



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό
Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών
Σπουδών

Νοσηλευτική
Φροντίδα
Ενήλικων



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Διερεύνηση των επιπτώσεων του θανάτου των ασθενών σε
νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας**

Υπό της

Μπουκουβάλα Ελένης

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των
προϋποθέσεων απονομής του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

-----2025-----



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό
Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών
Σπουδών

Νοσηλευτική
Φροντίδα
Ενήλικων



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστήμων Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Investigation of the effects of patient deaths on ICU nurses

By

Boukouvala Eleni

Master's Thesis submitted for the fulfillment of the conditions for the award of
the Master's Degree of Specialization of the Master's Program Nursing Care of
Adults of the University of Ioannina

-----2025-----

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

Επιβλέπουσα:

Κωνσταντή Ζωίτσα

Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλη:

Δραγκιώτη Έλενα

Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Κουράκος Μιχαήλ

Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»**

**«INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF PATIENT DEATH ON ICU
NURSES»**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι νοσηλευτές στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας συχνά ζουν έντονες συναισθηματικές καταστάσεις όταν ένας ασθενής πεθαίνει. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα αποτυχίας, ενοχής ή και θλίψης, ιδιαίτερα όταν έχουν δώσει πολλή ώρα και κόπο στη φροντίδα του ασθενούς. Η συνεχής επαφή με τον θάνατο και η έντονη πίεση που βιώνουν καθημερινά μπορεί να οδηγήσουν σε εξάντληση, ψυχική κόπωση και επαγγελματική εξουθένωση. Οι νοσηλευτές συχνά πρέπει να διαχειριστούν όχι μόνο τις ιατρικές ανάγκες των ασθενών αλλά και τις συναισθηματικές ανάγκες των οικογενειών τους, κάτι που προσθέτει επιπλέον άγχος στη δουλειά τους. Η αποδοχή του θανάτου και η διαδικασία πένθους είναι επίσης παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση του συχνά επαναλαμβανόμενου θανάτου των ασθενών στις ΜΕΘ στους νοσηλευτές τους. Ειδικότερα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν είναι εάν το επάγγελμα των νοσηλευτών στις ΜΕΘ ενδέχεται να επηρεάζει την ποιότητα της ψυχοσωματικής και κοινωνικής τους ζωής λόγω των συνεχών βιωμάτων θανάτου. Επιπλέον, η διαπίστωση ότι τα νοσοκομεία δεν παρέχουν επαρκή ψυχολογική υποστήριξη στους νοσηλευτές είναι ανησυχητική. Αυτή η έλλειψη υποστήριξης μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την επαγγελματική τους ικανοποίηση και την υγεία τους. Απαιτούνται σημαντικές αλλαγές προς αυτή την κατεύθυνση, ώστε να διασφαλιστεί η ευημερία των νοσηλευτών και η ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς. Εν κατακλείδι, η στήριξη και η εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι κρίσιμης σημασίας για την προώθηση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος.

Υλικό και μέθοδος: Σε μια θετικιστική επιστημολογική προσέγγιση, στη μελέτη εντάχθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ 1, ΜΕΘ 2 και ΜΑΦ του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ. Οι 62 συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν μέσω

της πλατφόρμας Google Forms το ερωτηματολόγιο «Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) / Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο». Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση χρησιμοποιώντας τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που εντάχθηκαν στη μελέτη είναι ηλικίας 20-30 ετών (53,2%) και αναδείχθηκε ότι οι περισσότεροι από αυτούς υποφέρουν από σωματική εξάντληση και έχουν αναπτύξει διαταραχές ψυχικής υγείας. Ωστόσο οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εμφανίζουν μία «ουδέτερη αποδοχή» ή «αποδοχή του θανάτου» ενώ οι λιγότεροι έχουν αναπτύξει τον φόβο του θανάτου.

Συμπεράσματα: Η συχνή έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες μπορεί να οδηγήσει σε σωματική εξάντληση και ψυχικές διαταραχές. Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες έρευνες που εξετάζουν την επίδραση του θανάτου των ασθενών στους νοσηλευτές ΜΕΘ, καθιστώντας αναγκαία τη διεξαγωγή περισσότερων μελετών για την κατανόηση και αντιμετώπιση του φαινομένου. Είναι απαραίτητο τα νοσοκομεία να παρέχουν προστασία μέσω μέτρων υποστήριξης για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική τους λειτουργία και η προστασία της υγείας τους.

Λέξεις κλειδιά: intensive care nurses, nurses, death, impact.

ABSTRACT

Introduction: Nurses in Intensive Care Units often experience intense emotional states when a patient dies. This can lead to feelings of failure, guilt, or even grief, especially when they have devoted significant time and effort to the patient's care. Continuous contact with death and the intense pressure they experience daily can lead to exhaustion, mental fatigue, and professional burnout. Nurses often have to manage not only the medical needs of patients but also the emotional needs of their families, which adds additional stress to their work. The acceptance of death and the grieving process are also factors that affect their mental health.

Aim: The purpose of this study is to examine the impact of the frequently recurring death of patients in ICUs on their nurses. Specifically, the research hypotheses being explored are whether the profession of nurses in ICUs may affect the quality of their

psychosomatic and social life due to the continuous experiences of death. Furthermore, the finding that hospitals do not provide adequate psychological support for nurses is concerning. This lack of support can have serious consequences for their job satisfaction and overall health. Significant changes are required in this direction to ensure the well-being of nurses and the quality of care for patients. In conclusion, the support and training of nurses are crucial for promoting a healthy work environment.

Results: The majority of the participants in the study were aged 20-30 years (53.2%), and it was found that most of them suffer from physical exhaustion and have developed mental health disorders. However, most participants exhibit a "neutral acceptance" or "acceptance of death," while fewer have developed a fear of death.

Conclusions: In Greece, there are very few studies examining the impact of patient death on ICU nurses, making it essential to conduct more research to understand and address this phenomenon. Frequent exposure to traumatic experiences can lead to physical exhaustion and mental health disorders. Hospitals must provide protection through supportive measures to ensure the effective functioning of nurses and safeguard their health.

Key words: intensive care nurses, nurses, death, impact.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	20
2.1.Ερευνητική ερώτηση	20
2.2 Αιτιολόγηση της εργασίας.....	21
2.3 Αναστοχασμός	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	24
3.1 Το υπόβαθρο του θέματος	24
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	24
3.2.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων	26
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	29
4.1 Επιστημολογία.....	29
4.2 Δειγματοληπτική τεχνική	29
4.3 Περιγραφή του χώρου.....	30
4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος	30
4.5 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	30
4.6 Ηθική της έρευνας.....	31
4.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
5.1. Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση των Δεδομένων	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	56
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	56
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	57
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	71
Παράρτημα 1. Ερευνητικό Πρωτόκολλο Μπουκουβάλα Ελένη.....	71
Παράρτημα 2. Άδεια εκπόνησης ερευνητικής εργασίας στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ.	78
Παράρτημα 3. Έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης συμμετεχόντων.	79
Παράρτημα 4. Ερωτηματολόγιο.....	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας βιώνουν συχνά έντονα συναισθήματα όταν ένας ασθενής πεθαίνει. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα αποτυχίας, ενοχής ή ακόμα και θλίψης, ειδικά όταν έχουν επενδύσει πολύ χρόνο και προσπάθεια στη φροντίδα του ασθενούς. Η συνεχής έκθεση στο θάνατο και η έντονη πίεση ενδέχεται να οδηγήσει σε εξάντληση, ψυχική κόπωση και επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμα, ένας θάνατος μπορεί να τους φέρει αντιμέτωπους με ηθικά διλήμματα και ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα της φροντίδα που παρέχουν. Σύμφωνα με τους Groves et al. (2022), το πένθος στη νοσηλευτική σχετίζεται με επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, διαπροσωπικές συγκρούσεις και σημάδια κόπωσης .

Οι νοσηλευτές διαθέτουν ένα φάσμα γνώσεων που αφορά την ειδικότητα τους, μια μεθοδολογική στρατηγική που υποστηρίζει το σχεδιασμό των παρεμβάσεων τους και έναν κώδικα δεοντολογίας που εγγυάται τις ενέργειές τους (Gonzalez, M., et al., 2018). Οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) παρέχουν συστηματική φροντίδα σε ασθενείς που είναι βαρέως άσθοντες, γεγονός που απαιτεί συγκεκριμένο σύνολο δεξιοτήτων και ικανοτήτων (Li, P., et al., 2021).

Αν και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στοχεύει στη διατήρηση της ζωής, συχνά χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, φέρνοντας τους νοσηλευτές αντιμέτωπους με τον θάνατο των ασθενών που νοσηλεύουν. Σύμφωνα με την Εταιρεία Εντατικής Φροντίδας, τα ποσοστά θανάτων για ασθενείς που εισέρχονται σε ΜΕΘ κυμαίνονται κατά μέσο όρο από 10% έως 29% παγκοσμίως (Betriana, F., & Kongsuwan, W., 2019). Οι νοσηλευτές που βιώνουν μεγάλο αριθμό θανάτων ασθενών τους χαρακτηρίζονται από συχνές και οξείες εμπειρίες απώλειας, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπίληπτη θλίψη ή κατάθλιψη (Groves, K. A., et al., 2022). Ακόμα, ο συχνός και συνεχής ρυθμός θανάτων ασθενών αναφέρεται ότι επηρεάζει σωματικά και ψυχολογικά τους νοσηλευτές (Betriana, F., & Kongsuwan, W., 2019).

Το ίδιο το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί να αλληλεπιδράσει με πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες από τον έξω κόσμο, όπως οι αυξανόμενες προσδοκίες που τίθενται και η αποδοτικότητα των επαγγελματιών (Arimon-Pagès, E., et al., 2022). Εκτός από την αντιμετώπιση της έλλειψης προσωπικού και του αυξημένου φόρτου εργασίας, οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να αντιμετωπίσουν ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με τη δίκαιη κατανομή των

σπάνιων πόρων και το ηθικό ζήτημα πού βρίσκεται η γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου (Işık, M. T., & Yildirim, G., 2023).

Οι Gonzalez et al. (2018), απέδειξαν πως η εμπειρία που αποκτήθηκε από τον θάνατο εκτός του κλινικού περιβάλλοντος σχετίζεται με μεγαλύτερη άνεση κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές που έχουν αυτήν την εμπειρία είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν το θέμα του θανάτου με μεγαλύτερη ηρεμία και εμπειρία, προσφέροντας έτσι καλύτερη υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Πιο συγκεκριμένα, στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ, οι νοσηλευτικές πρακτικές λαμβάνουν υπόψη την ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση ενισχύουν την ψυχολογική τους ευεξία, την ποιότητα ζωής και τη νοσηλευτική ικανοποίηση, ενώ μειώνουν τα δυσμενή αποτελέσματα και τις επιπλοκές (Zhou, L., & Leng, M., 2019). Είναι απαραίτητο για τους νοσηλευτές να θρηνούν για τους θανάτους των ασθενών τους- διαφορετικά, θα μπορούσε να προκαλέσει προβλήματα στη δική τους υγεία (Mast, M., & Gillum, D., 2018).

Οι νοσηλευτές συχνά αγνοούν τα συναισθήματα θλίψης, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζεται ή να μην αντιμετωπίζεται η θλίψη, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί και να καταστεί μακροχρόνια και σωρευτική. Τα σωματικά συμπτώματα της σωρευτικής θλίψης μπορεί να περιλαμβάνουν φυσική αδυναμία, κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονικές σκέψεις, αδιαφορία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και άγχος (Groves, K. A., et al., 2022). Οι νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας μπορεί να βιώσουν οξεία διαταραχή στρες μετά το θάνατο ασθενούς, με υψηλότερο κίνδυνο για εκείνους που ήταν μάρτυρες καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης πριν από το θάνατο, απροσδόκητου θανάτου ασθενούς ή λεκτικής κακοποίησης από τις οικογένειες των ασθενών (Wang, C., et al., 2021).

Για να αντιμετωπίσουν τη θνησιμότητα των ασθενών, οι νοσηλευτές στρέφονται σε εσωτερικές πηγές όπως η καθημερινή ρουτίνα, ο διαλογισμός, το πένθος, η εμπειρία ζωής και εργασίας και ο καθορισμός ορίων (Zheng, R., et al., 2018). Η συσσωρευμένη θλίψη μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε συναισθηματική αποστασιοποίηση ή σε υπερβολική επένδυση στη ζωή των ασθενών (Groves, K. A., et al., 2022). Μάλιστα, στην έρευνα που έγινε από τους Xiang-Zi, J., και Jia-yuan, Z. (2023), αποδείχθηκε πως

περισσότεροι από το 35% των νοσηλευτών που δουλεύουν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κινδυνεύουν από το να αναπτύξουν άγχος για το θάνατο.

Παρά το γεγονός ότι αποδέχονται το θάνατο ως φυσιολογικό μέρος της ζωής, οι νοσηλευτές τον φοβούνται. Για να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα, χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαίδευση ή σε κάποιες πιο εξειδικευμένες περιπτώσεις ψυχολογική υποστήριξη (Cybulska, A., et al., 2022). Η μείωση του πόνου, η προώθηση της αποδοχής από την οικογένεια και η βελτίωση της ποιότητας του θανάτου των ασθενών μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνουν οι νοσηλευτές στη μονάδα εντατικής θεραπείας (Lief, L., et al., 2018). Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η παρουσία κλινικών φροντιστηρίων και προγραμμάτων τα οποία θα υποστηρίζουν τους νοσηλευτές να διαχειρίζονται τον θάνατο των ασθενών τους (Ozga, D., et al., 2020).

Η αναγνώριση ότι οι νοσηλευτές θρηνούν για τους ασθενείς θα ήταν ένα σημαντικό βήμα μπροστά. Οι Betriana και οι συνεργάτες (2019), σε ένα περιοδικό, παρουσιάζουν ευρήματα από μια εις βάθος εξερεύνηση των βιωμένων εμπειριών Μουσουλμάνων νοσηλευτών που έχουν φροντίσει έναν ασθενή στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ. Χρησιμοποιώντας μια δημιουργική προσέγγιση ενθάρρυναν τους νοσηλευτές να απεικονίσουν τη θλίψη τους σε γραφήματα, και η πιθανή επίδραση της θλίψης στην ευημερία των νοσηλευτών παρουσιάζεται με έντονο τρόπο. Τα ευρήματα της ποιοτικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τους Jang και συνεργάτες (2019), επίσης δημοσιευμένη σε αυτό το τεύχος, δείχνουν ότι η φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής αναγκάζει τους νοσηλευτές να σκεφτούν τη δική τους θνητότητα και τονίζει την ανάγκη για καλύτερη προετοιμασία των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θα θρηνήσουν για τους ασθενείς ακόμη και αν ο θάνατος ήταν ένας «καλός» θάνατος. Πρέπει να παρέχουμε υποστήριξη κατά τη διάρκεια και μετά από όλους τους θανάτους ασθενών, όχι μόνο για τους πιο δύσκολους. Ο θάνατος μας αγγίζει όλους με διαφορετικούς και μερικές φορές εκπληκτικούς τρόπους.

Οι Kisorio και Langley (2016) καταλήγουν από τη μελέτη τους σε ομάδες εστίασης που εξετάζει τη φροντίδα στο τέλος της ζωής με νοσηλευτές ΜΕΘ στη Νότια Αφρική, ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ χρειάζονται φροντίδα για να μπορέσουν να παρέχουν «την καλύτερη δυνατή φροντίδα στο τέλος της ζωής». Υπάρχουν δυνητικές λύσεις όπως η χρήση προσομοιώσεων για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης συγκρούσεων (Kim et

al., 2018), η καλύτερη χρήση των διατμηματικών συνεδριών (Ten Have & Nap, 2014) και προσεγγίσεις για την αξιολόγηση της ηθικής λήψης αποφάσεων στη ΜΕΘ (Van den Bulcke et al., 2018). Υπάρχουν, επίσης, πιο «άμεσες» και πρακτικές στρατηγικές, όπως η αναγνώριση των φόρτων εργασίας των μελών της κλινικής ομάδας που έχουν πρόσφατα φροντίσει πολλούς ασθενείς στο τέλος της, η παροχή πιο στενής υποστήριξης σε λιγότερο έμπειρους εργαζόμενους ή η συνεργασία με κοντινά μέλη του προσωπικού, και η δυνατότητα στο νοσηλευτή να φροντίσει αποκλειστικά έναν ασθενή στο τέλος της ζωής και την οικογένειά του, αντί να αναλαμβάνει άλλες ευθύνες κατά τη διάρκεια της βάρδιας.

Η φροντίδα της ευημερίας του προσωπικού μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών όταν αντιμετωπίζουν αγχωτικές καταστάσεις, όπως ο θάνατος στη ΜΕΘ. Στην πραγματικότητα, οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τη συνειδητότητα (mindfulness) στη ΜΕΘ έχουν αποκτήσει μεγαλύτερη αναγνωρισιμότητα τα τελευταία χρόνια. Η συνειδητότητα ενθαρρύνει ένα άτομο να παρατηρεί τα συναισθήματά του από μια αποστασιοποιημένη οπτική. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοχή των εμπειριών του (Lamothe et al., 2016) και σε υψηλότερη συνειδητότητα των συναισθημάτων όταν αυτά εμφανίζονται (Jimenez et al., 2010). Ενώ η συνειδητότητα μπορεί να θεωρείται κάπως ως μια τρέχουσα λέξη της μόδας, οι αρχικές μελέτες που χρησιμοποίησαν τη συνειδητότητα με το προσωπικό της ΜΕΘ έχουν αναφέρει μείωση του άγχους (Gauthier et al., 2015), μειωμένη εξάντληση (Cohen-Katz et al., 2005), μειωμένα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Mealer et al., 2014) και βελτίωση των δεικτών άγχους και κατάθλιψης (Lan et al., 2014).

Ωστόσο, η εκτίμηση οποιουδήποτε μακροχρόνιου αντίκτυπου είναι επί του παρόντος δύσκολη λόγω της ποικιλίας των παρεμβάσεων, όπως ο διαλογισμός, η συνειδητότητα-βασισμένη στη γνωστική θεραπεία και τα διάφορα μέτρα αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται. Είναι προνόμιο και ευθύνη να φροντίζουμε κάποιον στο τέλος της ζωής, αλλά έχουμε επίσης την υποχρέωση να αναγνωρίσουμε τη θλίψη στους συναδέλφους μας, να προσέχουμε ο ένας τον άλλον, να παρέχουμε ανοικτή και ειλικρινή προετοιμασία για το νέο προσωπικό και να παρέχουμε υποστήριξη όχι μόνο για τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά και για όλους τους φροντιστές κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.

Μεταξύ των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, το ποσοστό θνησιμότητας αυτών που ζουν στο σπίτι με την οικογένειά τους είναι 14,4%, ενώ εκείνων που εισάγονται σε ιατρικά ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένων των οίκων ευγηρίας, είναι 77,1% (Lan et al., 2014). Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν σε ιατρικά ιδρύματα στη Νότια Κορέα. Λόγω της γήρανσης της κοινωνίας, της προόδου των ιατρικών υπηρεσιών και διαφόρων συσκευών υποστήριξης ζωής, πολλοί ασθενείς εισάγονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) στη Νότια Κορέα. Πολλοί ασθενείς με προχωρημένα στάδια ασθενειών στη ΜΕΘ δεν μπορούν να λάβουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους λόγω τραχειακής διασωλήνωσης ή συνεχούς χρήσης ηρεμιστικών. Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας και ανακούφισης σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν τον θάνατό τους.

Στη Νότια Κορέα, παρατηρούνται μόνο επτά ημέρες μεταξύ της διακοπής της υποστηρικτικής θεραπείας και του θανάτου των ασθενών. Ως αποτέλεσμα, οι επιθυμίες των ασθενών δεν μπορούν να ληφθούν υπόψη σωστά, καθώς η κατάσταση τους έχει ήδη επιδεινωθεί όταν αρχίζουν οι συζητήσεις για τη φροντίδα που επιθυμούν. Ένας καλός θάνατος περιλαμβάνει μια δυναμική και συνεχή διαδικασία προσπάθειας για την κατάλληλη προετοιμασία και εκπλήρωση των επιθυμιών των ασθενών με προχωρημένες ασθένειες, μέσω της αλληλεπίδρασης του ασθενούς, της οικογένειας του και των επαγγελματιών υγείας. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να αντιμετωπίζουν τον θάνατο με αξιοπρέπεια και έλεγχο και διασφαλίζει ότι η οικογένεια των ασθενών είναι προετοιμασμένη να αποδεχθεί τον θάνατό τους με θετικά συναισθήματα.

Το 1997, ένας επαγγελματίας υγείας κατηγορήθηκε για ανθρωποκτονία επειδή διέκοψε τη χρήση αναπνευστήρα μετά από αίτημα της οικογένειας του ασθενούς, γεγονός που οδήγησε τους επαγγελματίες υγείας στη Νότια Κορέα να υιοθετήσουν παθητική στάση απέναντι στη διακοπή της υποστηρικτικής θεραπείας. Ωστόσο, το 2008, ένα νοσοκομείο μηνύθηκε επειδή απέρριψε αίτημα οικογένειας για έναν αξιοπρεπή θάνατο του ασθενούς, αυξάνοντας την ανάγκη για νομικές οδηγίες σχετικά με τη διακοπή της υποστηρικτικής θεραπείας. Ο "Νόμος για την Υγειονομική και Παρηγορητική Φροντίδα και τις Αποφάσεις για τη Διακοπή της Υποστηρικτικής Θεραπείας για Ασθενείς στο Τέλος της Ζωής" ψηφίστηκε τον Φεβρουάριο του 2018, με στόχο την εξασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ασθενών, αλλά και σήμερα, έξι χρόνια αργότερα, η απόφαση για την αναστολή ή τη διακοπή της υποστηρικτικής θεραπείας λαμβάνεται από την οικογένεια στο 70% των περιπτώσεων.

Η κύρια αποστολή των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι η σταθεροποίηση ασθενών σε σοβαρές καταστάσεις. Η τεχνολογία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Ωστόσο, παρά τις επιστημονικές και τεχνολογικές προόδους, τα ποσοστά θνησιμότητας στις ΜΕΘ παραμένουν υψηλά. Για παράδειγμα, το ποσοστό θνησιμότητας στην Κολομβία είναι 32%, στο Μεξικό 25%, στο Ηνωμένο Βασίλειο κυμαίνεται από 15% έως 36%, στην Ευρώπη από 6% έως 27%, και στις Ηνωμένες Πολιτείες από 10% έως 29%. Σύμφωνα με τους Baker και συνεργάτες (2020), η αλλαγή στο προφίλ των ασθενών σε σοβαρή κατάσταση είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες. Αυτό καθιστά απαραίτητη την εφαρμογή ανάλυσης θνησιμότητας τόσο στη θεραπεία των ασθενών όσο και στην φροντίδα στο τέλος της ζωής (0End Of Life Care - EOLC), που αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για την εξασφάλιση ενός καλού θανάτου στην κρίσιμη φροντίδα. Οι ασθενείς στο τέλος της ζωής και οι οικογένειές τους χρειάζονται κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη, και στη ΜΕΘ είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει αυτή τη φροντίδα.

Η διεθνής βιβλιογραφία για την EOLC στις ΜΕΘ υποστηρίζει τη χρήση "πακέτων πρωτοκόλλων". Υπάρχουν εκτενείς έρευνες που προτείνουν ότι η προσέγγιση προς τους ασθενείς στο τέλος της ζωής θα πρέπει να αλλάξει, εστιάζοντας περισσότερο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η παροχή EOLC αποτελεί σημαντικό μέρος της δουλειάς των νοσηλευτών κρίσιμης φροντίδας, και η EOLC έχει αναγνωριστεί ως προτεραιότητα ερευνών σε διεθνή μελέτη Delphi. Παρά τη συχνότητα με την οποία οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας παρέχουν EOLC, αποδείξεις δείχνουν ότι δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να παρέχουν αυτή τη φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η φυσική περιοριστική δράση ή διαδικασία είναι η ενέργεια ή η διαδικασία περιορισμού της ελευθερίας κινήσεων, της φυσικής δραστηριότητας ή της φυσιολογικής πρόσβασης στο σώμα του/της από τη χρήση οποιωνδήποτε φυσικών ή μηχανικών εργαλείων και συσκευών που συνδέονται με το σώμα του ασθενούς. Χρησιμοποιείται συνήθως στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όταν οι ασθενείς είναι συγχυσμένοι, φυσικά επικίνδυνοι για τον εαυτό τους και τους άλλους και όταν οι εναλλακτικές μέθοδοι είναι ανεπαρκείς ή αντενδείκνυται. Λόγω των αμφιλεγόμενων ηθικών και νομικών ανησυχιών που σχετίζονται με το δικαίωμα αυτονομίας και αξιοπρέπειας των ασθενών, η φυσική περιοριστική δράση είναι μια εξαιρετικά αμφιλεγόμενη διαδικασία. Περίπου το 80% των βαρέως

πασχόντων ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ μπορεί να χρειαστεί να περιοριστούν φυσικά λόγω της παρουσίας διέγερσης, σύγχυσης, αϋπνίας και διαταραγμένων συμπεριφορών. Αυτές οι συμπεριφορές προκαλούν την απομάκρυνση ιατρικών συσκευών υποστήριξης ζωής, τραυματισμούς από πτώσεις και κίνδυνο για τον ασθενή και τους άλλους. Το προσωπικό της ΜΕΘ προσπαθεί να μειώσει αυτές τις συμπεριφορές χρησιμοποιώντας διάφορα μέτρα, όπως την παροχή παρέας στους ασθενείς, τη μείωση του ύψους του κρεβατιού, την ανύψωση των στηριγμάτων του κρεβατιού και τη χρήση κατασταλτικών φαρμάκων πριν από την εφαρμογή φυσικού περιορισμού.

Ωστόσο, οι υγειονομικοί επαγγελματίες στη ΜΕΘ χρησιμοποιούν φυσικό περιορισμό για να αποτρέψουν την παρέμβαση στις διαδικασίες θεραπείας και για την προστασία από βλάβες του ασθενούς. Οι Smithard, D., & Randhawa, R. (2022) ανέφεραν ότι η συχνότητα χρήσης φυσικού περιορισμού μεταξύ των βαρέως πασχόντων ασθενών κυμαίνεται από 62% έως 79% παγκοσμίως. Απέδειξαν ότι οι περιορισμένοι ασθενείς στη ΜΕΘ αντιμετωπίζουν παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο και δυσμενείς ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες, όπως διέγερση, επιθετικότητα, οίδημα άκρων και δερματικές εκδορές στην περιοχή του περιορισμού, καθώς και πτώσεις που οδηγούν σε κακή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης. Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι περισσότεροι από τους μισούς βαρέως πάσχοντες ασθενείς έχουν περιοριστεί και έχουν αντιμετωπίσει επιπλοκές από τον περιορισμό, παρά την ανεπαρκή καθοδήγηση και κανονισμούς σχετικά με τη χρήση φυσικών περιορισμών.

Η γνώση και οι στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον περιορισμό είναι σημαντικός παράγοντας για την παροχή καλής νοσηλευτικής φροντίδας στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο γνώσης και καλύτερες στάσεις σχετικά με τον περιορισμό συμβάλλουν στη βελτίωση της πρακτικής τους στην εφαρμογή του περιορισμού και εναλλακτικών στρατηγικών στη θεραπεία των βαρέως πασχόντων ασθενών. Αυτό οδηγεί σε ποιοτική φροντίδα ασθενών, μειώνοντας τα φυσικά, ψυχολογικά και ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τη χρήση περιορισμών. Μελέτες ανέφεραν ότι το επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών σχετικά με τη χρήση, τον σκοπό και τις επιπλοκές της χρήσης περιορισμών είναι χαμηλό. Σύμφωνα με τους Gastmans και Mohler και Meyer (2006), οι περισσότερες στάσεις των νοσηλευτών είναι αρνητικές σχετικά με τη χρήση περιορισμών.

Επιπλέον, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές είχαν αμφιλεγόμενα συναισθήματα, ενοχές και απογοήτευση όταν περιορίζουν ασθενείς. Μάλιστα, οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν πιστεύουν ότι η χρήση φυσικών περιορισμών στα νοσοκομεία μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχία, επιθετικότητα και τραυματισμούς. Η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εμπειρίας, η διάρκεια εργασίας στη ΜΕΘ, η εργασία σε ημερήσιες βάρδιες, οι υψηλότεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι, η ανάγνωση πληροφοριών σχετικά με τον περιορισμό τον τελευταίο χρόνο, ο χαμηλός αριθμός ασθενών ανά βάρδια και η λήψη εκπαιδευτικών και ενδονοσοκομιακών εκπαιδεύσεων για τον περιορισμό είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη γνώση και τη στάση των νοσηλευτών.

Σύμφωνα με μια αναφορά του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, κατά την πρώτη φάση της αντίδρασης στην πανδημία COVID-19, το επίκεντρο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης ήταν κυρίως στην αύξηση της ικανότητας και της δυνατότητας των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), γεγονός που οδήγησε σε αύξηση των ωρών εργασίας των παρόχων εντατικής φροντίδας και στη χρήση διαφορετικών προτύπων εναλλασσόμενων βαρδιών (ICN, 2020). Επιπλέον, σε παρόμοιες κρίσεις όπως το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) και το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας της Μέσης Ανατολής (MERS), οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά οι νοσηλευτές, εκτέθηκαν σε σοβαρές και εξουθενωτικές πιέσεις, των οποίων οι πηγές περιλάμβαναν τον φόβο μόλυνσης, το στίγμα, την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και την έλλειψη εμπιστοσύνης (Lee et al., 2018; Maunder et al., 2003). Εξετάζοντας τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που είχαν εργασιακή εμπειρία κατά την επιδημία MERS το 2015, οι Lee et al. (2018), διαπίστωσαν ότι αυτά τα άτομα εμφάνιζαν μετατραυματική διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια της επιδημίας και ακόμα και μετά από αυτήν.

Παρομοίως, το πρόβλημα αυτό παρατηρήθηκε και στην επιδημία SARS το 2003, καθώς οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης υπέστησαν σοβαρό άγχος λόγω της άγνωστης φύσης της ασθένειας, της υψηλής μεταδοτικότητάς της και του βαρύ φόρτου εργασίας τους (Maunder et al., 2003). Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, που βρίσκονται στο κέντρο και στην πρώτη γραμμή της αποφόρτισης της κρίσης της πανδημίας COVID-19 (Chen, Liang, et al., 2020), έχουν σημαντικό ρόλο στις χώρες που πλήττονται. Η υγειονομική κατάσταση των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεάσει την παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς και να

έχει σημαντική επίδραση στον τρόπο διαχείρισης των κρίσεων δημόσιας υγείας και πανδημιών (Chang et al., 2020). Διάφορες προκλήσεις επιβάλλουν σοβαρές ψυχολογικές και σωματικές πιέσεις στους νοσηλευτές καθ' όλη τη διάρκεια της παροχής φροντίδας σε ασθενείς με COVID-19 στη ΜΕΘ (Park & Park, 2020; See et al., 2018).

Στην Ιταλία, οι νοσηλευτές αντιμετώπισαν μια ιδιαίτερη και, ωστόσο, ενοχλητική κατάσταση λόγω της αδυναμίας τους να σώσουν τους ασθενείς και της πιθανότητας μετάδοσης της ασθένειας στα μέλη της οικογένειάς τους, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την φροντίδα των ασθενών (Kaniadakis, 2020). Επιπλέον, οι νοσηλευτές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχολογικών προβλημάτων, όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και στρες (Liu et al., 2020). Μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν ποικιλία προκλήσεων λόγω της κατάστασης άγχους που δεν έχουν ξαναζήσει ποτέ πριν (Liu et al., 2019). Σε μελέτη των Sun et al., οι νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς με COVID-19 ανέφεραν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, όπως κούραση, δυσφορία και αίσθηση αδυναμίας λόγω του βαρύ φόρτου εργασίας κατά τις βάρδιες (Sun et al., 2020). Παρά την έλλειψη μελετών που να εξετάζουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές της ΜΕΘ καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών με COVID-19 με βάση τις εμπειρίες τους, οι Shen et al. αποκάλυψαν ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες, περιλαμβανομένης της εργασίας σε άγνωστο περιβάλλον, της έλλειψης εμπειρίας στη φροντίδα μολυσμένων ασθενών, του άγχους για τη μόλυνση, του βαρύ φόρτου εργασίας, της υπερβολικής εξάντλησης και της κατάθλιψης λόγω αποτυχίας στη θεραπεία σοβαρά ασθενών (Shen et al., 2020). Σε μια συστηματική ανασκόπηση, οι Fernandez et al. (2020) εξέτασαν τα αποτελέσματα 13 ποιοτικών μελετών σχετικά με τις εμπειρίες των νοσηλευτών κατά την πανδημία COVID-19 και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ανταποκριθούν κατάλληλα στις προκλήσεις και στα αντιληπτά ζητήματα των φροντιστών των ασθενών με COVID-19. Διαφορετικά, οι νοσηλευτές είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξάντληση και έλλειψη εργαζομένων στη νοσηλευτική. Επομένως, οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων φαίνονται αναγκαίες.

Ωστόσο, πριν από αυτό, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να παρέχουν κατανόηση αυτών των προκλήσεων και να διευκολύνουν τις αλλαγές στην υφιστάμενη κατάσταση

προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, να παρασχεθεί ασφαλής και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς και τελικά να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών. Δεδομένου ότι υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές της ΜΕΘ καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών με COVID-19, είναι σημαντικό να διεξαχθεί μια μελέτη για την κατανόηση των υπαρχουσών προκλήσεων με βάση τις εμπειρίες των νοσηλευτών. Μια βαθιά κατανόηση αυτών των προκλήσεων στην τρέχουσα κρίσιμη κατάσταση μπορεί να βοηθήσει τις αρχές υγειονομικής περίθαλψης να υιοθετήσουν κατάλληλα μέτρα για να ξεπεράσουν τους περιορισμούς, να ανταποκριθούν στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και να παρέχουν ποιοτική και ασφαλή φροντίδα στους ασθενείς, ώστε να μπορούν να ληφθούν ουσιαστικές ενέργειες για τη μείωση τόσο της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο για τους σοβαρά ασθενείς όσο και της θνησιμότητας που προκαλεί η COVID-19. Αναλόγως, η παρούσα ποιοτική μελέτη διεξήχθη για να διερευνήσει και να περιγράψει τις προκλήσεις που βιώνουν οι νοσηλευτές της ΜΕΘ καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών με COVID-19.

Οι εμπειρίες των σοβαρά ασθενών αποτελούν σημαντικό στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και ένα συνεπές θέμα στις ερευνητικές ευρήματα από το 1970 έως το 2007 (Johnson, 1972, Asbury, 1985, Burfitt et al., 1993, Russell, 1999, McCabe, 2004, Magnus και Turkington, 2006). Ο στόχος της εντατικής φροντίδας δεν είναι μόνο η διάσωση ζωών, αλλά και η υποστήριξη των ασθενών και των συγγενών τους κατά τη διάρκεια της κρίσιμης ασθένειας (Pattison, 2005). Η παραμονή στη ΜΕΘ μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική ευημερία των ασθενών, τόσο στην ΜΕΘ, όσο και μετά την αποχώρησή τους από αυτήν (Pattison, 2005). Η τρέχουσα προτίμηση στη θεραπεία των ασθενών που απαιτούν μηχανική υποστήριξη αναπνοής είναι η χρήση ελάχιστων επιπέδων καταστολής, όποτε αυτό είναι εφικτό (Wojnicki-Johansson, 2001). Λόγω αυτής της πρακτικής, με μειωμένη συνταγογράφηση ηρεμιστικών και τη χρήση καθημερινού ξυπνήματος όταν οι ασθενείς είναι κατεσταλμένοι, οι αναμνήσεις των ασθενών από την εμπειρία τους στη ΜΕΘ αυξάνονται. Οι Stein-Parbury και McKinley (2000) ανασκόπησαν 26 μελέτες που χρησιμοποιούσαν είτε ποιοτικές είτε ποσοτικές προσεγγίσεις για να εξετάσουν τις εμπειρίες των ασθενών (Stein-Parbury και McKinley, 2000).

Από τις ανασκοπημένες μελέτες, πολλοί ασθενείς θυμούνται την περίοδο της παραμονής τους στη ΜΕΘ, μερικές φορές με ζοηρές λεπτομέρειες (Bergbom-Engberg et al., 1988). Οι ασθενείς θυμήθηκαν όχι μόνο αρνητικές εμπειρίες αλλά και ουδέτερες και θετικές. Οι θετικές εμπειρίες περιλάμβαναν μια αίσθηση ασφάλειας και προστασίας, την οποία προώθησαν ιδιαίτερα οι νοσηλευτές (Burfitt et al., 1993, Holland et al., 1997). Οι αρνητικές εμπειρίες περιλάμβαναν μειωμένη γνωστική λειτουργία και δυσφορίες όπως προβλήματα ύπνου, πόνο και άγχος (Turner et al., 1990, Holland et al., 1997). Σε μελέτη του Russell (1999), ορισμένες ενέργειες του προσωπικού της ΜΕΘ δεν μόνο θυμήθηκαν από τους ασθενείς της ΜΕΘ και τις οικογένειές τους, αλλά συνεχίστηκαν να επηρεάζουν τους ασθενείς 6 μήνες μετά την αποχώρησή τους από τη ΜΕΘ (Russell, 1999).

Οι αναμνήσεις των ασθενών από την περίοδο της μηχανικής αναπνοής σχετίζονται ιδιαίτερα με τη δυσκολία αποδοχής της αδυναμίας ομιλίας. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή είναι σημαντική. Κατά συνέπεια, οι περιορισμένες δυνατότητες επικοινωνίας σχετίζονται με συναισθήματα θυμού και χαμηλής διάθεσης, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της διαδικασίας αποκατάστασης (Magnus και Turkington, 2006). Και οι δύο μορφές επικοινωνίας, λεκτική και μη λεκτική, έχουν μεγάλη επιρροή στη συναισθηματική σταθερότητα του ασθενούς και την αντίληψη της φροντίδας (Rundell, 1991, Albarran, 1992, Wojnicki-Johansson, 2001, McCabe, 2004). Οι αναμνήσεις από ψευδαισθήσεις είναι μια πηγή δυσφορίας που θυμούνται οι ασθενείς ακόμα και μετά την αποχώρησή τους. Αυτές οι εμπειρίες, γνωστές και ως παραληρητικές αναμνήσεις, μπορεί να αποτελούν ένδειξη του λεγόμενου συνδρόμου ΜΕΘ/ delirium, το οποίο είναι προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας (Ely et al., 2004). Επιπλέον, οι παραληρητικές αναμνήσεις μπορεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού άγχους (PTSD) (Jones et al., 2001). Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ψυχολογική ευημερία (Pattison, 2005). Σε μελέτη του Granberg et al., που περιλάμβανε συνεντεύξεις με 19 ασθενείς που είχαν διασωληνωθεί, η σχέση φροντίδας εκτιμήθηκε ως η παροχή ενός σημαντικού βαθμού ασφάλειας και άνεσης. Οι νοσηλευτικές ενέργειες μπορούν συνεπώς να θεωρηθούν κρίσιμοι παράγοντες για την υπέρβαση των εμπειριών των ασθενών στη ΜΕΘ (Granberg et al., 1998).

Σε μελέτη που αξιολόγησε τις πραγματικές αναμνήσεις 2 χρόνια μετά την αποχώρηση από τη ΜΕΘ, τονίστηκε η ανάγκη για συνεχή ενημέρωση των ασθενών, διαβεβαίωση

και βελτιστοποιημένη άνεση (Roberts et al., 2007). Η φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπείας των σοβαρά ασθενών. Αν και οι γνώσεις, οι τεχνικές δεξιότητες και ο ιατρικός εξοπλισμός των νοσηλευτών θεωρούνται σημαντικοί από τους ασθενείς, καθώς αποτελούν μέρος των απαραίτητων επεμβάσεων για τη διάσωση της ζωής, η συμπεριφορά φροντίδας, η ανακούφιση του ασθενούς από το άγχος και τις ανησυχίες μπορεί να τους βοηθήσει να επικεντρωθούν στην ανάρρωσή τους και θεωρείται ως η πιο πολύτιμη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του συχνού θανάτου των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), στους νοσηλευτές της ΜΕΘ.

Συγκεκριμένα, οι σκοποί της εργασίας στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

1. Η δυνατότητα να εντοπιστούν και να μελετηθούν τα συνεχόμενα βιώματα θανάτου στην καθημερινότητά των νοσηλευτών της ΜΕΘ καθώς και η επιρροή τους στην ποιότητα της ψυχοσωματικής και κοινωνικής ζωής τους.
2. Να αποδειχθεί πως τα νοσοκομεία δεν υποστηρίζουν ψυχολογικά το έργο των νοσηλευτών και χρειάζεται να γίνουν σημαντικές αλλαγές, προς αυτή την κατεύθυνση.

2.1.Ερευνητική ερώτηση

Η εξέλιξη και ανάπτυξη της αγωγής της υγείας επιτρέπει τη χρήση πρακτικής βασισμένη σε αποδείξεις όπου ενισχύουν την πρακτική και την επιστήμη (Brown, D., 2019). Βασικό εργαλείο της Πρακτικής Βασισμένης σε Αποδείξεις – Evidence Based Practice (EBP) είναι η δημιουργία κλινικών ερωτημάτων τα οποία μπορούν να απαντηθούν με ερευνητική βιβλιογραφία (Martin Schiavenato και Frances Chu, 2021). Τα ερωτήματα αυτά τα ονομάζουμε απαντήσιμες ερωτήσεις PICO, ακρωνύμιο το οποίο επιμερίζεται στα εξής στοιχεία: P – patient, population (ασθενής, πληθυσμός), I – intervention (παρέμβαση), C – comparison (σύγκριση) και O – outcome (αποτέλεσμα) (Luijendijk, H. J., 2021). Τα ερωτήματα αυτά επιτρέπουν στον ερευνητή να βρει τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για συγκεκριμένες συνθήκες υγείας και ευεξίας (Brown, D., 2019).

- P – νοσηλευτές ΜΕΘ,
- I – θάνατος των ασθενών,
- C – (επιρροή μεταξύ των νοσηλευτών)
- O – επιπτώσεις στους νοσηλευτές

Από την παραπάνω ανάλυση δημιουργείται το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση των επιπτώσεων του θανάτου των ασθενών σε

2.2 Αιτιολόγηση της εργασίας

Αν και η ΜΕΘ αναμένεται να συντηρεί τη ζωή, οι ΜΕΘ συνήθως έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές της ΜΕΘ να πρέπει να αντιμετωπίζουν πολλές θανάτους ασθενών. Σύμφωνα με την Εταιρεία Εντατικής Ιατρικής, τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών που εισάγονται σε ΜΕΘ κυμαίνονται κατά μέσο όρο από 10% έως 29% παγκοσμίως. Η αντιμετώπιση πολλών θανάτων ασθενών αναφέρθηκε ότι επηρεάζει τους νοσηλευτές σωματικά και ψυχολογικά. Ωστόσο, η εμπειρία της θλίψης των νοσηλευτών δεν αναγνωρίζεται ευρέως, κάτι που μπορεί να οφείλεται σε επαγγελματικό στίγμα. Το επαγγελματικό στίγμα είναι μια κατάσταση κατά την οποία αναμένεται από τους νοσηλευτές να παρέχουν επαγγελματική φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους ενώ οι ίδιοι θρηνούν, αλλά δεν μπορούν να παραδεχτούν τη δική τους και των συναδέλφων τους θλίψη. Οι νοσηλευτές μπορεί να βιώνουν θλίψη λόγω του θανάτου ενός ασθενούς, αλλά ενδέχεται να μην έχουν χρόνο να αντιμετωπίσουν τη δική τους θλίψη. Σε αυτή την κατάσταση, οι νοσηλευτές χρειάζεται να αναγνωρίσουν τη θλίψη τους έτσι ώστε να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά (Coombs et al 2015).

Η θλίψη μεταξύ των νοσηλευτών έχει αποτελέσει αντικείμενο αρκετών μελετών. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι νεότεροι νοσηλευτές έχουν μεγάλη φοβία για το θάνατο και αρνητικές στάσεις απέναντι στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές εξέφρασαν πολλές συναισθηματικές αντιδράσεις όταν αντιμετώπισαν καταστάσεις θανάτου, αλλά παρατηρήθηκε έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης. Έτσι, απομακρύνθηκαν από τις καταστάσεις θανάτου και εξέφρασαν τα συναισθήματά τους με κλάμα, και μόνο λίγοι από αυτούς έλαβαν συναισθηματική υποστήριξη. Ανάμεσα στις μελέτες που εξετάζουν τη θλίψη των νοσηλευτών, οι μελέτες που έχουν γίνει σε μουσουλμάνους είναι περιορισμένες και οι περισσότερες επικεντρώθηκαν στη φροντίδα στο τέλος της ζωής αντί στη θλίψη, δίνοντας περισσότερη προσοχή στους ασθενείς και τις οικογένειές τους παρά στους νοσηλευτές (Van den Bulcke et al., 2018).

Η εξουθένωση είναι ένα επαγγελματικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποστασιοποίηση ή αδιάφορη στάση απέναντι στη δουλειά και μειωμένο αίσθημα προσωπικής επιτυχίας. Επηρεάζει ιατρούς και λοιπούς

παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Το ποσοστό εξουθένωσης φτάνει έως το 60% σε υπαλλήλους νοσοκομείων σε ένα από τα ιδρύματά μας, ένα αστικό, ακαδημαϊκό κέντρο τραύματος Επιπέδου Ένα. Οι επαγγελματίες που φροντίζουν κριτικά ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην εξουθένωση λόγω χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) όπως η υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών, οι μεγάλες ώρες εργασίας και οι τακτικές επαφές με τραυματισμούς και ηθικά ζητήματα. Αυτές οι εμπειρίες οδηγούν σε ηθική αγωνία και κόπωση συμπόνιας (Lief et al., 2018).

Η εξουθένωση δεν επηρεάζει μόνο την ικανότητα απόλαυσης της εργασίας αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κατάθλιψη, μετατραυματική διαταραχή άγχους, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικές τάσεις. Μπορεί να αυξήσει το ποσοστό αναχώρησης από την εργασία, οδηγώντας σε έλλειψη φροντιστών. Το πιο σημαντικό, η εξουθένωση είναι γνωστό ότι συμβάλλει σε γεγονότα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές που υποφέρουν από εξουθένωση είναι πιο πιθανό να κάνουν ιατρικά λάθη, να παρέχουν χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας και να επικοινωνούν ανεπαρκώς με τους ασθενείς τους. Η εξουθένωση συνδέεται με υψηλότερη θνησιμότητα 30 ημερών και με ποσοστά λοιμώξεων που αποκτώνται εντός του νοσοκομείου.

Παρά την αυξανόμενη συνειδητοποίηση των συνεπειών της εξουθένωσης, οι παρεμβάσεις για την πρόληψη ή την αντιμετώπισή της είναι περιορισμένες στη βιβλιογραφία. Οι περισσότερες παρεμβάσεις μέχρι στιγμής έχουν επικεντρωθεί στη μείωση των ωρών εργασίας, την ανάπτυξη προγραμμάτων ευεξίας και την προώθηση της ενσυνειδητότητας. Λόγω του περιορισμένου αριθμού μελετών, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εξερεύνηση της θλίψης μεταξύ των νοσηλευτών κατά την αντιμετώπιση θανάτων ασθενών. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιδρούν και αντιμετωπίζουν τη θλίψη τους είναι ζωτικής σημασίας για νέες γνώσεις που θα ενημερώσουν την πρακτική εντατικής φροντίδας και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής.

2.3 Αναστοχασμός

Ούσα εργαζόμενη στην μεγαλύτερη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα ήθελα να εκφράσω τη δυσκολία που έχει η εργασία σε αυτό το κλειστό τμήμα αλλά και

την πίεση που λαμβάνουμε καθημερινά από τη θνησιμότητα των περιστατικών που αναλαμβάνουμε και από τους οικείους τους. Το στρες, το άγχος, η αϋπνία αλλά και επικείμενες ψυχικές διαταραχές έχουν αναπτυχθεί στους νοσηλευτές ανά τα χρόνια που εργάζονται. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωριστεί το έργο που παράγουμε και να δεσμευτεί το κράτος με την ανάλογη αντιμετώπιση προς το μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Με την παρούσα εργασία θέλησα να δείξω την κούραση και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη «βαριά» εργασία αλλά και την ψυχολογική εξάντληση από τους συχνούς θανάτους των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Με τις συνεχώς αυξανόμενες τεχνολογικές προόδους, οι ευκαιρίες για προηγμένη θεραπεία που να διατηρεί και να προστατεύει τη ζωή επεκτείνονται συνεχώς (Karnik & Kanekar, 2016). Διεθνώς, η μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) έχει αναπτυχθεί αδιανόητα τα τελευταία εξήντα χρόνια και έχει γίνει κοινό και συνεχώς επεκτεινόμενο χαρακτηριστικό της σύγχρονης νοσοκομειακής ζωής (Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014). Η εντατική θεραπεία έχει επεκταθεί επίσης εντός του σύγχρονου νοσοκομείου σε άλλες εγκαταστάσεις (όπως θάλαμοι και ενδιάμεσες μονάδες) καθώς η οξύτητα των ασθενών αυξάνεται και η τεχνολογία γίνεται ολοένα και πιο περίπλοκη (Kelly et al., 2014). Επιπλέον, η αυξανόμενη προσδόκιμη ζωής παγκοσμίως σημαίνει ότι η εντατική θεραπεία παρέχεται σε σημαντικά περισσότερους ανθρώπους με πολύπλοκες συννοσηρότητες και επίσης μεγαλύτερης ηλικίας (Flaatten & Garrouste Orgeas, 2015; Heyland et al., 2015). Η ανάπτυξη της ΜΕΘ στο μέλλον προβλέπεται ότι θα είναι «εκθετική» (Kelly et al., 2014). Έτσι, στο πλαίσιο αυτών των μεταβαλλόμενων δημογραφικών στοιχείων και των τεχνολογικών τάσεων στην υγειονομική περίθαλψη, χρειάζεται να δοθεί προσοχή σε έναν αριθμό βασικών προτεραιοτήτων στην ΜΕΘ, συμπεριλαμβανομένου του πώς μπορεί να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η αξιοπρεπής υγειονομική φροντίδα για το μέλλον (Kitson & Sorenson, 2016). Οι Latour και Albarran (2012) υπέθεσαν ότι η ΜΕΘ είναι «ένα περιβάλλον όπου οι αρχές της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας μπορούν να χαθούν». Μια συγκεκριμένη ανησυχία σχετικά με την αξιοπρέπεια που έχει λάβει μόνο περιθωριακή προσοχή στη βιβλιογραφία είναι η έννοια της ιδιωτικότητας κατά τη διάρκεια του θανάτου στη ΜΕΘ. Η εμπειρία του θανάτου στη ΜΕΘ, αν και σπάνια, μπορεί να είναι μια παρατεταμένη διαδικασία που παρατηρείται από πολλούς (Bloomer, 2013).

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η εκπόνηση της ερευνητικής μελέτης έλαβε μέρος με συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση στοιχείων σχετικών με την εργασία αυτή ήταν: intensive care nurses, nurses, death, impact. Η αναζήτηση βασίστηκε στις παραπάνω

λέξεις κλειδιά, με τη χρήση των τελεστών Boolean AND, OR, NOT (intensive care nurses OR nurses AND death AND impact).

3.2.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Στην παραπάνω αναζήτηση βρέθηκαν 185 άρθρα. Τα κριτήρια αποκλεισμού και αποδοχής των άρθρων ήταν να υπάρχει άμεσος συσχετισμός με των θάνατο των ασθενών εκτός όλων των άλλων παραγόντων εξουθένωσης. Επιπλέον, η γλώσσα αποδοχής ήταν η ελληνική και η αγγλική. Τέλος, βασικό κριτήριο επιλογής ήταν η μελέτη να έχει γίνει εντός της τελευταίας πενταετίας. Έτσι, κατέληξα στα 3 αποτελέσματα που παρατίθενται στον πίνακα 1.

a/a	Τίτλος	Συγγραφείς	Περιοδικό	Είδος Μελέτης	Έτος Δημοσίευσης
1	The Critical Nature of Addressing Burnout Prevention: Results From the Critical Care Societies Collaborative's National Summit and Survey on Prevention and Management of Burnout in the ICU.	Kleinpell, R., Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., & Sessler, C. N.	Critical care medicine	Συστηματική Ανασκόπηση	2020
2	Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units-A Multicenter Study.	Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Fabrellas-Padrés, N., Castro-García, A. M., & Canela-Soler, J.	International journal of environmental research and public health	Πολυκεντρική, διασταυρούμενη μελέτη	2022
3	The occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD), job burnout and its influencing factors among ICU nurses. American Journal of Translational Research.	Li, P., Kuang, H., & Tan, H. Y.	American Journal of Translational Research	Προοπτική Μελέτη Κοόρτης	2021

Πίνακας 1. Παρουσίαση αποτελεσμάτων συστηματικής ανασκόπησης.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Σοβαρό ζήτημα για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας αποτελεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους Kleinpell, et al. (2021) η Εθνική ακαδημία Ιατρικής και η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρεία) διοργανώνουν βοηθητικές εκδηλώσεις και ερευνητικές δράσεις καθώς προωθείται η ευαισθητοποίηση σχετικά με την εξουθένωση και προτείνονται παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της. Συγκριτικά με άλλες ειδικότητες παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας σε ΜΕΘ, το γεγονός αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως η έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις, η ηθική δυσφορία και ο αυξημένος διοικητικός φόρος, που οδηγούν σε ψυχολογική και σωματική κατάπτωση. Το Critical Care Societies Collaborative (CCSC) έχει σημαντικές δράσεις για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, όπως η δημοσίευση εκθέσεων και η οργάνωση συμποσίων. Συγκεκριμένα, οργανωτικές παρεμβάσεις, όπως η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και ομαδική υποστήριξη, καθώς και ατομικές στρατηγικές, όπως η εκπαίδευση για τη μείωση του στρες, θεωρούνται ζωτικής σημασίας. Συμπερασματικά η αντιμετώπιση της εξουθένωσης αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής ευημερίας των επαγγελματιών υγείας (Kleinpell, et al., 2021).

Σύμφωνα με τους Arimon-Pagès, και συν. (2022), η επαναλαμβανόμενη εμπειρία του θανάτου ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική κόπωση, κόπωση φροντίδας, δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Trauma Stress - STS), αυξημένο άγχος αλλά και κατάθλιψη. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 1302 νοσηλευτές, όπου περίπου το 20% των νοσηλευτών ανέφερε χαμηλή ικανοποίηση από τη φροντίδα, το 16% υψηλή εξουθένωση και το 33% υψηλό STS. Η έρευνα διαπίστωσε ότι το άγχος ήταν υψηλότερο σε καταστάσεις εργασίας που απαιτούσαν έντονη συναισθηματική εμπλοκή, και οι νοσηλεύτριες παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση για STS. Η εκπαίδευση στη συναισθηματική διαχείριση φάνηκε να μειώνει την εξουθένωση. Η μελέτη επισημαίνει την ανάγκη για εκπαιδευτικά προγράμματα που θα εστιάζουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων συναισθηματικής διαχείρισης, καθώς και στρατηγικές παρέμβασης για την υποστήριξη των νοσηλευτών (Arimon-Pagès, et al., 2022).

Λόγω των απαιτούμενων συνθηκών εργασίας, όπως η φροντίδα σοβαρών ασθενών, η διαχείριση συχνών θανάτων και οι νυχτερινές βάρδιες, οι νοσηλευτές στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αντιμετωπίζουν έντονες δυσκολίες. Το γεγονός αυτό αυξάνει τον

κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες (PTSD) καθώς επηρεάζει το 29% των αναφερόμενων νοσηλευτών . Το PTSD συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση, η οποία επιδεινώνει την ψυχική υγεία και την εργασιακή αποτελεσματικότητα .Σε μελέτη των Li, et al., (2021) εξετάστηκε η επίδραση του PTSD και της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ΜΕΘ με έμφαση στους παράγοντες που επηρεάζουν αυτά τα φαινόμενα. Από τους 143 συμμετέχοντες, το 22,38% εμφάνισαν συμπτώματα PTSD, τα οποία συνδέθηκαν με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση όπως και νοσηλευτές με λιγότερη εμπειρία, μεγαλύτερη ηλικία, ή κακή σωματική υγεία εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο για PTSD αν και η ανθεκτικότητα και η κοινωνική υποστήριξη λειτούργησαν προστατευτικά. Συμπερασματικά χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή καθώς είναι μια χρόνια διαταραχή που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία, καθιστώντας κρίσιμη την έγκαιρη διάγνωση και τη διαχείριση των παραγόντων που τη προκαλούν (Li, et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Επιστημολογία

Υπάρχουν τέσσερις επιστημολογικές θέσεις οι οποίες έχουν διαμορφωθεί βασιζόμενες στις επιστημολογικές και φιλοσοφικές απόψεις των ερευνητών στην αποδοχή της πραγματικότητας. Αυτές είναι η Θετικιστική, η Μετά ή Νέο Θετικιστική, η Σχετιστική – Ερμηνευτική και η Κριτική – Συμμετοχική (Μαντζούκας, 2007). Η επιστημολογία που επιλέχθηκε για την παρούσα ερευνητική μελέτη είναι η Θετικιστική.

Η θετικιστική επιστημολογία είναι μια θεωρητική προσέγγιση στην επιστημονική γνώση που υποστηρίζει ότι η αληθινή γνώση μπορεί να προκύψει μόνο από παρατηρήσεις που είναι μετρήσιμες και επαληθεύσιμες. Ο κύριος στόχος αυτής της μεθόδου είναι η ανακάλυψη της αντικειμενικής αλήθειας με αμερόληπτο τρόπο. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιούνται πειράματα και μέθοδοι όπως οι διπλά τυφλές τυχαιοποιημένες δοκιμές, οι οποίες εξασφαλίζουν ότι τα αποτελέσματα δεν επηρεάζονται από τις υποκειμενικές απόψεις των ερευνητών ή των συμμετεχόντων.

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Μάρτιο του 2024 έως τον Σεπτέμβριο του 2024. Οι νοσηλευτές που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Ο κάθε νοσηλευτής θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

4.2 Δειγματοληπτική τεχνική

Η δειγματοληψία είναι μια επιστημονική διαδικασία που χρησιμοποιείται στην έρευνα για την επιλογή ενός δείγματος από τον πληθυσμό-στόχο, με στόχο τα ευρήματα να αντικατοπτρίζουν τον συνολικό πληθυσμό της μελέτης (Berndt, 2020).

Η δειγματοληπτική τεχνική χωρίζεται σε τυχαία δειγματοληψία και μη τυχαία δειγματοληψία.

Η μέθοδος που επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη είναι η σκόπιμη δειγματοληψία. Η μέθοδος αυτή θέτει τον ερευνητή στην συνειδητή επιλογή ατόμων για την έρευνά του. Στόχος της μελέτης είναι τα άτομα να έχουν κοινά χαρακτηριστικά (χώρος εργασίας και κοινά εργασιακά βιώματα). Επίσης, στοχεύει στη μελέτη ιδιαίτερων ή ασυνήθιστων φαινομένων ή στην εξασφάλιση της ομοιομορφίας του δείγματος της έρευνας (Μερκούρης, 2008).

4.3 Περιγραφή του χώρου

Η έρευνα διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας 1 (ΜΕΘ 1), της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας 2 (ΜΕΘ 2 ή ΝΕΑ ΜΕΘ) και της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής Κ.Α.Τ. Τα ερωτηματολόγια ήταν σε ηλεκτρονική μορφή και διαδόθηκαν μέσω διαδικτύου καθώς ήταν δύσκολο με τα κυλιόμενα ωράρια καθώς και τις διαφορετικές κλινικές να βρω όλους τους συναδέλφους έγκαιρα.

4.4. Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια αποδοχής στην παρούσα ερευνητική μελέτη ήταν να είναι νοσηλευτής/τρια και να δουλεύει σε μια από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου. Κριτήρια αποκλεισμού από την παρούσα ερευνητική μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο να έχει απαντηθεί από οποιονδήποτε άλλο εργαζόμενο του νοσοκομείου, όπως παραδείγματος χάρι: ιατροί και διοικητικό προσωπικό.

4.5 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το αρχικό ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε για τη συλλογή των προσωπικών στοιχείων όλων των συμμετεχόντων στην έρευνα. Αποτελούνταν συνολικά από δέκα ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις που είχαν συσχέτιση με τα αποτελέσματά μου ήταν το

φύλο, η ηλικία, χρόνια εργασίας καθώς και επικείμενα προβλήματα υγείας (όπως σωματική εξάντληση και διαταραχές ψυχικής υγείας).

2. Ερωτηματολόγιο DAP-R

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν οι συμμετέχοντες/ουσες στην ποσοτική έρευνα είναι: Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) / Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για την έρευνα μου είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της επιρροής και της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο. Το αρχικό ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1994. Η μετάφραση και η στάθμισή του στα ελληνικά έγινε από τους Θεοδοσοπούλου Ελένη, Καραθανάση Κωνσταντινιά, Μαλλιαρού Μαρία, Σαράφης Παύλος, Σεραφείμ Τατιάνα και Σωτηριάδου Κυριακή το 2017. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι θα απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Οι πέντε υποκλίμακες είναι:

- Φόβος για το θάνατο - Fear of Death (7 ερωτήσεις: 1, 2, 7, 18, 20 και 32)
- Αποφυγή του θανάτου - Death Avoidance (5 ερωτήσεις: 3, 10, 12, 19 και 26)
- Ουδέτερη αποδοχή - Neutral Acceptance (5 ερωτήσεις: 6, 14, 17, 24 και 30)
- Αποδοχή - Approach Acceptance (10 ερωτήσεις: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 και 31)
- Αποφυγή - Escape Acceptance (5 ερωτήσεις: 5, 9, 11, 23 και 29)

Ο βαθμός είναι από το 1 έως το 7 για κάθε ερώτηση, με φορά από το «διαφωνώ απόλυτα» που αντιστοιχεί στο 1 προς το «συμφωνώ απόλυτα» που αντιστοιχεί στο 7. Η μέση βαθμολογία που προκύπτει για κάθε ερώτηση σχετική με το θάνατο υπολογίζεται με τη διαίρεση του συνολικού αθροίσματος της βαθμολογίας κάθε ερώτησης με τον αριθμό των προτάσεων που αντιστοιχούν σε κάθε μία.

4.6 Ηθική της έρευνας

Για τη δημιουργία μιας ποιοτικής και αξιόπιστης έρευνας πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν τα ηθικά ζητήματα. Αρχικά, η έρευνα πρέπει να έχει ως στόχο το όφελος των ατόμων και όχι του ερευνητή. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες πρέπει να

ενημερώνονται πλήρως για τη φύση, τον σκοπό και τις διαδικασίες της έρευνας και να παρέχουν τη συγκατάθεσή τους ελεύθερα. Τέλος, τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων πρέπει να προστατεύονται, και οι πληροφορίες να παρουσιάζονται με τρόπο που διασφαλίζει την ανωνυμία τους (Yip, C., Han, N., & Sng, B., 2016).

Το ερωτηματολόγιο όπως και το έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης στην ερευνητική διπλωματική εργασία επισυνάπτονται στο παράρτημα.

4.7 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Στις ποσοτικές έρευνες, τα δεδομένα που συγκεντρώνονται είναι κυρίως αριθμητικά και πρέπει να αναλυθούν για να εξαχθούν τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης. Για να επιτευχθεί αυτό, τα δεδομένα καταχωρούνται πρώτα σε μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων, όπως ένα υπολογιστικό φύλλο, και στη συνέχεια υποβάλλονται σε στατιστική ανάλυση μέσω εξειδικευμένου στατιστικού λογισμικού. Στη δική μου περίπτωση, τα ερωτηματολόγια ήταν ήδη περασμένα σε ηλεκτρονική βάση καθώς δημιουργήθηκαν και διαδόθηκαν μέσω του Google Forms.

Το SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) είναι ένα εξειδικευμένο στατιστικό λογισμικό που χρησιμοποιείται για την ανάλυση ποσοτικών δεδομένων και αρχικά σχεδιάστηκε για χρήση στις κοινωνικές επιστήμες. Υποστηρίζει πολλές στατιστικές μεθόδους, όπως περιγραφική στατιστική, ανάλυση συσχέτισης, ανάλυση παλινδρόμησης, ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), καθώς και πιο προηγμένες τεχνικές όπως οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις και οι στατιστικές μοντελοποιήσεις (Alili, A., & Krstev, D., 2019). Το λογισμικό SPSS εφαρμόζεται ευρέως στη μαθηματική-στατιστική ανάλυση και στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων της ψυχολογικής έρευνας (Ugli, R., 2021).

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το

παραμετρικό κριτήριο Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό κριτήριο ANOVA. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης, χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της κλίμακας DAP-R, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Παρουσίαση των Στατιστικών και Ανάλυση των Δεδομένων

Στην ερευνητική μελέτη συμμετείχαν συνολικά 62 νοσηλεύτριες/τριες.

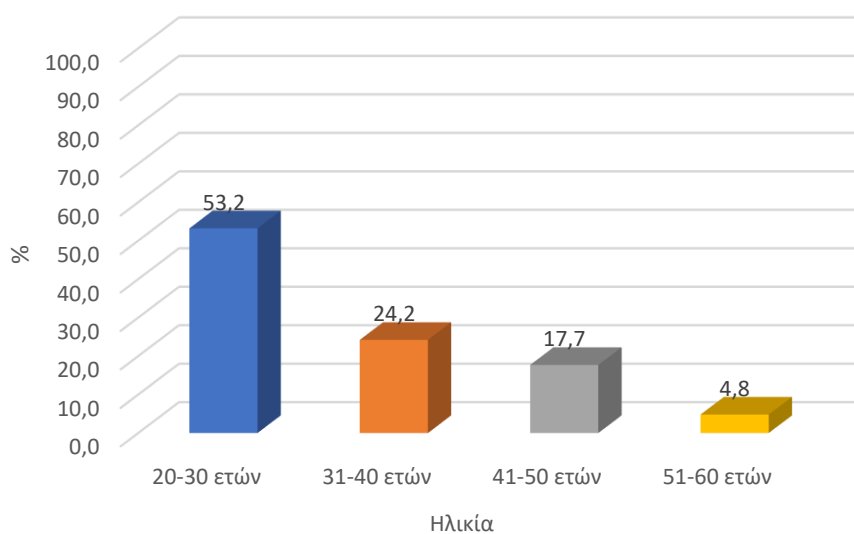
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελούταν από 62 συμμετέχοντες το 82,3% των οποίων ήταν γυναίκες. Το 53,2% ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 20-30 ετών, το 24,2% στην κατηγορία 31-40 ετών, το 17,7% ήταν από 41 έως 50 ετών και το 7,7% από 51 έως 60 ετών. Έγγαμοι ήταν το 32,3% και συνολικά το 27,4% είχε έστω ένα παιδί. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, το 45,2% Τεχνολογική και μόλις το 4,8% Δευτεροβάθμια. Επιπλέον, ειδικότητα είχε κάνει το 24,4% και το 54,8% κατείχε και μεταπτυχιακό τίτλο. Αναφορικά με την υγεία τους, το 30,6% ήταν σωματικά εξαντλημένοι, το 12,9% αντιμετώπιζε διαταραχές εμμήνου ρύσεως, το 9,7% διαταραχές ψυχικής υγείας και το 6,5% δυσκοιλιότητα και αϋπνία.

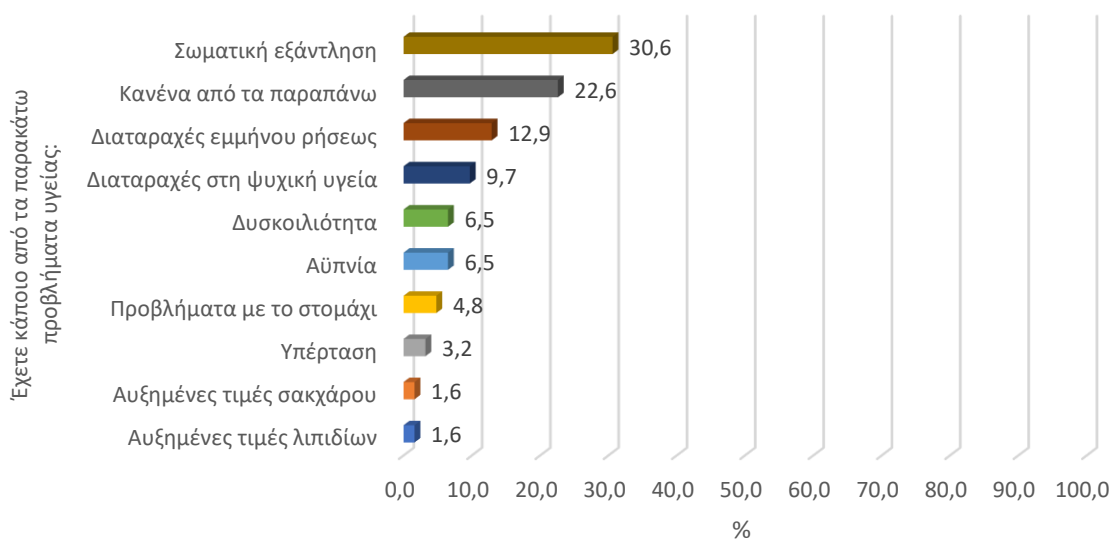
		N	%
Φύλο	Άρρεν	11	17,7
	Θήλυ	51	82,3
Ηλικία	20-30 ετών	33	53,2
	31-40 ετών	15	24,2
	41-50 ετών	11	17,7
	51-60 ετών	3	4,8
Έγγαμος/η	Όχι	42	67,7
	Ναι	20	32,3
Πόσα παιδιά έχετε;	0	45	72,6
	1	1	1,6
	2	9	14,5
	3	6	9,7
	4	1	1,6
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ	3	4,8
	ΠΕ	31	50,0
	ΤΕ	28	45,2
Έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής;	Καμία άλλη εκπαίδευση	14	22,6
	Ειδικότητα	17	27,4
	Μεταπτυχιακό	34	54,8
Έχετε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα υγείας:	Αυξημένες τιμές λιπιδίων	1	1,6
	Αυξημένες τιμές σακχάρου	1	1,6

	Αϋπνία	4	6,5
	Διαταραχές εμμήνου ρήσεως	8	12,9
	Διαταραχές στη ψυχική υγεία	6	9,7
	Δυσκοιλιότητα	4	6,5
	Κανένα από τα παραπάνω	14	22,6
	Προβλήματα με το στομάχι	3	4,8
	Σωματική εξάντληση	19	30,6
	Υπέρταση	2	3,2

Ακολουθεί το γράφημα με την ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων.



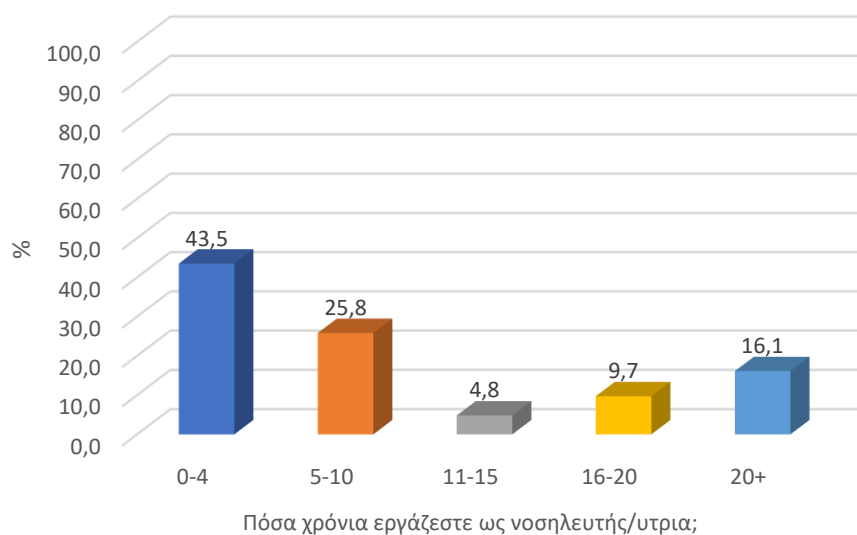
Ομοίως, το ραβδόγραμμα σχετικά με την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, με φθίνουσα σειρά.



Το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας ασκούσε το 43,5% για 0- 4 χρόνια, το 25,8% από 5-10 και το 16,1% για άνω από 20 έτη. Αντίστοιχα στη ΜΕΘ εργαζόταν το 69,4% για 0-4 έτη, το 19,4% για 5-10 και το 6,5% για 11- 15 έτη. Σχεδόν όλοι, το 93,5%, εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο.

		N	%
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/τρια;	0-4	27	43,5
	5-10	16	25,8
	11-15	3	4,8
	16-20	6	9,7
	20+	10	16,1
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	43	69,4
	5-10	12	19,4
	11-15	4	6,5
	16-20	2	3,2
	20+	1	1,6
Κυκλικό ωράριο	Όχι	4	6,5
	Ναι	58	93,5

Δίνεται το γράφημα για τα έτη εργασίας ως νοσηλευτής/τρια.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ (DAP-R)

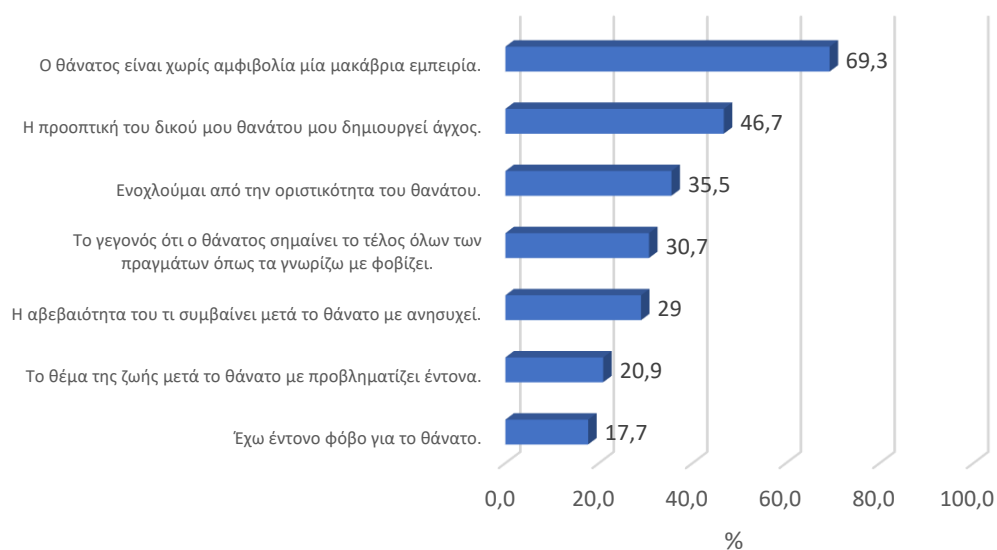
Στη συνέχεια παρατίθενται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας DAP-R. Στους παρακάτω πίνακες στην πρώτη στήλη δίνονται οι ερωτήσεις, στη δεύτερη στήλη αναγράφονται οι τιμές της Likert scale («Διαφωνώ Απόλυτα» έως «Συμφωνώ Απόλυτα»), στην τρίτη τα άτομα που απάντησαν ενώ στην τέταρτη το ποσοστό που προκύπτει.

ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ		N	%
Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία.	ΔΑ	1	1,6
	Δ	2	3,2
	ΔΜ	1	1,6
	Α	3	4,8
	ΣΜ	12	19,4
	Σ	25	40,3
	ΣΑ	18	29,0
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.	ΔΑ	1	1,6
	Δ	15	24,2
	ΔΜ	6	9,7
	Α	4	6,5
	ΣΜ	7	11,3
	Σ	19	30,6
	ΣΑ	10	16,1
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.	ΔΑ	3	4,8
	Δ	13	21,0
	ΔΜ	7	11,3
	Α	8	12,9
	ΣΜ	9	14,5
	Σ	15	24,2
	ΣΑ	7	11,3
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.	ΔΑ	4	6,5
	Δ	17	27,4
	ΔΜ	3	4,8
	Α	10	16,1
	ΣΜ	17	27,4
	Σ	8	12,9
	ΣΑ	3	4,8
Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.	ΔΑ	4	6,5
	Δ	12	19,4

	ΔΜ	10	16,1
	A	15	24,2
	ΣΜ	8	12,9
	Σ	10	16,1
	ΣΑ	3	4,8
Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.	ΔΑ	2	3,2
	Δ	13	21,0
	ΔΜ	8	12,9
	A	8	12,9
	ΣΜ	12	19,4
	Σ	15	24,2
	ΣΑ	4	6,5
Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.	ΔΑ	4	6,5
	Δ	14	22,6
	ΔΜ	6	9,7
	A	15	24,2
	ΣΜ	5	8,1
	Σ	10	16,1
	ΣΑ	8	12,9

Στη διάσταση σχετικά με το φόβο θανάτου μεγαλύτερη συμφωνία υπήρχε ως προς την άποψη ότι ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μια μακάβρια εμπειρία (69,3%), ενώ ακολουθούσαν οι απόψεις πως η προοπτική θανάτου δημιουργεί άγχος (46,7%) και η ενόχληση από την οριστικότητα του θανάτου (35,5%).

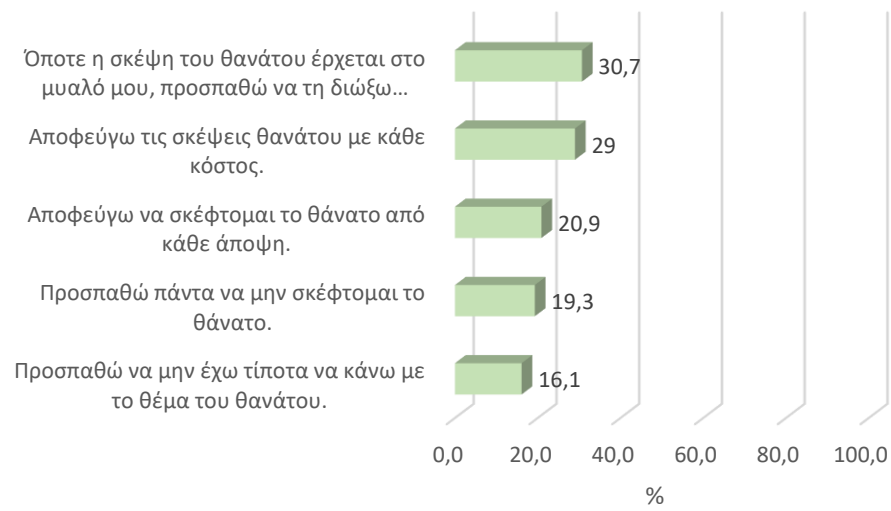
Δίνεται το γράφημα για τα ποσοστά συμφωνίας στις απόψεις σχετικά με τον φόβο θανάτου, με φθίνουσα σειρά.



ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ		N	%
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.	ΔΑ	3	4,8
	Δ	16	25,8
	ΔΜ	6	9,7
	Α	10	16,1
	ΣΜ	9	14,5
	Σ	16	25,8
	ΣΑ	2	3,2
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά.	ΔΑ	2	3,2
	Δ	12	19,4
	ΔΜ	8	12,9
	Α	8	12,9
	ΣΜ	13	21,0
	Σ	15	24,2
	ΣΑ	4	6,5
Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο.	ΔΑ	4	6,5
	Δ	13	21,0
	ΔΜ	9	14,5
	Α	9	14,5
	ΣΜ	15	24,2
	Σ	11	17,7
	ΣΑ	1	1,6
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.	ΔΑ	3	4,8
	Δ	12	19,4
	ΔΜ	13	21,0
	Α	11	17,7
	ΣΜ	10	16,1
	Σ	10	16,1
	ΣΑ	3	4,8
Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.	ΔΑ	3	4,8
	Δ	11	17,7
	ΔΜ	13	21,0
	Α	19	30,6
	ΣΜ	6	9,7
	Σ	8	12,9
	ΣΑ	2	3,2

Αντίστοιχα στη διάσταση αποφυγής του θανάτου μεγαλύτερη συμφωνία υπήρχε ως προς τις απόψεις απομάκρυνσης της σκέψης θανάτου, όταν αυτή έρχεται στο μυαλό (30,7%) και αποφυγής αυτής με κάθε κόστος (29%).

Δίνεται και το γράφημα για τα ποσοστά συμφωνίας στις απόψεις σχετικά με την αποφυγή θανάτου, με φθίνουσα σειρά.

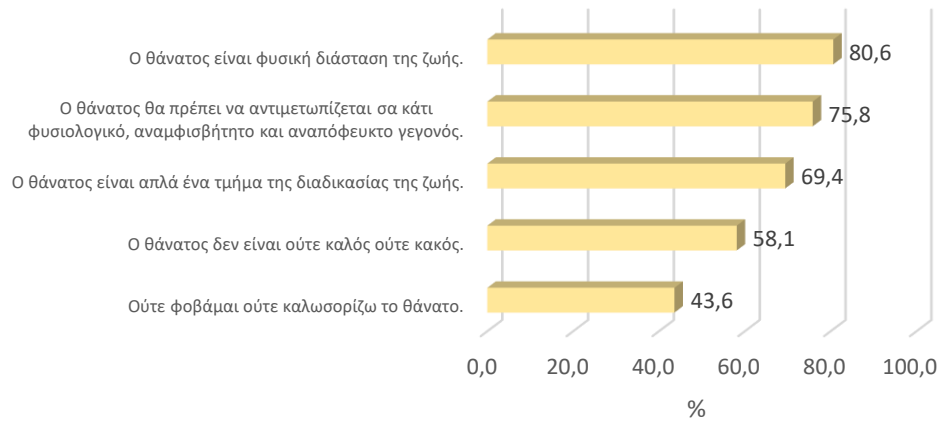


ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ		N	%
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.	ΔΑ	1	1,6
	Δ	0	0,0
	ΔΜ	2	3,2
	Α	6	9,7
	ΣΜ	6	9,7
	Σ	26	41,9
	ΣΑ	21	33,9
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.	ΔΑ	0	0,0
	Δ	0	0,0
	ΔΜ	1	1,6
	Α	7	11,3
	ΣΜ	4	6,5
	Σ	33	53,2
	ΣΑ	17	27,4
Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.	ΔΑ	1	1,6
	Δ	5	8,1
	ΔΜ	3	4,8
	Α	10	16,1
	ΣΜ	16	25,8
	Σ	21	33,9
	ΣΑ	6	9,7
Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής.	ΔΑ	2	3,2
	Δ	1	1,6
	ΔΜ	3	4,8
	Α	6	9,7
	ΣΜ	7	11,3
	Σ	30	48,4
	ΣΑ	13	21,0
Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.	ΔΑ	0	0,0
	Δ	2	3,2
	ΔΜ	4	6,5
	Α	21	33,9
	ΣΜ	15	24,2
	Σ	14	22,6
	ΣΑ	6	9,7

Στην διάσταση ουδέτερης αποδοχής η άποψη στην οποία συμφωνούσαν περισσότερο οι συμμετέχοντες ήταν αυτή σχετικά με την φυσική διάσταση του θανάτου (80,6%), ακολουθούμενη από την άποψη ότι ο θάνατος πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός (75,8%). Αντίστοιχα υψηλά

ήταν τα ποσοστά συμφωνίας ότι ο θάνατος είναι ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής (69,4%).

Ακολουθεί το γράφημα για τα ποσοστά συμφωνίας στις απόψεις σχετικά με την ουδέτερη αποδοχή του θανάτου, με φθίνουσα σειρά.

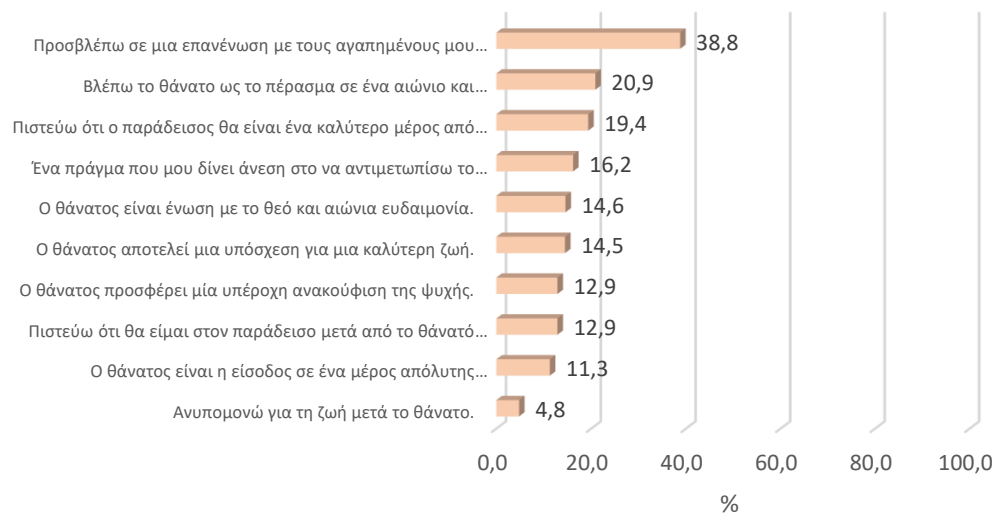


ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ		N	%
Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου.	ΔΑ	10	16,1
	Δ	7	11,3
	ΔΜ	4	6,5
	Α	26	41,9
	ΣΜ	7	11,3
	Σ	8	12,9
	ΣΑ	0	0,0
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.	ΔΑ	9	14,5
	Δ	16	25,8
	ΔΜ	8	12,9
	Α	21	33,9
	ΣΜ	1	1,6
	Σ	4	6,5
	ΣΑ	3	4,8
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ	10	16,1
	Δ	4	6,5
	ΔΜ	4	6,5
	Α	22	35,5
	ΣΜ	10	16,1
	Σ	8	12,9
	ΣΑ	4	6,5
Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία.	ΔΑ	9	14,5
	Δ	10	16,1
	ΔΜ	3	4,8
	Α	21	33,9
	ΣΜ	10	16,1
	Σ	5	8,1
	ΣΑ	4	6,5
Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.	ΔΑ	10	16,1
	Δ	20	32,3
	ΔΜ	8	12,9
	Α	12	19,4
	ΣΜ	3	4,8
	Σ	7	11,3
	ΣΑ	2	3,2
Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου.	ΔΑ	5	8,1
	Δ	5	8,1
	ΔΜ	4	6,5
	Α	15	24,2
	ΣΜ	9	14,5
	Σ	12	19,4

	ΣΑ	12	19,4
Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.	ΔΑ	9	14,5
	Δ	9	14,5
	ΔΜ	5	8,1
	Α	20	32,3
	ΣΜ	6	9,7
	Σ	11	17,7
	ΣΑ	2	3,2
Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.	ΔΑ	6	9,7
	Δ	8	12,9
	ΔΜ	12	19,4
	Α	17	27,4
	ΣΜ	11	17,7
	Σ	6	9,7
	ΣΑ	2	3,2
Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθανάτιο ζωή.	ΔΑ	10	16,1
	Δ	12	19,4
	ΔΜ	4	6,5
	Α	19	30,6
	ΣΜ	7	11,3
	Σ	6	9,7
	ΣΑ	4	6,5
Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.	ΔΑ	22	35,5
	Δ	20	32,3
	ΔΜ	5	8,1
	Α	9	14,5
	ΣΜ	3	4,8
	Σ	3	4,8
	ΣΑ	0	0,0

Στην διάσταση αποδοχής μεγαλύτερη συμφωνία υπήρχε με τις απόψεις επανένωσης με τους αγαπημένους (38,8%), ότι ο θάνατος είναι το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο (20,9%) και ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος (19,4%). Επίσης, το 16,2% αντιμετώπιζε άνετα το θάνατο λόγω της πίστης στην μεταθανάτιο ζωή.

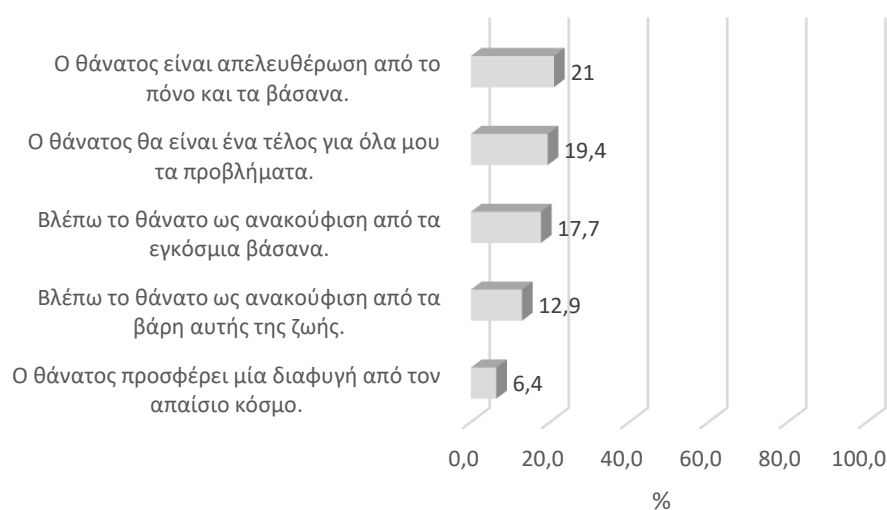
Ομοίως, το γράφημα για την αποδοχή του θανάτου.



ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ		N	%
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.	ΔΑ	19	30,6
	Δ	9	14,5
	ΔΜ	5	8,1
	Α	10	16,1
	ΣΜ	7	11,3
	Σ	7	11,3
	ΣΑ	5	8,1
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο.	ΔΑ	19	30,6
	Δ	16	25,8
	ΔΜ	7	11,3
	Α	10	16,1
	ΣΜ	6	9,7
	Σ	2	3,2
	ΣΑ	2	3,2
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.	ΔΑ	10	16,1
	Δ	10	16,1
	ΔΜ	7	11,3
	Α	10	16,1
	ΣΜ	12	19,4
	Σ	9	14,5
	ΣΑ	4	6,5
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.	ΔΑ	7	11,3
	Δ	17	27,4
	ΔΜ	10	16,1
	Α	11	17,7
	ΣΜ	6	9,7
	Σ	8	12,9
	ΣΑ	3	4,8
Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.	ΔΑ	8	12,9
	Δ	16	25,8
	ΔΜ	10	16,1
	Α	11	17,7
	ΣΜ	9	14,5
	Σ	5	8,1
	ΣΑ	3	4,8

Στην τελευταία διάσταση, αυτή του μέσου διαφυγής, οι απόψεις που υποστηρίχτηκαν περισσότερο ήταν αυτές σχετικά με το ότι ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα (21%) και το τέλος των προβλημάτων (19,4%).

Ακολουθεί το γράφημα για τα ποσοστά συμφωνίας στις απόψεις σχετικά με την θεώρηση του θανάτου ως μέσο διαφυγής, με φθίνουσα σειρά.



Παρακάτω δίνεται ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις «Αποφυγή θανάτου», «Ουδέτερη αποδοχή», «Αποδοχή της προσέγγισης», «Φόβος θανάτου» και «Μέσο διαφυγής». Οι βαθμολογίες των διαστάσεων κυμαίνονται από 1 έως 7 μονάδες, και υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμφωνία με κάθε μία από αυτές.

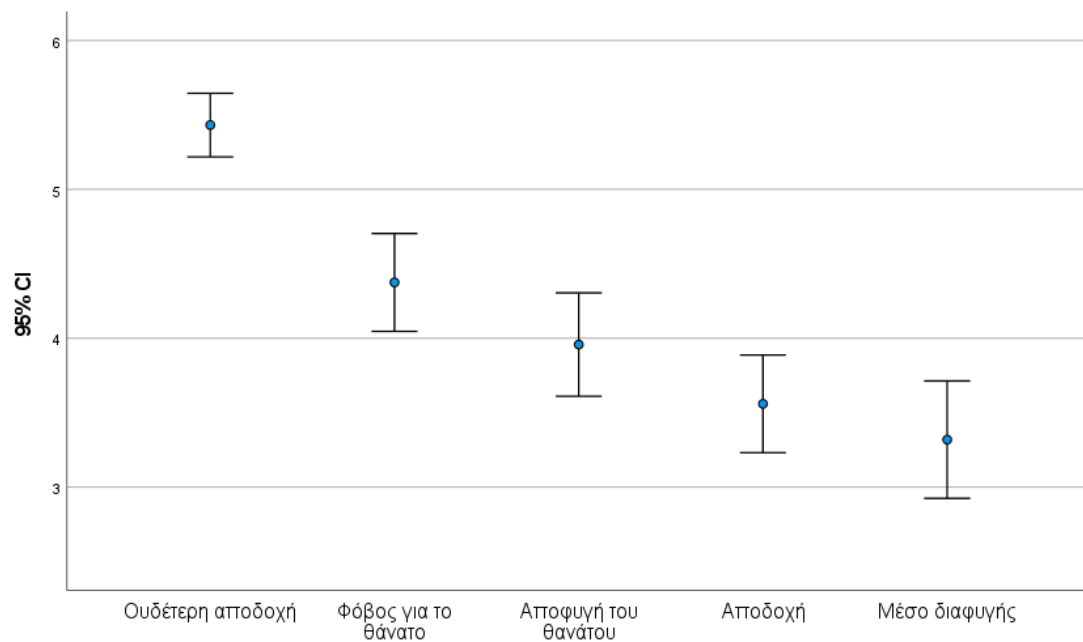
Η βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος θανάτου» είχε μέση τιμή 4,4 μονάδες (SD=1,3 μονάδες) και στη διάσταση αποφυγής του θανάτου 4 μονάδες (SD=1,4 μονάδες).

Η βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη αποδοχή» είχε, μέση τιμή 5,4 μονάδες (SD=0,8 μονάδες), σε αυτή σχετικά με το ότι αποτελεί μέσο διαφυγής 3,3 μονάδες (SD=1,6 μονάδες), ενώ στις αποδοχής ήταν 3,6 μονάδες (SD=1,3 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's α
Φόβος για το θάνατο	4,4 (1,3)	0,84
Αποφυγή του θανάτου	4 (1,4)	0,89
Ουδέτερη αποδοχή	5,4 (0,8)	0,70
Αποδοχή	3,6 (1,3)	0,92
Μέσο διαφυγής	3,3 (1,6)	0,91

Δίνεται το γράφημα των παραπάνω βαθμολογιών, σε φθίνουσα σειρά.



Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων των διαστάσεων της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο. Ο φόβος του θανάτου ήταν σημαντικά και θετικά συσχετισμένο με την αποφυγή αυτού. Άρα μεγαλύτερος φόβος σχετιζόταν με εντονότερη αποφυγή. Επίσης, εντονότερη αποφυγή σχετιζόταν με μειωμένη ουδέτερη αποδοχή. Οι δυο διαστάσεις αποδοχής ήταν σημαντικά και θετικά συσχετισμένες, ενώ τέλος αυξημένη αποδοχή του θανάτου σχετιζόταν με εντονότερη θεώρησή του ως μέσο διαφυγής.

		Αποφυγή του θανάτου	Ουδέτερη αποδοχή	Αποδοχή	Μέσο διαφυγής
Φόβος για το θάνατο	r	0,70	-0,16	0,05	0,01
	P	<0,001	0,211	0,675	0,945
Αποφυγή του θανάτου	r		-0,30	0,05	-0,14
	P		0,017	0,693	0,280
Ουδέτερη αποδοχή	r			0,34	0,123
	P			0,007	0,341
Αποδοχή	r				0,456
	P				<0,001

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία στις διαστάσεις των στάσεων απέναντι στο θάνατο ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία σχετικά με τον φόβο του θανάτου δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα.

		Φόβος για το θάνατο	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άρρεν	4,1 (1,3)	0,516+
	Θήλυ	4,4 (1,3)	
Ηλικία	20-30 ετών	4,6 (1,3)	0,213++
	31-40 ετών	3,9 (1,4)	
	41+ ετών	4,4 (1)	
Έγγαμος/η	Όχι	4,5 (1,3)	0,364+
	Ναι	4,2 (1,2)	
Παιδιά	Όχι	4,5 (1,3)	0,443+
	Ναι	4,2 (1,3)	
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ/ΤΕ	4,2 (1,4)	0,237+
	ΠΕ	4,6 (1,2)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υγία;	0-4	4,5 (1,3)	0,406++
	5-10	4,6 (1,5)	
	11+	4 (1,1)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	4,5 (1,3)	0,306+
	5+	4,1 (1,3)	
Προβλήματα υγείας	Όχι	4,5 (1,1)	0,786+
	Ναι	4,4 (1,3)	

+Student's t-test ++ANOVA

Ομοίως, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ούτε στη διάσταση σχετικά με την αποφυγή του θανάτου.

		Αποφυγή του θανάτου	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άρρεν	3,4 (1,5)	0,137+
	Θήλυ	4,1 (1,3)	
Ηλικία	20-30 ετών	4,1 (1,4)	0,067++
	31-40 ετών	3,3 (1,1)	
	41+ ετών	4,3 (1,2)	
Έγγαμος/η	Όχι	4 (1,4)	0,975+
	Ναι	4 (1,3)	
Παιδιά	Όχι	3,9 (1,4)	0,634+
	Ναι	4,1 (1,3)	
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ/ΤΕ	3,8 (1,4)	0,329+
	ΠΕ	4,1 (1,4)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υτρία;	0-4	4 (1,5)	0,662++
	5-10	3,7 (1,2)	
	11+	4,1 (1,3)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	4 (1,4)	0,780+
	5+	3,9 (1,4)	
Προβλήματα υγείας	Όχι	3,6 (1,2)	0,331+
	Ναι	4,1 (1,4)	

+Student's t-test ++ANOVA

Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα και στη διάσταση ουδέτερης αποδοχής.

		Ουδέτερη αποδοχή	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άρρεν	5,5 (1,1)	0,627+
	Θήλυ	5,4 (0,8)	
Ηλικία	20-30 ετών	5,5 (0,9)	0,504++
	31-40 ετών	5,2 (0,8)	
	41+ ετών	5,6 (0,8)	
Έγγαμος/η	Όχι	5,4 (0,9)	0,414+
	Ναι	5,6 (0,8)	
Παιδιά	Όχι	5,4 (0,9)	0,535+
	Ναι	5,5 (0,8)	
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ/ΤΕ	5,4 (0,9)	0,591+
	ΠΕ	5,5 (0,7)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υτρία;	0-4	5,4 (0,9)	0,694++
	5-10	5,3 (0,9)	
	11+	5,5 (0,8)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	5,4 (0,9)	0,478+
	5+	5,5 (0,7)	
Προβλήματα υγείας	Όχι	5,7 (0,7)	0,155+
	Ναι	5,4 (0,9)	

+Student's t-test ++ANOVA

Η βαθμολογία στη διάσταση αποδοχής βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και την εργασιακή εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια. Συγκεκριμένα, οι έγγαμοι και όσοι είχαν παιδιά είχαν αποδεχτεί το θάνατο σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άγαμους και όσους δεν είχαν παιδιά, αντίστοιχα. Επίσης, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι όσοι είχαν εμπειρία 11 χρόνια ή παραπάνω αποδέχονταν το θάνατο σε μεγαλύτερο βαθμό από όσους εργάζονταν ως νοσηλευτές 0-4 έτη ($p=0,022$).

		Αποδοχή	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άρρεν	3,2 (1,1)	0,364+
	Θήλυ	3,6 (1,3)	
Ηλικία	20-30 ετών	3,4 (1,3)	0,106++
	31-40 ετών	3,4 (1,4)	
	41+ ετών	4,2 (1)	
Έγγαμος/η	Όχι	3,3 (1,3)	0,027+
	Ναι	4,1 (1,2)	
Παιδιά	Όχι	3,3 (1,3)	0,012+
	Ναι	4,2 (1)	
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ/ΤΕ	3,7 (1,2)	0,324+
	ΠΕ	3,4 (1,4)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υτρία;	0-4	3,1 (1,2)	0,025++
	5-10	3,7 (1,2)	
	11+	4,1 (1,3)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	3,4 (1,2)	0,107+
	5+	4 (1,3)	
Προβλήματα υγείας	Όχι	3,4 (1,1)	0,524+
	Ναι	3,6 (1,3)	

+Student's t-test ++ANOVA

Σχετικά με την προοπτική του θανάτου ως μέσο διαφυγής βρέθηκε ότι τον αντιμετώπιζαν με αυτό τον τρόπο περισσότερο όσοι αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας, σε σχέση με όσους δεν αντιμετώπιζαν.

		Μέσο διαφυγής	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άρρεν	3,3 (1,6)	0,981+
	Θήλυ	3,3 (1,6)	
Ηλικία	20-30 ετών	3,3 (1,5)	0,911++
	31-40 ετών	3,5 (1,8)	
	41+ ετών	3,3 (1,4)	
Έγγαμος/η	Όχι	3,4 (1,6)	0,705+
	Ναι	3,2 (1,5)	
Παιδιά	Όχι	3,4 (1,6)	0,713+
	Ναι	3,2 (1,5)	
Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:	ΔΕ/ΤΕ	3,5 (1,5)	0,409+
	ΠΕ	3,2 (1,6)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υτρία;	0-4	3,2 (1,6)	0,731++
	5-10	3,6 (1,7)	
	11+	3,2 (1,4)	
Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;	0-4	3,3 (1,6)	0,824+
	5+	3,3 (1,5)	
Προβλήματα υγείας	Όχι	2,4 (1,1)	0,013+
	Ναι	3,6 (1,6)	

+Student's t-test ++ANOVA

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις στάσεων απέναντι στο θάνατο έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων, οι οποίες έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης, δίνονται στους ακόλουθους πίνακες.

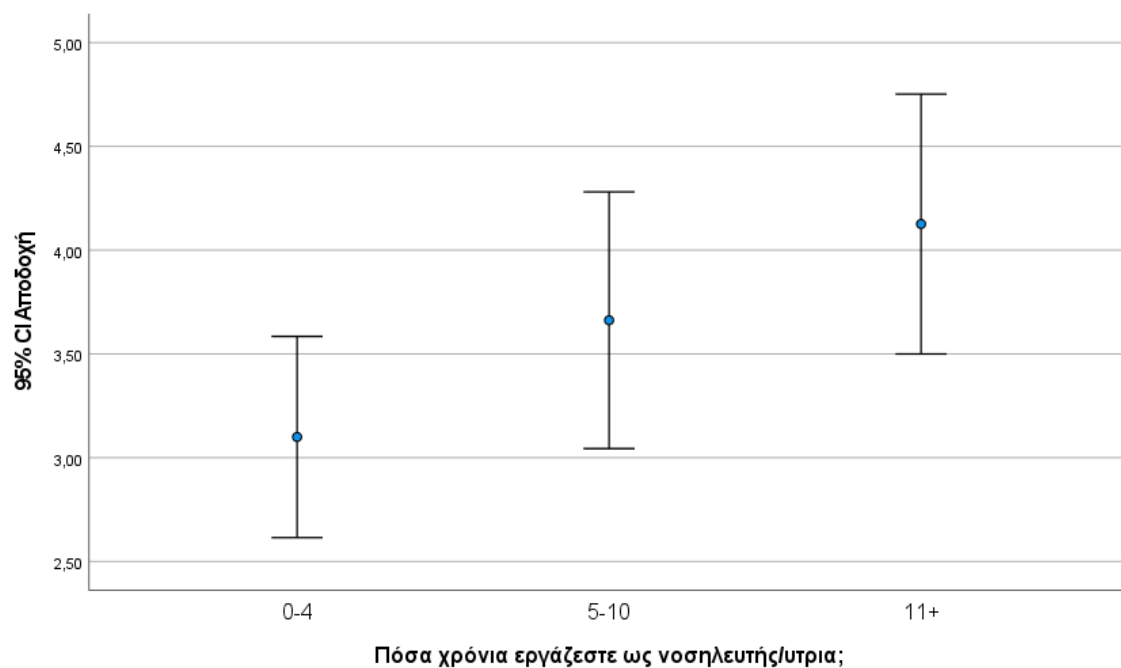
- **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση αποδοχής**

Τα έτη εργασίας ως νοσηλεύτης/τρια βρέθηκαν να σχετίζονται με την βαθμολογία στη διάσταση της αποδοχής. Όσοι είχαν εμπειρία 11 ή παραπάνω χρόνια αποδέχονταν το θάνατο σε μεγαλύτερο βαθμό από όσους εργάζονταν ως νοσηλεύτές 0-4 χρόνια.

	β^+	SE++	b±	p
Χρόνια που εργάζεστε ως νοσηλεύτης/τρια: 5-10 vs 0-4	0,563	0,389	0,192	0,153
Χρόνια που εργάζεστε ως νοσηλεύτης/τρια: 11+ vs 0-4	1,026	0,369	0,370	0,007

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

Ακολουθεί το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση της αποδοχής του θανάτου ανάλογα με τα έτη εργασίας.



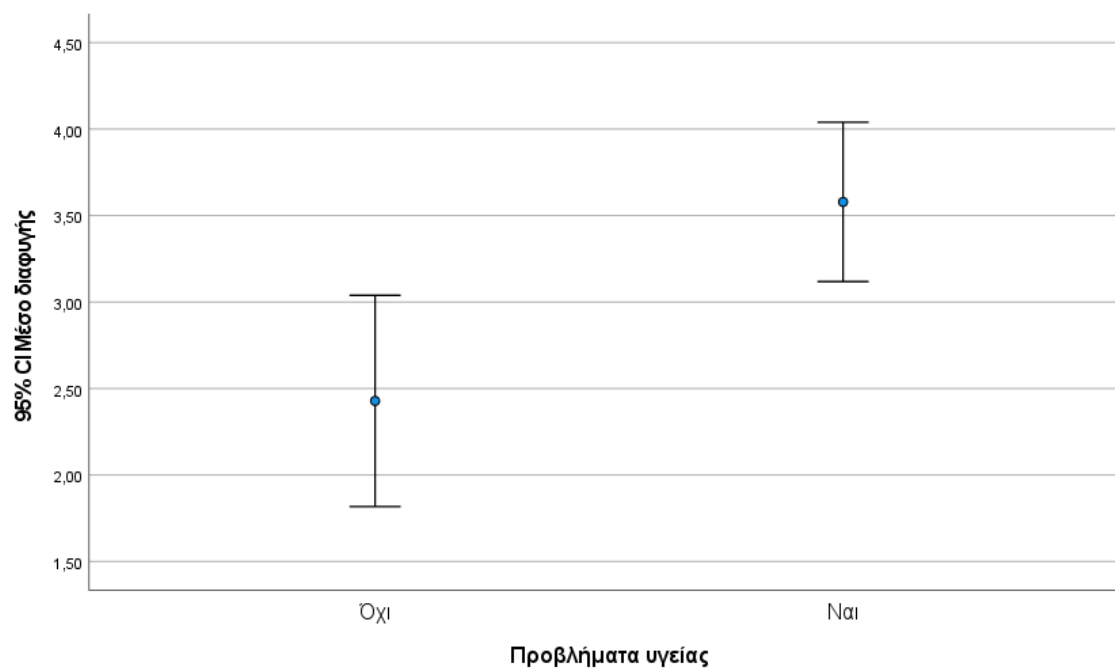
- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Μέσο διαφυγής»

Τα προβλήματα υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται με την βαθμολογία στη διάσταση «Μέσο διαφυγής». Όσοι αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας, έβλεπαν περισσότερο τον θάνατο σαν μέσο διαφυγής, σε σχέση με όσους δεν αντιμετώπιζαν.

	β^+	SE^{++}	$b\pm$	p
Προβλήματα υγείας: Ναι vs Όχι	1,151	0,452	0,312	0,013

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\pm$ τυποποιημένος συντελεστής

Έπεται το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση μέσου διαφυγής ανάλογα με την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αποκάλυψαν πως το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ 1, ΜΕΘ 2 και ΜΑΦ του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ αντιμετωπίζει το θάνατο σαν ένα απλό καθημερινό γεγονός και τείνει να έχει αποδεχτεί πλήρως το θάνατο. Συμπληρωματικά, αξίζει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα υποφέρουν από σωματική εξάντληση ενώ ένα σημαντικό ποσοστό έχει αναπτύξει και διαταραχές ψυχικής υγείας.

Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται ως επάγγελμα με αυξημένο κίνδυνο εξουθένωσης, εξαιτίας της καθημερινής επαφής με απαιτητικές καταστάσεις, όπως η διαχείριση του θανάτου και η ανακούφιση του πόνου. Επιπλέον, συγκεκριμένα περιβάλλοντα, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), μπορούν να προκαλέσουν έντονο άγχος λόγω των υψηλών επιπέδων νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και των συχνών ηθικών διλημμάτων. Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ και εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρουσιάζουν επίσης υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική τους καθημερινότητα χαρακτηρίζεται από ένα εξαντλητικό και δυσμενές εργασιακό περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Αυτό οδηγεί σε απώλεια ενδιαφέροντος, απογοήτευση και, τελικά, στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Ramírez-Elvira, et al., 2021).

Σε έρευνα των Μαλλιαρού και συν. (2011), όπου μεταφράστηκε και σταθμίστηκε το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο (DAP-R), διαπιστώθηκε μια σημαντικά χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης της αποφυγής του θανάτου και της ηλικίας των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο αυξανόταν και η τάση τους να αποφεύγουν τον θάνατο. Στην παρούσα έρευνα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι ηλικίας 20-30 ετών (53,2%). Επειδή η ηλικία και τα προσωπικά βιώματα συσχετίζονται άρρηκτα με την αντίληψη του θανάτου είναι λογικό να καταλήγουμε πως δεν υπάρχει έντονα ο φόβος για το θάνατο στην εργασία λόγω της νεαρής ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ.

Σε μια αντίστοιχη μελέτη των Safari Malak-Kolaei, και συν. (2022), όπου το 50% από τα 186 άτομα του ερευνητικού πληθυσμού ήταν <30 ετών και η εργασιακή εμπειρία τους που ξεπέρασε τα 10 χρόνια κατείχε το μικρότερο ποσοστό 21,2%, αποφάνθηκε πως η στάση των νοσηλευτών μονάδας εντατικής θεραπείας ως προς το θάνατο ήταν περισσότερο θετική και ουδέτερη αποδοχή και αντιλαμβάνονταν το θάνατο σαν μια είσοδο στην ευτυχία της ζωής. Αντιθέτως, οι Hasheesh, A. και συν. (2013), κατέληξαν πως νεότεροι νοσηλευτές και όσοι είχαν λιγότερη εμπειρία παρουσίασαν περισσότερο φόβο για το θάνατο και αρνητικές στάσεις. Επίσης, η μελέτη διαπίστωσε ότι οι ηλικιακά μεγαλύτεροι νοσηλευτές (>40) με μεγαλύτερη εμπειρία τείνουν να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στο θάνατο και τη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών.

Από την σύγκριση όλων των ερωτήσεων με τα δημογραφικά στοιχεία της παρούσας έρευνας βρέθηκε πως οι έγγαμοι ή οι νοσηλευτές που έχουν παιδιά δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή στον θάνατο. Μεγάλο ρόλο, επίσης, στην αντοχή και την αποδοχή του θανάτου παίζει η εμπειρία του νοσηλευτή. Από την έρευνα εντοπίστηκε πως οι νοσηλευτές με εμπειρία ίση ή μεγαλύτερη των 11 χρόνων έχουν μεγαλύτερη αποδοχή σε σχέση με αυτούς που η εμπειρία τους είναι 0-4 έτη. Να σημειωθεί πως οι νοσηλευτές που έχουν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας βλέπουν τον θάνατο ως μέσο διαφυγής. Ένα μικρό μέρος του δείγματος αναφέρει φόβο για το θάνατο.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα έρευνα, αν και προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες, παρουσιάζει ορισμένους ουσιώδεις περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ένας από τους βασικότερους περιορισμούς αφορά το μικρό μέγεθος του δείγματος. Τα τρία τμήματα (ΜΕΘ 1, ΜΕΘ 2 και ΜΑΦ) που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είναι στελεχωμένα με το νοσηλευτικό προσωπικό που θα έπρεπε να υπάρχει στο νοσοκομείο βάση όγκου εργασίας και μεμονωμένων περιστατικών που λαμβάνει ο εκάστοτε νοσηλευτής στη βάρδια του. Επιπλέον, δεν απάντησαν όλοι το ερωτηματολόγιο καθώς το συνολικό νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στα συγκεκριμένα τμήματα είναι μεγαλύτερο των 62 συμμετεχόντων της έρευνας.

Σε αυτή τη μελέτη, οι συμμετέχοντες ήταν 62 καταρτισμένοι νοσηλευτές που εργάζονταν στη ΜΕΘ, ενώ σε άλλες μελέτες οι συμμετέχοντες ήταν λιγότεροι και εργάζονταν σε άλλα περιβάλλοντα, όπου η εφαρμογή περιορισμών είναι ελάχιστη σε

σύγκριση με τη ΜΕΘ. Από την άλλη πλευρά, το επίπεδο της στάσης των νοσηλευτών σχετικά με τους περιορισμούς σε αυτή τη μελέτη είναι χαμηλότερο από εκείνο άλλων μελετών. Στις προηγούμενες μελέτες, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ειδικευμένοι νοσηλευτές της ΜΕΘ που είχαν λάβει επίσης εκπαίδευση και οι ρυθμίσεις της μελέτης είχαν καλές κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη χρήση περιορισμών, κάτι που μπορεί να οδήγησε σε καλύτερη στάση. Αντίθετα, στην περιοχή μας, κανείς δεν έχει λάβει εκπαίδευση και οι πολιτικές των νοσοκομείων σχετικά με τους περιορισμούς είναι αδύναμες, γεγονός που οδήγησε σε ορισμένες αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να περιοριστεί η δυνατότητα τυχαιοποίησης, η οποία είναι κρίσιμη για την αποφυγή μεροληψίας και τη διασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Ακόμα, ο περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων μειώνει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων, καθιστώντας δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων που να αφορούν το σύνολο του πληθυσμού. Συνολικά, αν και η έρευνα παρέχει χρήσιμα στοιχεία, τα παραπάνω ζητήματα υποδεικνύουν την ανάγκη για μελλοντικές μελέτες με μεγαλύτερο και πιο τυχαίο δείγμα, καθώς και για τον έλεγχο επιπλέον παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα.

Η παρούσα μελέτη διαμορφώθηκε με βάση ένα ειδικά προσαρμοσμένο ερευνητικό πλαίσιο, το οποίο σχεδιάστηκε κυρίως για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες της ως μέρος της διαδικασίας ολοκλήρωσης ενός μεταπτυχιακού προγράμματος. Αντί να αποτελεί μια πλήρως εδραιωμένη ερευνητική προσπάθεια με σκοπό την ανακάλυψη νέας γνώσης, επικεντρώθηκε περισσότερο στην κάλυψη των ακαδημαϊκών απαιτήσεων και στόχων που απαιτούνται στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η έρευνα να δίνει προτεραιότητα στην πρακτική ολοκλήρωσή της, παρά στη δημιουργία μιας ευρύτερης και πρωτοποριακής επιστημονικής συνεισφοράς.

Παρά τους περιορισμούς που μπορεί να χαρακτηρίζουν την παρούσα εργασία, καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της ακρίβειας των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, η χρήση αξιόπιστων, έγκυρων και σταθμισμένων ερωτηματολογίων αποτελεί βασικό στοιχείο που ενισχύει την αξιοπιστία των δεδομένων. Επιπλέον, η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με αντικειμενικότητα και μεθοδολογική αυστηρότητα, ακολουθώντας αναγνωρισμένες πρακτικές που εγγυώνται την ακρίβεια και την επαναληψιμότητα των ευρημάτων. Οι

προσεγγίσεις αυτές ενισχύουν την αξιοπιστία της μελέτης και επιβεβαιώνουν τη δέσμευση για την εφαρμογή επιστημονικών προτύπων σε κάθε στάδιο της έρευνας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η ανάγκη πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι επιτακτική, καθώς οι απαιτήσεις του συγκεκριμένου περιβάλλοντος εργασίας είναι ιδιαίτερα υψηλές. Οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ αντιμετωπίζουν καθημερινά έναν μεγάλο αριθμό περιστατικών με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα, γεγονός που συνοδεύεται από έντονο ψυχολογικό στρες και εξουθένωση. Η έλλειψη επαρκούς προσωπικού οδηγεί σε υπερβολικό φόρτο εργασίας, μειωμένη ποιότητα φροντίδας, αυξημένο άγχος και κίνδυνο για σφάλματα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η προσβασιμότητα σε περισσότερους επαγγελματίες με επαρκή εκπαίδευση μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, στην εξασφάλιση υψηλής ποιότητας περίθαλψης και στην καλύτερη αντιμετώπιση των απαιτητικών περιστατικών.

Η ενίσχυση του νοσηλευτικού προσωπικού με νέες προσλήψεις μπορεί επίσης να μειώσει την επαγγελματική εξουθένωση και να παρέχει στους ήδη εργαζόμενους την απαραίτητη υποστήριξη και ανάπαυση. Με έναν επαρκή αριθμό νοσηλευτών, οι ΜΕΘ μπορούν να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά, με καλύτερη οργάνωση και δυνατότητα προσβασιμότητας σε εξειδικευμένες φροντίδες. Η δημιουργία ενός πιο σταθερού και επαρκούς προσωπικού επιτρέπει τη διασφάλιση ασφαλούς φροντίδας, την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών και τη μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούν οι συνθήκες εργασίας στις ΜΕΘ. Ως εκ τούτου, η στρατηγική πρόσληψη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού είναι αναγκαία για την ενίσχυση των δομών υγείας και την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας περίθαλψης για τους ασθενείς.

Η απόφαση για την αναστολή ή συνέχιση των μέτρων υποστήριξης της ζωής στη ΜΕΘ δεν είναι μόνο ιατρική, αλλά και ηθική και συναισθηματική. Οι νοσηλευτές, λόγω της στενής επαφής τους με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, συχνά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση της κατάστασης του ασθενούς και στη διαχείριση των συναισθηματικών επιπτώσεων της απόφασης. Όμως, η έλλειψη ξεκάθαρων διαδικασιών και η σύγχυση γύρω από τον ρόλο τους μπορεί να προκαλέσουν

σύγκρουση με τους γιατρούς, δημιουργώντας ένταση στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Η έλλειψη συμφωνίας ή η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ηθική δυσφορία, με συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας και στην ψυχολογική ευημερία τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν εκπαιδευτικά προγράμματα και υποστηρικτικά συστήματα που να προάγουν τη συνεργασία και τη σαφήνεια στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ανθρωπιά της φροντίδας στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής ενός ασθενούς.

Η απόφαση για την αναστολή ή συνέχιση των μέτρων υποστήριξης της ζωής στη ΜΕΘ είναι μια απόφαση που ξεπερνά το αυστηρά ιατρικό πλαίσιο, καθώς ενσωματώνει και σημαντικές ηθικές και συναισθηματικές παραμέτρους. Οι νοσηλευτές, λόγω της στενής επαφής που έχουν με τους ασθενείς, βρίσκονται συχνά στην καρδιά αυτής της διαδικασίας, βοηθώντας στη διαχείριση της κατάστασης και παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη. Η ικανότητά τους να αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τις αντιδράσεις των ασθενών, να εκφράζουν ενσυναίσθηση και να υποστηρίζουν τις οικογένειες αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται. Ωστόσο, η έλλειψη σαφών κατευθυντήριων γραμμών και η σύγχυση γύρω από τον ρόλο των νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσει σε εντάσεις και συγκρούσεις με τους γιατρούς, επηρεάζοντας την αποδοτικότητα της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Η αναποτελεσματική επικοινωνία και η έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μπορεί να προκαλέσει ηθική δυσφορία, η οποία επηρεάζει όχι μόνο τους εργαζόμενους, αλλά και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Αυτή η δυσφορία μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ψυχολογική ευημερία των επαγγελματιών, οδηγώντας σε σωματική εξουθένωση και μείωση της ποιότητας της φροντίδας. Για να διασφαλιστεί η ανθρωπιστική διάσταση της ιατρικής φροντίδας, είναι επιτακτική η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υποστηρικτικών συστημάτων που θα προάγουν τη συνεργασία και τη σαφήνεια στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Η ενίσχυση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας μπορεί να μειώσει τις εντάσεις και να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που προάγει την ψυχική ευημερία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Ένα τέτοιο περιβάλλον θα επιτρέψει στους νοσηλευτές να εκφράσουν την υποστήριξή τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο,

ενισχύοντας τη σχέση εμπιστοσύνης και ανθρωπιάς που είναι απαραίτητη σε αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Η ανάγκη για μια πιο οργανωμένη και συντονισμένη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής είναι επιτακτική, καθώς οι αποφάσεις αυτές συχνά έχουν βαριές συνέπειες για όλους τους εμπλεκόμενους. Όταν οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι νοσηλευτές και οι γιατροί, δεν είναι καλά προετοιμασμένοι ή δεν έχουν σαφή καθοδήγηση για το πώς να διαχειριστούν τέτοιες καταστάσεις, ενδέχεται να βιώσουν έντονη συναισθηματική πίεση. Η ανάγκη για εκπαίδευση και ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης είναι σημαντική για να μειωθεί η ηθική δυσφορία και η αβεβαιότητα στις αποφάσεις που αφορούν τη ζωή και το θάνατο. Η συνεργασία των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και την κοινή στόχευση για την καλύτερη φροντίδα του ασθενούς. Εν τέλει, μια προσέγγιση που προάγει τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε πιο συναισθηματικά υποστηρικτικές και ιατρικά αρμόδιες αποφάσεις για τους ασθενείς.

Όταν οι νοσηλευτές δεν έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση ή υποστήριξη για να διαχειριστούν τέτοιες καταστάσεις, μπορεί να βιώσουν έντονη συναισθηματική πίεση, κάτι που ενδέχεται να επηρεάσει την ικανότητά τους να προσφέρουν φροντίδα με την απαιτούμενη ευαισθησία και επαγγελματισμό. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να συνεργάζονται στενά και να διασφαλίζουν ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, προκειμένου να επιτευχθεί μια ολιστική προσέγγιση της φροντίδας.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη για να ενισχυθεί η ικανότητά τους να διαχειρίζονται την ηθική και συναισθηματική πλευρά της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Εκπαιδευτικά προγράμματα που προάγουν την ενσυναίσθηση, την επικοινωνία και την ομαδική εργασία μπορούν να βοηθήσουν στην καλλιέργεια ενός κοινού πλαισίου αποφάσεων, στο οποίο η συμμετοχή όλων των επαγγελματιών είναι ουσιαστική. Επιπλέον, η ανάπτυξη υποστηρικτικών μηχανισμών, όπως η συμβουλευτική υποστήριξη για τους νοσηλευτές, μπορεί να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να αναζητήσουν βοήθεια.

Μία προσέγγιση που εστιάζει στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και τη συνεργασία ενδυναμώνει τις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης και διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις για

το τέλος της ζωής θα είναι ανθρωπιστικές, τεκμηριωμένες και συναισθηματικά υποστηρικτικές. Με αυτόν τον τρόπο, οι νοσηλευτές και οι γιατροί μπορούν να συνεργαστούν αποτελεσματικά, διασφαλίζοντας ότι η φροντίδα που παρέχεται είναι αντάξια των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του, ενώ παράλληλα προστατεύεται η ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η βελτίωση της γνώσης, της στάσης και της πρακτικής των νοσηλευτών της ΜΕΘ σχετικά με τη χρήση περιορισμού είναι, επομένως, απαραίτητη για την πρόληψη των επιπλοκών αυτής της πρακτικής και για την ενίσχυση των υπηρεσιών φροντίδας της ΜΕΘ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ερευνητική εργασία διενεργήθηκε σε Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ και πιο συγκεκριμένα σε τρεις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας όπου συμμετείχε και η μεγαλύτερη της Ελλάδας ΜΕΘ 2. Η έρευνα σχετίζεται με τη στάση του νοσηλευτικού, και μόνο, προσωπικού απέναντι στο θάνατο. Συνολικά, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτού του προσωπικού φαίνεται να αποδέχεται το θάνατο ενώ μικρότερο ποσοστό αυτού φαίνεται να φοβάται το θάνατο.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και την υπάρχουσα βιβλιογραφία, διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί ελάχιστες συγχρονικές έρευνες που να εξετάζουν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο. Αυτή η έλλειψη ερευνών καθιστά δύσκολη τη συστηματική κατανόηση των αντιλήψεων, των συναισθηματικών αντιδράσεων και των συμπεριφορών των νοσηλευτών σε σχέση με τη διαχείριση του θανάτου στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Παρά τη σημασία που έχει το ζήτημα, κυρίως λόγω της συχνής έκθεσης των νοσηλευτών σε δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις, η έλλειψη επαρκούς ερευνητικού έργου υπογραμμίζει την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες. Η διερεύνηση των στάσεων αυτών μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για την ψυχολογική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την επαγγελματική ενίσχυση των νοσηλευτών που εργάζονται σε απαιτητικά και ευαίσθητα περιβάλλοντα, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και άλλες συναφείς δομές.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) φροντίζουν ασθενείς που είναι σε κρίσιμη κατάσταση, οι οποίοι, για πολλούς από αυτούς, δεν θα επιβιώσουν. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών εργαλείων που θα επικεντρώνονται στη διαχείριση αυτών των συζητήσεων, σε συνδυασμό με την ενίσχυση των υποστηρικτικών δικτύων για τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της συναισθηματικής έντασης και να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας. Καθώς οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής αυξάνονται, η ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος είναι κρίσιμης σημασίας για την ανθρώπινη διάσταση της ιατρικής φροντίδας.

Η συναισθηματική υποστήριξη για τους νοσηλευτές που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι απαραίτητη, καθώς οι συνθήκες εργασίας τους είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και ψυχολογικά επιβαρυντικές. Για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας, προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων επαγγελματικής ψυχολογικής

υποστήριξης, όπως συνεδρίες ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής, με τη συμμετοχή εξειδικευμένων ψυχολόγων. Παράλληλα, σεμινάρια με τεχνικές διαχείρισης άγχους, όπως ασκήσεις χαλάρωσης και ενσυνειδητότητας, μπορούν να τους εξοπλίσουν με στρατηγικές για την αντιμετώπιση του καθημερινού στρες. Ταυτόχρονα, η ενίσχυση υποστηρικτικών δικτύων, η ομαδική επικοινωνία και η αλληλοβοήθεια μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή ανακούφισης και αλληλοϋποστήριξης στο απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον.

Επιπλέον, η δημιουργία ενός ευέλικτου και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη για την πρόληψη και τη μείωση των επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στρατηγικές όπως η ευελιξία στα ωράρια εργασίας, η πρόσβαση σε κατάλληλα διαλείμματα και η ενθάρρυνση της ξεκούρασης μπορούν να ενισχύσουν την ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών. Παράλληλα, η συνεργασία με ειδικούς στον τομέα της ψυχικής υγείας και η εισαγωγή συστηματικών προγραμμάτων ευεξίας μπορούν να παρέχουν στους νοσηλευτές τα εργαλεία που χρειάζονται για να διαχειριστούν την ψυχολογική πίεση και την καθημερινή ένταση που αντιμετωπίζουν.

Τέλος, η δημιουργία ενός ασφαλούς και ανοιχτού καναλιού επικοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας. Μέσω αυτής, οι νοσηλευτές μπορούν να εκφράζουν τις ανησυχίες τους και τα συναισθήματά τους χωρίς φόβο κριτικής, με σκοπό την έγκαιρη παρέμβαση και υποστήριξη από τη διοίκηση και τους συναδέλφους τους. Η συνεχής ανατροφοδότηση και η συνεργασία μπορούν να ενισχύσουν την επαγγελματική ικανοποίηση, να μειώσουν την απομόνωση και να οδηγήσουν σε έναν πιο υγιή και υποστηρικτικό εργασιακό χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

1. Al-Khaled, T., Zahran, E., and El-Soussi, A. (2011). Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care units. *Journal of American Science*, vol. 7, no. 8, pp. 13–22.
2. Alili, A., & Krstev, D. (2019). USING SPSS FOR RESEARCH AND DATA ANALYSIS. *Knowledge International Journal*.
3. Anderson, W., G., Puntillo, K., Boyle, D. (2016). ICU bedside nurses' involvement in palliative care communication: a multicenter survey. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51:589–596.
4. Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Fabrellas-Padrés, N., Castro-García, A. M., & Canela-Soler, J. (2022). Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units-A Multicenter Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5569.
5. Betriana, F., & Kongsuwan, W. (2019). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nursing in Critical Care*.
6. Bloomer, M., J., Al-Mutair, A. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslims patients in the Australian ICU: considerations for care. *Aust Crit Care*. 26:193-196.
7. Berndt, A. E. (2020). Sampling methods. *Journal of Human Lactation*, 36(2), 224–226.
8. Boissier, F., Seegers, V., Seguin, A., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J. Y., Rimmelé, T., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, D., Guisset, O., Cracco, C., Durand-Gasselin, J., Éon, B., Thirion, M., Rigaud, J. P., PhilipponJouve, B., Argaud, L., ... Kentish-Barnes, N. (2020). Assessing physicians' and nurses' experience of dying and death in the ICU: development of the CAESARP and the CAESAR-N instruments. *Critical care* (London, England), 24(1), 521.
9. Brooks, L., A., Manias, E., Nicholson, P. (2017). Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Aust Crit Care*, 30(3):161–166.
10. Brown, D. (2019). A Review of the PubMed PICO Tool: Using Evidence-Based Practice in Health Education. *Health Promotion Practice*.
11. Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nurs Stand*, 24:44-47.
12. Çelik, S., Kavrazlı, S., Demircan, E., Guven, N., Durmus, O., and Duran, E., S., (2012). Knowledge, attitudes and practices of intensive care nurses related to using physical restraints. *Acıbadem Universitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, vol. 3, no. 3.

13. Chan HYL, Lee LH, Chan CWH (2013). The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*, 21:1551-1556.
14. Cybulska, A., Żołnowska, M., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płoska, A., (2022). Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
15. Dobrowolska B, Mazur E, Pilewska-Kozak A, Donka K, Kosicka B, Palese A. (2019). Predicted difficulties, educational needs, and interest in working in end of life care among nursing and medical students. *Nurse Educ Today*, 83:104194
16. Endacott, R., Boyer, C., Benbenishty, J., Nunn, M.B., Ryan, H., Chamberlain, W., Boulanger, C., Ganz, F.D. (2016). Perceptions of a good death: a qualitative study in intensive care units in England and Israel. *Intensive Crit. Care Nurs.* 36, 8–16.
17. Eskandari, F., Abdullah, K., L., Zainal, N., Z., and Wong, L., P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, vol. 32, pp. 52–57.
18. Evans, D., J. Wood, L. Lambert, and M. FitzGerald (2002). "Physical restraint in acute and residential care: a systematic review," *Centre for Reviews and Dissemination*, York, UK [42].
19. Field, M.J., Cassel, C.K., (1997). Approaching Death: Improving Care at the End of Life. *National Academy Press*, Washington, DC.
20. Gandhi, S., Poreddi, V., Palaniappan, M., Reddy, N., Sai, S., and BadaMath S. (2018). Indian nurses' knowledge, attitude and practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, vol. 36, no. 1, p. e10.
21. Gartika, A., Lubis, A., P. (2016). Prevalence of mortality rate based on type of diseases in primary class ICU of PTPN II Bangkatan general hospital. *Int J ChemTech Res*, 9:620-626.
22. Gastmans, C., and Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, no. 3, pp. 148–152.

23. Gauthier, T., Meyer, R.M., Grefe, D., Gold, J.I., (2015). An on-the-job mindfulnessbased intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *J. Pediatr. Nurs.* 30 (2), 402–409.
24. González-Rincón, M., Díaz de Herrera-Marchal, P., & Martínez-Martín, M. L. (2018). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*.
25. Goktas, A., and Bulduko K. (2018). Determination of psychiatric clinic nurses knowledge, attitudes, and practices regarding the use of physical restraints. *Journal of Psychiatric Nursing*, vol. 9, no. 1, pp. 1–10.
26. Groves, K. A., Adewumi, A., Gerhardt, C. A., Skeens, M. A., & Suttle, M. L. (2022). Grief in critical care nurses after pediatric suffering and death. *Annals of palliative medicine*, 11(6), 1888–1899.
27. Hall, D., K., K. S. Zimbro, R. S. Maduro, D. Petrovitch, P. Ver Schneider, and M. Morgan (2018). Impact of a restraint management bundle on restraint use in an intensive care unit. *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 33, no. 2, pp. 143–148.
28. Hasheesh, M. O. A., AboZeid, S. A. S., El-Said, S. G., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health science journal*, 7(4), 384.
29. Hedayat, K. (2006). When the spirit leaves: childhood death, grieving, and bereavement in Islam. *J Palliat Med*, 9:1282-1291.
30. Işık, M. T., & Yıldırım, G. (2023). Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses. *Nursing in critical care*, 28(2), 184–192.
31. Jafari, J., Scott, N. (2014). Muslim world and its tourism. *Ann Tour Res*, 44:1-19.
32. Jang, S.K., Park, W.K., Kim, H.-I., Chang, S.O., (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive Crit. Care Nurs.* 52, 3–8.
33. Jimenez, S.S., Niles, B.L., Park, C.L., (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personal Ind. Differ.* 49 (6), 506–514.
34. Kaya, H., and Dogu, O. (2018). Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints. *International Journal of Caring Sciences*, vol. 11, no. 1, pp. 61–70.

35. Kleinpell, R., Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., & Sessler, C. N. (2020). The Critical Nature of Addressing Burnout Prevention: Results From the Critical Care Societies Collaborative's National Summit and Survey on Prevention and Management of Burnout in the ICU. *Critical care medicine*, 48(2), 249–253.
36. Li, P., Kuang, H., & Tan, H. Y. (2021). The occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD), job burnout and its influencing factors among ICU nurses. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8302–8308.
37. Lief, L., Berlin, D., Maciejewski, R., Westman, L., Su, A., Cooper, Z., Ouyang, D., Epping, G., Derry, H., Russell, D., Gentzler, E., Maciejewski, P., & Prigerson, H., (2018). Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. *Annals of the American Thoracic Society*, 15, pp. 1459–1464.
38. Lijndijk, H. J. (2021). *How to create PICO questions about diagnostic tests*. BMJ Evidence-Based Medicine, 26(4), 155–157.
39. Maccioli, G., A., Dorman, T., Brown, B., R. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies. American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002, *Critical Care Medicine*, vol. 31, no. 11, pp. 2665–2676.
40. Marshall, J., C., Bosco L., Adhikari, N., K. (2017). What is an intensive care unit? a report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*, 37:270-276.
41. Mast, M., & Gillum, D., (2018). Case Study of Nurses' Experiences Related to the Deaths of Their Patients. *The Health Care Manager*.
42. McHugh, M., D., and Lake, E., T. (2010). Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Research in Nursing & Health*, vol. 33, no. 4, pp. 276–287.
43. Ozga, D., Woźniak, K., & Gurowiec, P. J. (2020). Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Global Advances in Health and Medicine*, 9, 216495612091617.
44. Phoenix BJ., (2019). The Current Psychiatric Mental Health Registered Nurse Workforce. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Jan/Feb;25(1):38-48.
45. Piedrafita-Susin, A., B., Yoldi-Arzo, E., Sanchez-Fernandez, M., Zuazua-Ros, E., Vazquez-Calatayud, M. (2015). Nurses' perception, experience and knowledge of palliative care in intensive care units. *Enferm Intensiva*. 2015;26(4):153–165.

46. Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11432.
47. Ranse, K., Delaney, L., Ranse, J., Coyer, F., Yates, P. (2020). End-offline care content in postgraduate critical care nursing programs: structured telephone interviews to evaluate content-informing practice. *Aust Crit Care*, 33(2):181–186.
48. Reid, C., Gibbins, J., Bloor, S., Burcombe, M., McCoubrie, R., Forbes, K. (2015). Healthcare professionals' perspectives on delivering end-of-life care within acute hospital trusts: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*, 5:490–495.
49. Reigle, J. (1996). The ethics of physical restraints in critical care," AACN Clinical Issues: *Advanced Practice in Acute and Critical Care*, vol. 7, no. 4, pp. 585–591.
50. Safari Malak-Kolaei, F., Sanagoo, A., Pahlavanzadeh, B., Akrami, F., Jouybari, L., & Jahanshahi, R. (2022). The Relationship Between Death and Do Not Resuscitation Attitudes Among Intensive Care Nurses. *Omega*, 85(4), 904–914.
51. Salmon, G., & Morehead, A. (2019). Posttraumatic stress syndrome and implications for practice in critical care nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(4), 517–526. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.007>
52. Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*, 24(1), Article 200.
53. Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., Kissane, D. (2014). Losses experienced by Japanese nurses and the way they grieve. *J Hosp Palliat Nurs.*, 16:224-230.
54. Smithard, D., & Randhawa, R. (2022). Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review. *The New bioethics: a multidisciplinary journal of biotechnology and the body*, 28(1), 68–82.
55. Smoller, J. W. (2016). The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(1), 297–319.
56. Society of Critical Care Medicine. Critical Care Statistics; (2019). <http://www.learnicu.net/Communications/Pages/CriticalCareStats.aspx>.
57. Spiegel, H., X. (1944). Preventive psychiatry with combat troops. *American Journal of Psychiatry*, 101(3), 310–315.

58. Thayer, J. F., Hansen, A. L., Saus-Rose, E., & Johnsen, B. H. (2009). Heart rate variability, prefrontal neural function, and cognitive performance: The neurovisceral integration perspective on selfregulation, adaptation, and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 141–153.
59. Ugli, R. (2021). Usage Method of SPSS Software in the Processing of Psychological Data , 14.
60. Vance, D., L. (2001). Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care. *Medsurg Nursing*, Vol.10, Iss.5:264.
61. Wang, C., Hung, F., Ling, M., Chiu, H., & Hu, S., (2021). Factors associated with critical care nurses' acute stress disorder after patient death. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*.
62. Wisekal, A., E. (2014). A concept analysis of nurses' grief. *Clin J Oncol Nurs*. 19:E103-E107.
63. Xiang-Zi, J., & Jia-yuan, Z. (2023). Mindfulness exercises reduce death anxiety and burnout in intensive care nurses. *Death Studies*, 47(5), 600–605.
64. Yip, C., Han, N., & Sng, B., (2016). Legal and ethical issues in research. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60, pp. 684 - 688.
65. Younis, G., A., and Sayed, A., S. (2017). Physical Restraint and Maintenance of critically ill patient's safety in Intensive Care Unit: effect of Clinical practice guidelines on nurse's practice and attitude. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, vol. 6, no. 4, pp. 6–21.
66. Zheng, R., Lee, S., & Bloomer, M., (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp. e39–e49.
67. Zhou, L., & Leng, M., (2019). Emotional and mental care strategies for severe patients in ICU., 25, pp. 2277-2280.
68. Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σεραφείμ, Τ., Σωτηριάδου, Κ., Θεοδοσοπούλου, Ε. (2011). «Death Attitude-Revised (DAP-R) – Ερωτηματολόγιο στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου». *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1 (4):14-26, 2011.
69. Μερκούρης, Α. (2008) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ:	ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ:	ΖΩΙΤΣΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:	ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ

Ενδεικτικός Τίτλος :

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»**

«INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF PATIENT DEATH ON ICU NURSES»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Οι νοσηλεύτες εντατικής θεραπείας βιώνουν συχνά έντονα συναισθήματα όταν ένας ασθενής πεθαίνει. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα αποτυχίας, ενοχής ή ακόμα και θλίψης, ειδικά όταν έχουν επενδύσει πολύ χρόνο και προσπάθεια στη φροντίδα του ασθενούς. Η συνεχής έκθεση στο θάνατο και την έντονη πίεση ενδέχεται να οδηγήσει σε εξάντληση, ψυχική κόπωση και επαγγελματική εξουθένωση. Ακόμα, ένας θάνατος μπορεί να τους φέρει αντιμέτωπους με ηθικά διλήμματα και ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Σύμφωνα με τους Groves et al. (2022), το πένθος στη νοσηλευτική σχετίζεται με επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, διαπροσωπικές συγκρούσεις και σημάδια κόπωσης.

Παράρτημα 1. Ερευνητικό Πρωτόκολλο Μπουκουβάλα Ελένη

Οι νοσηλευτές διαθέτουν ένα φάσμα γνώσεων που αφορά την ειδικότητα τους, μια μεθοδολογική στρατηγική που υποστηρίζει το σχεδιασμό των παρεμβάσεων τους και έναν κώδικα δεοντολογίας που εγγυάται τις ενέργειές τους (Gonzalez, M., et al., 2018). Οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) παρέχουν συστηματική φροντίδα σε ασθενείς που είναι βαρέως πάσχοντες, γεγονός που απαιτεί συγκεκριμένο σύνολο δεξιοτήτων και ικανοτήτων (Li, P., et al., 2021).

Αν και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στοχεύει στη διατήρηση της ζωής, συχνά χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, φέρνοντας στους νοσηλευτές αντιμέτωπους με τον θάνατο των ασθενών που νοσηλεύουν. Σύμφωνα με την Εταιρεία Εντατικής Φροντίδας, τα ποσοστά θανάτων για ασθενείς που εισέρχονται σε ΜΕΘ κυμαίνονται κατά μέσο όρο από 10% έως 29% παγκοσμίως (Betriana, F., & Kongsuwan, W., 2019). Οι νοσηλευτές που βιώνουν μεγάλο αριθμό θανάτων ασθενών τους χαρακτηρίζονται από συχνές και οξείες εμπειρίες απώλειας, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπίληπτη θλίψη ή κατάθλιψη (Groves, K. A., et al., 2022). Ακόμα, ο συχνός και συνεχής ρυθμός θανάτων ασθενών αναφέρεται ότι επηρεάζει σωματικά και ψυχολογικά τους νοσηλευτές (Betriana, F., & Kongsuwan, W., 2019).

Το ίδιο το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί να αλληλεπιδράσει με πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες από τον έξω κόσμο, όπως οι αυξανόμενες προσδοκίες που τίθενται και η αποδοτικότητα των επαγγελματιών (Arimon-Pagès, E., et al., 2022). Εκτός από την αντιμετώπιση της έλλειψης προσωπικού και του αυξημένου φόρτου εργασίας, οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να αντιμετωπίσουν ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με τη δίκαιη κατανομή των σπάνιων πόρων και το ηθικό ζήτημα που βρίσκεται η γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου (Işık, M. T., & Yildirim, G., 2023).

Οι Gonzalez et al. (2018), απέδειξαν πως η εμπειρία που αποκτήθηκε από τον θάνατο εκτός του κλινικού περιβάλλοντος σχετίζεται με μεγαλύτερη άνεση κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές που έχουν αυτήν την εμπειρία είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν το θέμα του θανάτου με μεγαλύτερη ηρεμία και εμπειρία, προσφέροντας έτσι καλύτερη υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Πιο συγκεκριμένα, στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ, οι νοσηλευτικές πρακτικές λαμβάνουν υπόψη την ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση ενισχύουν την ψυχολογική τους ευεξία, την ποιότητα ζωής και τη νοσηλευτική ικανοποίηση, ενώ μειώνουν τα δυσμενή αποτελέσματα και τις επιπλοκές (Zhou, L., & Leng, M., 2019). Είναι απαραίτητο για τους νοσηλευτές να θρηνούν για τους θανάτους των ασθενών τους- διαφορετικά, θα μπορούσε να προκαλέσει προβλήματα στη δική τους υγεία (Mast, M., & Gillum, D., 2018).

Οι νοσηλευτές συχνά αγνοούν τα συναισθήματα θλίψης, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζεται ή να μην αντιμετωπίζεται η θλίψη, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί και να καταστεί μακροχρόνια και σωρευτική. Τα σωματικά συμπτώματα της σωρευτικής θλίψης μπορεί να περιλαμβάνουν φυσική αδυναμία, κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονικές σκέψεις, αδιαφορία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και άγχος (Groves, K. A., et al., 2022). Οι νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας μπορεί να βιώσουν οξεία διαταραχή στρες μετά το θάνατο ασθενούς, με υψηλότερο κίνδυνο για εκείνους που ήταν μάρτυρες καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης πριν από το θάνατο, απροσδόκητου θανάτου ασθενούς ή λεκτικής κακοποίησης από τις οικογένειες των ασθενών (Wang, C., et al., 2021).

Για να αντιμετωπίσουν τη θνησιμότητα των ασθενών, οι νοσηλευτές στρέφονται σε εσωτερικές πηγές όπως η καθημερινή ρουτίνα, ο διαλογισμός, το πένθος, η εμπειρία ζωής και εργασίας και ο καθορισμός ορίων (Zheng, R., et al., 2018). Η συσσωρευμένη θλίψη μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε συναισθηματική αποστασιοποίηση ή σε υπερβολική επένδυση στη ζωή των ασθενών (Groves, K. A., et al., 2022). Μάλιστα, στην έρευνα που έγινε από τους Xiang-Zi, J., και Jia-yuan, Z. (2023), αποδείχθηκε πως περισσότεροι από το 35% των νοσηλευτών που δουλεύουν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κινδυνεύουν από το να αναπτύξουν άγχος για το θάνατο.

Παρά το γεγονός ότι αποδέχονται το θάνατο ως φυσιολογικό μέρος της ζωής, οι νοσηλευτές τον φοβούνται. Για να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα, χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαίδευση ή σε κάποιες πιο εξειδικευμένες περιπτώσεις ψυχολογική υποστήριξη (Cybulska, A., et al., 2022). Η μείωση του πόνου, η προώθηση της αποδοχής από την οικογένεια και η βελτίωση της ποιότητας του θανάτου των

ασθενών μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνουν οι νοσηλευτές στη μονάδα εντατικής θεραπείας (Lief, L., et al., 2018). Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η παρουσία κλινικών φροντιστηρίων και προγραμμάτων τα οποία θα υποστηρίξουν τους νοσηλευτές να διαχειρίζονται τον θάνατο των ασθενών τους (Ozga, D., et al., 2020).

2. Σκοπός και Στόχοι :

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του συχνού θανάτου των ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), στους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το επάγγελμα των Νοσηλευτών της ΜΕΘ αρκετές φορές μπορεί, μετά τα συνεχόμενα βιώματα θανάτου στην καθημερινότητά τους, να επηρεάζει την ποιότητα της ψυχοσωματικής και κοινωνικής ζωής τους.
- Να αποδειχθεί πως τα νοσοκομεία δεν υποστηρίζουν ψυχολογικά το έργο των νοσηλευτών και χρειάζεται να γίνουν σημαντικές αλλαγές, προς αυτή την κατεύθυνση.

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Μάρτιο του 2024 έως τον Σεπτέμβριο του 2024. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν οι νοσηλευτές που δουλεύουν στην ΜΕΘ 1, ΜΕΘ 2 και ΜΑΦ του Γενικού Νοσοκομείου Κ.Α.Τ. Οι νοσηλευτές που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Ο κάθε νοσηλευτής θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) / Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο.

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για την έρευνα μου είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της επιρροής και της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον θάνατο. Το αρχικό ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1994. Η μετάφραση και η στάθμισή του στα ελληνικά έγινε από τους Θεοδοσοπούλου Ελένη, Καραθανάση Κωνσταντίνά, Μαλλιάρου Μαρία, Σαράφης Παύλος, Σεραφείμ Τατιάνα και Σωτηριάδου Κυριακή το 2017. Περιέχει 32 ερωτήσεις, χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι θα απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

4. Χρονοδιάγραμμα :

Μάρτιος 2024 – Μάιος 2024 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

Μάιος 2024– Ιούνιος 2024 : Συλλογή ερωτηματολογίων

Ιούνιος 2024– Ιούλιος 2024 : Στατιστική Επεξεργασία

Ιούλιος 2024- Αύγουστος 2024 : Συγγραφή Επιστημονικής Εργασίας.

Σεπτέμβριος 2024 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

5. Κόστος :

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

6. Παραπομπές:

- Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Fabrellas-Padrés, N., Castro-García, A. M., & Canela-Soler, J. (2022). Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units-A Multicenter Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5569.
- Betriana, F., & Kongsuwan, W. (2019). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nursing in Critical Care*.

- Boissier, F., Seegers, V., Seguin, A., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J. Y., Rimmelé, T., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, D., Guisset, O., Cracco, C., Durand-Gasselín, J., Éon, B., Thirion, M., Rigaud, J. P., Philippon-Jouve, B., Argaud, L., ... Kentish-Barnes, N. (2020). Assessing physicians' and nurses' experience of dying and death in the ICU: development of the CAESAR-P and the CAESAR-N instruments. *Critical care (London, England)*, 24(1), 521.
- Cybulska, A., Żołnowska, M., Schneider-Matyka, D., Nowak, M., Starczewska, M., Grochans, S., & Cymbaluk-Płoska, A., 2022. Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
- González-Rincón, M., Díaz de Herrera-Marchal, P., & Martínez-Martín, M. L. (2018). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*.
- Groves, K. A., Adewumi, A., Gerhardt, C. A., Skeens, M. A., & Suttle, M. L. (2022). Grief in critical care nurses after pediatric suffering and death. *Annals of palliative medicine*, 11(6), 1888–1899.
- Işık, M. T., & Yıldırım, G. (2023). Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses. *Nursing in critical care*, 28(2), 184–192.
- Li, P., Kuang, H., & Tan, H. Y. (2021). The occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD), job burnout and its influencing factors among ICU nurses. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8302–8308.
- Lief, L., Berlin, D., Maciejewski, R., Westman, L., Su, A., Cooper, Z., Ouyang, D., Epping, G., Derry, H., Russell, D., Gentzler, E., Maciejewski, P., & Prigerson, H., 2018. Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. *Annals of the American Thoracic Society*, 15, pp. 1459–1464.
- Mast, M., & Gillum, D., 2018. Case Study of Nurses' Experiences Related to the Deaths of Their Patients. *The Health Care Manager*.
- Ozga, D., Woźniak, K., & Gurowiec, P. J. (2020). Difficulties Perceived by ICU Nurses Providing End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Global Advances in Health and Medicine*, 9, 216495612091617.
- Phoenix BJ., 2019. The Current Psychiatric Mental Health Registered Nurse Workforce. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. Jan/Feb;25(1):38-48.

- Wang, C., Hung, F., Ling, M., Chiu, H., & Hu, S., 2021. Factors associated with critical care nurses' acute stress disorder after patient death. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*.
- Xiang-Zi, J., & Jia-yuan, Z. (2023). Mindfulness exercises reduce death anxiety and burnout in intensive care nurses. *Death Studies*, 47(5), 600–605.
- Zheng, R., Lee, S., & Bloomer, M., 2018. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp. e39–e49.
- Zhou, L., & Leng, M., 2019. Emotional and mental care strategies for severe patients in ICU. , 25, pp. 2277-2280.

Υπογραφή φοιτήτριας



Ε. Μπουκουβάλα

Υπογραφή Επιβλέπουσας



Ζ. Κωνσταντή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Ταχ.Δ/ση: Νίκης 2
Τ.Κ. 145 61 Κηφισιά
Γραμματέας: Μουστάκη Κατερίνα
Τηλέφωνο: 213 2086439



@ΣΗΔΕ ΙΡΙΔΑ
666feebf5a4584e5216ef484
ΑΠ:29885
Υπογραφή: 17/06/24 11:08
Διανομή: 17/06/24 11:08

Κηφισιά

Προς
τον Πρόεδρο & τα Μέλη του Δ.Σ.

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ 15ης/12-06-2024 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ**

ΘΕΜΑ(3Β): Μπουκουβάλα Ελένη. Υποβολή αιτήματος για εκπόνηση έρευνας στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας στο ΠΜΣ Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων.

Αρ. Γεν. Πρωτ. 26595/14-05-2024

Θετική Εισήγηση Επιτροπής Ερεύνης (11-06-2024)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην **15^η/12-06-2024** Τακτική Συνεδρίασή του, ενέκρινε την υποβολή αιτήματος για εκπόνηση έρευνας στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας στο ΠΜΣ Νοσηλευτική φροντίδα ενηλίκων με θέμα: *«Διερεύνηση των επιπτώσεων του θανάτου των ασθενών σε νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας»* σύμφωνα με το αίτημα της Νοσηλεύτριας ΜΕΘ ΙΙ κας Μπουκουβάλα Ελένης.

**Ο Πρόεδρος
Του Επιστημονικού Συμβουλίου
Δρ. Νεκτάριος Κορρές**

Παράρτημα 2. Άδεια εκπόνησης ερευνητικής εργασίας στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Αγαπητέ συνάδελφε/ισσα,

Σας προσκαλούμε να πάρετε μέρος σε μια έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις που έχει ο θάνατος των ασθενών στους Νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα χρησιμοποιηθούν για δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, σε ερευνητικές εκθέσεις και σε μια μεταπτυχιακή έρευνα. Σας αναφέρουμε ότι ΔΕΝ ζητάμε προσωπικά δεδομένα (όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο) και ότι η έρευνα μας τηρεί την Ελληνική νομοθεσία και GDPR -The General Data Protection Regulation 679/2016.

Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Σας διαβεβαιώνουμε για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και διαρκεί περίπου 8-10 λεπτά.

Βάζοντας Tick (☐) στην επιλογή «Συμφωνώ να συμμετάσχω» παρακάτω βεβαιώνετε την συμμετοχή σας σε αυτήν τη έρευνα και επίσης το γεγονός ότι είστε τουλάχιστον 18 χρονών και έχετε εθελοντικά επιλέξει να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

ο Συμφωνώ να συμμετάσχω

ο Δεν θέλω να πάρω μέρος σε αυτήν την έρευνα.

Παράρτημα 3. Έντυπο ενημέρης συγκατάθεσης συμμετεχόντων.

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση που σας καλύπτει.

1)Φύλο :

- i. Άρρεν
- ii. Θήλυ

2)Ηλικία:

- i. 20-30 ετών
- ii. 30-40 ετών
- iii. 40-50 ετών
- iv. 50-60 ετών

3)Οικογενειακή κατάσταση :

- i. Άγαμος/η
- ii. Έγγαμος/η
- iii. Διαζευγμένος/η
- iv. Χήρος/α
- v. Άλλο

.....
.....

4)Πόσα παιδιά έχετε; ...

5)Τι ηλικία έχουν το/τα παιδί/ιά;

- i. 0-2 ετών
- ii. 3-7 ετών
- iii. 8-12 ετών
- iv. 13-17 ετών
- v. 18+

6)Είστε κάτοχος πτυχίου Νοσηλευτικής:

- i. ΠΕ
- ii. ΤΕ
- iii. ΔΕ

Παράρτημα 4. Ερωτηματολόγιο.

7)Έχετε κάνει κάποια εκπαίδευση εκτός της βασικής;

- i. Ειδικότητα
- ii. Μεταπτυχιακό
- iii. Διδακτορικό
- iv. Δεν έχω επιπλέον εκπαίδευση

8)Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτης/υτρία

- i. 0-4
- ii. 5-10
- iii. 11-15
- iv. 15-20
- v. 20+

9)Πόσα χρόνια εργάζεστε στην ΜΕΘ;

- i. 0-4
- ii. 5-10
- iii. 11-15
- iv. 15-20
- v. 20+

10)Τι είδους ωράριο ακολουθείτε ;

- i. Πρωινό
- ii. Κυκλικό

11)Έχετε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα υγείας:

- i. Προβλήματα με το στομάχι
- ii. Δυσκοιλιότητα
- iii. Διαταραχές εμμήνου ρήσεως
- iv. Αυξημένες τιμές λιπιδίων
- v. Αυξημένες τιμές σακχάρου
- vi. Υπέρταση
- vii. Σωματική εξάντληση
- viii. Αυπνία
- ix. Διαταραχές ψυχικής υγείας
- x. Κανένα από τα παραπάνω

Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R)

Όπου 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.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

2) Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

3) Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

4) Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

5) Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

6) Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σα κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

7) Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

8) Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

9) Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απάισιο κόσμο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
----	---	----	---	----	---

10)Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπασώ να τη διώξω μακριά.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

11)Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

12)Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

13)Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

14)Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

15)Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

16)Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

17)Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

18)Έχω έντονο φόβο για το θάνατο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

19)Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

20) Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

21) Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

22) Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

23) Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

24) Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

25) Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

26) Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

27)Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

28)Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθανάτιο ζωή.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

29)Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

30)Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός.



ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

31)Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

32)Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί.

ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ
ΣΑ					

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας.