική

φροντίδα, την πρόσβαση σε υποστήριξη από ανώτερους μέντορες και τη συχνότητα των διαβουλεύσεων με μη ιατρό ιατρικό προσωπικό σχετικά με τη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής τους. Οι Laporte et al.(2020) προτείνουν ότι περισσότερες αλληλεπιδράσεις με ασθενείς σε τελικό στάδιο και οι επακόλουθοι θάνατοι τους μπορεί να μετριάσουν την ανησυχία των γιατρών και να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους και ενισχύουν την εμπιστοσύνη των νεότερων γιατρών στη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους (Okamoto et al, 2022).

Στη μελέτη των Stergianni et al. (2024), εξετάστηκαν οι απόψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ευθανασία, αναδεικνύοντας παράγοντες που υποστηρίζουν ή αντιτίθενται σε αυτήν. Οι παράγοντες που υποστηρίζουν την ευθανασία είναι η ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία, με κύριο μέλημα την επιθυμία να μειωθεί ο πόνος των ασθενών στο τελικό στάδιο. Σημαντικότερο όλων ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς και η αναγνώριση του δικαιώματος του ασθενούς να επιλέγει για την ζωή του. Οι παράγοντες που αντιτίθενται στην ευθανασία είναι οι ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις: Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν την ευθανασία ως ηθικά ή θρησκευτικά απαράδεκτη. Επίσης, η επαγγελματική δεοντολογία όπου η δέσμευση στη διατήρηση της ζωής μπορεί να αντικρούει την πρακτική της ευθανασίας και τέλος οι νομικές συνέπειες, αφού η ευθανασία μπορεί να είναι παράνομη σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας.

Μια πληθώρα ερευνών έχει διεξαχθεί σε πολλά έθνη για τη διερεύνηση των προοπτικών των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ευθανασία, συγκεκριμένα μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, καθ' όλη τη διάρκεια της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης και μετά από εκτεταμένη επαγγελματική εμπειρία. Ωστόσο, η μελέτη των Stergianni et al (2024) εξέτασε μόνο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Όπως και στην παρούσα έρευνα, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής, όπως η ευθανασία, επηρεάζονται από τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας. Η μέτρια στάση τους μπορεί να αντικατοπτρίζει την πολυπλοκότητα του ζητήματος και την ανάγκη για περαιτέρω διάλογο και εκπαίδευση στον τομέα αυτό.

Συγκριτικά, άλλες μελέτες έχουν δείξει ποικίλες απόψεις μεταξύ διαφορετικών ομάδων, όπως γιατροί, νοσηλευτές, φροντιστές και το γενικό κοινό, με τις στάσεις να επηρεάζονται από παράγοντες όπως η επαγγελματική εμπειρία, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η προσωπική επαφή με ασθενείς σε τελικό στάδιο.

Οι Cohen et al. (2006) εξέτασαν την αποδοχή της ευθανασίας μεταξύ των πολιτών, μαζί με τη συσχέτισή της με θρησκευτικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και παραλλαγές μεταξύ χωρών και θρησκευτικών δογμάτων, σε 47 ευρωπαϊκά έθνη και 67.786 άτομα. Τα αποτελέσματά τους δείχνουν ότι τα δυτικά έθνη, ακόμη και εκείνα με σχετικούς νόμους, έχουν το μεγαλύτερο επίπεδο αποδοχής. Αντίθετα, φαίνεται να έχει λιγότερη γοητεία τόσο ως έννοια όσο και ως διαδικασία στα ανατολικά έθνη, υπογραμμίζοντας την ανισότητα

αποδοχής μεταξύ Δύσης και Ανατολής, καθιστώντας έτσι μια ευρωπαϊκή λύση στο πρόβλημα ανέφικτη (Cohen et al, 2006).

Αξίζει να τονιστεί ότι η παρούσα έρευνα ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα των Cybulska et al. (2022) και Hasheesh et al. (2013), καθώς χρησιμοποιήθηκαν πανομοιότυπα ερευνητικά εργαλεία. Το ηλικιακό εύρος και η εργασιακή εμπειρία φαίνεται να είναι σημαντικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ανάπτυξη μιας θετικής στάσης απέναντι στην ευθανασία για τους ασθενείς σε τελικό στάδιο και τη φροντίδα τους. Οι λιγότερο έμπειροι νεότεροι νοσηλευτές είχαν αυξημένα αισθήματα πανικού σε αντίθεση με τους παλαιότερους, πιο έμπειρους ομολόγους τους (Cybulska et al, 2022· Hasheesh et al, 2013). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Meller et al. (2019) αποκάλυψε ανάλογα ευρήματα, υποδεικνύοντας ότι οι αρχάριοι νοσηλευτές εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και αρνητικά συναισθήματα όταν αντιμετωπίζουν ζητήματα που σχετίζονται με το θάνατο λόγω της έλλειψης γνώσεων διαχείρισης και της τάσης τους να αποφεύγουν τις σχετικές σκέψεις (Meller et al., 2019). Τα ευρήματα σχετικά με την εργασιακή εμπειρία παρατηρήθηκαν παρόμοια στη μελέτη των Yang et al. (2017), υποδεικνύοντας μια αντίστροφη σχέση με την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων, φόβου και άγχους στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με τελικό στάδιο και στη διαχείριση των θανάτων τους (Yang et al., 2017).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Braun et al. (2010), παρατηρήθηκε μια ευνοϊκή διάθεση προς τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο, παρόμοια με την τρέχουσα έρευνα, με μέση βαθμολογία FATCOD 125,7. Ο φόβος επηρέασε αρνητικά τη στάση απέναντι στη φροντίδα των ασθενών σε τελικό στάδιο και των οικογενειών τους, υπογραμμίζοντας την αναγκαιότητα για την καθιέρωση και την εκτέλεση εκπαιδευτικών προγραμμάτων νοσηλευτικής με στόχο τη διαχείριση των ασθενών σε τελικό στάδιο και την καλλιέργεια θετικής στάσης απέναντι στη φροντίδα τους (Braun et al., 2010). Οι Berndtsson et al. (2019) παρατήρησε έναν μετασχηματισμό στις στάσεις, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του τρόμου και των αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς σε τελικό στάδιο και τη φροντίδα τους πριν και μετά τη θάνατο, μεταξύ των φοιτητών που συμμετείχαν σε θεωρητικά μαθήματα παρηγορητικής φροντίδας στο ίδρυμά τους. Η πιο σημαντική αλλαγή στάσης εκδηλώθηκε από φοιτητές που, πριν από τα μαθήματα, εξέφρασαν αισθήματα αμηχανίας για την αντιμετώπιση των ετοιμοθάντων ή αποθανόντων ασθενών και των οικογενειών τους, συνοδευόμενα από έντονο φόβο και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την παροχή φροντίδας σε αυτά τα άτομα (Berndtsson et al, 2019). Τα μαθήματα περιελάμβαναν τόσο θεωρητική διδασκαλία όσο και πρακτική εκπαίδευση για την αποτελεσματική προετοιμασία των μαθητών (Berndtsson et al, 2019).

Η μελέτη των Park et al. (2020) ανέφερε ότι οι ευνοϊκές αντιλήψεις των νοσηλευτών για τον θάνατο επηρεάζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι πολλοί νοσηλευτές που παρέχουν παρηγορητική φροντίδα είναι άπειροι, νέοι και ανεκπαιδευτοι, οδηγώντας σε συναισθηματική κόπωση και

εξάντληση. Κατά συνέπεια, αγωνίζονται να προσφέρουν ποιοτική φροντίδα, να δημιουργήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και περιστασιακά παραβλέπουν τις ανάγκες τους. Η μελέτη παρατηρεί παρομοίως μια αυξημένη συχνότητα νοσηλείας μεταξύ ασθενών με τελικό καταληκτικό θάνατο που εμφανίζουν πιο θετική στάση απέναντι στη φροντίδα τους (Park et al., 2020). Αυτό το εύρημα ευθυγραμμίζεται με την έρευνα που διεξήγαγαν οι Dunn et al. (2005), πιθανώς λόγω της εκτεταμένης και διαρκούς ενασχόλησης με ασθενείς που αντιμετωπίζουν ανίατες ασθένειες και τις οικογένειές τους, η οποία καλλιεργεί πρακτική επαγγελματική εμπειρία που επηρεάζει την προσέγγιση στη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών (Dunn et al., 2005; Park et al., 2020). Τα ευρήματα της έρευνας που διεξήγαγαν οι Loukas et al. (2021) υποδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της περίθαλψης για ασθενείς σε τελικό στάδιο και της εμφάνισης μιας ευνοϊκής στάσης απέναντι στον θάνατο, καθώς και σκέψεων που δε σχετίζονται με το θάνατο ως γεγονός. Το αποτέλεσμα μπορεί να αποδοθεί στην εισαγωγή σημαντικού ποσοστού ασθενών με αυξημένη βαρύτητα, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να φροντίζουν συχνά άτομα που πάσχουν από τελικό στάδιο, η οποία έχει γίνει καθημερινή νοσηλευτική ρουτίνα (Loukas et al., 2021).

Η βιβλιογραφία εξέτασε τους δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ευθανασία. Έρευνα που διεξήχθη παγκοσμίως δεν αποκάλυψε καμία σχέση με το φύλο. Τονίστηκε η προοπτική του Periyakoil, υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που να επηρεάζει τις στάσεις τους όπως και στην παρούσα περίπτωση (Periyakoil, 2018). Επιπλέον, η ίδια μελέτη έδειξε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η πιθανότητα να αναπτυχθεί μια ευνοϊκή στάση απέναντι στην ευθανασία. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι η πλειονότητα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που αλληλοεπιδρούν με ασθενείς σε τελικό στάδιο απορρίπτουν την ευθανασία (Johnson, 2015). Σχετικά με την ύπαρξη ανισότητας μεταξύ των φύλων όσον αφορά τις προοπτικές για την ευθανασία, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της στάσης απέναντι σε αυτήν. Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε η σύνδεση με την ηλικία, ενισχύοντας περαιτέρω τις απόψεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι όσο τα άτομα μεγαλώνουν, η στάση τους απέναντι στην ευθανασία γίνεται πιο θετική. Παράλληλα, η μελέτη δεν εντόπισε καμία σχέση μεταξύ της επαγγελματικής δραστηριότητας και των απόψεων για την ευθανασία όσον αφορά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή..

Επιπλέον, πολυάριθμες μελέτες όπως παρουσιάζονται από τους Hinzmann et al. (2022) δείχνουν ότι η πνευματικότητα και οι ατομικές θρησκευτικές απόψεις μπορεί να χρησιμεύσουν ως εργαλεία για τη διαχείριση δύσκολων περιστάσεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών ή μονάδες εντατικής θεραπείας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Hinzmann et al. (2022), η πνευματικότητα των επαγγελματιών υγείας συσχετίστηκε μέτρια με την ηθική

δυσφορία τους όσον αφορά στην ευθανασία. Αυτό υποδηλώνει ότι η πνευματικότητα μπορεί να επηρεάζει τις ηθικές ανησυχίες τους σχετικά με την πρακτική της ευθανασίας, αλλά δεν αποτελεί τον μοναδικό ή κυριότερο παράγοντα. Αντίθετα, σύμφωνα με το μοντέλο παλινδρόμησης, η πεποίθηση ήταν ένας μέτριος αρνητικός προγνωστικός παράγοντας της συχνότητας της ηθικής δυσφορίας. Αυτό υποδηλώνει ότι ένας πιστός φροντιστής (είτε είναι γιατρός είτε νοσηλευτής) θα συναντούσε (ή θα αποκάλυπτε) μειωμένη ηθική δυσφορία και αντίστροφα. Επιπλέον, ο αυτοπροσδιορισμός των φροντιστών ως θρησκευτικών και πνευματικών συσχετίστηκε με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με εκείνους που δεν είναι θρησκευόμενοι ή μη πνευματικοί. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η πίστη τους μπορεί να χρησιμεύσει ως πηγή σε κάποιο βαθμό, αλλά δεν μπορεί να μετριάσει την αντίληψή τους για την αντιφατική περίπτωση. Ωστόσο, δεν έχουν επιτραπεί πιο εκτενείς πρακτικές κρίσεις για την πνευματικότητα των φροντιστών.

Τελικά, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι τα ηθικά διλήμματα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορούν να αποφευχθούν πλήρως, καθώς οι πάροχοι κλινικής περίθαλψης θα αντιμετωπίζουν πάντα σενάρια που απαιτούν ηθικά πολύπλοκες κρίσεις και προκλήσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Ωστόσο, η πνευματικότητα μπορεί να παρέχει έναν «ασφαλή και ιερό χώρο» όπου οι φροντιστές μπορούν να αναρρώσουν και να αναζωογονηθούν χωρίς να αντιμετωπίσουν την κρίση.

Οι πολιτιστικές αξίες, οι ηθικοί κανόνες και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις για παράδειγμα στην Κίνα μπορεί να έρχονται σε αντίθεση με εκείνες σε άλλα έθνη, όπου η έρευνα έχει δείξει αλλαγές στην αντίληψη των νοσηλευτών για τον θάνατο μετά από θεραπείες (Chan et al, 2010; Gama et al, 2012). Η συζήτηση για το θάνατο θεωρείται ταμπού στην Κίνα, παρόμοια με πολλές άλλες ασιατικές κοινωνίες. Οι απόψεις των νοσηλευτών για τη θνησιμότητα σε διάφορες ασιατικές πόλεις μπορεί να διαμορφωθούν από τα κοινωνικά, πολιτιστικά και οργανωτικά πλαίσια της εργασίας τους (Gama et al, 2012).

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα εργασία είχε σημαντικά δυνατά και αδύναμα χαρακτηριστικά. Αρχικά, συνέβαλε στην προσωπική κατανόηση της ερευνήτριας σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, την ευθανασία αλλά και τις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες.

Ως εκ τούτου, τόσο η βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και η διενεργηθείσα έρευνα συνιστούν δυνατό σημείο της παρούσας έρευνας καθώς αναλύεται η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδα και οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής αλλά και ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας την όλη διάσταση αυτών των εννοιών.

Ωστόσο, η παρούσα έρευνα έχει και κάποιες αδυναμίες. Ειδικότερα, επειδή τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοαναφοράς και οι ερωτήσεις ήταν και προσωπικές σε ζητήματα ευαίσθητα που σχετίζονται με το θάνατο οι ερωτήσεις είναι πιθανόν να μην απαντήθηκαν με τη δέουσα ειλικρίνεια ώστε και καταδείχθηκαν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Επίσης ως δειγματοληπτική τεχνική επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας (μη πιθανοτική δειγματοληπτική τεχνική) και όχι η τυχαία κάτι που μπορεί να μη συμβάλλει στην αμερόληπτη εξαγωγή συμπερασμάτων.

Αξίζει να τονιστεί ότι δεν συμπεριλήφθηκε ερωτηματολόγιο γνώσεων. Τέλος, από το δείγμα διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν από το ΤΕΠ και όχι από την ογκολογική κλινική ή τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η όλη διενεργηθείσα έρευνα ενδέχεται να συμβάλλει στο σχεδιασμό μελλοντικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων προσαρμόζοντας το υλικό ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κοινού- στόχου όπως για παράδειγμα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Η νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει συμπονετική φροντίδα και ολιστική διαχείριση για τους νοσηλευτές, δίνοντας έμφαση στη μείωση των αρνητικών εντυπώσεων (που στην παρούσα έρευνα όπως καταδείχθηκε δεν επικρατούσαν) και στην ενίσχυση της θετικής στάσης απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Park et al, 2020).

Επακόλουθες μελέτες που να περιλαμβάνουν τους ίδιους συμμετέχοντες μπορεί ιδανικά να αξιολογήσουν τον παρατεταμένο αντίκτυπο στις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα και την παροχή της (Reed et al, 2018).

Η ικανότητα του προσωπικού της παρηγορητικής φροντίδας μπορεί να οριοθετηθεί και να διευκρινιστούν κριτήρια επαγγελματικής κατάρτισης, επιτρέποντας έτσι σε μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων στην παρηγορητική φροντίδα να αποκτήσουν τα απαραίτητα προσόντα σε αυτόν τον τομέα. Είναι σαφές ότι η παροχή εκπαίδευσης για νοσηλευτές σε κατάλληλα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ακαδημαϊκής και επαγγελματικής τους

σταδιοδρομίας είναι απαραίτητη. Το πρόγραμμα σπουδών της παρηγορητικής φροντίδας απαιτεί συστηματική ενίσχυση και οι ικανότητες των εκπαιδευτικών παροχών πρέπει να αναπτυχθούν περαιτέρω.

Σύμφωνα με την «Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα» του υπουργείου Υγείας, η οποία διενεργήθηκε με χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (2019), όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται στοιχειωδώς στο αντικείμενο της ανακουφιστικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών, νοσηλευτικών και άλλων επαγγελματικών σχολών ψυχο-κοινωνικής κατεύθυνσης και να προβλέπεται σχετική συνεχιζόμενη εκπαίδευση όσο οι επαγγελματίες είναι εν ενεργεία.

Συνολικά, η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην παρηγορητική φροντίδα και στην επικοινωνία με ασθενείς σε τελικό στάδιο και τις οικογένειές τους είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να ενισχυθούν τα μαθήματα και οι διαλέξεις σε προπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής πρακτικής μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης, εστιάζοντας στην ολιστική προσέγγιση της παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και στην επικοινωνία των νοσηλευτών με ασθενείς σε τελικό στάδιο και τις οικογένειές τους. Έτσι, ο νοσηλευτής αποκτά τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή φροντίδας που δίνει έμφαση στην επικοινωνία, την ποιότητα και την αξιοπρέπεια. Είναι σημαντικό να τονιστεί η σημασία της μετάδοσης των αρνητικών συναισθημάτων ανησυχίας, τρόμου και θλίψης που βιώνουν οι νοσηλευτές όταν φροντίζουν ασθενείς σε τελικό στάδιο και νεκρούς ασθενείς στους συναδέλφους τους, συμπεριλαμβανομένων άλλων νοσηλευτών, γιατρών και επαγγελματιών από άλλους κλάδους, όπως κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτοί οι νοσηλευτές μπορεί να χρειάζονται υποστήριξη για να ανακουφίσουν τη συναισθηματική τους κόπωση και εξάντληση, που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της οργάνωσης ομάδων υποστήριξης ή μεμονωμένων συνεδριών που διευκολύνονται από ειδικούς, με τη συμμετοχή υπεύθυνων ανώτερων στελεχών του νοσοκομείου όταν είναι απαραίτητο.

Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα

Αυτή η μελέτη στόχευε να ερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την ανακουφιστική φροντίδα και τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής συσχετίζοντας τις με τη στάση απέναντι στο θάνατο με διάφορους παράγοντες, όπως η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, το επάγγελμα αλλά και τα έτη προϋπηρεσίας, ιδιαίτερα μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, δεδομένων των ποικίλων ευρημάτων της βιβλιογραφίας για τις στάσεις τους.

Η παρούσα έρευνα ως επί το πλείστο, κατέδειξε κυρίως θετικές στάσεις ως προς τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής, την πνευματικότητα και την ευθανασία. Ωστόσο η έρευνα κατόπιν των στατιστικών ελέγχων που διενεργήθηκαν κατέδειξε ότι στις στάσεις των ερωτώμενων όσον αφορά στη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο, στο θάνατο, στην ευθανασία και στις θρησκευτικές και πνευματικές ανησυχίες των ερωτώμενων, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στο φύλο, στο επάγγελμα και στα έτη προϋπηρεσίας εκτός από τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα εκτός από τον παράγοντα της αποφυγής θανάτου στην ομάδα των επαγγελματιών υγείας που είχαν προϋπηρεσία περισσότερη από 20 χρόνια και τις αρνητικές στάσεις ως προς την ευθανασία με την ομάδα των ατόμων που είχαν προϋπηρεσία 16 έως 20 χρόνια. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ταυτίζονται με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, ενώ η σπουδαιότητα της έρευνας έγκεινται στο γεγονός ότι παρά τις θετικές στάσεις, διαπιστώνεται ότι είναι αναγκαία η δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Λίστα παραπομπών

- Abba, K. *et al.* (2013) 'Interventions to encourage discussion of end-of-life preferences between members of the general population and the people closest to them - A systematic literature review', *BMC Palliative Care*, 12(1).
- Abood, R.A. and Zbar Alalwany, A.A. (2021) 'Investigating the performance of Iraqi EFL researchers in writing quantitative and qualitative researches', *Journal of Language and Linguistic Studies*, 17(4), pp. 1964–1972.
- Alele, F. and Malau-Aduli, B. (2023) *An introduction to research methods for Undergraduate Health Profession Students*
- Ames, H., Glenton, C. and Lewin, S. (2019) 'Purposive sampling in a qualitative evidence synthesis: A worked example from a synthesis on parental perceptions of vaccination communication', *BMC Medical Research Methodology*, 19(1).
- Arends, S.A.M., Thodé, M., De Veer, A.J.E., Pasman, H.R.W., Francke, A.L. and Jongerden, I.P. (2022) 'Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study', *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), pp. 2884–2893.
- Badir, A., Topcu, I., Turkmen, E., Goktepe, N., Miral, M., Ersoy, N. and Akin, E. (2016) 'Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices', *Nursing in Critical Care*, 21(6), pp. 334–342..
- Bandura, A. (1986) 'The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory', *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), pp. 359–373.
- Bassah, N., Seymour, J. and Cox, K. (2014) 'A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care', *BMC Palliative Care*, 13(1), p. 56.
- Braun, M., Gordon, D. and Uziely, B. (2009) 'Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients', *Oncology Nursing Forum*, 37
- Cable-Williams, B., M, D., Wilson, D. and Keating, N. (2014) 'Advance directives in the context of uncertain prognosis for residents of nursing homes', *Open Journal of Nursing*, 4, pp. 321–329.
- Chan, M.F., Lou, F.L. and Arthur, D.G. (2010) 'A survey comparing the attitudes toward perinatal bereavement care of nurses from three Asian cities', *Evaluation & Health Professions*, 33(4), pp. 514–533.
- Chu, H. and Ke, Q. (2017) 'Research methods: What's in the name?', *Library & Information Science Research*, 39(4), pp. 284–294
- Church, C.D. (2016) 'Defining competence in nursing and its relevance to quality care', *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(5), pp. E9–E14.
- Coffey, A., McCarthy, G., Weathers, E., Friedman, M.I., Gallo, K., Ehrenfeld, M., Itzhaki, M. *et al.* (2016) 'Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: A cross-sectional study in five countries', *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), pp. 247–257.

- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G. and Deliens, L. (2006) 'European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries', *Social Science & Medicine*, 63, pp. 743–756.
- Watson, R. (2014) 'Council of Europe Issues Guide to end of life care', *BMJ*, 348
- Cybulska, A.M. *et al.* (2022) 'Analysis of nurses' attitudes toward patient death', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), p. 13119..
- De Roo, M.L. *et al.* (2013) 'Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review', *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), pp. 556–572
- Doody, O. and Noonan, M. (2016) 'Nursing research ethics, guidance and application in practice', *British Journal of Nursing*, 25(14), pp. 803–807.
- Dunn, K.S., Otten, C. and Stephens, E. (2005) 'Nursing experience and the care of dying patients', *Oncology Nursing Forum*, 32(1), pp. 97–104.
- Ersek, M., Kraybill, B.M. and Hansberry, J. (1999) 'Investigating the educational needs of licensed nursing staff and Certified Nursing Assistants in nursing homes regarding end-of-life care', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 16(4), pp. 573–582.
- Ferrell, B., Malloy, P. and Virani, R. (2015) 'The End-of-Life Nursing Education Consortium project', *Annals of Palliative Medicine*, 4(2), pp. 61–69.
- Heaman, M. (2007) 'Hopeful thinking and level Of comfort regarding providing pediatric palliative care', *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(5), p. 324..
- Fuoto, A. and Turner, K.M. (2019) 'Palliative care nursing communication: An evaluation of the comfort model', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 21(2), pp. 124–130
- Gama, G., Vieira, M. and Barbosa, F. (2012) 'Factors influencing nurses' attitudes toward death', *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), pp. 267–273.
- Gonot-Schoupinsky, F. and Garip, G. (2019) 'Differential qualitative analysis: A pragmatic qualitative methodology to support personalised healthcare research in heterogenous samples', *The Qualitative Report*
- Göriş, S. *et al.* (2015) 'Effect of terminal patient care training on the nurses' attitudes toward death in an oncology hospital in Turkey', *Journal of Cancer Education*, 32(1), pp. 65–71.
- Gutierrez-Castillo, A. *et al.* (2020) 'Euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic review of medical students' attitudes in the last 10 years', *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*
- Hamayoshi, M. *et al.* (2019) 'Effects of an advance care planning educational programme intervention on the end-of-life care attitudes of multidisciplinary practitioners at an acute hospital: A pre- and post-study', *Palliative Medicine*, 33(9), pp. 1158–1165.
- Mueller, R.O. and Hancock, G.R. (2018) 'Structural equation modeling', *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in the Social Sciences*, pp. 445–456.
- Hao, Y. *et al.* (2021) 'Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and Death: A learning intervention',

- Hasheesh, M., Abozeid, S., El-Said, S. and Alhujaili, A. (2013) 'Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan', *Health Science Journal*, 7(4)
- Henoch, I. *et al.* (2017) 'Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons – A longitudinal study', *Nurse Education in Practice*, 26, pp. 12–20.
- Herath, H.M. *et al.* (2021) 'Attitudes on euthanasia among medical students and doctors in Sri Lanka: A Cross Sectional Study', *BMC Medical Ethics*, 22(1).
- Hernández-Marrero, P., Fradique, E. and Pereira, S.M. (2018) 'Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis', *Nursing Ethics*, 26(6), pp. 1680–1695.
- Hernández-Marrero, P., Pereira, S.M. and Carvalho, A.S. (2016) 'Ethical decisions in Palliative Care', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 33(8), pp. 723–732.
- Hinzmann, D. *et al.* (2022) 'Critical care providers' moral distress: Frequency, burden, and potential resources', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), p. 333.
- Mabbott, I. (2011) 'Nursing: Evidence-based practice skills nursing: Evidence-based practice skills Karen Holland and Colinrees Oxford University press£21.99320 PP97801995631040199563101', *Emergency Nurse*, 19(4), pp. 9–9.
- Holloway, H.D. *et al.* (1995) 'Measuring attitudes toward euthanasia', *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 30(1), pp. 53–65..
- Iranmanesh, S. *et al.* (2014) 'Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in south-east Iran', *International Journal of Palliative Nursing*, 20(6), pp. 294–300.
- Johnson, S.M. *et al.* (2015) 'What patient and psychologist characteristics are important in competency for physician-assisted suicide evaluations?', *Psychology, Public Policy, and Law*, 21(4), pp. 420–431.
- Johnstone, M.J., Hutchinson, A.M., Redley, B. and Rawson, H. (2016) 'Nursing roles and strategies in end-of-life decision making concerning elderly immigrants admitted to acute care hospitals: An Australian study', *Journal of Transcultural Nursing*, 27(5), pp. 471–479.
- Kao, Y.Y., Huang, C.Y., Huang, S., Lee, W.C. and Chen, W.K. (2013) 'Exploration of factors related to anxiety and sleep disorders in primary family decision makers of critically ill patients', *Nursing and Healthcare*, 9(1), pp. 53–64.
- Kao, Y.Y., Chen, C.I., Chen, F.J., Lin, Y.H., Perng, S.J., Lin, H.Y. and Huang, C.Y. (2016) 'Effects of resourcefulness on sleep disturbances, anxiety, and depressive symptoms in family members of intensive care unit patients', *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), pp. 607–613.
- Keating, N.L. *et al.* (2010) 'Physician factors associated with discussions about end-of-life care', *Cancer*, 116(4), pp. 998–1006.
- Lin, S.-H. and Hsieh, P.-J. (2009) 'Book review: Kline, R. B. (2005). principles and practice of Structural Equation Modeling (2nd ed.). New York: Guilford. 366 pp., \$40.50 paperback, ISBN 978-1-57230-690-5', *Research on Social Work Practice*, 20(1), pp. 126–128.

- Kranidiotis, G. *et al.* (2015) 'Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses', *Heart & Lung*, 44(3), pp. 260–263.
- Kvale, J., Berg, L., Groff, J.Y. *et al.* (1999) 'Factors associated with residents' attitudes toward dying patients', *Family Medicine*, 31(10), pp. 691–696.
- Lange, M., Thom, B. and Kline, N.E. (2008) 'Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center', *Oncology Nursing Forum*, 35(6), pp. 955–959.
- Langley, G., Schmollgruber, S., Fulbrook, P., Albarran, J.W. and Latour, J.M. (2014) 'South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices', *Nursing in Critical Care*, 19(1), pp. 9–17.
- Lazenby, S., Edwards, A., Samuriwo, R., Riley, S., Murray, M.A. and Carson-Stevens, A. (2017) 'End-of-life care decisions for haemodialysis patients—"We only tend to have that discussion with them when they start deteriorating"', *Health Expectations*, 20(2), pp. 260–273.
- Lentz, L.M., Smith-MacDonald, L., Malloy, D., Carleton, R.N. and Brémault-Phillips, S. (2021) 'Compromised conscience: A scoping review of moral injury among firefighters, paramedics, and police officers', *Frontiers in Psychology*, 12, p. 639781.
- Lewis-Pierre, L., McKay, M., Sanko, J. *et al.* (2019) 'Comparing educational outcomes of online module-based technology with and without simulation on attitudes toward care of the dying in second semester BSN students', *Journal of Palliative Care*, 34(4), pp. 218–223.
- Lin, S. and Huang, C. (2014) *Developing and testing the scale of palliative care knowledge need for nurses*. Master's thesis.
- Lin, H.Y., Chen, C.I., Lu, C.Y., Lin, S.C. and Huang, C.Y. (2021) 'Nurses' knowledge, attitude, and competence regarding palliative and end-of-life care: A path analysis', *PeerJ*, 9, p. e11864.
- Lippe, M., Volker, D., Jones, T. and Carter, P. (2017) 'Evaluating end-of-life care education within nursing programs: A method for targeted curriculum evaluation', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), pp. 266–274.
- Mack, J.W., Cronin, A., Keating, N.L., Taback, N., Huskamp, H.A., Malin, J.L. *et al.* (2012) 'Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: A prospective cohort study', *Journal of Clinical Oncology*, 30(35), pp. 4387–4395.
- Malliarou, M., Tzenetidis, V., Papathanasiou, I., Vourdami, K., Tzenetidis, N., Nikolentzos, A. and Sarafis, P. (2022) 'Validation of the Greek version of Euthanasia Attitude Scale (EAS) in Greek medical doctors', *Nursing Reports*, 12, pp. 304–312.
- Martins Pereira, S., Fradique, E. and Hernández-Marrero, P. (2018) 'End-of-life decision making in palliative care and recommendations of the Council of Europe: Qualitative secondary analysis of interviews and observation field notes', *Journal of Palliative Medicine*, 21(5), pp. 604–615.
- Medical Outcomes Trust (1997) 'Trust introduces new translation criteria', *Trust Bulletin*, 5, pp. 1–4.
- Meller, N., Parker, D., Hatcher, D. and Sheehan, A. (2019) 'Grief experiences of nurses after the death of an adult patient in an acute hospital setting: An integrative review of literature', *Collegian*, 26(2), pp. 149–154.
- Morita, T., Miyashita, M., Shibagaki, M., Hirai, K., Ashiya, T., Ishihara, T. *et al.* (2006) 'Knowledge and beliefs

- about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: A population-based survey in Japan', *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), pp. 306–316.
- Murphy, D.J., Burrows, D., Santilli, S., Kemp, A.W., Tenner, S., Kreling, B. *et al.* (1994) 'The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation', *New England Journal of Medicine*, 330(8), pp. 545–549..
- Nevis, I. (2014) 'Educational intervention in end-of-life care: An evidence-based analysis', *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(17), pp. 1–30.
- Oermann, M.H., Barton, A., Yoder-Wise, P.S. and Morton, P.G. (2021) 'Research in nursing education and the institutional review board/ethics committee', *Journal of Professional Nursing*, 37(2), pp. 342–347.
- Okamoto, S., Uneno, Y., Kawashima, N. *et al.* (2022) 'Difficulties facing junior physicians and solutions toward delivering end-of-life care for patients with cancer: A nationwide survey in Japan', *Palliative Medicine Reports*, 3(1), pp. 255–263.
- Park, H.J., Lee, Y.M., Won, M.H., Lim, S.J. and Son, Y.J. (2020) 'Hospital nurses' perception of death and self-reported performance of end-of-life care: Mediating role of attitude towards end-of-life care', *Healthcare (Basel)*, 8(2), p. 142..
- Park, H.J., Lee, Y.M., Won, M.H. and Lin, S.J. (2020) 'Hospital nurses' perceptions of death and self-performance of end-of-life care: Mediating role of attitude towards end-of-life care', *Healthcare*, 8(2), p. 142.
- Periyakoil, V., Kraemer, H. and Neri, E. (2016) 'Multi-ethnic attitudes toward physician-assisted death in California and Hawaii', *Journal of Palliative Medicine*, 19(10), pp. 1060–1065.
- Pesut, B., Sawatzky, R., Stajduhar, K.I., McLeod, B., Erbacker, L. and Chan, E.K.H. (2014) 'Educating nurses for palliative care: A scoping review', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(1), pp. 47–54.
- Prazak, K.A. and Fazzari, M. (2016) 'Health professions students' attitudes toward death and caring for dying patients', *Journal of Physician Assistant Education*, 27(4), pp. 180–186.
- Reed, E., Todd, J., Lawton, S., Grant, R., Sadler, C., Berg, J., Lucas, C. and Watson, M. (2018) 'A multi-professional educational intervention to improve and sustain respondents' confidence to deliver palliative care: A mixed-methods study', *Palliative Medicine*, 32(2), pp. 571–580..
- Reis de Castro, M.P., Antunes, G.C., Pacelli Marcon, L.M., Andrade, L.S., Rucki, S. and Andrade, V.A. (2016) 'Euthanasia and assisted suicide in western countries: A systematic review', *Revista Bioética*, 24, pp. 355–367.
- Sritharan, G., Mills, A.C., Levinson, M.R. & Gellie, A.L. (2017) 'Doctors' attitudes regarding not for resuscitation orders', *Australian Health Review*, 41(6), pp. 680–687.
- Stergiannis, P., Fanouraki-Stavarakaki, E., Manthou, P. & Intas, G. (2024) 'Investigation on the Attitudes and Perspectives of Medical and Nursing Staff About Euthanasia: Data From Four Regional Greek Hospitals', *Cureus*, 16(2), e53990.
- Su, L.H., Huang, M.L., Lin, Y.L., Wu, C.K., Lin, F.R., Lin, H.M. & Huang, S.J. (2008) 'Knowledge and attitudes of clinical nurses regarding end-of-life care: survey in a regional hospital in Central Taiwan', *Taiwan Journal of Hospice Palliative Care*, 13(4), pp. 431–446.
- Vilpert, S., Borasio, G.D. & Maurer, J. (2022) 'Knowledge Gaps in End-of-Life Care and Planning Options Among

- Older Adults in Switzerland', *International Journal of Public Health*, 67, 1604676.
- Wang, X. (2024) 'Use of proper sampling techniques to research studies', *Applied and Computational Engineering*, 57(1), pp. 141-145.
- Wang, Z., Zaben, F.A., Koenig, H.G. & Ding, Y. (2021) 'Spirituality, moral injury and mental health among Chinese health professionals', *BJPsych Open*, 7.
- Watanabe, Y., Kawashima, N., Uneno, Y., Okamoto, S., Muto, M. & Morita, T. (2023) 'Determinants of Attitude Toward End-of-Life Care Among Junior Physicians: Findings from a Nationwide Survey in Japan', *Palliative Medicine Reports*, 4(1), pp. 257-263.
- West, P.W. (2016) 'Simple random sampling of individual items in the absence of a sampling frame that lists the individuals', *New Zealand Journal of Forestry Science*, 46.
- Wilson, O., Avalos, G. & Dowling, M. (2016) 'Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient', *British Journal of Nursing*, 25(11), pp. 600–605.
- Wong, P.T.P., Reker, G.T. & Gesser, G. (1994) 'Death Attitude Profile-Revised', in Neimeyer, R.A. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Philadelphia: Taylor & Francis, pp. 121–148.
- World Medical Association (2022) 'WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for medical research involving human subjects'.
- Yang, F.M., Ye, Z.H., Tang, L.W., Xiang, W.L., Yan, L.J. & Xiang, M.L. (2017) 'Factors associated with the attitudes of oncology nurses toward hospice care in China', *Patient Preference and Adherence*, 11, pp. 853-860.
- Yilmaz, K. (2013) 'Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical and methodological differences', *European Journal of Education, Research Development and Policy*, 48(2), pp. 311-325.

Παράρτημα

► Ερευνητικό πρωτόκολλο



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ:	ΓΕΩΡΓΙΑ ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ:	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΘΑΝΑΚΟΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:	ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΖΩΙΤΣΑ, ΠΑΠΑΘΑΝΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ενδεικτικός Τίτλος: "Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας"

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας:

Ο θάνατος αποτελεί κεντρικό θέμα στη φιλοσοφία, την ψυχολογία, τη θεολογία και την ιατρική εδώ και αιώνες. Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για να εξερευνήσουν το φόβο και το άγχος του ανθρώπου μπροστά στο θάνατο, καθώς και τις συνέπειες που έχει στην καθημερινότητά του. Προσπαθώντας να διαχειριστεί το άγχος του θανάτου, ο άνθρωπος υιοθετεί διάφορες στάσεις απέναντι σε καταστάσεις που προκαλούν υπαρξιακά ερωτήματα για το οριστικό τέλος.

Καθώς οι ασθενείς πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειές τους βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες ιατρικές αποφάσεις, όπως το αν θα αποδεχθούν ή θα απορρίψουν μια θεραπεία που μπορεί να παρατείνει τη ζωή, αλλά ενδέχεται να επιβαρύνει την ποιότητά της.. Οι συζητήσεις σχετικά με τις ιατρικές επιλογές στο τελικό στάδιο της ζωής (End-of-life, EOL) συνήθως πραγματοποιούνται σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας (Lazenby et al., 2017), καθώς οι γιατροί συχνά δε θεωρούν απαραίτητο να ανοίξουν αυτό το θέμα με ασθενείς που εξακολουθούν να αισθάνονται σχετικά καλά, ακόμα και αν βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου (Keating et al., 2010). Εναλλακτικά, όταν αυτές οι συζητήσεις γίνονται νωρίτερα, συνδέονται με λιγότερη επιθετική θεραπεία στο τέλος της ζωής (Mack et al., 2010) και με βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Baidooobonso, 2014).

Η επίλυση του διλήμματος του "αξιοπρεπούς θανάτου" αναφέρεται στη διαδικασία λήψης ηθικών, νομικών και ιατρικών αποφάσεων σχετικά με το τέλος της ζωής ενός ατόμου, διασφαλίζοντας ότι αυτός πεθαίνει με σεβασμό, άνεση και σύμφωνα με τις επιθυμίες του.

Το δίλημμα προκύπτει από την ανάγκη εξισορρόπησης της διατήρησης της ζωής μέσω ιατρικών παρεμβάσεων και του σεβασμού της αυτονομίας του ατόμου που

μπορεί να επιθυμεί να αποφύγει περιττή ταλαιπωρία. Περιλαμβάνει ζητήματα όπως:

- **Παθητική ευθανασία** (διακοπή θεραπειών που παρατείνουν τη ζωή)
- **Ενεργητική ευθανασία** (πρόκληση θανάτου υπό ιατρική επίβλεψη, όπου επιτρέπεται)
- **Υποβοηθούμενη αυτοκτονία** (χορήγηση μέσων για το θάνατο από ιατρό, όπου είναι νόμιμο)
- **Ανακουφιστική φροντίδα** (διαχείριση πόνου και συμπτωμάτων χωρίς προσπάθεια παράτασης της ζωής)
- **Δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί θεραπεία**

Η συζήτηση γύρω από τον "αξιοπρεπή θάνατο" είναι σύνθετη, επηρεασμένη από πολιτισμικούς, θρησκευτικούς, νομικούς και ιατρικούς παράγοντες, και παραμένει αντικείμενο έντονου διαλόγου

Η επίλυση του διλήμματος του "αξιοπρεπούς θανάτου" μπορεί να προέλθει είτε από ενεργητική είτε από παθητική προσέγγιση κάτι για το οποίο δε συναινεί η διεθνής επιστημονική κοινότητα. Ορισμένοι υποστηρίζουν την ενεργητική ευθανασία, επισημαίνοντας την αξία της αξιοπρέπειας και του δικαιώματος στον αξιοπρεπή θάνατο. Αντίθετα, οι υποστηρικτές της παθητικής ευθανασίας προωθούν την ιδέα της θεραπευτικής απόσυρσης της θεραπείας από έναν άρρωστο. Άλλοι, ωστόσο, αντιτίθενται στην έννοια της διάκρισης μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, ισχυριζόμενοι ότι και η απόσυρση της θεραπείας είναι μια ενέργεια με απάνθρωπο χαρακτήρα.

Οι επιλογές σχετικά με τον περιορισμό θεραπειών εξαρτώνται από το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο των επαγγελματιών υγείας, τις προσωπικές τους θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις προηγούμενες εμπειρίες τους, καθώς και τη θέση τους στην ιατρική ομάδα. Ως εκ τούτου, είναι αναμενόμενες οι συγκρούσεις και διαφωνίες σχετικά με θέματα που αφορούν στο τέλος της ζωής.

Ενώ η νομοθεσία σε αρκετές χώρες επιτρέπει την ευθανασία και τον υποβοηθούμενο τερματισμό της ζωής μόνο για ασθενείς με ανίατες ασθένειες και περιορισμένο προσδόκιμο ζωής λόγω σωματικής διαταραχής, σε ορισμένες χώρες (εκτός της Ελλάδας) η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι επιλογή και για άτομα που δεν πάσχουν από ανίατες ασθένειες, όπως εκείνα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

Στην Ελλάδα απαγορεύεται οποιοδήποτε είδος ευθανασίας. Συγκεκριμένα, δε μπορεί να εφαρμοστεί η Ενεργητική Ευθανασία (από τρίτο) διότι σύμφωνα με το Άρθρο 300/ Κεφάλαιο 15 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται πως π.χ. στην περίπτωση που κάποιος γιατρός θα έδινε τέλος στη ζωή ενός ασθενή από οίκτο ή/και απαίτηση του ασθενή- τιμωρείται με φυλάκιση από 1 μήνα έως 5 χρόνια.

Απαγορεύεται η Παθητική Ευθανασία (διακοπή παράτασης της ζωής) καθώς σύμφωνα με το Αρ.299 / Κεφάλαιο 15 του Ποινικού Κώδικα θεωρείται ανθρωποκτονία με δόλο και τιμωρείται με κάθειρξη ή ισόβια κάθειρξη [«ΝΟΜΟΣ 4619/2019 \(Κωδικοποιημένος\) - ΦΕΚ Α 95/11.06.2019 - Κύρωση του Ποινικού Κώδικα|Ποινικός νόμος»](#)

Σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα απαγορεύεται εξίσου και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επειδή όποιος κατασκευάζει και παρέχει σε κάποιον μια μηχανή ευθανασίας (ή άλλη συσκευή), τον βοηθά να τερματίσει τη ζωή του και συνεπώς τιμωρείται για αυτό με φυλάκιση για Συμμετοχή σε αυτοκτονία σύμφωνα με το νόμο 301/ Κεφαλαίου 15 του Ποινικού Κώδικα

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Όρκο και τη γνωστή ρήση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν», επιβάλλεται πλήρης προστασία της ανθρώπινης ζωής. Οι υποδείξεις του είναι σαφείς: «Δε θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή...».

Οι νοσηλευτές επίσης βρίσκονται σε ευάλωτη θέση από τη νομική πλευρά, καθώς δεν υπάρχει ευκρινές νομοθετικό πλαίσιο που να κατοχυρώνει τη συμμετοχή τους σε τέτοιες διαδικασίες. Το ίδιο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και σε θεσμικό επίπεδο, καθώς τα επαγγελματικά τους επιμελητήρια δεν εγκρίνουν την εμπλοκή τους στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σημειώνεται ότι ο Κώδικας Δεοντολογίας για το

νοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά συγκεκριμένος σε θέματα ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αναφέροντας ότι οι νοσηλευτές απαγορεύεται να ενεργούν με γνώμονα την επιθυμία του ασθενή να θέσει τέρμα στη ζωή του και ότι υποχρέωση των νοσηλευτών είναι να προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, περιλαμβανομένου του δικαιώματος του κάθε ατόμου στην ζωή και στην ασφάλεια.(Αντωνιάδου, 2019).

Αξίζει να τονιστεί ότι στην Ελλάδα, οι ιατροί των ΜΕΘ αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει για το τέλος της ζωής του και μάλιστα να στηρίζουν την από κοινού απόφαση ασθενή, συγγενών και θεράποντος. Επίσημα πάντως δεν διακόπτουν την υποστηρικτική αγωγή, εκτός σπανιότατων εξαιρέσεων (Kranidiotis et al 2015).

Ερχόμενοι συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας, ιδίως οι ιατροί και οι νοσηλευτές, σε επαφή με άτομα στα τελευταία στάδια της ζωής τους, επιτυγχάνεται η διαμόρφωση των απόψεων σχετικά με την ευθανασία. Αυτές οι απόψεις μπορεί να διαφέρουν από τις γενικές αντιλήψεις των πολιτών και ενδέχεται να επηρεάζονται από τη συχνή επαφή τους με τον θάνατο.

2. Σκοπός και Στόχοι :

- Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η περιγραφή των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Περαιτέρω την ανίχνευση πιθανών στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και άλλους παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης ή την εργασιακή εμπειρία, καθώς και την εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών τους στις αποφάσεις για το τέλος της ζωής.

Προκύπτουν, ως εκ τούτου, τα ακόλουθα ερωτήματα/ υποθέσεις:

H1: Οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κτλ.), όσον αφορά τις γνώσεις σχετικά με τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής.

H2: Οι επαγγελματίες υγείας διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κτλ.), όσον αφορά στις στάσεις τους για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

H3: Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν θετικότερες αντιλήψεις σχετικά με το θάνατο διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στις στάσεις τους για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου από τα άτομα που έχουν αρνητικότερες αντιλήψεις για το θάνατο.

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα διεξαχθεί στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» και ο χρόνος διεξαγωγής θα είναι το Σεπτέμβριο του 2024. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιλέχθηκαν να είναι ιατροί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές που απασχολούνται στο Γ.Ν.Ι. Χ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ. Προκειμένου να λάβουν μέρος οι συμμετέχοντες, θα διασφαλιστεί από την ερευνήτρια ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με τους στόχους της έρευνας και θα είναι εγγυημένη η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Επίσης, θα τονιστεί ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι προαιρετική και εθελοντική δίχως να υφίστανται κυρώσεις για τυχόν απόσυρσης της συμμετοχής.

Ερευνητικά εργαλεία:

Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι το ερωτηματολόγιο και ειδικότερα θα γίνει συνδυασμός τεσσάρων ερωτηματολογίων.

1.FATCOD – 30, διερεύνηση των στάσεων απέναντι σε φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Το ερωτηματολόγιο FATCOD-30 περιλαμβάνει 30 ερωτήματα στα οποία απαιτείται να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στη μελέτη χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να τεκμηριωθεί η συμπεριφορά των ερωτηθέντων ως προς τη φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ίσο αριθμό ερωτήσεων που είναι θετικά και αρνητικά φορτισμένες. Οι απαντήσεις σε αυτά τα στοιχεία κυμαίνονται από διαφωνώ κάθεται έως απόλυτα συμφωνώ. Οι απαντήσεις έχουν βαθμολογίες που κυμαίνονται από 1 (διαφωνώ έντονα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα), με αποτέλεσμα μια συνολική βαθμολογία που μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 30 και 150. Μια υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη κλίση προς μια θετική προοπτική για το θάνατο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρήγαγε μια τιμή άλφα Cronbach 0,72, υποδηλώνοντας έναν καλό βαθμό εσωτερικής συνέπειας (Frommelt, 1991).

2. Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)

Το Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) είναι ένα ερωτηματολόγιο που εξετάζει τις στάσεις των ανθρώπων απέναντι στον θάνατο. Αναπτύχθηκε από τους Wong, Reker και Gesser (1964) και αξιολογεί πέντε διαφορετικές διαστάσεις της στάσης προς τον θάνατο. Το DAP-R χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες που αφορούν ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις για τον θάνατο. Αποτελείται από 32 ερωτήματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε 5 υποκλίμακες. Οι ερωτηθέντες καλούνται να βαθμολογήσουν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους σε μια κλίμακα Likert επτά βαθμών, που κυμαίνεται από απολύτως συμφωνώ έως απολύτως διαφωνώ.

Πριν από τη μετάφραση και τη χρήση του εργαλείου/ερωτηματολογίου, ελήφθη η ρητή συγκατάθεση από τους συντάκτες του ερωτηματολογίου και τους κατόχους των δικαιωμάτων δημοσίευσης. Η μετάφραση στα ελληνικά ακολούθησε την προσέγγιση που πρότεινε η «Trust Scientific Advisory Committee» SAC (Medical Outcomes Trust Bulletin, 1997 and MAPI Research Institute, 2002).

3. Euthanasia Attitude Scale – EAS

Η κλίμακα στάσης ευθανασίας (EAS), που δημιουργήθηκε από τους Holloway et al (1994), είναι ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 30 ερωτήματα. Τα ερωτήματα χωρίζονται σε 16 θετικά δομημένες και 14 αρνητικά δομημένες ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο διερευνά θέματα όπως η συναίνεση στην παθητική ή ενεργητική ευθανασία, τα δικαιώματα των ασθενών τελικού σταδίου, ο ρόλος των σύγχρονων τεχνολογιών στη διατήρηση της ζωής, ο εγκεφαλικός θάνατος, οι ευθύνες των γιατρών στην τελική φάση της ζωής του ασθενούς και άλλες ηθικές και νομικές ανησυχίες. Οι απαντήσεις παρέχονται σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών και περιλαμβάνουν επιλογές όπως «συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «διαφωνώ» ή «διαφωνώ απόλυτα».

4. Spiritual and Religious Questionnaire (SpREUK 15 items)

Το ερωτηματολόγιο SpREUK σχεδιάστηκε ρητά για να διερευνήσει πώς τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, βλέπουν την επίδραση της πνευματικότητας στην προσέγγισή τους στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας τους (Büssing, 2010). Το ερωτηματολόγιο SpREUK έχει 15 ερωτήσεις και παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, όπως φαίνεται από τις τιμές αξιοπιστίας που κυμαίνονται από 0,86 έως 0,91 του δείκτη Cronbach A. Η αξιολόγηση αποδίδει μια συνολική βαθμολογία μαζί με τρεις βαθμολογίες υποκλίμακας που αξιολογούν α) την

επιδίωξη υποστήριξης και πρόσβασης, β) την εξάρτηση από υψηλότερη καθοδήγηση ή πηγές και γ) τον προβληματισμό που περιλαμβάνει μια ευνοϊκή ερμηνεία της ασθένειας. Η αξιοπιστία αυτού του οργάνου έχει δοκιμαστεί και καθιερωθεί, καθιστώντας το κατάλληλο για χρήση με ασθενείς τόσο σε κοσμικές όσο και σε θρησκευτικές κοινότητες (Büssing, 2010).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Με το πέρας της εκπόνησης της συγκεκριμένης έρευνας, αναμένεται να προκύψουν δεδομένα τα οποία θα διαλευκάνουν τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τις αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Αναμένεται να διαφανεί ότι οι επαγγελματίες υγείας αν και γνώστες του νομοθετικού πλαισίου, αλλά και των αρχών της βιοηθικής ίσως να μην είναι εύκολο να αντιμετωπίσουν αιτήσεις των ασθενών ή των φροντιστών τους να τερματίσουν τη ζωή τους ανάλογα με τις στάσεις και τις αντιλήψεις τους στο θάνατο.

5. Χρονοδιάγραμμα :

ΙΟΥΝΙΟΣ 2024 - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2024: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας-Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2024: Συλλογή ερωτηματολογίων

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2024: Στατιστική Επεξεργασία

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2024 - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2024: Ολοκλήρωση της συγγραφής των στατιστικών αποτελεσμάτων.

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024: Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δε θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

7. Παραπομπές:

Büssing, A. (2010). Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. Religions, 1, 9-17. <https://doi.org/10.3390/rel1010009>

Frommelt KH (1991) 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.

Holloway, H.D.; Hayslip, B.; Murdock, M.E.; Maloy, R.; Servaty, H.L.; Henard, K.; Lopez, L.; Lysaght, R.; Moreno, G.; Moroney, T.; et al. (1994) Measuring attitudes toward euthanasia. Omega 1994,30, 53–65.

Kranidiotis G. MD a *et al.* (2015) *Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses, Heart & Lung*. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014795631500062X>

Medical Outcomes Trust Bulletin 1997 <http://www.outcomes-trust.org/bulletin/0797blltn.htm>

Trust Scientific Advisory Committee” SAC <http://www.outcomes-trust.org/monitor/nov98/8.html>

Wong TP, Gesser G, Reker GT. (1987) Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). Omega 1987; 18: 104-124.

*ΝΟΜΟΣ 4619/2019 - ΦΕΚ Α 95/11.06.2019 - κήρωση του ποινικού κώδικα:
Ποινικός νόμος - ΦΕΚ Α 95/11.06.2019 - Κήρωση του Ποινικού Κώδικα|
Ποινικός νόμος|. |*

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέποντα



GEORGIOS
PAPATHANAKOS
06.05.2025 12:04

Γεωργία Θεοδοσιάδου

Ερωτηματολόγιο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την καθημερινή επαγγελματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο χειρουργείο. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ: ΙΑΤΡΟΣ ☐ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ: ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐
ΧΗΡΟΣ/Α ☐

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΠΕ) ☐
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΤΕ) ☐
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΔΕ) ☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ: ΚΑΝΕΝΑ ☐
Μεταπτυχιακό δίπλωμα (MSc) ☐
Διδακτορικό δίπλωμα (PhD) ☐

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : 1-5 ΕΤΗ ☐
6-10 ΕΤΗ ☐
11-15 ΕΤΗ ☐
16-20 ☐
>20 ΕΤΗ ☐

ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: _____

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΣΗ : 1-5 ΕΤΗ ☐
6-10 ΕΤΗ ☐
11-15 ΕΤΗ ☐
16-20 ☐

**DEATH ATTITUDE PROFILE-REVISED (DAP-R) – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.**

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει:

ΔΑ=Διαφωνώ Απόλυτα, Δ=Διαφωνώ, ΔΜ=Διαφωνώ Μέτρια, Α= Αναποφάσιτος
ΣΜ=Συμφωνώ Μέτρια, Σ=Συμφωνώ, ΣΑ=Συμφωνώ Απόλυτα

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία.
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 καλύτερο
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. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου
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 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 ~~μετα~~ θάνατο 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.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FATCOD ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει:

ΔΑ: Διαφωνώ Απόλυτα, Δ: Διαφωνώ, Α: Αβέβαιος, Σ: Συμφωνώ, ΣΑ: Συμφωνώ
Απόλυτα

1. Η παροχή φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου είναι μια αξιόλογη εμπειρία
2. Ο θάνατος δεν είναι ότι χειρότερο μπορεί να συμβεί σε κάποιον
3. Θα αισθανόμουν άβολα να μιλήσω για τον επικείμενο θάνατό του με τον ασθενή τελικού σταδίου
4. Η παροχή φροντίδας προς την οικογένεια θα πρέπει να συνεχιστεί και κατά την διάρκεια του θρήνου και του πένθους
5. Δεν θέλω να παρέχω φροντίδα σε έναν ασθενή τελικού σταδίου
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
7. Ο χρόνος που απαιτείται για την φροντίδα ασθενή τελικού σταδίου με απογοητεύει
8. Θα με αναστάτωνε όταν ο ασθενής τελικού σταδίου που φρόντιζα θα έχανε κάθε ελπίδα για βελτίωση της υγείας του
9. Είναι δύσκολο να αναπτύξεις στενές σχέσεις με έναν ασθενή τελικού σταδίου
10. Είναι στιγμές που ο ασθενής τελικού σταδίου προσμένει τον θάνατο
11. Όταν ο ασθενής τελικού σταδίου ρωτά "Πεθαίνω;", πιστεύω το καλύτερο είναι να αλλάζεις θέμα σε κάτι ευχάριστο
12. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στην παροχή σωματικής φροντίδας του ασθενούς τελικού σταδίου.
13. Θα ευχόμουν ο ασθενής τελικού σταδίου τον οποίο φρόντιζα να πέθαινε όταν δεν ήμουν παρών
14. Φοβάμαι να γίνω φίλος με έναν ασθενή τελικού σταδίου
15. Νομίζω ότι θα ήθελα να το βάλω στα πόδια όταν ο ασθενής τελικά πεθαίνει.
16. Η οικογένεια χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη για να αποδεχτεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς τελικού σταδίου
17. Καθώς ο ασθενής τελικού σταδίου πλησιάζει στο τέλος οι φροντιστές υγείας, μη μέλη της οικογένειας πρέπει να αποσυρθούν από τον ασθενή

18. Οι οικογένειες πρέπει να ενδιαφέρονται για να συμβάλλουν στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου για όσο χρόνο του απομένει
19. Ο ασθενής τελικού σταδίου δεν πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει αποφάσεις όσον αφορά την σωματική του φροντίδα
20. Οι οικογένειες πρέπει να παραμένουν όσο είναι δυνατόν ως το φυσιολογικό περιβάλλον για τον ασθενή τελικού σταδίου
21. Είναι ευεργετικό για τον ασθενή τελικού σταδίου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα του/της
22. Η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενούς τελικού σταδίου
23. Οι φροντιστές υγείας πρέπει να επιτρέπουν στον ασθενή τελικού σταδίου να έχει ευέλικτο πρόγραμμα επισκεπτηρίων
24. Ο ασθενής τελικού σταδίου και η οικογένειά του/της πρέπει να είναι οι κύριοι λήπτες των αποφάσεων
25. Ο εθισμός στα αναλγητικά φάρμακα δεν πρέπει να είναι θέμα ανησυχίας για έναν ασθενή τελικού σταδίου
26. Θα ήταν άβολο να μπω στο δωμάτιο ενός ασθενούς τελικού σταδίου που κλαίει
27. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να λαμβάνουν εύλικρινείς απαντήσεις όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους
28. Η εκπαίδευση των οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι δουλειά των φροντιστών υγείας μη μελών της οικογένειας
29. Τα μέλη της οικογένειας που είναι κοντά στον ασθενή μπορεί να παρέμβουν στην δουλειά των επαγγελματιών φροντιστών υγείας
30. Είναι δυνατό οι φροντιστές υγείας μη μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν στην προετοιμασία για τον θάνατο

Euthanasia Attitude Scale – EAS

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει:

ΣΑ: Συμφωνώ Απόλυτα Σ: Συμφωνώ Δ: Διαφωνώ ΔΑ: Διαφωνώ Απόλυτα

1. Ακόμα κι αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια την προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του, δεν πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που επιφέρει το θάνατο του ασθενή
2. Υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους
3. Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμα κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου
4. Ορισμένοι ασθενείς λαμβάνουν αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα (για παράδειγμα αναλγητικά φάρμακα) και αφήνονται να πεθάνουν ειρηνικά χωρίς περαιτέρω αγωγή που αποσκοπεί στην επέκταση της ζωής τους. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί.
5. Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρώπινο να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου και βιώνει έντονο πόνο, παρά τον να αφήνεται να υποφέρει.
6. Ένα άτομο που είναι "εγκεφαλικά νεκρό" θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα
7. Πιστεύω ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο τελικού σταδίου πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή που επεκτείνει τη ζωή του
8. Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο
9. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν νόμιμοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να ~~προετοιμάσει~~ προετοιμάσει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακύψουν ανυπόφορες νόσοι
10. Δεν μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους
11. Θα υποστήριζα την απόφαση απόρριψης πρόσθετης θεραπείας αν σε έναν ασθενή που πεθαίνει ανακλύπει δευτερογενής νόσος που είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσει γρήγορο και ανώδυνο θάνατο.
12. Δεν θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης

13. Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχεται "μόνο ανακουφιστική φροντίδα" εάν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά μόνο λίγες ώρες ζωής.
14. Αν ήμουν αντιμέτωπος με την προοπτική ένα αγαπημένο πρόσωπο να υποφέρει έναν αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για την διατήρηση της ζωής
15. Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που ζει αλλά είναι "εγκεφαλικά νεκρό".
16. Εάν ήμουν αντιμέτωπος με μία κατάσταση αργού και επώδυνου θανάτου, θα έπρεπε να έχω το δικαίωμα επιλογής τερματισμού της ζωής μου με τον πιο εύκολο και γρήγορο τρόπο.
17. Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να πεθάνει
18. Κανένας, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, δεν επιτρέπεται αν αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει.
19. Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας.
20. Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει η ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο.
21. Εάν ένας φίλος που υπέφερε από σοβαρό πόνο λίγο πριν το θάνατο, και με παρακαλούσε να προσπαθήσω να πείσω τους γιατρούς να τερματίσουν την ζωή του/της, θα αγνοούσα την παράκληση του.
22. Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατος του είναι ανήθικη πράξη.
23. Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να ικετεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δεν θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του.
24. Η πρόκληση θανάτου για λόγους ελέους είναι αποδεκτή
25. Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από αστία, για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας.

26. Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει.
27. Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής, ως πράξη ελέους, είναι απαράδεκτος για μένα.
28. Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω.
29. Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει εάν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.
30. Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής.]

Spiritual and Religious Questionnaire (SpREUK 15 items)

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει:

Δεν Ισχύει καθόλου, Νομίζω δεν ισχύει, Δεν ξέρω, Ισχύει ικανοποιητικά, Ισχύει απόλυτα

1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες
3. Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό επιδρά θετικά σε κάποια ασθένεια.
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους
6. Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι δύσκολο μου δημιουργείται η ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου

9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου
10. Είμαι πεπεισμένος ότι η ασθένεια έχει κάποιο νόημα
11. Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη
12. Εξαιτίας της ύπαρξης της ασθένειας επικεντρώνομαι πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή μου
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος

Εγκρίσεις χρήσης των ερωτηματολογίων

Έγκριση ΥΠΕ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



20.08.2024 08:33:25
ΑΚΡΙΒΕΣ
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ
ΑΠΟ
Αυτή Κοπία
Χρησιμοποιείται

Πάτρα, 28/08/2024

Α. Π.: 53800

Απάντηση στο έγγραφο: 53800

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^η ΥΠΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -

ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Σαμπανιώτη

Τηλέφωνο : 2613 -600618

e-mail : protokollo@dypede.gr

ΠΡΟΣ

κ. ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

Σχετ: 1) Η υπ' αριθμ. 53800/23-08-2024 αίτησή σας

2) Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42234/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τ.

Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024), Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού

Διοικητή της 6ης Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Σε απάντηση της παραπάνω σχετικής αίτησής σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 11/20.08.2024 (θ.6^ο) θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ

~~ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ~~

Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Έγκριση από το ΓΝΙ Χατζηκώστα

Απόσπασμα του αριθμ. 11/20-08-2024 Πρακτικού του Ε.Σ. του Γ.Ν.Ι. «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

ΘΕΜΑ 6:

ΑΙΤΗΜΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΑ ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ

Το Ε.Σ. αφού έλαβε υπόψη το Αρ.Πρωτ.10953/12-07-2024 αίτημα άδειας συλλογής ερευνητικών δεδομένων της Γεωργίας Θεοδοσιάδου, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στο Δια τμηματικό Πρόγραμμα Σπουδών στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Τίτλος Εργασίας: «Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας»

Μετά από διαλογική συζήτηση

Γνωμοδοτεί

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής ερευνητικών δεδομένων στην Γεωργία Θεοδοσιάδου, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στο Δια τμηματικό Πρόγραμμα Σπουδών στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

- να λάβει τη σύμφωνη γνώμη των Δ/ντων και Προϊσταμένων των Τμημάτων όπου απευθύνεται η έρευνα, για να μη παρακωλυθεί η εύρυθμη λειτουργία του ως προς τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων.
- να τηρηθούν οι κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, να διασφαλισθεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.
- δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Γ.Ν.Ι. «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

Τίτλος Εργασίας: «Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας»

Να ενημερωθεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στη συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου έλαβαν μέρος :

Πρόεδρος: Ουρανία Μουσαφίρη, Δ/ντρια Τμήματος Μ.Ε.Θ.

Μέλη: Πατρικάκος Γεώργιος – Δ/ντης Ωρίλγας, Μητσέλος Ιωάννης – ΕΑ' Γαστρεντερολογίας, Πανοπούλου Αικατερίνη - υπάλληλος του κλάδου ΠΕ Βιοχημικών-Χημικών, Γιαννακού Σταυρούλα – υπάλληλος του κλάδου ΤΕ Ραδιολογίας, Θεοδοσίου Αστέριος – υπάλληλος του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΜΟΥΣΑΦΙΡΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΠΑΤΡΙΚΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΜΗΤΣΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ ΑΣΤΕΡΙΟΣ

Ακριβές Αντίγραφο
Τμήματος
ΜΠΑΣΟΥΝΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Έγκριση για το ερωτηματολόγιο FATCOD-30

From: Maria Dimoula <mariadml@yahoo.gr>
Sent: Thursday, August 8, 2024 6:11:20 PM
To: GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com>
Subject: Re: Πρ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου για διπλωματική

Αγαπητή κα Θεοδοσιάδου,

Σας δίνω την άδεια να χρησιμοποιήσετε την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD) για τη διπλωματική σας εργασία. Παραμένω στη διάθεση σας για οποιαδήποτε πληροφορία.

Με εκτίμηση
Δημουλά Μαρία
Νοσηλεύτρια ΠΕ, RN, MSc, PhD(c)

Στις Τετάρτη 7 Αυγούστου 2024 στις 07:39:02 μ.μ. EEST, ο χρήστης GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com> έγραψε:

Έγκριση για το ερωτηματολόγιο DAP-R



GEORGIA THEODOSIADOU

Προς: Dr Pavlos Sarafis

...

Kyp 19/1/2025 11:06 π.μ.

Σας ευχαριστώ πολύ

Με εκτίμηση

Γεωργία Θεοδοσιάδου

Από: Dr Pavlos Sarafis <psarafis@gmail.com>
Στάλθηκε: Παρασκευή, 26 Ιουλίου 2024 8:44 μμ
Προς: GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com>
Κοιν.: maria malliarou <mmalliarou@gmail.com>
Θέμα: Re: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου (DAP-R)

κ. Θεοδοσιάδου σας παραχωρούμε η συγγραφική ομάδα και εγώ την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου **DAP-R** στην ελληνική του έκδοσή για την χρησιμοποίησή του στην μεταπτυχιακή σας διατριβή και είμαι στη διάθεσή σας για οτιδήποτε χρειαστείτε. Καλή επιτυχία στην εκπόνηση

ΜΦΧ
ΠΣ

Sent from my mobile phone. Please allow for typos and misspells.

Στις Παρ 26 Ιουλ 2024 στις 7:53 μμ ο χρήστης GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com> έγραψε:

Καλησπέρα κ. Σαράφη,

ονομάζομαι Γεωργία Θεοδοσιάδου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ "Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων" στα Ιωάννινα. Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα "**Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας**", θα ήθελα να μου δώσετε την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) το οποίο έχετε σταθμίσει στην ελληνική γλώσσα.

Σας ευχαριστώ πολύ
Με εκτίμηση

Γεωργία Θεοδοσιάδου

Έγκριση για το ερωτηματολόγιο EAS

Στις Παρ 26 Ιουλ 2024 στις 9:06 μ.μ., ο/η GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com> έγραψε:
Καλησπέρα κα Μαλλιάρου,

ονομάζομαι Γεωργία Θεοδοσιάδου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ "Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων" στα Ιωάννινα. Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα **"Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας"**, θα ήθελα να μου δώσετε την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο **ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ (EAS)** το οποίο έχετε σταθμίσει στην ελληνική γλώσσα.

Σας ευχαριστώ πολύ
Με εκτίμηση

Γεωργία Θεοδοσιάδου

↩ Απάντηση

➡ Προώθηση

Από: Dr Maria Malliarou <mmalliarou@gmail.com>

Στάλθηκε: Σάββατο, 27 Ιουλίου 2024 6:12 μμ

Προς: GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com>

Θέμα: Re: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

κ Θεοδοσιάδου έχετε την άδεια μου να χρησιμοποιήσετε στην διπλωματική σας εργασία το ερωτηματολόγιο ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.

Παρακαλώ να χρησιμοποιήσετε το άρθρο στάθμισης ως αναφορά στις πηγές σας

με εκτίμηση

Μαρία Μαλλιάρου



Dr. Maria Malliarou

Professor (Full)

Director of Laboratory of
Education and Research
of Trauma Care and
Patient Safety (Labedu
TraumaCare)

w: traumacarelab.nurs.uth.gr

m: +30 6944796499

a: Nursing Department,
University of Thessaly
Gaiopolis, Larissa-Trikala
Ring Road, zip 41100,
Larissa, Greece

e: malliarou@uth.gr

Έγκριση για το ερωτηματολόγιο SpREUK- 15

Από: ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ <dragioti@uoi.gr>

Στάλθηκε: Πέμπτη, 8 Αυγούστου 2024 11:09 πμ

Προς: GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com>

Θέμα: Re: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου σε διπλωματική

Ναι μπορείτε να το χρησιμοποιήσετε

Sent from my iPhone

On 7 Aug 2024, at 19:39, GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com> wrote:

Από: GEORGIA THEODOSIADOU <theogeo@hotmail.com>

Στάλθηκε: Παρασκευή, 26 Ιουλίου 2024 8:20 μμ

Προς: ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ <dragioti@uoi.gr>

Θέμα: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου σε διπλωματική

Καλησπέρα κα Δραγκιώτη,

ονομάζομαι Γεωργία Θεοδοσιάδου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ "Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων" στα Ιωάννινα. Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα **"Αποφάσεις για το τέλος της ζωής. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας"**, θα ήθελα να μου δώσετε την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο **SPIRITUAL AND RELIGIOUS ATTITUDES (SpREUK)** το οποίο έχετε σταθμίσει στην ελληνική γλώσσα.

Σας ευχαριστώ πολύ

Με εκτίμηση

Γεωργία Θεοδοσιάδου