



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
“ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ”**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΘΕΜΑ: ΣΤΑΣΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ  
ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ**

**ΤΡΑΝΑΚΑ ΜΑΡΙΑ-ΜΑΡΚΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ, 2019**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Καθηγήτρια Μυστακίδου Κυριακή (Επιβλέπουσα)

Καθηγητής Σακκάς Παύλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ρέντζος Μιχαήλ

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>Περίληψη</b>	5
<b>Abstract</b>	6
<b>Αφιέρωση</b>	7
<b>Ευχαριστίες</b>	8
<b>Εισαγωγή</b>	9
<b>Κεφαλαίο 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	12
1.1. Φιλοσοφικές και Θρησκευτικές Προσεγγίσεις	12
1.1.1 Ο Θάνατος μέσα από την Αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία	12
1.1.2 Ο Θάνατος μέσα από τη Θρησκεία	15
1.1.3 Ο Θάνατος μέσα από τη Σύγχρονη Φιλοσοφία	16
1.2 Άγχος – Φόβος Θανάτου: Ταυτίζονται;	18
1.3 Θεωρητικές Ψυχολογικές Προσεγγίσεις για το Άγχος Θανάτου	20
1.3.1 Sigmund Freud	20
1.3.2 Carl Jung	21
1.3.3 Υπαρξιακή Ψυχολογία	22
1.4 Άλλα Σύγχρονα Θεωρητικά Μοντέλα για το Άγχος Θανάτου	24
1.4.1 Τρομοκρατία Θανάτου & Τρομοκρατική Διαχείριση (Terror of Death & Terror Management Theory)	24
1.4.2 Θεωρία της Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic growth theory)	25
1.5 Ψυχολογική Έρευνα: Από το Άγχος Θανάτου προς την Αποδοχή	25
1.6 Η Έννοια της Αποδοχής Θανάτου	27
1.7 Μοντέλο του Διπλού Συστήματος ( The Dual System Model)	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ- Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΙ ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ</b>	31
3.1 Άγχος Θανάτου και Δημογραφικοί Παράγοντες (Φύλο, Ηλικία, Εμπειρία, Ειδικότητα, Προσωπική Απώλεια, Θρησκευτικότητα)	31
3.2 Άγχος Θανάτου και Προσωπικότητα	33
3.3 Οι Επιπτώσεις του Άγχους Θανάτου των Επαγγελματιών Υγείας	34

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ</b>	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	38
5.1 Δείγμα	38
5.2. Ερωτηματολόγια	
5.2.1. Προφίλ Συμπεριφοράς Θανάτου (Death Attitude Profile Revised)	42
5.2.2 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck Αναθεωρημένο- Συντομευμένη Κλίμακα (Eysenck Personality Questionnaire Revised Short Scale – EPQ-R-S	43
5.2.3 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων	44
5.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	44
5.4 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας	45
5.5 Στατιστική Ανάλυση	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	58
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	64
<b>Βιβλιογραφικές Αναφορές</b>	66
<b>Παράρτημα</b>	76

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η στάση που υιοθετούν οι ιατροί απέναντι στο θάνατο επηρεάζει σημαντικά τη σχέση τους με τον ασθενή και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων απέναντι στο θάνατο (ανάλογα με το βαθμό έκθεσης απέναντι στο θάνατο) κι η σχέση της στάσης αυτής με τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους.

**Μέθοδος:** Στη παρούσα συγκριτική μελέτη λαμβάνουν μέρος 155 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ιατροί χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με την έκθεσή τους στο θάνατο στο χώρο εργασίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το Προφίλ Συμπεριφοράς Θανάτου - Death Attitude Profile Revised (DAP-R), το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck Αναθεωρημένο-Συντομευμένη Κλίμακα- Eysenck Personality Questionnaire Revised Short Scale (EPQ-R S) κι ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα των ιατρών που εκτίθεται περισσότερο στο θάνατο σε σχέση με εκείνη που εκτίθεται λιγότερο για τις υποκλίμακες: Φόβος Θανάτου κι Αποφυγή Θανάτου, ενώ οριακά σημαντική διαφορά φάνηκε για τις υποκλίμακες Ουδέτερη Αποδοχή και Μέσο Διαφυγής. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας.

**Συμπεράσματα:** Οι ιατρικές ειδικότητες που έρχονται σπανιότερα σε επαφή με το θάνατο φαίνεται πως έχουν περισσότερο φόβο θανάτου και υιοθετούν συχνότερα στάση αποφυγής. Η εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Αγωγή μπορεί να εξοικειώσει το ιατρικό προσωπικό με την ιδέα του θανάτου, με στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες ώστε να διερευνηθούν κι άλλοι παράγοντες που συνδιαμορφώνουν τη στάση των ιατρών απέναντι στο θάνατο.

## Abstract

**Background:** The physicians' attitude toward death significantly affects their relationship to the patient and the quality of the provided health care services.

**Purpose:** The aim of the present study was to determine whether there is a comparative difference in death attitudes among physicians (accordingly to the level of exposure to death) and the relation of these attitudes with personality traits.

**Methods:** In the present study 155 physicians of different medical specialties participated. Physicians were divided in three groups by level of exposure to death on professional level. Data were collected using the Death attitude profile Revised – (DAP-R), the Eysenck Personality questionnaire - Revised Short Scale (EPQ-R) and a sociodemographic questionnaire.

**Results:** There was statistically significant difference between the group of physicians that are frequently exposed to death and the group of physicians that are rarely exposed to death for the subscales “Fear of Death” and “Avoidance of Death”. A limited difference was noted for the subscales “Neutral Acceptance” and “Escape Acceptance”. There were no statistically significant differences for the personality dimensions of EPQ-R Short Scale.

**Conclusion:** High-exposed to death medical specialties have more fear of death and more often adopt an attitude of avoidance. Palliative care education can familiarize medical staff with the idea of dying, aiming at improving their professional skills. Further studies are necessary to investigate other factors that affect physicians' attitudes towards death.

**“Γι αυτούς που προσπαθούν να τον κατανοήσουν, ο θάνατος είναι μια μεγαλειώδης δύναμη δημιουργίας. Οι πιο υψηλές πνευματικές αξίες της ζωής μπορεί να προέλθουν από τη σκέψη και τη μελέτη του θανάτου”.**

**Elisabeth Kübler-Ross**

*Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη στην πρόωρη και δύσκολη απώλεια του παππού μου από καρκίνο, η οποία με ώθησε σε μια πιο διεξοδική μελέτη του θανάτου...*

## Ευχαριστίες

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας με βοήθησαν συγκεκριμένοι άνθρωποι, τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω εκ βάθους καρδιάς.

Καταρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής, κα Κυριακή Μυστακίδου για την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγησή της από την αρχή ως και την ολοκλήρωση της διεξαγωγής της μελέτης.

Ευχαριστώ επίσης την ψυχολόγο της Μονάδας Ανακουφιστικής Αγωγής κα Πάρπα Ευφημία για την πολύτιμη καθοδήγησή της παρά το μεγάλο φόρτο εργασίας της.

Ευχαριστώ επίσης τους συμφοιτητές αλλά και συναδέλφους μου για τη βοήθειά τους κατά τη συλλογή δεδομένων, καθώς και τους συμμετέχοντες στη μελέτη για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσαν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υπομονή και τη συμπαράσταση που επέδειξαν κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια του θανάτου αποτελεί κεντρική έννοια της φιλοσοφίας, της ψυχολογίας, της θεολογίας και της ιατρικής εδώ και αιώνες. Παράλληλα, διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να διερευνηθεί ο φόβος και το άγχος του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο, καθώς κι οι επιπτώσεις που επιφέρει στην καθημερινότητά του. Στην προσπάθειά του ο άνθρωπος να διαχειριστεί το άγχος που βιώνει απέναντι στο θάνατο, επιλέγει διαφορετικά μοτίβα /στάσεις απέναντι σε καταστάσεις που εγείρουν υπαρξιακά ερωτήματα σχετικά με το οριστικό τέλος.

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο της ιατρικής, παρατηρείται μια αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με σοβαρές κι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναπτύχθηκε η Ανακουφιστική Φροντίδα και καθιερώθηκε ως προσέγγιση εκλογής γι αυτή την κατηγορία ασθενών. Η έννοια του άγχους του θανάτου κατέχει εξέχουσα θέση για τους ερευνητές της Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Μέσα από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως το άγχος του θανάτου επηρεάζει ποικιλοτρόπως αρνητικά το ιατρικό προσωπικό, το οποίο έρχεται σε συχνή κι άμεση επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν και αυτό το άγχος παρακωλύει το έργο τους. Προκύπτει ταυτόχρονα πως διάφοροι παράγοντες σχετίζονται με το άγχος θανάτου όπως η ηλικία, το φύλο, η προυπηρεσία, η θρησκεία, οι εμπειρίες προσωπικής απώλειας, η προσωπικότητα κι η εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Αγωγή. Μολονότι σε κάποιες παλαιότερες έρευνες διαφαίνεται η τάση να διαφέρουν τα επίπεδα άγχους θανάτου από ειδικότητα σε ειδικότητα κι ανάλογα με τα επίπεδα έκθεσης στο θάνατο σε επαγγελματικό επίπεδο, κάτι τέτοιο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Η βιβλιογραφία, τα τελευταία χρόνια, έχει εστιαστεί κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό και στους φοιτητές της ιατρικής, ενώ οι αναφορές στο ιατρικό προσωπικό είναι σαφώς πιο περιορισμένη. Σε ένα ιατροκεντρικό σύστημα υγείας, όπως αυτό της Ελλάδας, όπου ο θεράπων ιατρός διαμορφώνει άμεση σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και κατέχει καίρια θέση για την επιλογή και την εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου και την ανακοίνωση της

διάγνωσης, χρήσιμο είναι να διερευνηθεί η στάση που διατηρεί απέναντι στο θάνατο.

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει την στάση των ιατρών απέναντι στο θάνατο. Παράλληλα, διερευνάται η επίδραση των στοιχείων της προσωπικότητάς τους στην στάση τους απέναντι στο θάνατο. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται, αρχικά, μια προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας του θανάτου μέσα από φιλοσοφικές, θρησκευτικές και ψυχολογικές θεωρίες. Στη συνέχεια δίδονται οι ορισμοί του άγχους, του φόβου και της αποδοχής του θανάτου, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η σύνδεση των εννοιών αυτών με την Ανακουφιστική Φροντίδα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η υπάρχουσα βιβλιογραφία πάνω στο άγχος θανάτου του ιατρικού προσωπικού. Στο ειδικό μέρος συμπεριλαμβάνονται το υλικό, η μέθοδος, τα αποτελέσματα, η συζήτηση, τα πλεονεκτήματα κι οι περιορισμοί της έρευνας, καθώς και προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

### 1.1. Φιλοσοφικές και Θρησκευτικές Προσεγγίσεις

#### 1.1.1 Ο Θάνατος μέσα από την Αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία

Από την αρχαιότητα έως και σήμερα, η έννοια του θανάτου βρίσκεται στο επίκεντρο φιλοσοφικών, κοινωνικών και ψυχολογικών ρευμάτων, θρησκευτικών και πνευματικών αναζητήσεων, ενώ παράλληλα συνοδεύεται από πληθώρα πολιτιστικών δρώμενων κι εθίμων που διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Ο θάνατος είναι ήδη παρών στις πρώτες ανθρώπινες κοινωνίες, στις οποίες ο πρωτόγονος άνθρωπος φαίνεται να είχε αποδεχτεί το θάνατο, θεωρώντας τον συχνά μια μετάβαση από τη μια κατάσταση στην άλλη<sup>1</sup>. Και μπορεί η στάση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο να φαίνεται εκ πρώτης μονοσήμαντη και να ερμηνεύεται ως το οριστικό τέλος, ωστόσο φαίνεται να ενέχει μια σειρά από αντιφάσεις. Παρότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με ακρίβεια τη διάστασή του, παρά μόνο μέσω θεωρητικών, συλλογικών και κοινωνικών κατασκευών, είναι εύκολο να υποθέσει κανείς πως ο προϊστορικός άνθρωπος ερχόταν καθημερινά αντιμέτωπος με το θάνατο, είτε των οικείων του, είτε των εχθρών του. Κι εδώ ακριβώς εντοπίζονται αντιφάσεις. Η στάση του πρωτόγονου ανθρώπου διαφέρει σημαντικά μπρος στο δικό του θάνατο, απ'ότι μπρος στο θάνατο ενός εχθρού. Όταν επρόκειτο για το δικό του θάνατο τον αντιμετώπιζε σαν κάτι ιδιαίτερος σοβαρό και φερόταν ανάλογα, ενώ όταν επρόκειτο για το θάνατο κάποιου άλλου, η συμφιλίωση με τον θάνατο επιτυγχάνοταν ευκολότερα καθώς θεωρούσε πως αυτός ήταν ένας τρόπος να εξαφανίσει το εχθρό, οπότε και δε δίσταζε να τον προκαλέσει<sup>2</sup>. Υπήρχε όμως και μια περίπτωση που οι δύο αυτές στάσεις συγκρούονταν μεταξύ τους. Τα πράγματα περιπλέκονταν στην περίπτωση θανάτου κάποιου προσφιούς προσώπου. Σε αυτή την περίπτωση από τη μια ο άνθρωπος ερχόταν αντιμέτωπος με την ιδέα και του δικού του θανάτου, ο οποίος φάνταζε αναπόφευκτος και προξενούσε πόνο κι από την άλλη το οικείο πρόσωπο δεν έπαυε να έχει στοιχεία ενός ξένου, ενός εχθρού που κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του είχε προξενήσει εχθρικά

συναισθήματα. Αυτή η αμφιθυμία που αναδύεται στις ανθρώπινες σχέσεις με έναυσμα το γεγονός του θανάτου φαίνεται να επιβιώνει μέχρι και σήμερα.<sup>3</sup>

Η στάση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο φαίνεται να αποτέλεσε αντικείμενο και της φιλοσοφίας. Ο Όμηρος, αναφερόμενος με ποιητική χροιά στο θέμα του θανάτου, τον θεωρούσε συνώνυμο του ύπνου. Η Μοίρα επέφερε το φυσικό θάνατο κι όλοι οι θεοί, ακόμη κι ο παντοδύναμος Δίας, ήταν ανήμποροι να του αντισταθούν. Αντίθετα, τον ξαφνικό θάνατο τον στέλνουν οι Θεοί. Μερικούς αιώνες αργότερα, η μυστικιστική θρησκευτική σχολή των Ορφικών και των Πυθαγορείων ανέπτυξαν τις απόψεις τους πάνω στο θέμα της μετενσάρκωσης, απόψεις που παρέμειναν στο προσκήνιο μέχρι τον 5<sup>ο</sup> αι πΧ<sup>4</sup>.

Οι πρώτοι φιλόσοφοι που καταγράφουν τις θέσεις τους πάνω στο θέμα του θανάτου είναι οι κοσμολόγοι - Μιλήσιοι Θαλής, Αναξίμανδρος κι Αναξίμενης. Η πρώτη αναφορά γίνεται στο Θαλή, στο έργο του οποίου το σύμπαν χαρακτηρίζεται «πλήρες θεών», υπονοώντας πως είναι ζωντανό και πως δεν υπάρχει μέσα σε αυτό νεκρά ύλη. Ο τρόπος λειτουργίας του θανάτου περιγράφηκε λίγο αργότερα από τον Αναξίμανδρο : *«Τα πράγματα χάνονται σε εκείνα τα πράγματα εκ των οποίων έχουν την ύπαρξή τους, όπως οφείλεται...»*<sup>5</sup>, εννοώντας πως ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο και φυσιολογικό κομμάτι της ύπαρξης. Τελικά, την πιο φυσιοκρατική εξήγηση του θανάτου έδωσε ο Αναξίμενης, θεωρώντας ως βασική κινητήριο δύναμη το μηχανισμό της αναπνοής, την οποία ταυτίζει με την ψυχή. Όταν αυτή αδυνατεί να εισέλθει στο έμψυχο πλάσμα, τότε αυτό οδηγείται σε βιολογικό θάνατο. Αντίστοιχα, διεξοδικά με το θέμα του θανάτου ασχολήθηκε κι ο Ηράκλειτος, ο οποίος θεώρησε τις διαδικασίες ζωής και θανάτου απαραίτητες, καθώς χωρίς αυτές δε θα μπορούσε να υπάρξει ο κόσμος. Συνάμα, ήταν ο πρώτος που υποστήριξε , πως οι ψυχές δεν χάνονται απαραίτητα μετά το θάνατο, αλλά πως οι ενάρετες επιβιώνουν.

Μείζονος σημασίας θεωρείται η εξιστόρηση των απόψεων του Σωκράτη πάνω στο θέμα στο έργο του Πλάτωνα «Φαίδων». Όταν οριστικοποιήθηκε η απόφαση εκτέλεσης του Σωκράτη, έσπευσαν να τον επισκεφτούν τα προσφιλή του πρόσωπα , το οποία θαύμαζαν την ψυχραιμία και τη νηφαλιότητα με την οποία ο φιλόσοφος αντιμετώπιζε τον επερχόμενο θάνατό του. Ο ίδιος υποστήριξε πως οι φιλόσοφοι οφείλουν να στοχάζονται

πάνω στο θάνατο κι ότι δεν πρέπει να φοβούνται γιατί αυτή θα είναι η ολοκλήρωση του έργου τους. Και μπορεί ο Σωκράτης να δηλώνει πως μόνο με αυτό τον τρόπο θα απαλλαχτεί η νόηση από το σώμα του, όμως φαίνεται να πέφτει σε μια αντίφαση. Επί της ουσίας αυτό που του έδινε θάρρος κι ελπίδα είναι η πίστη πως μετά το θάνατο θα αναχωρήσει για έναν άλλο κόσμο στο οποίο βρίσκονται όλοι οι άλλοι νεκροί και που εκεί θα συναντήσει τον Ησίοδο και τον Όμηρο, συνεχίζοντας να κάνει όλα όσα έκανε στην Αθήνα. Έτσι εξηγεί κι ο ίδιος την ηρεμία που τον διακατέχει : *«Αν δεν φανταζόμουν ότι θα φτάσω κατ' αρχάς κοντά σε άλλους θεούς, σοφούς και αγαθούς, κι έπειτα σε ανθρώπους που έχουν τελευτήσει και είναι καλύτεροι από τους εδώ, θα είχα άδικο να μην αγανακτώ με τον θάνατο»*<sup>6</sup>. Ο Σωκράτης εξετάζει το ενδεχόμενο ο θάνατος εκτός από μετοίκηση σε έναν άλλον κόσμο , να αποτελεί έναν αιώνιο ύπνο απαλλαγμένο από όνειρα ή μια μορφή μετεμψύχωσης. Σε κάθε περίπτωση, πιστός στη διδασκαλία του, ο φιλόσοφος θεωρούσε πως κανείς δεν έχει δικαίωμα να φοβάται το θάνατο και να τον θεωρεί το χειρότερο κακό, καθώς δε γνωρίζει τι θα συμβεί όταν αυτός επέλθει<sup>7</sup>. «Η ώρα της αναχώρησης έχει φτάσει, και βαδίζουμε στους δρόμους μας – εγώ να πεθάνω και εσείς να ζήσετε. Ποιο είναι καλύτερο μόνο ο Θεός γνωρίζει». Σε αυτά τα λόγια του Σωκράτη φαίνεται να συνοψίζεται μια από τις επικρατούσες στο δυτικό κόσμο στάσεις, σύμφωνα με την οποία ο θάνατος είναι συχνά μέσο ανακούφισης από τον πόνο και τα βάσανα της επίγειας ζωής.

Ο Πλάτωνας, από τη δική του σκοπιά, υποστήριξε καθαρά την δυαδική σχέση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή, με την τελευταία απλώς να απελευθερώνεται κι όχι να χάνεται μετά το θάνατο. Για τον Πλάτωνα, επομένως, η στιγμή του θανάτου εκλαμβάνεται ως η στιγμή του αποχωρισμού του σώματος από την ψυχή και δεν συσχετίζεται με τον αιώνιο ύπνο<sup>6</sup>.

Από την άλλη, ο μαθητής του Πλάτωνα, ο Αριστοτέλης δεν συμεριζεται την άποψη του δασκάλου του, απορρίπτοντας το δϋισμό της ψυχής, υιοθετώντας την άποψη για μια στενότερη σύνδεση σώματος-ψυχής και θεωρώντας την ψυχή μια μορφή του σώματος. Δεν είναι ξεκάθαρο αν ο Αριστοτέλης πιστεύει στην αθανασία της ψυχής ή εαν την εύχεται ως κάτι

ανέφικτο, αφού η σχέση μεταξύ σώματος-ψυχής που γι αυτόν είναι άρρηκτη, παύει να υφίσταται μετά θάνατον<sup>9</sup>.

Μεταξύ των φιλοσόφων που ασχολήθηκαν με το ζήτημα του θανάτου ήταν κι ο Επίκουρος, ο οποίος άλλωστε δε θεωρείται τυχαία κι η πηγή έμπνευσης του ρεύματος του υπαρξισμού. Ο Επίκουρος μέσα από τη διδασκαλία του ωθούσε τον άνθρωπο να απαλλαγεί από το άγχος του θανάτου: *“Το πιο ανατριχιαστικό, λοιπόν, από τα κακά, ο θάνατος, είναι ένα τίποτα για μας, ακριβώς επειδή όταν υπάρχουμε εμείς αυτός είναι ανύπαρκτος, κι όταν έρχεται αυτός είμαστε ανύπαρκτοι εμείς. Ο θάνατος λοιπόν δεν έχει να κάνει ούτε με τους ζωντανούς ούτε με τους πεθαμένους, αφού για τους ζωντανούς δεν υπάρχει, ενώ οι τελευταίοι δεν υπάρχουν πια”*<sup>10</sup>. Ο Επίκουρος αναρωτιόταν γιατί ο άνθρωπος ασχολείται με το θάνατο κι όλα τα δεινά που νομίζει ότι τον συνοδεύουν, ενώ αντίστοιχα δεν τον απασχολεί το πώς ήρθε σε αυτόν τον κόσμο, ή που βρισκόταν πριν από τη γέννησή του. Ο φιλόσοφος ερχόταν σε πλήρη αντίθεση με τη διδασκαλία του Πλάτωνα περί αθανασίας της ψυχής, καθώς θεωρούσε πως ούτε εκείνη επιβίωνε του θανάτου. Υποστήριζε πως ο άνθρωπος ήθελε να μείνει παραπάνω στα εγκόσμια για να απολαύσει όσο το δυνατόν περισσότερες ηδονές, αλλά κι ότι αν τελικά ανακαλύψει κι επιτύχει το σκοπό της ζωής του, βρίσκεται κοντύτερα στην αποδοχή του γεγονότος του θανάτου<sup>11</sup>.

### 1.1.2 Ο Θάνατος μέσα από τη Θρησκεία

Ο άνθρωπος, νιώθοντας ανέκαθεν ανίσχυρος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου, όχι μόνο μπροστά στο δικό του αλλά και των αγαπημένων του, συχνά κατέφευγε σε μυστικιστικές – μαγικές κι αργότερα θρησκευτικές τελετές με σκοπό να τον ξορκίσει<sup>12</sup>. Η άρρηκτη σύνδεση του θανάτου με τη θρησκεία επήλθε από πολύ νωρίς, καθώς η ιδέα της υπέρβασης του θανάτου, της μεταθανάτιας ζωής κι η επίτευξη της αθανασίας της ψυχής, δεν θα είχαν νόημα χωρίς το γεγονός του θανάτου<sup>13</sup>.

Αντίστοιχα με τη φιλοσοφία, έτσι κι οι διάφορες θρησκευτικές προσεγγίσεις προσπάθησαν στην πάροδο του χρόνου να δώσουν απαντήσεις στο υπαρξιακό ζήτημα του θανάτου. Τα ερωτήματα για το ποια θα πρέπει να είναι η στάση μας απέναντι στο γεγονός του θανάτου, αλλά κι οι απαντήσεις σχετικά με το τι συμβαίνει μετά από αυτόν, βρίσκονται στο

επίκεντρο των θρησκευτικών δογμάτων ανά τον κόσμο. Για το Χριστιανικό Ορθόδοξο Δόγμα, ο θάνατος λαμβάνει χώρα σε 3 επίπεδα και χωρίζεται σε πνευματικό (διαχωρισμός της ολότητας σώματος και ψυχής από το Θεό) , σωματικό (διαχωρισμός του σώματος από την ψυχή) κι αιώνιο (τον οριστικό αποχωρισμό από το Θεό). Στόχος είναι η υπέρβαση του θανάτου κι η επίτευξη της αθανασίας της ψυχής. Τα τελετουργικά της ορθοδοξίας που σχετίζονται με το θάνατο εδραϊώθηκαν από τη Μεσαιωνική περίοδο κι απέκτησαν καταθλιπτικό χαρακτήρα με μαύρα ενδύματα, κεριά και πένθιμο χτύπημα της καμπάνας. Αντίστοιχα στον ιουδαιοχριστιανισμό, ο θάνατος συλλαμβάνεται ως απόρροια του προπατορικού αμαρτήματος κι ο άνθρωπος αναμένει την ανάσταση νεκρών και την ημέρα της κρίσης, στην οποία θα αξιολογηθεί με βάση όσα έπραξε όσο ήταν στη ζωή. Στον Βουδισμό, η αθανασία δίνεται σαν δώρο σε όσους έζησαν ενάρετα στην επίγεια ζωή. Ταυτόχρονα έντονη είναι η πίστη στη μετενσάρκωση<sup>14</sup>. Αντίστοιχα και στον Ισλαμισμό οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι για τις πράξεις τους όσο ζούσαν και στο τέλος θα λάβουν είτε ανταμοιβή είτε τιμωρία<sup>15</sup>. Και μολονότι οι προσεγγίσεις διαφέρουν σημαντικά, φαίνεται πως έχουν τελικά έναν κοινό σκοπό: να ερμηνεύσουν το θάνατο, να επικαιροποιήσουν την αθανασία της ψυχής, να καλλιεργήσουν την ελπίδα και να οδηγήσουν σε μια μορφή αποδοχής του θανάτου<sup>16</sup>.

### 1.1.3 Ο Θάνατος μέσα από τη Σύγχρονη Φιλοσοφία

Η περιήγηση στα δύσκολα μονοπάτια διερεύνησης του θανάτου συνεχίστηκε τόσο στην περίοδο του Διαφωτισμού, όσο και στη Φιλοσοφία του 19ου και 20ου αιώνα, καταδεικνύοντας πως ο θάνατος αποτελεί κεντρικό αντικείμενο των θεωρητικών κατασκευών.

Ο Rene Descartes, υπέρμαχος της μετά θάνατον ζωής, υιοθέτησε τις πλατωνικές θέσεις περι δυισμού και υποστήριξε πως ο νους δεν εξαρτάται από το σώμα, ενώ στον αντίποδα ο Thomas Hobbes συμπεραίνει πως η πίστη στη μεταθανάτιο ζωή είναι απόρροια θρησκευτικών δεισιδαιμονιών που λαμβάνουν χώρα για να ξορκίσουν το άγχος θανάτου που κυριεύει τον άνθρωπο όταν ενασχολείται με αυτό το θέμα<sup>17-18</sup>. Σημαντική θεωρείται εξάλλου, τόσο η παρατήρηση του Blaise Pascal για τη μοναδική ικανότητα



του ανθρώπινου είδους να έχει επίγνωση πάνω στο θάνατό του<sup>19</sup>, όσο και του Ολλανδού Σπινόζα, ο οποίος υποστήριξε πως ο ελεύθερος άνθρωπος σκέπτεται λίγο ή πολύ πάνω στο ζήτημα του θανάτου αλλά τελικά διαλογίζεται ουσιαστικά όχι για το θάνατο αλλά για τη ζωή<sup>20</sup>. Διερευνώντας και προσπαθώντας να ερμηνεύσει κανείς τη στάση του Σπινόζα απέναντι στο θάνατο θα μπορούσε να πει πως στο πρόσωπό του διακρίνεται ένας άνδρας που κατόπιν της συστηματικής του ενασχόλησης με το θάνατο αλλά και τον φόβο που το συνοδεύει, κατακτά τη γνώση και τη σοφία, υπερνικά το άγχος θανάτου και κάνει ένα βήμα προς την αντιμετώπιση και κατάκτησή του. Από την άλλη, η άποψη που ενστερνίστηκε κι ο γάλλος δοκιμιογράφος Michel Eyquem de Montaigne, αποτρέπει τον άνθρωπο από την συνεχή ενασχόληση με το θέμα του θανάτου και θεωρεί πως η φύση έχει προνοήσει για τον άνθρωπο να ασχολείται με το θάνατο μόνο όταν αυτός επέρχεται, καταδεικνύοντας με αυτόν τον τρόπο έναν υποβόσκοντα φόβο για το οριστικό τέλος<sup>21</sup>.

Η έννοια του θανάτου παραμένει κεντρική και τον 19ου και τον 20ου αιώνα. Καταλυτική η συνεισφορά του ρεύματος του υπαρξισμού, με γνησιότερο εκφραστή του τον Γερμανό στοχαστή Friedrich Nietzsche. Για το φιλόσοφο, δεν υφίσταται κοσμική ευταξία ή κάποιο πανανθρώπινο νόημα. Αντίθετα ο άνθρωπος θα πρέπει να δημιουργήσει την προσωπική του νοηματοδότηση για τον κόσμο και το σκοπό της ύπαρξής του και με αυτά τα όπλα μπορεί να υπερνικήσει το θάνατο<sup>22</sup>. Η ενασχόληση με το ζήτημα του θανάτου συνεχίστηκε κι από τους εκπροσώπους του υπαρξισμού κατά τον 20ο αιώνα. Την άποψη του Nietzsche περί κατάρριψης της ύπαρξης του Θεού ενστερνίζεται κι ο Γάλλος φιλόσοφος Jean-Paul Sartre ο οποίος συνδέει άρρηκτα την έννοια της ελευθερίας με την έννοια του θανάτου, χωρίς ωστόσο ο δεύτερος να περιορίζει την πρώτη<sup>23</sup>.

Ενδεικτική για το υπαρξιακό ρεύμα της φιλοσοφίας, το οποίο ενέπνευσε, όπως θα αναφερθεί παρακάτω, και το ρεύμα της ψυχολογίας, είναι κι η άποψη του Γερμανού στοχαστή της ναζιστικής περιόδου Martin Heidegger, ο οποίος υποστήριξε πως από τη στιγμή της γέννησης του ο άνθρωπος, το μόνο γεγονός που έχει δεδομένο για το μέλλον είναι η θνητότητα κι ο θάνατος, χαρακτηρίζοντάς τον «ον προς θάνατο». Και μπορεί με μια πρώτη ανάγνωση η προσέγγιση αυτή να φαντάζει πεισιμιστική,

ωστόσο δίνει μια θετική διάσταση στη προσέγγιση του θανάτου. Ο άνθρωπος μπορεί να ζεί μια επίπλαστη και παραπλανητική ζωή για μεγάλο διάστημα και για όσο δεν συνειδητοποιεί την περατότητα που χαρακτηρίζει τη φύση του, παρόλα αυτά, με αφορμή μια συνταρακτική εμπειρία όπως η ασθένεια, ο επικείμενος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή γενικά μια σημαντική απώλεια, ο άνθρωπος αφυπνίζεται, κάνει έναν απολογισμό της ζωής του, προβαίνει σε νέες επιλογές κι αλλαγές κι ενδεχομένως την επαναπροσδιορίζει<sup>24</sup>.

## 1.2 Άγχος – Φόβος Θανάτου: Ταυτίζονται;

Η έννοια του άγχους του θανάτου δεσπόζει στην παγκόσμια βιβλιογραφία, καθώς αποτελεί κεντρική έννοια όπως είδαμε και παραπάνω τόσο για τη φιλοσοφία και τη θρησκεία, όσο και για την ιατρική και την ψυχολογία. Το άγχος θανάτου είναι μια πολυδιάστατη έννοια με περίπλοκη δομή<sup>25</sup> κι έτσι υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί του.

Σε πρώτη φάση θα πρέπει να σημειωθούν δύο υπαρξιακές αποδοχές που σχετίζονται με το θάνατο. Απο τη μια, η ζωή κι ο θάνατος είναι δύο έννοιες αλληλοεπικαλυπτώμενες κι αλληλοεξαρτημένες, κι από την άλλη ο θάνατος θεωρείται ως μια πρωταρχική πηγή του ανθρώπινου άγχους<sup>26</sup>. Βιβλιογραφικά προκύπτει πως υπάρχουν αρκετοί λόγοι που ο άνθρωπος νιώθει δέος φόβο κι άγχος μπροστά στο θάνατο: η απώλεια του εαυτού, το άγνωστο, ο πόνος κι η δυσφορία που μπορεί να τον συνοδεύσουν, η απρόσμενη ολοκλήρωση της ζωής χωρίς ο άνθρωπος να έχει αδράξει την ευκαιρία για εξιλέωση και σωτηρία της ψυχής και τα ερωτήματα που αναδύονται σχετικά με την τύχη των μελών της οικογενείας του ατόμου<sup>27-28</sup>.

Σημαντικό είναι σε αυτό το σημείο να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στις έννοιες του άγχους και του φόβου του θανάτου. Συχνά οι δύο αυτές έννοιες απαντώνται στη βιβλιογραφία και συγχέονται, χωρίς να καθίσταται σαφές ότι πρόκειται για δύο διαφορετικά είδη δυσφορικού συναισθήματος που σχετίζονται με το θάνατο. Όπως προκύπτει από το έργο του May<sup>29</sup>, ο φόβος δημιουργείται σαν απάντηση σε ένα εξωτερικό ερέθισμα, το οποίο συνοδεύεται από συγκεκριμένες μνήμες κι αισθήματα που έχει προκαλέσει στο παρελθόν και χαρακτηρίζεται ως κίνδυνος, ενώ το άγχος ορίζεται ως μια διάχυτη ανησυχία που

βιώνει το άτομο και πηγάζει από μια γενικότερη αβεβαιότητα. Ο May εντόπισε έναν δεσμό ανάμεσα σε αυτές τις δύο έννοιες, παρατηρώντας πως ερεθίσματα που προξενούν φόβο, μπορούν να προξενούν ταυτόχρονα κι άγχος, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση του θανάτου. Παρατηρώντας όμως κανείς προσεκτικά, ο φόβος αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη απειλή, την οποία το άτομο γνωρίζει, ενώ για να επέλθει το άγχος, θα πρέπει να έχει εκ προοιμίου καλλιεργηθεί ένα περιβάλλον αβεβαιότητας και ολοκληρωτικής ανασφάλειας. Επομένως, πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το θάνατο, το άτομο βιώνει φόβο για την εμφάνιση του πόνου κι άλλων δεινών που μπορούν να συνοδεύουν, για τον επικείμενο αποχωρισμό του από τους οικείους του αλλά και από όσα δημιούργησε στο παρελθόν. Παράλληλα όμως, αναδύεται το αίσθημα του άγχους εξαιτίας αναπάντητων ερωτημάτων σχετικά με το θάνατο, όπως τι συμβαίνει με την ψυχή και το σώμα, πώς ορίζεται η ανυπαρξία, τι θα γίνει αν δεν τακτοποιήσει όλες του τις εκκρεμότητες, αν τελικά ο χρόνος ήταν αρκετός για όσα ήθελε να δημιουργήσει ή αν υπάρχει τελικά η σωτηρία της ψυχής κι η προσωπική εξιλέωση. Όλα αυτά τα υπαρξιακά ερωτήματα, που άπτονται οντολογικών και πνευματικών αναζητήσεων, εντείνουν την ανασφάλεια κι οδηγούν σε αυτό που τελικά ορίζουμε ως άγχος θανάτου. Θα μπορούσε επομένως να πει κανείς, πως το άγχος του θανάτου πηγάζει από την εσωτερική μας ανασφάλεια και συχνά ξεπερνά ακόμα και το φόβο μας.

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψιν όσον το δυνατόν περισσότερες παραμέτρους, το άγχος θανάτου θα μπορούσε να οριστεί, ως ένα δυσφορικό συναίσθημα, που απαρτίζεται από πολυδιάστατες ανησυχίες, έχει υπαρξιακή προέλευση και προκύπτει από τη μελέτη και την επαφή με το θάνατο του εαυτού και των άλλων<sup>30</sup>. Το άγχος του θανάτου απαρτίζεται από γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία κι οι εκφάνσεις του εξαρτώνται από το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου αλλά και τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες στις οποίες ζει<sup>31-32</sup>. Νευροφυσιολογικά από την άλλη, το άγχος θανάτου φαίνεται να συνδέεται με πολλαπλές περιοχές του εγκεφάλου και το μηχανισμό “fight or flight”, έναν από τους θεμελιώδεις μηχανισμούς απόκρισης του ανθρώπινου οργανισμού στο στρες, που δρα προστατευτικά, όταν το άγχος βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα<sup>33</sup>. Έτσι, είτε βιώνεται σε συνειδητό, είτε σε ασυνειδητό επίπεδο, το άγχος θανάτου μπορεί να οδηγήσει το άτομο είτε σε συμπεριφορές απόσπασης από το άγχος αυτό<sup>34</sup>, είτε σε μια προσπάθεια να εμπλακεί με αυτό

και, καλλιεργώντας παράλληλα την αυτοπεποίθησή του, τελικά να το διαχειριστεί<sup>35</sup>.

### 1.3 Θεωρητικές Ψυχολογικές Προσεγγίσεις για το Αγχος Θανάτου

Αντίστοιχα με τα φιλοσοφικά ρεύματα που ασχολήθηκαν με την έννοια του θανάτου, πολλοί εκπρόσωποι της επιστήμης της ψυχολογίας προσπάθησαν να στήσουν ένα θεωρητικό πλαίσιο, το οποίο αποτέλεσε τη βάση τόσο για τη μετέπειτα ερευνητική διαδικασία όσο και για τις κατευθύνσεις που ακολουθούνται σήμερα στο χώρο της ιατρικής και της ψυχικής υγείας.

#### 1.3.1 Sigmund Freud

Οι εκπρόσωποι της ψυχαναλυτικής σχολής κι άλλων σχολών που δέχτηκαν τις επιρροές της ήταν από τους πρώτους που προσπάθησαν να προσεγγίσουν την έννοια του θανάτου. Ο βασικός εκφραστής της ψυχαναλυτικής σκέψης Sigmund Freud φέρνει στο προσκήνιο στο έργο του «Zeitgemässes über Krieg und Tod»<sup>36</sup> την ασυνείδητη προσπάθεια του ανθρώπου να καταπνίξει το φόβο του θανάτου, ο οποίος όμως δεν παύει να υφίσταται και να υποκινεί την ψυχική μηχανή, δίνοντας έναυσμα για περαιτέρω έρευνα αλλά και τη δημιουργία νέων προσεγγίσεων πάνω στο θέμα. Πιο συγκεκριμένα, ο Freud πίστευε πως ο άνθρωπος σε μια προσπάθεια να εκλογικεύσει το γεγονός της απώλειας πίεσε τον εαυτό του να αποδεχτεί το γεγονός πως ο θάνατος είναι το ποτάμι στο οποίο εκβάλλει η ζωή, η ολοκλήρωση και το τέλος της, το οποίο θα έρθει αναπόφευκτα και πως κάτι τέτοιο δε γίνεται να το απαρνηθεί. Η πραγματικότητα όμως είναι πως ο άνθρωπος αδυνατεί ολοκληρωτικά να έρθει σε συνειδητή επαφή με το δικό του, προσωπικό θάνατο και κάθε φορά η προσπάθειά του στέφεται από αποτυχία. Κάθε φορά που ο άνθρωπος αποτυγχάνει να δημιουργήσει μια νοητική αναπαράσταση του θανάτου του, ενθαρρύνεται η αναληθής πεποίθηση ότι είναι αθάνατος κι έτσι συνεχίζει να συμπεριφέρεται με τρόπο τέτοιο, ωςάν να ήταν. Ο σύγχρονος άνθρωπος συνηθίζει να αποφεύγει να σκέφτεται ή να αναφέρεται στο θάνατο κάποιου άλλου, καθώς χάνοντας τον έλεγχο και προσεγγίζοντας το συμβάν κατακλύζεται από συναισθήματα

φόβου. Οι μόνοι που επιτρέπουν στον εαυτό τους να προσεγγίσουν είναι επαγγελματίες που σχετίζονται με αυτό το θέμα, όπως οι επαγγελματίες υγείας ή οι δικηγόροι κ.α. Ο απλός άνθρωπος εξακολουθεί να αντιμετωπίζει το θάνατο σαν τυχαίο γεγονός, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τόσο την οριστικότητα του όσο και τα έντονα συναισθήματα φόβου κι ανησυχίας που τον συνοδεύουν. Η συνεισφορά του Freud και της ψυχαναλυτικής σχολής στην ψυχολογική έρευνα του θανάτου είναι σημαντική, καθώς για πρώτη φορά ο θάνατος παρουσιάζεται ως ένα από τα δύο κινητήρια ένστικτα της ανθρώπινης φύσης (ένστικτο ζωής και θανάτου). Ο άνθρωπος φαίνεται να πάλλεται διαρκώς ανάμεσα στην αναζήτηση της ζωής και της ηδονής που είναι συνώνυμα του ένστικτου της επιβίωσης – διαβάζοντας βιβλία, κάνοντας χόμπυ ή διασκεδάζοντας- και στην έμφυτη ροπή του προς την αυτοκαταστροφή- συμπτώματα κατάθλιψης, αυτοκτονικός ιδεασμός κ.λ.π. Όλες επομένως οι πράξεις του ανθρώπου σχετίζονται με αυτά τα δύο ένστικτα. Παρόλα αυτά η ψυχαναλυτική σκέψη που αντιπροσωπεύει ο Freud φαίνεται να συνέδεσε το θάνατο με τις έννοιες της εγκατάλειψης και του ευνουχισμού, δίνοντας έμφαση στο παρελθόν κι όχι στο μέλλον, οδηγώντας τελικά στην υπαναχώρηση από την ευθεία αναμέτρηση με το γεγονός του θανάτου.

### 1.3.2 Carl Jung

Τη θεωρία του Freud εξέλιξε ο Ελβετός ψυχίατρος και ιδρυτής της Αναλυτικής Σχολής Carl Jung. Στο έργο του “Ψυχολογία κι Απόκρυφο”<sup>37</sup> ο Jung περιγράφει πως ο άνθρωπος όταν έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο, ο οποίος θεωρείται το οριστικό τέλος, η πτώση του τελευταίου κόκκου άμμου στην κλεψύδρα, αρχίζει να αναλογίζεται ποιο είναι το νόημα κι η αξία της ζωής. Κάνει συνάμα έναν διαχωρισμό στον αντίκτυπο που έχει η επαφή με το θάνατο για έναν νεότερο και για έναν γηραιότερο. Έτσι ο νέος, ο οποίος θεωρητικά έχει μπροστά του να διανύσει μια πορεία κι έχει έναν σκοπό, θεωρείται πως πάσχει από κάποια νεύρωση σε περίπτωση που έχει διάχυτο φόβο θανάτου κι αντιμετωπίζεται ως ανίσχυρος και δειλός, ενώ αντίθετα κάποιος γηραιότερος που βιώνει άγχος θανάτου μας δημιουργεί συναισθήματα συμπόνιας και μια ανάγκη να αποφύγουμε τη συζήτηση περί

θανάτου. Ο Jung συμπεραίνει πως ανεξάρτητα από την ηλικία ο άνθρωπος έχει την τάση να λυγίζει μπρος στο θάνατο κι επισημαίνει πως αυτό συμβαίνει επειδή τον αντιμετωπίζει σαν το οριστικό τέλος μιας διαδικασίας κι όχι σαν έναρξη, αφετηρία κι ολοκλήρωση των στόχων και των σκοπών της νεότερης ηλικίας μας. Ο Jung επισημαίνει πως κάποιος που είναι απρόθυμος να εκπληρώσει το σκοπό της ύπαρξής του, δείχνει ταυτόχρονα και την απροθυμία του προς τη ζωή, η οποία ισοδυναμεί με απροθυμία προς το θάνατο. Για τον εν λόγω ψυχίατρο, ο άνθρωπος συχνά μένει αγκιστρωμένος στο παρελθόν, προσκολλημένος στη νιότη του, αρνούμενος να προχωρήσει και να ζήσει την κάθε ηλικία, αποκτώντας μια παγερότητα που συνοδεύει τον έντονο φόβο του θανάτου που αναδύεται, απορροφώντας του τη ζωντάνια και καθιστώντας τον απρόθυμο να ζήσει, άρα και να πεθάνει. Στην υποστήριξη της θέσης του για τη σημαντικότητα του θανάτου και την κινητοποιήσιμη δύναμή του, ο Jung επικαλείται τον καταλυτικό ρόλο των θρησκειών ανά τον κόσμο, οι οποίες στο λόγο τους στόχο έχουν να προετοιμάσουν τον άνθρωπο για την έλευση του θανάτου, ως την πιο σίγουρη πιθανότητα και σκοπό της ζωής.

### 1.3.3 Υπαρξιακή Ψυχολογία

Η Υπαρξιακή Σχολή της ψυχολογίας αναπτύχθηκε περί τα μέσα του 20ου αι και συνδέεται άρρηκτα με τις αρχές της υπαρξιακής φιλοσοφίας. Στο επίκεντρο της Υπαρξιακής Ψυχολογίας βρίσκεται ο άνθρωπος, ο οποίος σε αντίθεση με άλλες θεωρίες, μπορεί να έχει πλήρη επίγνωση του εαυτού και είναι σε θέση να λάβει υπεύθυνες αποφάσεις για τη ζωή του. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, ο άνθρωπος είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη οντότητα και βρίσκεται συνεχώς σε κατάσταση ανάπτυξης και δημιουργίας, ενώ παράλληλα όσα συμβαίνουν στο άτομο έχουν σχέση με τις προσωπικές του επιλογές κι ελάχιστα με εξωγενείς παράγοντες. Στόχος του ανθρώπου είναι η επίτευξη της αυτογνωσίας ως μόνο μέσο για μια αυθεντική ύπαρξη, όπου ο άνθρωπος μπορεί να συντονιστεί ταυτόχρονα τόσο με τις συνειδητές του σκέψεις, επιθυμίες ή επιλογές, όσο και με ασυνείδητες σκέψεις φόβους κι ανησυχίες που μπορεί να επηρεάσουν τη ζωή του. Για την υπαρξιακή ψυχολογία το βίωμα λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα : στο υλικό, το ψυχολογικό και το πνευματικό, ο συνδυασμός των οποίων προωθεί τη

βελτίωση της αυτογνωσιακής διαδικασίας<sup>38</sup>. Κύριοι εκπρόσωποι αυτής της προσέγγισης είναι Viktor Frankl, Rollo May και Irvin Yalom, με τον τελευταίο να θεωρείται ο κατεξοχήν μελετητής του θανάτου, στην έννοια του οποίου στήριξε όλη την ψυχοθεραπευτική του θεωρία και πρακτική.

Οι εκπρόσωποι του υπαρξισμού έθεσαν στο επίκεντρο της θεωρίας για το άγχος θανάτου την έννοια του προσωπικού νοήματος<sup>39-40</sup>. Σύμφωνα με τη θεωρία τους, το άγχος θανάτου αναδύεται εξαιτίας της αδυναμίας του υποκειμένου να εφεύρει ένα προσωπικό νόημα για τη ζωή και το θάνατό του.

Στο έργο του «Ο Δήμιος του Έρωτα και Άλλες Ιστορίες Ψυχοθεραπείας»<sup>41</sup>, ο Yalom παρουσίασε τη θεωρία του σχετικά με τις τέσσερις υπαρξιακές ανησυχίες που παίζουν ρόλο κατά τη ψυχοθεραπευτική πράξη: την ελευθερία, την απομόνωση, την έλλειψη νοήματος και τον θάνατο. Ο θάνατος σύμφωνα με τον Yalom, η θεωρία του οποίου δέχτηκε τις επιρροές εκείνης του Heidegger, παρουσιάζεται ως δεδομένος, ως η μόνη σταθερά που επηρεάζει τη ζωή του ανθρώπου σε όλες τις εκφάνσεις της. Ο άνθρωπος καλείται ευθέως να έρθει αντιμέτωπος με τον θάνατο και να διαχειριστεί τη συνειδητοποίηση της περατότητας και της θνητότητάς του. Σε αυτή την αναμέτρηση εμφανίζεται το άγχος του θανάτου, άλλοτε έκδηλα στη σφαίρα του συνειδητού κι άλλοτε κεκαλυμμένα με τη μορφή άλλων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Όταν ο άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με μια «αφυπνιστική εμπειρία» όπως πχ με μια απώλεια, τον οδηγεί μοιραία στη σύλληψη της έννοιας του θανάτου και φέρνει στο προσκήνιο τον αδιόρατο φόβο της ανυπαρξίας, γεγονός που με τη σειρά του τον οδηγεί σε έναν απολογισμό της ζωής, στην ανάληψη ευθύνης και στη σωστή διαχείριση της ελευθερίας του, στον επαναπροσδιορισμό του νοήματος και τελικά σε μια ολοκληρωμένη ζωή. Μπορεί επομένως η υπαρξιακή προσέγγιση να μοιάζει μηδενιστική, ωστόσο στη βάση της είναι ακρως κινητοποιητική.

#### 1.4 Άλλα Σύγχρονα Θεωρητικά Μοντέλα για το Άγχος Θανάτου

Όπως φαίνεται και παρακάτω η ερευνητική διαδικασία στηρίχτηκε είτε σε θεωρητική γνώση δεκαετιών είτε σε μια ευρύτερη συλλογιστική αιώνων πάνω στο θέμα θανάτου. Παρόλα αυτά οι περισσότερες έρευνες προσπάθησαν να

εστιάσουν στη σχέση του άγχους θανάτου με διάφορες μεταβλητές χωρίς να έχουν ως εφευρέσιο ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο. Παρακάτω παρουσιάζονται δύο θεωρητικά μοντέλα που αποτελούν εξαίρεση και παρουσιάζουν ενδιαφέρον στην κλινική πράξη.

#### **1.4.1 Τρομοκρατία Θανάτου & Θεωρία Διαχείρισης του Τρόμου (Terror of Death & Terror Management Theory)**

Με εφευρέσιο τις αρχές του ρεύματος του υπαρξισμού, ο ανθρωπολόγος Ernest Becker διατύπωσε τη δική του θεωρία σχετικά με το άγχος θανάτου, το οποίο συλλαμβάνει ως βασικό και κύριο ανθρωπινο φόβο που υποβόσκει σε όλους τους φόβους και τις φοβίες του. Ο ανθρωπολόγος υποστήριξε ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να διαχειριστούν αυτό το άγχος στηριζόμενοι σε πολιτισμικές κοσμοθεωρίες που προσεγγίζουν την αίσθηση της αθανασίας, είτε σε πρακτικό (πίστη σε μια μεταθανάτιο ζωή), είτε σε συμβολικό επίπεδο (την ενασχόληση με διαχρονικές ιδέες πέραν του ατομικού βίου όπως ένα επίτευγμα, μια οικογένεια ή ένα έθνος, που διατηρούνται ζωντανές στο πέρασμα του χρόνου). Κατά τον Becker, ο άνθρωπος καταναλώνει όλη του την ενέργεια με σκοπό την άρνηση κι απόρριψη του θανάτου, σε μια απέλπιδα προσπάθεια να ελέγξει το άγχος του<sup>42</sup>.

Σύμφωνα με τη Θεωρία Διαχείρισης του Τρόμου ο άνθρωπος αναπτύσσει κάποιες άμυνες στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το θάνατο. Οι άμυνες αυτές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τις εσωτερικές και τις απομακρυσμένες. Στις εσωτερικές άμυνες ανήκει η απώθηση κι η εκλογίκευση, που προσπαθούν να αφαιρέσουν αυτές τις σκέψεις από τη συνείδησή μας. Από την άλλη, το άτομο κάνει χρήση μιας απομακρυσμένης άμυνας όταν οι ιδέες που έχει για το θάνατο είναι σημαντικές αλλά έξω από το επίπεδο της δικής του συνείδησης και έχει να κάνει με την υπεράσπιση αξιών και της κοσμοθεωρίας κάποιου άλλου. Το άτομο ενστερνίζεται απόψεις άλλων φορέων πολιτισμού και πολιτικών ή θρησκευτικών ρευμάτων κι αποστασιοποιείται από όσους φέρουν αντίθετες απόψεις<sup>43</sup>.



#### 1.4.2 Θεωρία της Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic growth theory)

Άλλη μια σύγχρονη θεωρία σχετικά με το άγχος θανάτου είναι αυτή της Μετατραυματικής Ανάπτυξης, η οποία έχει τις ρίζες της στην κατεύθυνση της υπαρξιακής αλλά και της θετικής ψυχολογίας. Σύμφωνα με αυτή, όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια μεμονωμένη προσωπική του απώλεια, με το φόβο του θανάτου του, ή με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αυτόματα εκτιμά εκ νέου τη ζωή, επαναπροσδιορίζει τους στόχους του και βελτιώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις<sup>44</sup>.

#### 1.5 Ψυχολογική Έρευνα: Από το Άγχος Θανάτου προς την Αποδοχή

Όπως ήταν αναμενόμενο, ένα υπαρξιακό ερώτημα γύρω από το οποίο διαμορφώθηκε πλειάδα θεωρητικών προσεγγίσεων και μοντέλων, απασχόλησε και την ερευνητική κοινότητα της ψυχολογίας. Η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από το άγχος θανάτου σε μια αθεωρητική βάση ξεκίνησε ήδη από τη δεκαετία του '50 με τον Feifel, χρησιμοποιώντας ως δείγμα άτομα στην τρίτη ηλικία<sup>45</sup> και ψυχικώς πάσχοντες<sup>46</sup>.

Το άγχος θανάτου κάνει αισθητή την παρουσία του με ποικίλους τρόπους. Ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο στο οποίο ανήκει κανείς, η ζωή του είναι χρωματισμένη από την ιδέα του θανάτου και θα μπορούσε κανείς να πεί πως μετατρέπεται σε μια προσπάθεια διαφυγής, διαχείρισης κι αντιμετώπισης μπροστά στο αναπόφευκτο. Ακόμα κι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης φαίνεται να συνηγορεί σε αυτήν την ψευδαίσθηση υπέρβασης της θνητότητάς μας. Ο κόσμος της σύγχρονης ιατρικής καλλιεργεί την πεποίθηση πως οι περισσότερες ασθένειες, ακόμη κι οι καταληκτικές, είναι αντιμετωπίσιμες, πεποίθηση που καταρρίπτεται καθημερινά με τον πιο σκληρό τρόπο, καταρρίπτοντας παράλληλα και την αίσθηση παντοδυναμίας των γιατρών. Μοιραία αντιλαμβάνεται κανείς πως είναι αδύνατο να ζήσει μια αυθεντική και νοηματοδοτημένη ζωή αν δεν έχει έστω προσπαθήσει να συμφιλιωθεί με το θάνατο. Άλλωστε πολλές από τις επιλογές των ανθρώπων, θα ήταν διαφορετικές, αν αυτοί είχαν αναλογιστεί την περατότητά τους. Οι επιπτώσεις από τη συστηματική μας άρνηση για το θάνατο είναι πολλές. Με

βάση όλα τα παραπάνω η προσέγγιση στο θέμα άρχισε να αλλάζει. Διερευνώντας κι ανακαλύπτοντας κι άλλες πιο λειτουργικές στάσεις απέναντι στο θάνατο, ο άνθρωπος θα είχε νέα όπλα στη φαρέτρα του για τη μείωση της αρνητικότητας στην αντιμετώπιση της χρόνιας ή τελικής νόσου, ενώ παράλληλα με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ ιατρικού προσωπικού κι ασθενών, αλλά και μεταξύ όλων μας, καλλιεργώντας ενσυναίσθηση, συμπόνια και σεβασμό.

Η βιβλιογραφία συνέχισε να εμπλουτίζεται διερευνώντας το άγχος θανάτου σε άτομα με σοβαρή νόσο. Από το 1965 και μετά παρουσιάζεται μια ραγδαία αύξηση των μελετών πάνω στο θέμα με την κατασκευή ερωτηματολογίων για το φόβο<sup>47</sup> και το άγχος θανάτου<sup>48</sup>. Έως τότε όλα τα εργαλεία προσέγγιζαν τη στάση απέναντι στο θάνατο ως *de facto* αρνητική και μιλούσαν για το φόβο και την πλήρη άρνηση του<sup>49</sup>, ενώ παράλληλα η βιβλιογραφία ήταν περιορισμένη πάνω σε μια πιο θετική στάση απέναντι στο θάνατο. Ήδη από το 1969 η Ελβετίδα ψυχίατρος Elisabeth Kübler Ross είχε αρχίσει να αναπτύσσει τη θεωρία της σχετικά με την αποδοχή του θανάτου, την οποία θεωρούσε το τελευταίο κι επιθυμητό στάδιο του πένθους<sup>31</sup>. Το 1974 οι Ray & Najman<sup>50</sup> ήταν οι πρώτοι που κατασκεύασαν κλίμακα με σκοπό τη μέτρηση της αποδοχής του θανάτου, ανοίγοντας δειλά ένα νέο πεδίο ερευνητικής δραστηριότητας. Η συνδιαλλαγή μιας φωνής που εκπροσωπεί το άγχος θανάτου κι εκείνης της αποδοχής του, καταδεικνύει για πρώτη φορά και σε ερευνητικό επίπεδο την εσωτερική σύγκρουση του ανθρώπου μπροστά στην υπαρξιακή ανησυχία κι οδηγεί στην ελπίδα, πως ένα καλά αναπτυγμένο σύστημα αποδοχής του θανάτου σε όλα τα επίπεδα, θα μπορούσε να ελέγξει τις προεκτάσεις της εμπλοκής του στην καθημερινότητά μας.

## 1.6 Η Έννοια της Αποδοχής Θανάτου

Το 1987-88 οι Gesser, Wong, & Reker<sup>51</sup> ύστερα από αρκετή καχυποψία εκ μέρους της κοινότητας, δημιούργησαν το Death Attitude Profile, ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο εκτός από το φόβο του θανάτου και την αποφυγή του, περιλαμβάνει και τρεις μορφές αποδοχής του θανάτου : (1) την ουδέτερη αποδοχή του θανάτου σαν ένα φυσιολογικό κι αναπόφευκτο γεγονός, (2) το μέσο διαφυγής κατά το οποίο ο θάνατος θεωρείται ως μια διέξοδος από τις δυσκολίες

της ζωής και (3) την αποδοχή του θανάτου σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος περνά σε μια καλύτερα ζωή μετά το θάνατο. Το 1994 το ερωτηματολόγιο αναθεωρήθηκε<sup>52</sup> κι έκτοτε οι δύο εκδοχές του ερωτηματολογίου χρησιμοποιούνται για την αποτύπωση της αποδοχής του θανάτου. Η ερευνητική δραστηριότητα έκτοτε είναι μεγάλη και εστιάζεται στην επαλήθευση ή την απόρριψη των παραπάνω κατηγοριών.

Όσον αφορά στον τύπο “αποδοχή θανάτου” φαίνεται να έχει τη βάση του σε μια υπερβατική πραγματικότητα και μια θεολογική προσέγγιση του θανάτου, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος νιώθει πιο άνετα μαζί του όταν ελπίζει σε μια μακάρια μετά θάνατον ζωή. Υπό αυτή την έννοια, τα ερωτηματολόγια που ασχολούνται με την πίστη στο Θεό και στη ζωή μετά το θάνατο εμπίπτουν μάλλον στην κατηγορία της αποδοχής του θανάτου, παρά στο άγχος θανάτου<sup>53</sup>. Από την άλλη, η αποδοχή θανάτου ως μέσο διαφυγής, περιγράφει περισσότερο τη διέξοδο από μια σκληρή κι επίπονη ζωή. Σε αυτήν την περίπτωση το άτομο υποφέρει τόσο (πχ καταληκτική ασθένεια, ψυχιατρική ασθένεια κλπ) που ο φόβος μπροστά στο θάνατο μοιάζει μικρός μπροστά στις δυσκολίες της ζωής του<sup>54</sup>. Πιο περιπλεγμένη βιβλιογραφικά φαίνεται όμως να είναι η έννοια της Ουδέτερης Αποδοχής. Οι Clements και Rooda<sup>55</sup> προσπάθησαν να ελέγξουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του DAP-R χρησιμοποιώντας ως δείγμα 403 νοσηλεύτριες. Οι ερευνητές συμπέραναν πως πως 4 από τους 5 παράγοντες των Wong et al (1994)<sup>52</sup> επαληθεύονται, όμως η υποκλίμακα της ουδέτερης αποδοχής υποδιαιρείται σε 2 παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την μετά θάνατον ζωή. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση κάποιος μπορεί να παραιτηθούν θεωρώντας το θάνατο απλά τη φυσιολογική κατάληξη των έμβιων όντων, ενώ κάποιος άλλος να είναι έτοιμος να φύγουν από τη ζωή θεωρώντας πως αφήνουν στην ανθρωπότητα μια προσωπική τους κληρονομιά. Στην ουσία προκύπτουν 4 νοσηματοδοτήσεις που αφορούν το θάνατο: η εξαφάνιση, η πίστη στη μετά θάνατον ζωή, η κληρονομιά και το κίνητρο<sup>56</sup>.

Σε αυτή την περίπτωση η πίστη στη μετά θάνατον ζωή ταυτίζεται με την αποδοχή του θανάτου, ενώ η κληρονομιά, το κίνητρο κι η εξαφάνιση αποτελούν υποκατηγορίες της ουδέτερης αποδοχής.

### 1.7 Μοντέλο του Διπλού Συστήματος ( The Dual System Model)

Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε το 2010<sup>57</sup> από τον Καναδό κλινικό ψυχολόγο και καθηγητή Paul T.P Wong και στόχο είχε τη δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου συνύπαρξης του φόβου του θανάτου και της αποδοχής του, το οποίο θα οδηγήσει τελικά στην επίτευξη μιας καλής ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο άνθρωπος διαθέτει εγγενώς δύο αντίθετες αλλά συνάμα αλληλοσυμπληρωματικές τάσεις. Έτσι από τη μια αναπτύσσει μια αμυντική στάση, αποφεύγοντας τους κινδύνους, τα βάσανα ή και το θάνατο ακόμα, σε μια προσπάθεια να διαφυλάξει τη σωματική του ακεραιότητα. Οι άνθρωποι που υιοθετούν κυρίως αυτή τη στάση συμπεριφέρονται διστακτικά, χωρίς να τολμούν, ευρισκόμενοι διαρκώς σε επαγρύπνηση. Παρόλα αυτά, η κατάσταση αυτή δεν μπορεί να διατηρηθεί για πολύ, καθώς κανείς δεν μπορεί να ζει συνεχώς σε θέση άμυνας. Από την άλλη, η στάση προσέγγισης επιτελεί το έργο να δημιουργήσει ευχάριστες στιγμές, επιτυχίες και στόχους αλλά ταυτόχρονα μοιραία, μας αναγκάζει να διεισδύσουμε στους βαθύτερους φόβους μας, όπως αυτός της αποτυχίας ή του θανάτου.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, ο άνθρωπος μπορεί να επιτύχει μια γνήσια και γεμάτη ζωή, όταν αναπτύξει την ικανότητά του να εμπλέκεται και να αντιμετωπίζει όλα τα αρνητικά συμβάντα και τις σκέψεις που τα συνοδεύουν και μετασχηματίζοντάς τα, να τα χρησιμοποιεί στην υπηρεσία θετικών στόχων. Εν ολίγοις, το μοντέλο του διπλού συστήματος απορρίπτει στρατηγικές άμυνας, οι οποίες γίνονται αυτοσκοπός. Προτρέπει τον άνθρωπο να δημιουργήσει το δικό του σημαντικό νόημα για το οποίο θα άξιζε να πεθάνει και να εμπλακεί σε διαδικασίες που θα τον οδηγήσουν στη δημιουργία και την ευτυχία, χρησιμοποιώντας με φειδώ αμυντικούς μηχανισμούς, θεωρώντας πως κάποιος που έχει βρει κάτι για το οποίο θα πέθαινε, δε τρομάζει πια από την ιδέα του θανάτου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ- Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΘΑΝΑΤΟΥ.**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)<sup>58</sup>, η Ανακουφιστική Φροντίδα αποτελεί μια ιατρική προσέγγιση που στόχο έχει την επίτευξη ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνιες κι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες αλλά και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της έγκαιρης ανακούφισης των

συμπτωμάτων, που συνοδεύουν τη νόσο σε σωματικό, ψυχολογικό, ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Μεταξύ άλλων, αναφέρεται πως η Ανακουφιστική Φροντίδα αντιμετωπίζει τον θάνατο σαν μια φυσιολογική διαδικασία και μέρος της ζωής. Κάτι τέτοιο επισημάνθηκε, καθώς η Ανακουφιστική Αγωγή αναπτύχθηκε στα πλαίσια της δυτικής ιατρικής, η πρόοδος της οποίας οδήγησε στην εύρεση θεραπευτικών εργαλείων για πολλές χρόνιες ασθένειες, που στο παρελθόν παρέμεναν ανίατες. Η ραγδαία αυτή εξέλιξη της ιατρικής οδήγησε όμως μοιραία και στην ψευδαίσθηση πως ο θάνατος μπορεί να αποφευχθεί, ενώ ταυτόχρονα κάθε απώλεια ασθενούς εκλαμβάνεται τόσο από το ίδιο το ιατρικό προσωπικό, όσο και από τους συγγενείς του ασθενούς, ως αποτυχία της επιστήμης αλλά κι ως προσωπική αποτυχία του επαγγελματία υγείας. Έτσι, συχνά σε κρίσιμες καταστάσεις, παρατηρείται το φαινόμενο να λαμβάνονται αποφάσεις για την πάση θυσία διατήρηση της ζωής, χωρίς, συνήθως, να λαμβάνεται υπόψιν η επιθυμία του ασθενούς, με αποτέλεσμα να χάνεται ο σεβασμός απέναντι στις επιθυμίες του. Η αίσθηση της παντοδυναμίας και της θεοποίησης της ιατρικής επιστήμης, απομακρύνει τόσο την κοινωνία όσο και την ιατρική κοινότητα από την επαναθεώρηση της έννοιας του θανάτου, ως μια φυσιολογική εξέλιξη της ζωής. Ταυτόχρονα, αυτή η συμπεριφορά αποφυγής που έχει υιοθετήσει η κοινωνία, φαίνεται να εντείνει, έστω και υποσυνείδητα, τις υπαρξιακές ανησυχίες και ακολούθως το άγχος θανάτου, τόσο των ασθενών και των οικογενειών τους, όσο και του ιατρικού προσωπικού.

Ο κλάδος της Ανακουφιστικής Φροντίδας, θέλοντας να εκπαιδεύσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τους κοινωνικούς επιστήμονες, προσπάθησε μέσα από την έρευνα των κύριων εκπροσώπων της να ρίξει φως στο άγχος του θανάτου και στον τρόπο που επηρεάζει όλους τους εμπλεκόμενους, με στόχο να επιδιώξει την εμπλοκή όλων με τα υπαρξιακά αυτά ζητήματα και τελικά να επιτευχθεί μια στάση αποδοχής απέναντι στο θάνατο. Άλλωστε, η Ανακουφιστική Αγωγή θέτει για πρώτη φορά στο προσκήνιο την κάλυψη των αναγκών του ασθενή σε πνευματικό επίπεδο, αναγνωρίζοντας τον καθοριστικό ρόλο των υπαρξιακών ερωτημάτων στο τέλος της ζωής.

Τέλος, τη σύνδεση ανάμεσα στο Άγχος Θανάτου και την Ανακουφιστική Φροντίδα ενισχύει το γεγονός, πως, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία<sup>59</sup>, η εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Αγωγή φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα του άγχος θανάτου και των συναφών συμπεριφορών άρνησης κι αποφυγής των επαγγελματιών υγείας,

διευκολύνοντας την επικοινωνία με τον ασθενή και βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΙ ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

*“A man's dying is more his survivor's affair than his own”*

**Thomas Mann**

Τις τελευταίες δεκαετίες το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στη διερεύνηση της στάσης που υιοθετεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στο θάνατο. Αναλογιζόμενοι πως το άγχος θανάτου ορίζεται ως ένα διάχυτο αρνητικό συναίσθημα που δημιουργείται από τις υπαρξιακές μας ανησυχίες σχετικά με το θάνατο των συνανθρώπων μας και το δικό μας<sup>30</sup> και επιπλέον λαμβάνοντας ως δεδομένο το γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν συχνότερα μέσα στην κοινωνία την καταληκτική ασθένεια και το θάνατο, είναι πιθανό να εμφανίσουν άγχος θανάτου περισσότερο από τους υπόλοιπους<sup>60</sup>.

Συχνά, όμως, η αυτοπαρατήρηση του άγχους ή του φόβου θανάτου δεν είναι εύκολη. Όπως διατυπώθηκε από τους Feifel & Branscomb (1973)<sup>61</sup>, το άγχος θανάτου λαμβάνει χώρα συχνά στο υποσυνείδητο, με αποτέλεσμα ο ερωτώμενος σε μια μελέτη να μην μπορεί να απαντήσει με ακρίβεια σε ερωτήσεις που αφορούν ένα τέτοιο υπαρξιακό ζήτημα, διαστρεβλώνοντας συχνά τα αποτελέσματα των ερευνών. Γι αυτό το λόγο, καθίσταται ευκολότερη η σκιαγράφηση ενός προφίλ συμπεριφοράς θανάτου των ερωτώμενων. Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε παράγοντες που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετίζονται με το άγχος και τις στάσεις θανάτου καθώς και τομείς που φαίνεται να επηρεάζονται από την ύπαρξη του άγχους θανάτου.

#### **3.1 Άγχος Θανάτου και Δημογραφικοί Παράγοντες (Φύλο, Ηλικία, Εμπειρία, Ειδικότητα, Προσωπική Απώλεια, Θρησκευτικότητα)**

Μέσα από τη συστηματική έρευνα πάνω στο άγχος θανάτου, δεν φαίνεται να είναι σαφής η εξαγωγή ενός ασφαλούς συμπεράσματος για τη σύνδεση των δημογραφικών παραγόντων με το άγχος και τις στάσεις θανάτου του ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να συμβαίνει για δύο λόγους. Αφενός, η έρευνα πάνω στο άγχος θανάτου και πολύ περισσότερο πάνω στις στάσεις θανάτου με πληθυσμό στόχο το ιατρικό προσωπικό είναι πιο

περιορισμένη από ότι σε άλλους πληθυσμούς (μη επαγγελματίες υγείας, νοσηλεύτριες, φοιτητές ιατρικής κλπ) κι αφετέρου, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν φαίνεται να συγκλίνει κατά πλειοψηφία προς μια συγκεκριμένη θέση.

Η κατάσταση φαίνεται να γίνεται ιδιαίτερα περίπλοκη όταν λαμβάνονται υπόψιν η σχέση της ηλικίας με το άγχος και τις στάσεις θανάτου. Στις πρώτες έρευνες πάνω σε γενικό πληθυσμό, η ηλικία δε διαφαινόταν να αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα, που να συνδέεται με το άγχος θανάτου, γεγονός που αιτιολογεί την επί δεκαετίες απουσία ερευνών πάνω στο θέμα<sup>62</sup>. Με τη συστηματοποίηση της έρευνας και τη χρήση δειγμάτων ευρείας κλίμακας στα τέλη της δεκαετίας του 80', οι απόψεις συγκλίνουν στο γεγονός πως το άγχος θανάτου αυξάνεται στη μέση ηλικία για να αρχίσει να υποχωρεί ξανά σε μεγαλύτερες ηλικίες<sup>51,63</sup>. Μετά την ανάπτυξη εργαλείων για τη μέτρηση της στάσης απέναντι στο θάνατο διαπιστώθηκε πως οι ηλικιωμένοι έχουν μικρότερο φόβο από τους μεσήλικες, όχι όμως κι από τους νέους. Προέκυψε επίσης, πως το άγχος θανάτου δε διαφέρει απαραίτητα τόσο ποσοτικά, όσο ποιοτικά από ηλικία σε ηλικία. Για παράδειγμα, οι νεότεροι βιώνουν το φόβο της αβοηθητότητας και της απομόνωσης, ενώ οι μεγαλύτεροι ανησυχούν για την επερχόμενη απώλεια ελέγχου και διερωτώνται για την ύπαρξη μιας μετά θάνατον ζωής<sup>64</sup>. Παράλληλα, φαίνεται να επισημάνθηκαν κι άλλοι παράγοντες που σχετίζονταν με την ηλικία όπως το πολιτισμικό πλαίσιο ή τα πρώιμα ή πρόσφατα πένθη<sup>65,66</sup>. Έρευνες καταδεικνύουν, μαζί με την επίδραση του φύλου, την επίδραση της κλινικής εμπειρίας και της θρησκείας, στο άγχος θανάτου στο ιατρικό προσωπικό<sup>67</sup>.

Όσον αφορά στο φύλο, τα ευρήματα ποικίλλουν. Σε παλαιότερες έρευνες σε γενικούς πληθυσμούς, το φύλο φαίνεται να έχει επίδραση στο άγχος θανάτου<sup>49,62</sup>. Σε άλλες έρευνες με δείγματα φοιτητών ιατρικής, το φύλο δε φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στο άγχος θανάτου<sup>68,69</sup>, ενώ σε άλλες μελέτες, οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερο άγχος<sup>70</sup>.

Τη δεκαετία του 60' και του 70' διενεργήθηκαν 3 ενδιαφέρουσες έρευνες σχετικά με τη σχέση του άγχους θανάτου και της ειδικότητας των ιατρών, οι οποίες οδήγησαν σε ταυτόσημο αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε πως οι ιατροί που επιλέγουν ως ειδικότητα τη χειρουργική τείνουν να καταστέλλουν το φόβο τους για το θάνατο, σε σχέση με εκείνους που επέλεξαν ως ειδικότητα την ψυχιατρική, οι οποίοι φαίνεται να μην μπορούν να το διαχειριστούν



επαρκώς<sup>71,72,73</sup>. Τα αποτελέσματά τους υποστήριξαν κι οι Kane και Hogdan (1985)<sup>74</sup>, χρησιμοποιώντας όμως μια διαφορετική μεθοδολογία. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 77 άνδρες εν ενεργεία ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (29 παθολόγοι, 28 ψυχίατροι και 20 χειρουργοί). Σε αυτή την έρευνα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν οι ίδιοι το βαθμό που πιστεύουν ότι εκτείθενται στο θάνατο μέσα σε ένα μήνα εργασίας, να βαθμολογήσουν το άγχος τους και να αποτυπώσουν τις άμυνές τους. Από την έρευνα προέκυψε, πως οι ψυχίατροι, οι οποίοι εκτείθονταν λιγότερο στο θάνατο, ήταν περισσότερο αγχώδεις, οι παθολόγοι εκδήλωσαν μέτριο άγχος ενώ οι χειρουργοί, που είχαν τη μεγαλύτερη έκθεση στον θάνατο, παρουσίασαν και λιγότερο άγχος θανάτου. Ταυτόχρονα όμως, φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο οι άμυνες των ιατρών, καθώς κι οι τρόποι που επιλέγουν να διαχειριστούν το άγχος τους (στάσεις, καταστολή, εκφραστικότητα κλπ). Από τις παραπάνω έρευνες, λοιπόν, εγείρονται ερωτήματα, τόσο για το ρόλο που διαδραματίζει η έκθεση των ιατρών σε επαγγελματικό επίπεδο στο θάνατο, όσο και το ρόλο που καθορίζουν τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους.

### 3.2 Άγχος Θανάτου και Προσωπικότητα

Σύμφωνα με τον Eysenck, η προσωπικότητα έχει τη βάση της σε βιολογικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη θεωρία του, τα άτομα κληρονομούν ένα τύπο νευρικού συστήματος, που τα βοηθά να αντιλαμβάνονται, να επεξεργάζονται, να κατανοούν και να αντιδρούν στα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η συνεισφορά του Eysenck είναι πολύ μεγάλη, καθώς στη θεωρία του, την πρώτη μετρήσιμη κι επαληθεύσιμη θεωρία προσωπικότητας, διατύπωσε αφενός, πως η προσωπικότητα εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ διέγερσης κι αναστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος κι αφετέρου, πως απαρτίζεται από χαρακτηριστικά και παράγοντες που οργανώνονται σε 3 διαστάσεις : Εσωστρέφεια/Εξωστρέφεια, Νευρωτισμός/Σταθερότητα, Ψυχωτισμός/Κοινωνικότητα. Η σύσταση μιας τόσο πολυδιάστατης οντότητας, όπως η προσωπικότητα, από επιμέρους χαρακτηριστικά, είναι μια πολύ σημαντική συμβολή στις ψυχολογικές θεωρίες

προσωπικότητας, καθώς αποφεύγεται η αυστηρή κατηγοριοποίηση κι η μονοδιάστατη αντιμετώπισή της.

Η έρευνα πάνω στη σχέση φόβου άγχους θανάτου και προσωπικότητας είναι περιορισμένη και τοποθετείται κυρίως στις δεκαετίες 80' και 90'. Οι Howels & Field<sup>70</sup>, χρησιμοποιώντας το Eysenck Personality Inventory (EPI) σε φοιτητές ιατρικής, συμπέραναν ότι η κλίμακα του νευρωτισμού σχετίζεται σημαντικά με το φόβο θανάτου. Ο Templer (1972)<sup>75</sup> έφτασε επίσης στο συμπέρασμα ότι το άγχος θανάτου σχετίζεται με την κλίμακα νευρωτισμού του EPI. Σε ανάλογα αποτελέσματα έφτασαν κι άλλοι ερευνητές<sup>76</sup>, διατυπώνοντας ταυτόχρονα πως οι υποκλίμακες εξωστρέφειας και ψεύδους παραμένουν ανεξάρτητες.

### 3.3 Οι Επιπτώσεις του Άγχους Θανάτου των Επαγγελματιών Υγείας

Η μελέτη του άγχους θανάτου στους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στο ιατρικό προσωπικό, κρίνεται σημαντική λόγω των δυσκολιών που το συνοδεύουν, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την απόδοση και τη λειτουργικότητα του ίδιου του προσωπικού, όσο και την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς<sup>77</sup>. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής είναι το αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων προσπαθειών διαχείρισης του υπαρξιακού άγχους θανάτου με το οποίο το άτομο έρχεται αντιμέτωπο σχεδόν σε καθημερινή βάση. Το άγχος θανάτου έχει συνδεθεί σε ποικίλες έρευνες με διάφορες κλινικές οντότητες, κυρίως με αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές<sup>78,79,80</sup> αλλά και με διαταραχές διάθεσης, διατροφικές και ψυχωσικές διαταραχές<sup>78,81,80</sup>.

Το άγχος θανάτου φαίνεται να συνδέεται επιπλέον και με τις δεξιότητες επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων των επαγγελματιών υγείας, στη φροντίδα ασθενών στο τέλος της ζωής των. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως οι ιατροί συχνά προβάλλουν θετικές εκτιμήσεις για την κατάσταση ασθενών που στην πραγματικότητα δεν έχουν ελπίδες<sup>82</sup> είτε εξωραΐζουν δυσμενείς πληροφορίες που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν εύκολα<sup>83</sup> ή προσπαθούν να αποφύγουν συζητήσεις σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενούς που άπτονται της ανακουφιστικής φροντίδας<sup>83</sup>. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα είναι πως οι θεράποντες ογκολόγοι είναι διατεθειμένοι να εντάξουν καρκινοπαθείς σε χημειοθεραπεία με ελάχιστο ή μηδενικό όφελος, σε μια προσπάθεια να πείσουν τους ασθενείς ότι έχουν την κατάσταση υπό έλεγχο<sup>84</sup>. Ακόμα, σε μια παλαιότερη

έρευνα προκύπτει ότι οι ασθενείς ιατρών με έντονο άγχος θανάτου μένουν στο νοσοκομείο πριν πεθάνουν 5 μέρες περισσότερο απ'ότι ασθενείς ιατρών με χαμηλό άγχος θανάτου<sup>85</sup>. Επιπροσθέτως, το άγχος θανάτου φαίνεται να συνδέεται με τη δυσκολία στην ανακοίνωση μελλοντικών κατευθυντήριων οδηγιών από τους ιατρούς στους ασθενείς, αλλά και στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους<sup>86</sup>. Γενικά στάσεις απέναντι στο θάνατο, όπως η αποφυγή κι αποδοχή του θανάτου αναδύονται συχνά ως ρυθμιστές ανάμεσα στη διαδικασία λήψης κρίσιμων αποφάσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης<sup>87</sup>,

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

|

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψιν πως η πλειοψηφία της ερευνητικής δραστηριότητας έχει εστιάσει σε άλλα επαγγέλματα υγείας, την περιορισμένη βιβλιογραφία που υπάρχει πάνω στη μελέτη της στάσης των ιατρών απέναντι στο θάνατο αλλά και την καίρια θέση που κατέχει ο ιατρός στο ελληνικό σύστημα υγείας, η παρούσα έρευνα θα εστιάσει σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Ο σκοπός της παρούσας συγκριτικής μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης του ιατρικού προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων απέναντι στο θάνατο, εαν δηλαδή η έκθεση στο θάνατο σε επαγγελματικό επίπεδο, σχετίζεται με τη στάση τους απέναντι σε αυτόν).

Ταυτόχρονα διερευνάται αν τα στοιχεία της προσωπικότητας των ιατρών που έλαβαν μέρος στη μελέτη επηρεάζουν τη στάση τους απέναντι στο θάνατο.

Συγκεκριμένα τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Αν η έκθεση των ιατρών στο θάνατο στο χώρο εργασίας, σχετίζεται με τη στάση τους απέναντί του.
2. Άν τα στοιχεία της προσωπικότητας των ιατρών, επιδρούν στη στάση τους απέναντι στο θάνατο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### 5.1 Δείγμα

Το σύνολο των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας αποτελείται από 165 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ισόρροπες αριθμητικά ομάδες, ανάλογα με την έκθεση τους στο γεγονός του θανάτου στο χώρο εργασίας, αξιολογώντας συνδυαστικά όχι μόνο το Νοσοκομείο ή το Φορέα και το Τμήμα στο οποίο εργάζονται, αλλά και την ειδικότητά τους, με σκοπό να αξιολογηθεί αν υπάρχουν διαφορές στη στάση απέναντι στο θάνατο μεταξύ των ομάδων. Οι συμμετέχοντες είναι εργαζόμενοι είτε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΕΔΥ), είτε σε Γενικά κι Ειδικά Δημόσια ή Ιδιωτικά Νοσοκομεία των Αθηνών. Από αυτούς αποχώρησαν 10 συμμετέχοντες, οι οποίοι δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτελείται από 155 ιατρούς.

#### Κριτήρια Εισαγωγής:

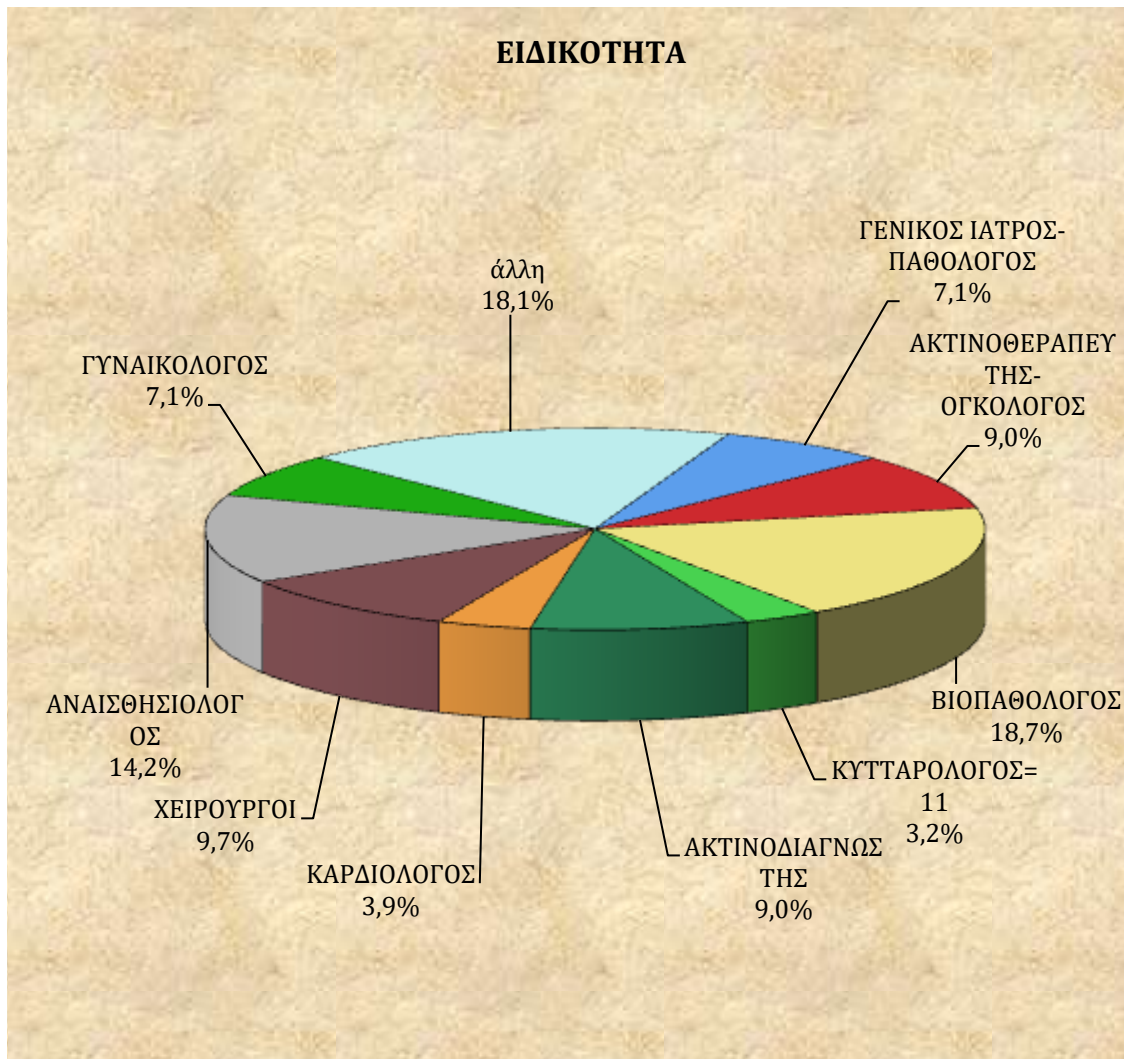
- Ιατροί που έχουν επιλέξει ειδικότητα
- Ιατροί που ασκούν ενεργά το επάγγελμα
- Προυπηρεσία περισσότερα από 1 έτος

#### Κριτήρια Αποκλεισμού:

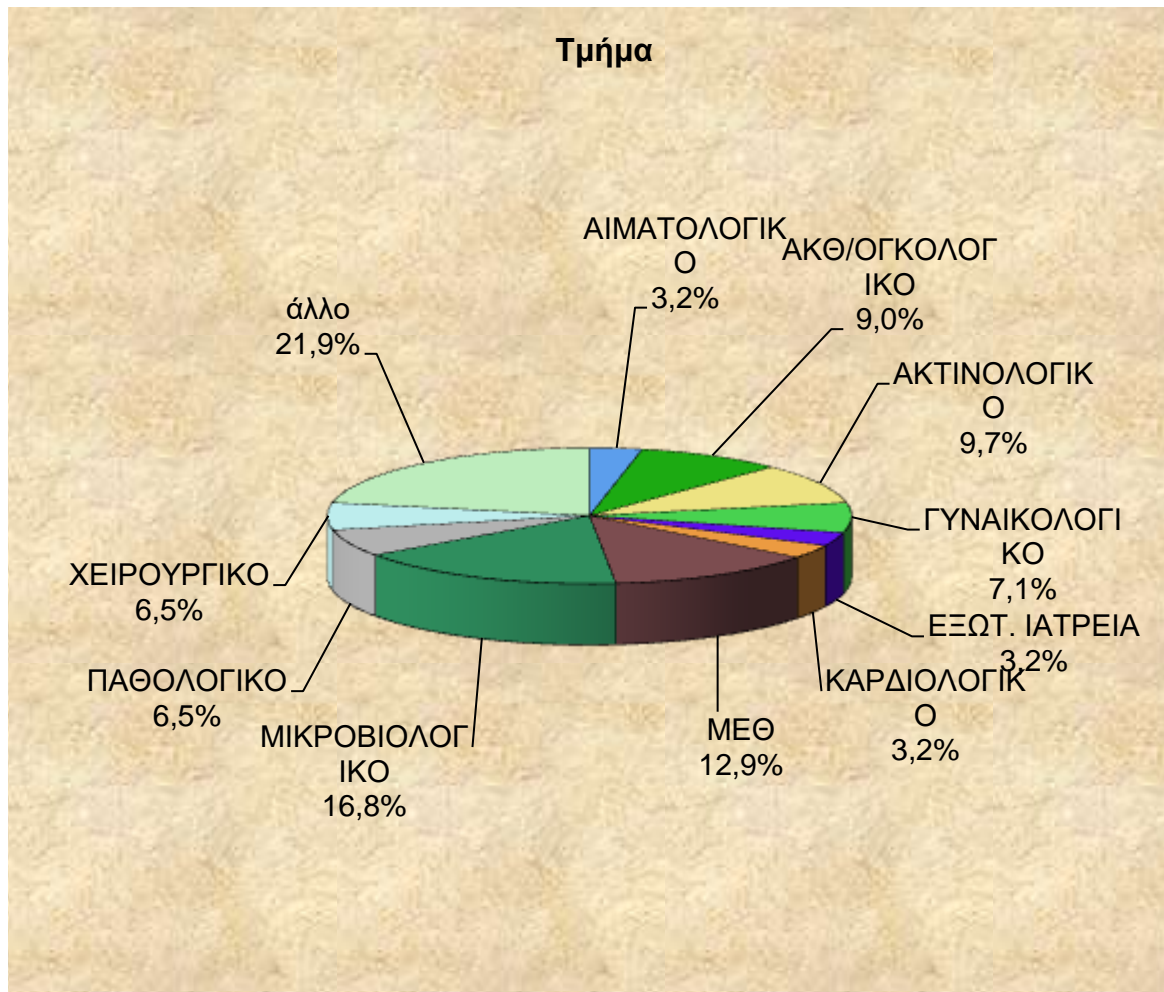
- Ανειδίκευτοι Ιατροί
- Ειδικευόμενοι Ιατροί

Στην έρευνα εκπροσωπούνται διάφορες ειδικότητες ιατρών από διαφορετικά τμήματα, όπως περιγράφεται και στα Γραφήματα 1 και 2 παρακάτω.

### Γράφημα 1: Ειδικότητα Συμμετεχόντων



**Γράφημα 2:** Τμήμα Συμμετεχόντων



Στον Πίνακα 1 περιγράφονται οι ομάδες που προέκυψαν, ο αριθμός των συμμετεχόντων της κάθε ομάδας και οι ειδικότητες που περιλαμβάνονται σε κάθε μια από αυτές.



**Πίνακας 1:** Ομάδες Σύγκρισης

ΟΜΑΔΕΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ
Ομάδα 1: Χαμηλή Έκθεση στο Θάνατο	Εργαστηριακοί Ιατροί (Βιοπαθολόγοι, Ακτινοδιαγνώστες, Κυτταρολόγοι, Παθολογοανατόμοι),	N=51
Ομάδα 2: Μέτρια Έκθεση στο Θάνατο	Κλινικοί Ιατροί (Καρδιολόγοι, Ψυχίατροι, Ορθοπαιδικοί, Παιδίατροι, Γυναικολόγοι, Χειρουργοί ΠΕΔΥ, Ουρολόγοι, Ενδοκρινολόγοι, Αιματολόγοι, Δερματολόγοι, Φυσιάτροι, Νευρολόγοι, Παθολόγοι ΠΕΔΥ)	N=52
Ομάδα 3: Υψηλή Έκθεση στο Θάνατο	Κλινικοί Ιατροί που ασχολούνται με τη χρόνια και καταληκτική νόσο/ έρχονται άμεσα σε επαφή με το γεγονός του θανάτου (ΑΚΘ- Ογκολόγοι, ΜΕΘ/Αναισθησιολόγοι, Χειρουργοί, Παθολόγοι Ογκολόγοι, Παθολόγοι ΕΚΑΒ)	N=52

## 5.2. Ερωτηματολόγια

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο γνωστά ερωτηματολόγια και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, το οποίο περιλαμβάνει επιλεγμένες ερωτήσεις, με βάση το σκοπό της παρούσας έρευνας.

### 5.2.1. Προφίλ Συμπεριφοράς Θανάτου (Death Attitude Profile Revised)

Η κλίμακα για το Προφίλ Συμπεριφοράς Θανάτου κατασκευάστηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1994<sup>52</sup>. Περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις που διαμοιράζονται σε 5 υποκλίμακες. Ο ερωτώμενος απαντά σε κάθε ερώτηση σε μια επταβάθμια κλίμακα (οι απαντήσεις κυμαίνονται από 1-7 με το 1 να ερμηνεύεται ως Διαφωνώ Απόλυτα και το 7 ως Συμφωνώ Απόλυτα) με σκοπό την εκτίμηση της στάσης του απέναντι στο θάνατο. Οι πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι οι εξής: (α) Φόβος Θανάτου (Fear of Death), (β) Αποφυγή Θανάτου (Death Avoidance), (γ) Ουδέτερη Αποδοχή (Neutral Avoidance), (δ) Αποδοχή Θανάτου (Approach Acceptance), (ε) Μέσο Διαφυγής (Escape Acceptance). Η υποκλίμακα «Φόβος θανάτου» αναφέρεται στις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με το θάνατο (7 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 1,2,7,18,20,21,32 του ερωτηματολογίου). Η υποκλίμακα «Αποφυγή Θανάτου» αναφέρεται στην τάση να αποφεύγει κανείς σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με το θάνατο (5 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 3,10,12,19 και 26 του ερωτηματολογίου). Η «Ουδέτερη Αποδοχή» αναφέρεται στη στάση ενός συμμετέχοντα που ούτε καλωσορίζει, ούτε φοβάται το θάνατο (5 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 6,14,17,24 και 30 του ερωτηματολογίου). Όσον αφορά στην υποκλίμακα «Αποδοχή Θανάτου», ο θάνατος εδώ περιγράφεται σαν ένα πέρασμα σε μια ευτυχισμένη μετά θάνατον ζωή (10 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 4,8,13,15,16,22,25,27,28,31 του ερωτηματολογίου). Τέλος, στο «Μέσο Διαφυγής» ο θάνατος συλλαμβάνεται ως ένα μέσο διαφυγής από τα εγκόσμια και τα ανθρώπινα βάσανα (5 ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 5,9,11,23,29).

Το αποτέλεσμα για κάθε μια από τις παραπάνω κλίμακες υπολογίζεται ξεχωριστά, προσθέτοντας τις απαντήσεις του συμμετέχοντα που αντιστοιχούν σε ερωτήσεις της κάθε υποκλίμακας και διαιρώντας το σύνολο με τον αριθμό των ερωτήσεων. Για κάθε υποκλίμακα η μέση βαθμολογία κυμαίνεται από 1 έως 7. Όπως προκύπτει, όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία σε κάθελια από τις υποκλίμακες, τόσο μεγαλύτερη είναι η ταύτιση του συμμετέχοντα με αυτήν την υποκλίμακα. Σημειωτέον ότι έχει πραγματοποιηθεί παλαιότερα στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό<sup>88</sup>

### **5.2.2 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck Αναθεωρημένο-Συντομευμένη Κλίμακα (Eysenck Personality Questionnaire Revised Short Scale – EPQ-R-S**

Η Αναθεωρημένη-Συντομευμένη μορφή του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck αποτελεί μια σύντομη, εύχρηστη εκδοχή του αρχικού Ερωτηματολογίου του Eysenck για την εκτίμηση στοιχείων προσωπικότητας και περιλαμβάνει 48 ερωτήσεις, οι οποίες κατανέμονται σε 4 υποκλίμακες: τον «Νευρωτισμό», την «Εσωστρέφεια-Εξωστρέφεια», τον «Ψυχωτισμό» και την «Κλίμακα Ψεύδους». Η κλίμακα του νευρωτισμού περιγράφει μια ροπή προς αγχώδεις εκδηλώσεις και καταθλιπτικά στοιχεία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και σπασμωδικές αντιδράσεις. Η υποκλίμακα της εξωστρέφειας αναφέρεται σε ένα άτομο εκδηλωτικό, που αρέσκεται σε κοινωνικές εκδηλώσεις και συναναστροφές και που δεν προσπαθεί να ελέγξει τα συναισθήματά του. Στον αντίποδα ο εσωστρεφής περιγράφεται ως ήρεμος κι ήσυχος με περισσότερο ατομικά ενδιαφέροντα όπως πχ το διάβασμα ενός βιβλίου κι άσκηση αυξημένου ελέγχου επάνω στα συναισθήματά του. Τέλος η υποκλίμακα του ψυχωτισμού αναφέρεται σε χαρακτηριστικά επιθετικότητας, αντικοινωνικότητας κι έλλειψης συναισθηματισμού στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η υποκλίμακα του «Ψεύδους» που προστέθηκε αργότερα υποδεικνύει την τάση των συμμετεχόντων να απαντούν ψευδώς κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου αντιστοιχεί ένας αριθμός ερωτήσεων. Η υποκλίμακα του Νευρωτισμού αποτελείται από τις ερωτήσεις

1,5,9,13,17,21,25,30,34,38,42,46, της Εξωστρέφειας από τις ερωτήσεις 3,7,11,15,19,23,27,32,36,41,44,48, του Ψυχωτισμού από τις ερωτήσεις 2,6,10,14,18,22,26,28,31,35,39,43, και τέλος του Ψεύδους από τις ερωτήσεις 4,8,12,16,20,24,29,33,37,40,45,47.

Ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε 48 προτάσεις με όχι/ναι που αντιστοιχούν σε 0/1 . Η μέγιστη βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα είναι 12. Όσο μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώσει κανείς σε μία υποκλίμακα, τόσο μεγαλύτερη η τάση προς τα χαρακτηριστικά της κάθε υποκλίμακας. Και για την κλίμακα αυτή έχει πραγματοποιηθεί παλαιότερη στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό<sup>89</sup>.

### **5.2.3 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων**

Για την παρούσα έρευνα δημιουργήθηκε ένα πρωτότυπο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων . Οι ερωτήσεις αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ειδικότητα, το τμήμα και το είδος του νοσοκομείου, στο οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες, καθώς και την προϋπηρεσία τους.

## **5.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν την περίοδο Ιανουάριος- Σεπτέμβριος 2018 στο ΠΕΔΥ και σε Γενικά κι Ειδικά-Ογκολογικά Νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν μαζί με το έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης από την ερευνήτρια και συμπληρώθηκαν χωρίς να είναι απαραίτητη η φυσική της παρουσία, καθώς ο φόρτος εργασίας των συμμετεχόντων περιορίζει το χρόνο τους. Στη συνέχεια επιστράφηκαν στην ερευνήτρια και κωδικοποιήθηκαν από την ίδια, με σκοπό τη διασφάλιση της εχεμύθειας και του απορρήτου. Κατόπιν ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων.

#### 5.4 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η παρούσα μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μιας ψυχολογικής έρευνας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για την μελέτη και συμπλήρωσαν γραπτώς έγγραφο συναίνεσης για την συμμετοχή τους στην μελέτη (Παράρτημα Α). Έχει κατοχυρωθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια αναφορικά με τις προσωπικές πληροφορίες των συμμετεχόντων και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του υλικού. Πρόσβαση στο υλικό έχει μόνο η ερευνήτρια. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

#### 5.5 Στατιστική Ανάλυση

Οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάστηκαν χρησιμοποιώντας των αριθμό των συμμετεχόντων ( $N$ ), τις μέσες τιμές ( $\mu$ ), τις τυπικές αποκλίσεις ( $\sigma$ ) και τα τυπικά σφάλματα ( $\sigma_{\mu}$ ). Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιούμε τις συχνότητες ( $n$ ) και τα αντίστοιχα ποσοστά ( $\%$ ).

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test.

Η σύγκριση των ποσοτικών και κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών ανάμεσα στις 3 ομάδες για τον έλεγχο της ομοιογένειας των ομάδων εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (One-way ANOVA), το Bonferroni test (για τις συγκρίσεις κατά ζευγη) και το Χι-τετράγωνο (Chi-square test) αντιστοίχα.

Οι συγκρίσεις των υποκατηγοριών των ερωτηματολογίων ανάμεσα στις 3 ομάδες πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά 1 παράγοντα (One-way ANOVA) και το Bonferroni test (για τις συγκρίσεις κατά ζευγη). Σε περίπτωση που δεν ικανοποιήθηκαν οι προϋποθέσεις της κανονικής κατανομής των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τα

Kruskal-Wallis και Mann-Whitney test για την ανάλυση των δεδομένων μας .Το μοντέλο ανάλυσης συνδιακύμανσης ( Analysis of covariance ) θα χρησιμοποιηθεί για την σύγκριση των υποκατηγοριών των ερωτηματολογίων, ανάμεσα στις 3 ομάδες, προσαρμόζοντας παράλληλα και τις δημογραφικές μεταβλητές έτσι ώστε να υπάρχει έλεγχος της επίδρασης τυχόν διαφορών αυτών των δεικτών στις 3 ομάδες.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS, version 17.00 (SPSS Inc, Chicago, IL). Όλα τα τέστ θα είναι διπλής κατεύθυνσης ( two-sided ) . Η τιμή p-value <0.05 καθορίσθηκε σαν επίπεδο στατιστικά σημαντικής διαφοράς , επίσης θα καταγραφούν και οι οριακές στατιστικά σημαντικές διαφορές (0.05<P<0.1).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ποσοτικά και ποιοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στους Πίνακες 2,3 και 4 παρακάτω.

Το δείγμα αποτελείται από 155 εν ενεργεία γιατρούς με μέση ηλικία τα 44,5 έτη. Το 55,5 % του δείγματος ήταν γυναίκες και το 44,5% άνδρες. Το 45,8% ήταν έγγαμοι, το 40,6% άγαμοι, το 10,3% διαζευγμένοι , ενώ μόλις το 3,2% ήταν χήροι. Η πλειοψηφία του δείγματος προέρχεται από το Γενικό Νοσοκομείο με ποσοστό 88,4%, ενώ παράλληλα ύστερα από σχετική ερώτηση προέκυψε ότι το 75,5 % δεν έχει καμμία εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Φροντίδα. Τέλος ο μέσος αριθμός των ετών προϋπηρεσίας είναι 14,9.

Το 7,1% ήταν Γενικοί Γιατροί-Παθολογοί, το 9% Ακτινοθεραπευτές-Ογκολογοί, το 18,7% Βιοπαθολόγοι, το 3,2% Κυτταρολόγοι, το 9% Ακτινοδιαγνώστες, το 3,9% Καρδιολόγοι, το 9,7% Χειρουργοί, το 14,2% Αναισθησιολόγοι, το 7,1% Γυναικολόγοι και το 18,% είχαν άλλη ειδικότητα.

Το 3,2% εργαζόταν σε Αιματολογικό τμήμα, το 9% σε ΑΚΘ-Ογκολογικό, το 9,7% σε Ακτινολογικό , το 7,1% σε Γυναικολογικό, το 3,2% σε Εξωτερικά Ιατρεία, το 3,2% σε Καρδιολογικό, το 12,9% σε ΜΕΘ, το 16,8% σε Μικροβιολογικό, το 6,5% σε Παθολογικό, το 6,5% σε Χειρουργικό και το 21,9% σε κάποιο άλλο τμήμα.

**Πίνακας 2** : Ποιοτικά δημογραφικά στοιχεία

		<b>N</b>	<b>%</b>
Φύλο	Ανδρας	69	44,5
	Γυναίκα	86	55,5
Οικογενειακή κατάσταση	Αγαμος	63	40,6
	Εγγαμος	71	45,8
	Διαζευγμένος	16	10,3
Νοσοκομείο	Χηρος	5	3,2
	Γενικό	137	88,4
Εκπαίδευση στην Ανακουφιστική	Ογκολογικό	18	11,6
	Όχι	117	75,5
	ναί	38	24,5
Ηλικία ( μέση τιμή $\pm$ T.A , ελαχ-μεγ )		44,5 $\pm$ 1,2 (25-69)	
Έτη προυπηρεσίας ( μέση τιμή $\pm$ T.A )		14,9 $\pm$ 10,2	

**Πίνακας 3** : Ειδικότητα συμμετεχόντων

	<b>N</b>	<b>%</b>
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	3	1,9
ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ-ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	11	7,1
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ- ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ	2	1,3
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ- ΟΓΚΟΛ	14	9,0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	4	2,6
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	1	,6
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	2	1,3
ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ	1	,6
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ	5	3,2
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	29	18,7
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ	5	3,2

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ	14	9,0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	3	1,9
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	6	3,9
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	15	9,7
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	1	0,6
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1	0,6
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	4	2,6
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΣ	22	14,2
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	11	7,1
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ	1	0,6

**Πίνακας 4 :** Τμήμα Συμμετεχόντων

	<b>N</b>	<b>%</b>
ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1	0,6
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	5	3,2
ΑΚΘ/ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	14	9,0
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	15	9,7
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	2	1,3
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	1	0,6
ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ	1	0,6
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	11	7,1
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	0,6
Ε.Κ.Α.Β.	3	1,9
ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΑ	5	3,2
ΘΩΡΑΚΟΣ	1	0,6
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	5	3,2
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ	4	2,6
ΜΕΘ	20	12,9
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	26	16,8
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	0,6
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	0,6



ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	4	2,6
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	1,3
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4	2,6
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	10	6,5
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙ	1	0,6
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	3	1,9
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	10	6,5
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	4	2,6

Στον επόμενο Πίνακα 5 φαίνονται τα αποτελέσματα της εσωτερικής συνοχής (internal consistency) των 2<sup>ων</sup> ερωτηματολογίων και όπως παρατηρούμε οι τιμές είναι μέσα στα αποδεκτά όρια της εσωτερικής συνοχής (  $\alpha > 0,7$  ) για το ερωτηματολόγιο ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R με ελαχιστη τιμή για την υποκατηγορία ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ (  $\alpha=0,704$  ) και μέγιστη για την υποκατηγορία ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $\alpha=0,902$  )

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck μόνο οι υποκατηγορίες ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ (  $\alpha=0,792$  ) και ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ (  $\alpha=0,813$  ) έχουν τιμές εντός ορίων, ενώ οι άλλες δυο υποκατηγορίες ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ (  $\alpha=0,617$  ) και ΨΕΥΔΟΣ (  $\alpha=0,667$  ) έχουν τιμές εσωτερικής συνοχής λίγο κατω από το όριο.

**Πίνακας 5 :** Cronbach's alpha για τα ερωτηματολόγια

	Cronbach's alpha
ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,821
ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ	0,859
ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ	0,704
ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,902

ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	0,865
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	0,617
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	0,792
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ	0,813
ΨΕΥΔΟΣ	0,667

Στον Πίνακα 6 και στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται οι περιγραφικοί δείκτες των ερωτηματολογίων ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R, και Προσωπικότητας του Eysenck του δείγματος της μελέτης .

Οι μέσες τιμές για τις κατηγορίες του 1<sup>ου</sup> ερωτηματολογίου ήταν ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ( 4,42±1,36 ) , ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ( 2,90±1,41 ) , ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ( 5,33±1,04 ) ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ( 3,48±1,27 ) , ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ( 4,19±1,54 ) .

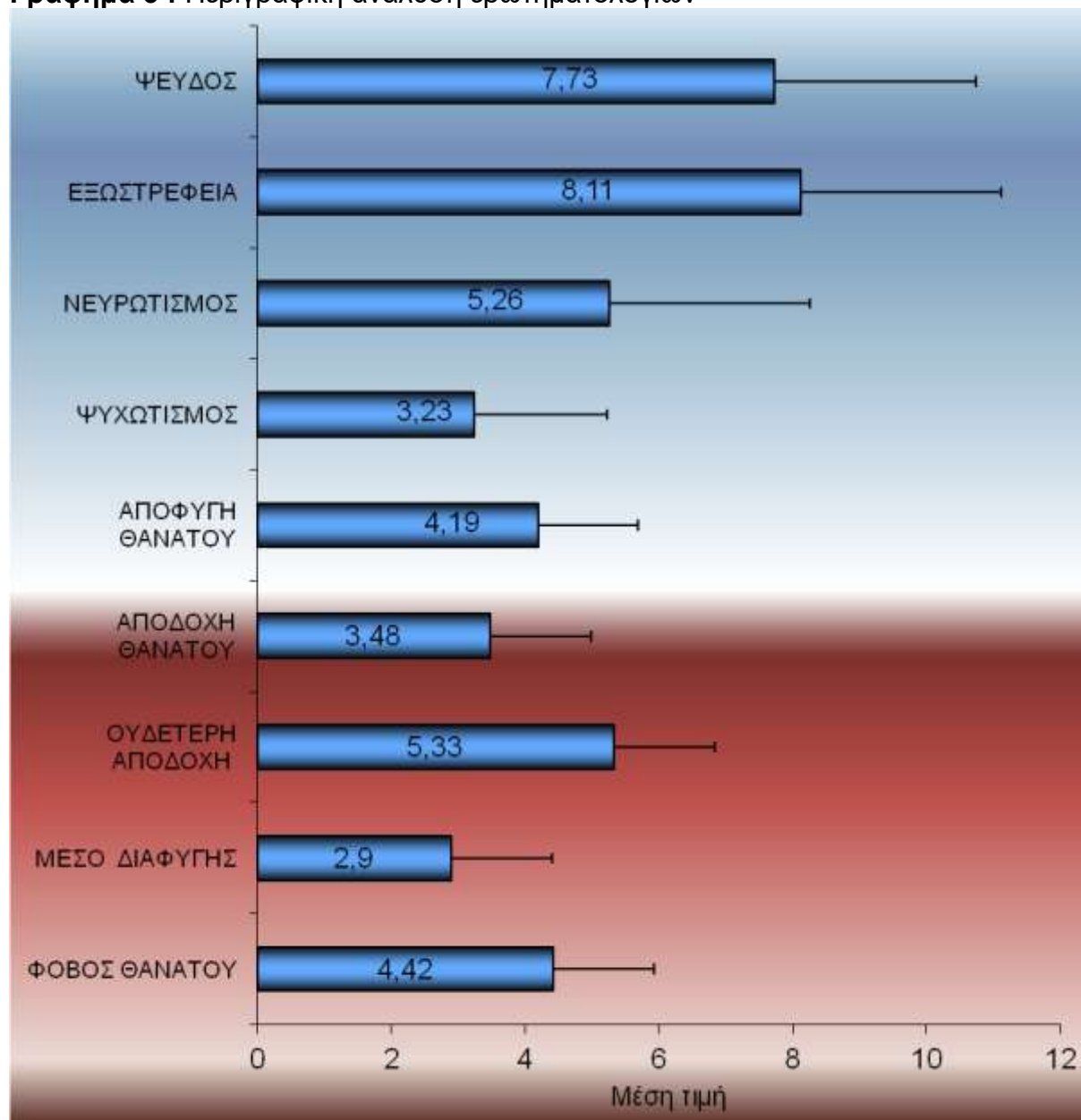
Οι μέσες τιμές για τις κατηγορίες του 2<sup>ου</sup> ερωτηματολογίου ήταν ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ ( 3,23±2,14 ) , ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ ( 5,26±3,08 ) , ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ ( 8,11±3,11 ) , ΨΕΥΔΟΣ ( 7,73±2,71 )

Η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρείται στο δείκτη ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ. Επίσης υψηλή μέση τιμή παρατηρείται και στην υποκλίμακα του ΨΕΥΔΟΥΣ. Η μέση τιμή του ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ φαίνεται να διατηρείται σχετικά χαμηλότερα ενώ παράλληλα χαμηλά κυμαίνεται κι η μέση τιμή του ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΥ.

**Πίνακας 6** : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
<b>ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	4,42	1,36	1,00	7,00
<b>ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ</b>	2,90	1,41	1,00	7,00
<b>ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ</b>	5,33	1,04	2,20	7,00
<b>ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	3,48	1,27	1,00	6,20
<b>ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	4,19	1,54	1,00	7,00
<b>ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ</b>	3,23	2,14	0	10
<b>ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ</b>	5,26	3,08	0	12
<b>ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ</b>	8,11	3,11	1	12
<b>ΨΕΥΔΟΣ</b>	7,73	2,71	1	12

Γραφημα 3 : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων



Όπως περιγράφεται στον **Πίνακα 7**, παρατηρούμε ότι υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα στις 3 ομάδες σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,282$ ) και το νοσοκομείο ( $p=0,170$ ) ενώ υπάρχει διαφορά σε σχέση με το **φύλο** ( $p<0.001$ ) όπου η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει διαφορετικό ποσοστό κατανομής των 2 φύλων σε σχέση με τους γιατρούς με μέτρια ( $p<0.001$ ) ή υψηλή έκθεση ( $p<0.001$ ), την **ηλικία** ( $p=0,026$ ) όπου η κατηγορία των γιατρών

με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,025$  ) και η **προυπηρεσία** όπου η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει περισσότερα χρόνια προυπηρεσίας σε σχέση με αυτούς που έχουν μέτρια (  $p=0,048$  ) ή υψηλή έκθεση (  $p=0,075$  ).

**Πίνακας 7 :** Ελεγχος ομοιογένειας ανάμεσα στις 3 ομάδες

		Χαμηλή ( $n=51$ )		Μέτρια ( $n=52$ )		Υψηλή ( $n=52$ )		p- value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο ιατρού	Ανδρας	11	21,6%	33	63,5% <sup>α</sup>	25	48,1% <sup>α</sup>	<b>&lt;0,001</b>
	Γυναίκα	40	78,4%	19	36,5%	27	51,9%	
Οικογενειακή κατάσταση	Αγαμος	21	41,2%	23	44,2%	19	36,5%	0,282
	Εγγαμος	23	45,1%	19	36,5%	29	55,8%	
	Διαζευγμένος - Χηρος	7	13,7%	10	19,2%	4	7,7%	
νοσοκομείο	Γενικό	42	82,4%	49	94,2%	46	88,5%	0,170
	Ογκολογικό	9	17,6%	3	5,8%	6	11,5%	
Ηλικία ( μέση τιμή ± ΤΑ )		47,8±10,6		43,8±11,6		42,0±10,9 <sup>β</sup>		<b>0,026</b>
Ετη προυπηρεσίας ( μέση τιμή ± ΤΑ )		18,0±10,2		13,1±9,8 <sup>γ</sup>		13,4±10,1 <sup>δ</sup>		<b>0,025</b>

<sup>α</sup> :  $p<0,001$  vs χαμηλή, <sup>β</sup> :  $p=0,025$  vs χαμηλή, <sup>γ</sup> :  $p=0,048$  vs χαμηλή, <sup>δ</sup> :  $p=0,075$  vs χαμηλή

Στον Πίνακα 8, όπου συγκρίνονται οι υποκατηγορίες ανάμεσα στις ομάδες, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις ομάδες για τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck

ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ (  $p=0,678$  ) , ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ (  $p=0,621$  ) , ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ (  $p=0,710$  ) , ΨΕΥΔΟΣ (  $p=0,298$  )

Επίσης παρατηρούμε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις τρεις ομάδες για τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R

ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p<0,001$  ) , ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ (  $p=0,070$  οριακά ) , ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ (  $p=0,064$  οριακά ) , ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p=0,002$  ), ενώ δεν υπάρχει για την υποκατηγορία ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p=0,429$  ).

Σχετικά με τις συγκρίσεις κατά ζεύγη για τον δείκτη

ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ η κατηγορία των γιατρών που με χαμηλή έκθεση στο θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν μέτρια (  $p=0,002$  ) ή υψηλή (  $p=0,002$  ).

ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,085$  οριακά ).

ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ η κατηγορία των γιατρών που με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει χαμηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,060$  ) οριακά.

ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,002$  ).

Πίνακας 8 : Σύγκριση των υποκατηγοριών ανάμεσα στις ομάδες

	Χαμηλή (v=51)		Μέτρια (v=52)		Υψηλή (v=52)		F <sub>(2,152)</sub>	p-value
<b>ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>5,03</b>	,98	<b>4,13</b>	1,47	<b>4,13</b>	1,38	8,147	<b>&lt;0,001</b>
<b>ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ</b>	<b>3,27</b>	1,36	<b>2,79</b>	1,32	<b>2,66</b>	1,51	2,706	<b>0,070</b>
<b>ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ</b>	<b>5,07</b>	,99	<b>5,36</b>	1,05	<b>5,55</b>	1,04	2,799	<b>0,064</b>
<b>ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>3,66</b>	1,16	<b>3,43</b>	1,29	<b>3,34</b>	1,35	,851	0,429
<b>ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>4,73</b>	1,38	<b>4,18</b>	1,65	<b>3,68</b>	1,43	6,328	<b>0,002</b>
<b>ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ</b>	<b>3,31</b>	2,14	<b>3,37</b>	2,38	<b>3,02</b>	1,91	0.390	0,678
<b>ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ</b>	<b>5,43</b>	3,18	<b>4,92</b>	2,83	<b>5,44</b>	3,24	0,479	0,621
<b>ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ</b>	<b>8,35</b>	3,10	<b>7,85</b>	2,97	<b>8,15</b>	3,30	0,343	0,710
<b>ΨΕΥΔΟΣ</b>	<b>7,45</b>	2,69	<b>8,21</b>	2,41	<b>7,54</b>	3,00	1,221	0,298

Στο **Γράφημα 4** παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις ομάδες για τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ (  $p=0,175$  ), ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ (  $p=0,676$  ), ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ (  $p=0,691$  ), ΨΕΥΔΟΣ (  $p=0,213$  ).

Παρατηρούμε ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις ομάδες για τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p=0,001$  ), ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ (  $p=0,042$  ), ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ (  $p=0,025$  ) ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p=0,004$  ) ενώ δεν υπάρχει για την υποκατηγορία ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (  $p=0,095$  ).

Σχετικά με τις συγκρίσεις κατά ζεύγη για τον δείκτη ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν μέτρια (  $p=0,005$  ) ή υψηλή (  $p=0,002$  )

ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ η κατηγορία των γιατρών με χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,040$  ).

ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ η κατηγορία των γιατρών που έχουν υψηλή έκθεση στον θάνατο έχει χαμηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,020$  ).

ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ η κατηγορία των γιατρών που έχει χαμηλή έκθεση στον θάνατο έχει υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλή (  $p=0,003$  ).



**Γράφημα 4 :** Συγκριση των υποκατηγοριών των ερωτηματολογίων αναμεσα στις ομάδες προσαρμόζοντας τις παραπάνω συγκρίσεις ως προς την ηλικία , προουπηρεσία και φύλο.

	Χαμηλή (v=51)		Μέτρια (v=51)		Υψηλή (v=51)		F <sub>(2,152)</sub>	p-value
<b>ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>5,07</b>	0,22	<b>4,14</b>	0,19	<b>4,08</b>	0,18	<b>6,88</b>	<b>0,001</b>
<b>ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ</b>	<b>3,46</b>	0,24	<b>2,87</b>	0,20	<b>2,68</b>	0,19	<b>3,24</b>	<b>0,042</b>
<b>ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ</b>	<b>4,93</b>	0,18	<b>5,31</b>	0,15	<b>5,56</b>	0,15	<b>3,77</b>	<b>0,025</b>
<b>ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>3,95</b>	0,22	<b>3,47</b>	0,18	<b>3,34</b>	0,18	<b>2,40</b>	<b>0,095</b>
<b>ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>	<b>4,78</b>	0,25	<b>4,22</b>	0,21	<b>3,68</b>	0,21	<b>5,72</b>	<b>0,004</b>
<b>ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ</b>	<b>3,88</b>	0,37	<b>3,25</b>	0,31	<b>3,00</b>	0,30	<b>1,76</b>	<b>0,175</b>
<b>ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ</b>	<b>5,46</b>	0,54	<b>4,92</b>	0,45	<b>5,38</b>	0,44	<b>0,39</b>	<b>0,676</b>
<b>ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ</b>	<b>7,68</b>	0,53	<b>7,86</b>	0,45	<b>8,25</b>	0,43	<b>0,37</b>	<b>0,691</b>
<b>ΨΕΥΔΟΣ</b>	<b>7,02</b>	0,46	<b>8,10</b>	0,39	<b>7,67</b>	0,37	<b>1,56</b>	<b>0,213</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα συγκριτική μελέτη συμπεριέλαβε 155 ιατρούς, 21 διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ισόρροπες ομάδες, με 55 άτομα έκαστη. Οι ειδικότητες που εκπροσωπούνται κυρίως αριθμητικά είναι αυτές του Βιοπαθολόγου, του Αναισθησιολόγου, του Χειρουργού, του Ακτινοθεραπευτή, του Ακτινοδιαγνώστη και του Γενικού Ιατρού/Παθολόγου. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 44,5 έτη. Το 55,5 % ήταν άνδρες και το 44,5 % γυναίκες. Η πλειοψηφία του δείγματος προέρχεται από το Γενικό Νοσοκομείο με ποσοστό 88,4 % κι ο μέσος όρος των ετών προυπηρεσίας τα 14,9 έτη. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ιατρών απέναντι στο θάνατο και η σχέση της στάσης αυτής με τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Τα αποτελέσματα της εσωτερικής συνοχής (internal consistency) για το ερωτηματολόγιο ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP-R βρέθηκαν μέσα στα αποδεκτά όρια ( $\alpha > 0,7$ ) για όλες τις υποκλίμακες, ενώ αναφορικά με το ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck, οι υποκατηγορίες ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ και ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ έχουν τιμές εντός ορίων ενώ οι άλλες δυο υποκατηγορίες ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ και ΨΕΥΔΟΣ έχουν τιμές εσωτερικής συνοχής λίγο κατω από το όριο.

Οι μέσες τιμές για τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου για το Προφίλ Συμπεριφοράς θανάτου ήταν (  $4,42 \pm 1,36$  ) για το ΦΟΒΟ ΘΑΝΑΤΟΥ, (  $2,90 \pm 1,41$  ) για το ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ, (  $5,33 \pm 1,04$  ) για την ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ (  $3,48 \pm 1,27$  ) για την ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ και (  $4,19 \pm 1,54$  ) για την ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ, ενώ οι μέσες τιμές για τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου για την προσωπικότητα ήταν ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ (  $7,35 \pm 1,50$  ), ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ (  $5,26 \pm 3,08$  ), ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ (  $6,74 \pm 1,98$  ) και ΨΕΥΔΟΣ (  $6,19 \pm 1,99$  ).

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα, θα μπορούσε κανείς να προβεί σε ορισμένες υποθέσεις κι ερμηνείες για τις διαφαινόμενες μέσες τιμές που προέκυψαν. Όσον αφορά το δείκτη ΜΕΣΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ, οι ερωτώμενοι φαίνεται να έτειναν στο σύνολό τους σε αρνητικές απαντήσεις σε προτάσεις που περιγράφουν το θάνατο ως μια λυτρωτική διέξοδο από τα εγκόσμια βάσανα και δεινά. Οι προτάσεις ενδεχομένως χρωματίζονται από μελανά χρώματα για τη ζωή, παρουσιάζοντας το θάνατο ως λύση, δίνοντας ταυτόχρονα μια καταθλιπτική χροιά, με την οποία οι συμμετέχοντες γενικά δεν ταυτίστηκαν. Ταυτόχρονα, ενδεχομένως οι ερωτώμενοι ίσως δυσκολεύτηκαν να καταθέσουν την άποψή τους σε αυτές τις προτάσεις, λόγω

ακριβώς αυτής της ροπής τους προς τη δυσοίωνα οπτική για τη ζωή. Στην ίδια λογική κι η ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ που βρίσκεται κάτω από τη μέση τιμή 4 (3,48), στην οποία ο θάνατος εκλαμβάνεται ως ένα πέρασμα στην “ευδαιμονία”. Σε αυτό το σημείο χρήσιμο θα ήταν να συνεκτιμηθούν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των συμμετεχόντων κι αν σχετίζονται με τη στάση τους στην ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.

Η πιο υψηλή μέση τιμή φαίνεται να παρουσιάζεται στο δείκτη ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ (5,33). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως μια επαγγελματική ομάδα, όπως οι γιατροί, που έρχεται συχνά σε επαφή με τις έννοιες της ασθένειας και του θανάτου, παρά την προφανή έμφυτη ανησυχία του ανθρώπινου είδους για το θάνατο, προβαίνει ευκολότερα στην εκλογίκευσή του, αντιλαμβανόμενη πως μπορεί να είναι μια δυσάρεστη εμπειρία, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί πανανθρώπινο, φυσιολογικό γεγονός, γύρω από το οποίο πλανώνται διάφορα ερωτήματα που συνιστούν περισσότερο συναισθήματα άγχους για κάτι το άγνωστο παρά φόβου. Ενδιαφέρον είναι πως μετά την ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ακολουθεί με διαφορά ο ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ( 4,42 ) και με μικρή διαφορά η ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ( 4,19), ελαφρώς ανεβασμένες από τη μέση τιμή 4, αλλά κοντά σε αυτή. Κι οι δύο δείκτες καταδεικνύουν μια αρνητική στάση απέναντι στο θάνατο. Οι συμμετέχοντες φαίνεται να κινούνται προς μια διπλωματική στάση, ιδιαίτερα για την ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ κι εμφανίζονται αναποφάσιστοι. Μια τέτοια στάση θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως μια αποφυγή να πάρουν σαφή θέση πάνω στις συγκεκριμένες προτάσεις.

Εξετάζοντας τις μέσες τιμές για το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, παρατηρήθηκε πως ο δείκτης της ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑΣ παρουσίασε την υψηλότερη τιμή, που σημαίνει πως οι συμμετέχοντες τείνουν προς την εξωστρέφεια κι όχι προς την εσωστρέφεια. Παράλληλα υψηλή μέση τιμή προέκυψε και για την υποκλίμακα του ΨΕΥΔΟΥΣ που σημαίνει πως οι συμμετέχοντες τείνουν να δίνουν κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η μέση τιμή του ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ φαίνεται να διατηρήθηκε σχετικά χαμηλότερα απ’όσο ενδεχομένως να αναμενόταν σε σχέση με τον επαγγελματικό χώρο στον οποίο δραστηριοποιείται το δείγμα, ενώ ταυτόχρονα αρκετά χαμηλά κυμαίνεται κι η μέση τιμή για την υποκλίμακα ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ.

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε, πως ο βαθμός έκθεσης των ιατρών στο θάνατο στο χώρο εργασίας επιδρά στη στάση τους απέναντί του. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα των ιατρών που ήταν λιγότερο εκτεθειμένη στο θάνατο παρουσιάζει πιο

υψηλές τιμές στις υποκλίμακες φόβος θανάτου, αποδοχή θανάτου, μέσο διαφυγής και χαμηλότερες τιμές στην υποκλίμακα ουδέτερη αποδοχή σε σχέση με εκείνους που είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στο θάνατο.

Όπως αναφέρθηκε και στο Γενικό Μέρος, η βιβλιογραφία πάνω στη μελέτη του άγχους θανάτου του ιατρικού προσωπικού και πολύ περισσότερο των στάσεων απέναντι στο θάνατο, είναι σαφώς πιο περιορισμένη απ'ότι στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, οι ερευνητικές μελέτες που έχουν εστιάσει στην επίδραση της έκθεσης του ιατρού στο θάνατο κατά την άσκηση του επαγγέλματος είναι ακόμη λιγότερες κι οι περισσότερες έχουν διεξαχθεί στις δεκαετίες 60'-70'<sup>71,72,73</sup>. Παρόλα αυτά, χρησιμοποιήθηκαν ως έναυσμα για σκέψη για το μεθοδολογικό σχεδιασμό της παρούσας έρευνας. Σε όλες αυτές προέκυψε πως η φύση της ειδικότητας κι η εγγύτητά της με το θάνατο, σχετίζεται με τον τρόπο που διαχειρίζεται ο επαγγελματίας το άγχος θανάτου<sup>71,72,73</sup>. Από την άλλη, σε άλλες έρευνες προέκυψε πως ο τρόπος που διαχειρίζεται ο γιατρός το θάνατο σχετίζεται και με τους αμυντικούς μηχανισμούς ως στοιχεία προσωπικότητας που έχει αναπτύξει<sup>90</sup>. Εξετάζοντας κανείς όμως διεξοδικά τις έρευνες αυτές<sup>71,72,73</sup>, προσκρούει σε κάποιες μεθοδολογικές δυσκολίες και περιορισμούς, γεγονός που καθιστούσε σημαντική την εκ νέου διερεύνηση του θέματος. Έχοντας διεξαχθεί στις δεκαετίες 60' και 70, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς πως αυτές οι μελέτες τοποθετούνται χρονικά σε μια διαφορετική εποχή, σε ένα διαφορετικό οικονομικοκοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον κι ιατρική κουλτούρα, όπου η διεξοδική μελέτη του θανάτου από τη σκοπιά της ιατρικής μόλις είχε ξεκινήσει. Τα περιστατικά ασθενών τελικού σταδίου, καθώς κι ο αριθμός χρόνιων ασθενών δεν είχαν ακόμη αυξηθεί σημαντικά κι η Ανακουφιστική Φροντίδα μόλις είχε κάνει την εμφάνισή της. Συνάγεται επομένως, πως τα καθήκοντα του ιατρικού προσωπικού έχουν διαφοροποιηθεί με την πάροδο των χρόνων πιθανόν λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και την επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Παρόλα αυτά, εκείνη την περίοδο όπως και σήμερα, παρατηρείται δυσκολία των ιατρών να μιλήσουν «ανοικτά» σε τελικού σταδίου ασθενείς, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς σχετικά με το ρόλο του προσωπικού άγχους του θανάτου<sup>92</sup>. Στις έρευνες αυτές των Glaser & Strauss<sup>71</sup>, Graeber<sup>72</sup> και Livingston & Zimet<sup>73</sup> υποστηρίχτηκε πως οι ιατροί που επέλεξαν την ειδικότητα του χειρουργού, η οποία θεωρήθηκε εξ ορισμού, εγγύς στο θάνατο, είχαν διαχειριστεί καλύτερα το άγχος θανάτου από εκείνους που επέλεξαν μια ειδικότητα όπως η ψυχιατρική, η οποία

θεωρήθηκε, εξ ορισμού, με περιορισμένη έκθεση στο θάνατο. Τα ευρήματά τους επιβεβαίωσε κι η έρευνα των Kane & Hodgan<sup>74</sup>, η οποία εξελίχθηκε μεθοδολογικά, χρησιμοποιώντας ως δείγμα ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και ζητώντας να αξιολογήσουν οι ίδιοι την εγγύτητα τους στο θάνατο. Έτσι προέκυψαν τρεις ομάδες ανάλογα με την έκθεση στο θάνατο, με τους ψυχιάτρους να έχουν το περισσότερο άγχος θανάτου, που σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η απώθηση κι η άρνηση, χαρακτηριστικά που ενδεχομένως επέδρασαν στην επιλογή της ειδικότητάς τους. Σε όλες τις παραπάνω έρευνες επισημαίνεται ο ρόλος των αμυντικών μηχανισμών ως στοιχείων της προσωπικότητας των ιατρών.

Επιπλέον, η εξαγωγή συμπερασμάτων από τα ευρήματα είναι δύσκολη, καθώς στις έρευνες οι ειδικότητες επιλέχτηκαν ή χωρίστηκαν a priori ανάλογα με την εγγύτητα τους στην ιδέα του θανάτου, λαμβάνοντας υπόψιν τη φύση της ειδικότητας, χωρίς το συνυπολογισμό άλλων παραγόντων<sup>71,72,73</sup>. Έτσι αξιολογώντας έναν χειρουργό ως μια ειδικότητα κοντά στο θάνατο, θα πρέπει εκτός από την ειδικότητα να συνυπολογιστεί ο πληθυσμός που αναλαμβάνει και το τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο εργάζεται. Αυτό είναι και το σημείο μεθοδολογικής διαφοροποίησης της παρούσας έρευνας από τις προηγούμενες, προσπαθώντας να συμπεριλάβει διαφορετικές ειδικότητες και ομαδοποιώντας τις τελικά με γνώμονα τις ιδιαιτερότητες και τη φύση της ειδικότητας και του έργου που επιτελούν στην παρούσα φάση.

Στα πλαίσια της μελέτης του ρόλου της ειδικότητας στη στάση απέναντι στο θάνατο, οι Dickinson & Pearson<sup>92</sup>, μελέτησαν 15 ιατρικές ειδικότητες και συμπέραναν, πως οι ογκολόγοι έχουν μια ειδικότητα που μιλά ευκολότερα για θέματα που σχετίζονται με το θάνατο. Από την άλλη, οι γυναικολόγοι κι οι μαιευτήρες αποφεύγουν περισσότερο από όλους οτιδήποτε έχει σχέση με το θάνατο και θεωρούν τις θεραπείες που σχετίζονται το θάνατο, ως το πιο δυσάρεστο κομμάτι της δουλειάς τους. Και σε αυτή την έρευνα, οι ψυχίατροι θεωρούνται η ειδικότητα που έρχεται πιο σπάνια σε επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν και ταυτόχρονα είναι εκείνοι που δυσκολεύονται περισσότερο από όλους να συζητήσουν θέματα σχετικά με το θάνατο, αλλά κι αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο από την είδηση του θανάτου ενός ασθενή. Στην ίδια λογική, οι Merrill et al. (1998)<sup>93</sup> παρατήρησαν πως οι φοιτητές ιατρικής που εκδήλωσαν άγχος θανάτου σε χαμηλά επίπεδα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν ειδικότητες, με τις οποίες στη συνέχεια θα εισέλθουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Στην παρούσα μελέτη προέκυψε πως οι χαμηλότερες τιμές στις υποκλίμακες ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ και ΑΠΟΦΥΓΗ ΘΑΝΑΤΟΥ για την ομάδα που βρίσκεται σε μεγαλύτερη έκθεση στο θάνατο βρίσκονται σε αρμονία με αντίστοιχες έρευνες σε άλλους πληθυσμούς όπως το νοσηλευτικό προσωπικό<sup>94</sup> και οι φοιτητές ιατρικής<sup>95</sup>, σύμφωνα με τις οποίες η συστηματική επαφή με τον ασθενή που πεθαίνει συνοδεύεται από μειωμένα επίπεδα άγχους θανάτου κι αποφυγής και πιο θετικές στάσεις αποδοχής προς το θάνατο.

Επιπλέον στη παρούσα εργασία προέκυψε διαφορά ανάμεσα στις ομάδες και στην υποκλίμακα ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΔΟΧΗ, με την ομάδα των γιατρών που βρίσκονται σε μεγαλύτερη έκθεση στον θάνατο να έχουν υψηλότερες τιμές από αυτούς που έχουν χαμηλότερη έκθεση. Μια ερμηνεία θα μπορούσε να είναι, πως η συχνή επαφή των ιατρών με το γεγονός του θανάτου, μοιραία μπορεί να οδηγήσει στην εκλογίκευση του, κάτι που δε συμβαίνει στην ομάδα που βρίσκεται μακριά από το θάνατο. Η συστηματική επαφή με την ιδέα του θανάτου φέρνει τη μια ομάδα αντιμέτωπη με την θνητότητα της ανθρώπινης ύπαρξης και την οριστικότητα του θανάτου<sup>42</sup>. Από την άλλη, ερμηνεύοντας τις χαμηλότερες τιμές της ομάδας που βρίσκεται μακριά από το θάνατο μέσα από μια Γνωσιακή Προσέγγιση, ο φόβος θανάτου μπορεί να οδήγησε στην επιλογή μιας θέσης εργασίας χωρίς την άμεση επαφή με καταστάσεις που υπενθυμίζουν τη θνητότητα, ακούσια ή εκούσια, γεγονόσ που ταυτόχρονα μπορεί να λειτουργεί ως παράγοντας διατήρησης τους άγχους<sup>79</sup>

Από τα αποτελέσματα μας επίσης προκύπτει πως οι ομάδες δεν διαφέρουν ως προς την υποκλίμακα ΑΠΟΔΟΧΗ ΘΑΝΑΤΟΥ. Όπως αναφέρθηκε και στο Γενικό Μέρος, αυτή η υποκλίμακα αφορά στην πίστη στη μετά θάνατον ζωή. Και μπορεί να φαίνεται ως έννοια αντιφατική προς το φόβο του θανάτου, όμως κάτι τέτοιο δε φαίνεται να ισχύει. Σύμφωνα με τους Ray & Najman (1974)<sup>50</sup>, οι δύο αυτές έννοιες είναι συκοινωνούνται δοχεία, καθώς το γεγονός πως κάποιος βιώνει φόβο θανάτου, δεν αποκλείει την πιθανότητα της πίστης του σε μια μετά θάνατον ζωή. Στην έρευνα των Moreno-Jimenez et al. (2008)<sup>86</sup>, οι ιατροί που βρίσκονταν πιο κοντά στο θάνατο και φρόντιζαν ασθενείς τελικού σταδίου εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα αποδοχής θανάτου, από ότι όσοι δεν έρχονταν σε επαφή με περιπτώσεις ασθενών σε τελικό στάδιο. Για την πιο ενδελεχή μελέτη της αποδοχής θανάτου, καλό θα ήταν σε μελλοντικό ερευνητικό σχεδιασμό να συνυπολογιστούν κι άλλες μεταβλητές, που φαίνεται να επιδρούν, όπως η θρησκευτικότητα<sup>53</sup>.

Μέσα από την παρούσα έρευνα, δεν προέκυψαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου σχετικά με την προσωπικότητα. Σε αντίθεση με τις ενδείξεις της προϋπάρχουσας βιβλιογραφίας<sup>75,76</sup>, για πιθανή σχέση της υποκλίμακας του νευρωτισμού με τα επίπεδα φόβου θανάτου ή αποφυγής, κάτι τέτοιο δε φαίνεται να επαληθεύεται στην παρούσα έρευνα. Οι διαστάσεις του Νευρωτισμού και της Εξωστρέφειας, μελετώνται, υπό διαφορετικό πρίσμα αλλά ταυτόχρονα και με βιολογική βάση και μέσα από τη Θεωρία των 5 Παραγόντων<sup>96</sup>. Με βάση την συγκεκριμένη θεωρία έχουν γίνει ανάλογες προσπάθειες διερεύνησης της σχέσης άγχος θανάτου και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως όσο μεγαλύτερα παρουσιάζονται τα επίπεδα νευρωτισμού, τόσο αυξάνεται και το άγχος θανάτου<sup>97</sup>. Ομοίως, όταν το άτομο χαρακτηρίζεται νευρωσικό, τότε αναπτύσσει άμυνες εξαιρετικά δύσκαμπτες<sup>98</sup>. Παράλληλα φαίνεται πως και τα άτομα που σκοράρουν ψηλά στα επίπεδα εξωστρέφειας, τείνουν να ανεβάζουν τις τιμές του νευρωτισμού όταν πλησιάζουν σε ερεθίσματα που έχουν σχέση με το θάνατο, καθώς ταυτόχρονα μεγαλώνει το άγχος θανάτου<sup>99</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από όλα τα παράπανω, η βιβλιογραφία πάνω στη διερεύνηση της στάσης θανάτου του ιατρικού προσωπικού είναι σαφώς πιο περιορισμένη από την αντίστοιχη βιβλιογραφία σε άλλα επαγγέλματα υγείας. Παράλληλα, το ίδιο ισχύει και για την αντίστοιχη ελληνική βιβλιογραφία, η οποία έχει εστιαστεί στο νοσηλευτικό προσωπικό<sup>100</sup>. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης, η οποία μπορεί να αποτελέσει βάση για περαιτέρω έρευνα σε αυτό το πεδίο και σε πανελλαδική εμβέλεια. Μολονότι, η έλλειψη βιβλιογραφίας συνιστά ένα από τα μειονεκτήματα της παρούσας μελέτης, καθώς περιορίζει την εκτενή συζήτηση των αποτελεσμάτων, ταυτόχρονα συνιστά μεγάλο προτέρημά της, καθώς διερευνά το ιατρικό προσωπικό, το οποίο κατέχει κεντρικό ρόλο στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η παρούσα έρευνα έχει κι ορισμένους περιορισμούς. Μολονότι στο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων συμπεριλήφθηκε ερώτηση που αφορά στην εκπαίδευση των ερωτώμενων στην Ανακουφιστική Αγωγή, με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση της στη στάση του ιατρικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο, προέκυψε πως η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχει λάβει εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Αγωγή, αποτέλεσμα που δε φαίνεται να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Ενδεχομένως, πολλοί συμμετέχοντες θεώρησαν ολιγόημερες σεμινάρια ή ομάδες ευαισθητοποίησης ως συστηματική εκπαίδευση στην Ανακουφιστική Φροντίδα. Σε μελλοντικούς σχεδιασμούς προτείνεται μια λεπτομερέστερη αποτύπωση των εκπαιδεύσεων του προσωπικού, συμπεριλαμβάνοντας πληροφορίες όπως η φύση, η διάρκεια, η δομή, η πρακτική άσκηση κι ο στόχος των εκπαιδευτικών προγραμμάτων Ανακουφιστικής Αγωγής.

Αναφορικά με τον παράγοντα των στοιχείων προσωπικότητας, επιλέχθηκε το θεωρητικό υπόβαθρο του Eysenck για την πλαισίωση και τη διερεύνησή τους, καθώς κι η Αναθεωρημένη Ελληνική Εκδοχή του αντίστοιχου εργαλείου (EPQ-R-s). Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιαστεί στη μελέτη στοιχείων προσωπικότητας των ιατρών μέσα από το πρίσμα κι άλλων θεωρητικών μοντέλων, με στόχο μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα πάνω στο θέμα. Χρήσιμο θα ήταν, να διερευνηθεί στον ελληνικό πληθυσμό η σχέση ανάμεσα στα επίπεδα άγχους θανάτου και της εμφάνισης αγχώδων διαταραχών, καθώς και διαταραχών



διάθεσης, που στην περίπτωση των ιατρών επηρεάζουν δραματικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι, το ζήτημα του θανάτου φαίνεται να παραμένει ταμπου. Κατά τη συλλογή του δείγματος, δεν ήταν λίγοι οι συμμετέχοντες που έδειχναν έκδηλη ενόχληση στο άκουσμα του περιεχομένου του ερωτηματολογίου του θανάτου, που έσπευδαν να κάνουν το σταυρό, ή να «φτύσουν στον κόρφο τους». Αξίζει τέλος να σημειωθεί, ορισμένα άτομα που προσεγγίσαμε δε θέλησαν τελικά να συμμετέχουν, είτε διότι αυτή την περίοδο πάσχουν από μια σοβαρή νόσο, είτε γιατί πρόσφατα έχασαν κάποιο σημαντικό πρόσωπο. Επομένως μπορεί να διατυπωθεί ότι και οι ιατροί που δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια, συμβάλλουν στην «μεροληψία» της έρευνας, μεταξύ των ιατρών που είχαν ελεγχόμενη συναισθηματική στάση προς τον θάνατο. Με έναυσμα τις αντιδράσεις των ερωτώμενων, προκύπτει πως χρήσιμη θα ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της απώλειας σημαντικών προσώπων κι αν διαφέρει από την επίδραση που έχει η έκθεση του ιατρού σε απώλειες σε επαγγελματικό επίπεδο, καθώς κι επίδραση της εμπειρίας μιας απειλητικής ασθένειας πάνω στις στάσεις που διαμορφώνουν οι ιατροί απέναντι στο θάνατο. Η μικτή μεθοδολογία θα μπορούσε να αναδείξει κρυφές πτυχές για το βίωμα του θανάτου και πώς αυτό έχει εσωτερικευτεί από τους συμμετέχοντες.

Στόχος της παρούσας έρευνας αλλά και των προτάσεων της είναι η βελτίωση της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής και μελλοντικών επαγγελματιών υγείας κι η ανάγκη για ψυχοεκπαιδευτικά και άλλα προγράμματα αυτογνωσίας, αυτοδιαχείρισης και στήριξης τους, με στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους σε όλα τα επίπεδα. Η μεγάλη επιρροή του γεγονότος του θανάτου και των υπαρξιακών ερωτημάτων που τον συνοδεύουν, αναδεικνύει την ανάγκη και τη σημαντικότητα της καθιέρωσης της Ανακουφιστικής Φροντίδας κι Εκπαίδευσης ως κομμάτι του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, Θάνατος. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος; 1996: 271-284 p.
2. Freud S. Gesammelte Werke: Werke aus den Jahren 1913-1917 . Frankfurt Am Main: Fisher Verlag; 1946.
3. Φρουντ Σ. Ταμπού και Τοτέμ. Αθήνα: Εκδόσεις Επίκουρος;1993.
4. Αδραχτάς Β, Τερζάκης Φ. Θάνατος και εσχατολογικά οραματα: θρησκευοϊστορικές προοπτικές. Θεσσαλονίκη: Αρχέτυπο; 2003.
5. Guthrie WKC. A History of Greek Philosophy. Cambridge: Cambridge University Press; 1971.
6. Πλάτων. Φαίδων. Αθήνα: Κάκτος, 1993.
7. Πλάτων. Η Απολογία του Σωκράτους. Αθήνα: Κάκτος, 1992.
8. Plato. The Collected Dialogues of Plato, translated and edited by Edith Hamilton and Huntington Cairns. Princeton: Princeton University Press; 1961.
9. Αριστοτέλης. Περί Ψυχής. Αθήνα: Εκδόσεις Schooltime.gr; 2003.
10. Επίκουρος. Επιστολή προς Μενοικέα Περί Ευτυχίας. Αθήνα: Εκδόσεις Περίπλους; 2001.
11. Επίκουρος. Κείμενα-Πηγές της Επικούρειας Φιλοσοφίας και Τέχνης του Ζήν Αθήνα: Θυραθέν Εκδόσεις.
12. Bacque MF. Πένθος και υγεία: Άλλοτε και σήμερα: Το σοκ της απώλειας, οι ψυχολογικές επιπτώσεις, η αντιμετώπιση. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι; 2001.

13. Toynbee AJ. *The Crucible of Christianity: Judaism, Hellenism and the Historical Background to the Christian Faith*. London: Thames & Hudson; 1969.
14. Μπέγζος ΜΠ. Αθήνα: Ψυχολογία της θρησκείας; 2005.
15. Dickinson GE, Leming MR, Mermann AC. *Dying, Death & Bereavement*. USA: Duskin/ McGraw Hill; 2000.
16. Bowker J. *Ο θάνατος και οι θρησκείες*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαδήμα; 1996.
17. Descartes R. *Discourse on Method*, translated by R. B. Haldane and G. R. T. Ross. In: *The Philosophical Works of Descartes*. Cambridge: Cambridge University Press; 1931.
18. Πατέλη Ι. *Η Φιλοσοφία του Hobbes: Λόγος κι Αιτιότητα στη Νέα Φυσική και Πολιτική Επιστήμη*. Αθήνα: Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα; 1995.
19. Pascal B. *Pensees and The Provincial Letters*, translated by W. F. Trotter and Thomas M'Crie. New York: The Modern Library; 1941.
20. Σπινόζα Μ. *Ηθική*. Αθήνα: Εκδόσεις Εκκρεμές; 2009.
21. Μοντέν, Μ. *Δοκίμια*. Αθήνα: Εκδόσεις Κάλβος; 1979.
22. Νίτσε Φ. *Τάδε έφη Ζαρατούστρα*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 2008.
23. Σαρτρ ΖΠ . *Το Είναι και το Τίποτα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 1961.
24. Heidegger M. *Είναι και Χρόνος*. Αθήνα; Εκδόσεις Δωδώνη; 1998.

25. Kastenbaum R, Costa PT. Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*. 1977; 28: 225-249.
26. Langford IH. An existential approach to risk perception. *Risk Anal*. 2002; 22(1): 101-20.
27. Feifel H, Nagy V. Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981; 49(2): 278.
28. Feifel H. (Ed.). *New meanings of death*. New York: McGraw-Hill; 1977.
29. May R. *The Meaning of Anxiety* New York: Ronald ; 1950.
30. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. *International Journal of Palliative Nursing*. 2006; 12: 410–413.
31. Kübler-Ross E. *On death and dying; Questions and answers on death and dying; On life after death*. New York: Quality Paper Book Club; 2002.
32. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: An analysis of evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2009; 23: 23–41.
33. Panksepp J. *The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 2004.
34. Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, Simon L, Breus M. Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 67: 627–637.
35. Bassett JA. Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies*. 2007; 31: 727–750.

36. Freud S. Zeitgemässes über Krieg und Tod. Berlin: Createspace Independent Pub; 2017.
37. Jung CG. Ψυχολογία κι Απόκρυφο. Αθήνα: Ιαμβλίκος, 2008.
38. Μαΐη Ρ. Υπαρξιακή Ψυχολογία Αθήνα. Αθήνα: Εκδόσεις Επίκουρος; 1969.
39. Frankl VE. The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy. New York: Vintage Books; 1965.
40. Reker GT, Peacock EJ, Wong PTP. Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. Journal of Gerontology. 1987; 42(1): 44-49.
41. Yalom I. Το Δώρο της Ψυχοθεραπείας. Αθήνα: Εκδόσεις Αγρα; 2008.
42. Becker E. The denial of death. New York: Free Press; 1973
43. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S. A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: an extension of terror management theory. Psychological review. 1999; 106(4): 835.
44. Tedeschi RG, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry. 2004; 15:1–18.
45. Feifel H. Older persons look at death. Geriatrics. 1956.
46. Feifel H.(Ed.). The meaning of death. New York: McGraw-Hill; 1959.
47. Collett L, Lester D. The fear of death and fear of dying. Journal of Psychology. 1969; 72:179-181.
48. Templer D. The construction and validation of the Death Anxiety Scale. Journal of General Psychology. 1970; 82:165-177.

49. Kastenbaum R. The psychology of death (3rd ed.). New York: Springer; , 2000.
50. Ray JJ, Najman, J. Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. Omega. 1974; 5: 311-315.
51. Gesser G, Wong PTP, Reker, GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). Omega. 1987-88,; 18:109-124 .
52. Wong PTP, Reker GT Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application. 1994; 121.
53. Harding SR, et al. The influence of religion on death anxiety and death acceptance. Mental Health, Religion & Culture. 2005; 8(4): 253-261.
54. Cicirelli VG. Older adults' views on death. New York: Springer Publishing Company; 2006.
55. Clements R, Rooda LA. Factor structure, reliability, and validity of the death attitude profile-revised. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2000; 40(3): 453-463.
56. Cicirelli VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. Death studies. 2001; 25(8): 663-683.
57. Wong PTP. Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy Journal of Contemporary Psychotherapy. 2010; 40(2): 85-99.
58. World Health Organization {Online} 2019. March 20; Available from URL: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

59. Hegedus KA, Zana A, Szabó G. "Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude." *Palliative Medicine*. 2008; 22.3: 264-269.
60. Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Stud* .1996; 20:343-365.
61. Feifel H, Branscomb AB. Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*. 1973; 81:282-288.
62. Pollak JM. Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *Omega*. 1979; 10:97-121.
63. Thorson JA, Powell FC. Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychological Reports*. 1989; 64(3): 985-986.
64. Thorson JA, Powell FC. A revised death anxiety scale. *Death Studies*. 1992; 16(6): 507-521.
65. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. *Death Studies*; 2003, 27(4): 335-354.
66. Florian V, Mikulincer M. Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997; 73(2): 369-380.
67. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Ohry A. Fear of personal death among physicians. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2000; 41(2):139-149.
68. Asadpour M, Sabzevari L, Ekramifarand A, Bidaki R. The attitude of medical students toward death: A cross-sectional study in Rafsanjan. *Indian journal of palliative care*. 2016; 22(3): 354.

69. Vargo ME, Black WF. Attribution of control and the fear of death among first- year medical students. *Journal of clinical psychology*. 1984; 40(6): 1525-1528.
70. Howells K, Field D. Fear of death and dying among medical students. *Social Science & Medicine*. 1982; 16(15): 1421-1424.
71. Glaser BG, Strauss, AL. Chicago, IL: Time for dying. Aldine; 1968.
72. Graeber ED. Ethics and physician. *Journal of Medical Staff of St Luke Hospital*. 1973; 2: 21-23 .
73. Livingston PB & Field D. 1965. Death anxiety, authoritarianism and choice of specialty in medical students. *Journal of Nervous Mental Disease*. 140: 222-230.
74. Kane AC, Hogan JD. Death anxiety in physicians: Defensive style, medical specialty, and exposure to death. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1986; 16(1): 11-22.
75. Templer DI. Death anxiety: Extraversion, neuroticism, and cigarette smoking. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1972; 3(1): 53-56.
76. Frazier PH, Goodman DF. Death anxiety and personality: Are they truly related?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1989; 19(3): 265-274.
77. Hayes J, Schimel, J, Arndt J, Faucher EH. A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research *Psychological Bulletin*. 2010; 136: 699-739.
78. Arndt J, Routledge C, Cox CR, Goldenberg GL. The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction *Applied and Preventive Psychology*. 2005; 11:191-213.



79. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008; 22: 167-182.
80. Strachan E, Schimel J, Arndt J, Williams T, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007; 33: 1137-1151
81. Giles AH. Death anxiety toward self and mother in clients with anorexia nervosa *Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering*. 1995; 56:522.
82. Weeks JC, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *Jama*. 1998; 279(21): 1709-1714.
83. Henselmans I, [Van Laarhoven HW](#), Van der Vloedt J, De Haes HC, Smets EM. Shared decision making about palliative chemotherapy: A qualitative observation of talk about patients' preferences. *Palliative medicine*. 2017; 31(7): 625-633.
84. de Haes H, Koedoot N. Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient education and counseling*. 2003; 50(1): 43-49.
85. Schulz R, Aderman D. Physician's death anxiety and patient outcomes. *OMEGA-J. Death Dying*. 1979; 9: 327-332
86. Black K. Health care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior. *Death Studies*. 2007; 31.(6): 563-572.

87. Moreno-Jiminez B, Rodríguez–Carvajal R, Garrosa Hernández E, Morante Benadero E. Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud mental*. 2008; 31.(2) 96-101.
88. Malliarou M, Sarafis P, Karathanasi K, Serafeim T, Sotiriadou K, Theodosopoulou E. Translation and validation of a DAP-R questionnaire. *Special Subjects on Epidemiology and Social medicine. Periodical Edition on the Scientific Subjects of Social Medicine*. 2010: 55-56.
89. Alexopoulos DS, Kalaitzidis I. "Psychometric properties of Eysenck personality questionnaire-revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Personality and individual Differences*. 2004; 37(6): 1205-1220.
90. Byrne D. Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in Experimental Personality Research*. 1964; 1: 169-220.
91. Glaser BG Strauss, AL. *Awareness of dying*. Chicago, IL: Aldine Publishing; 1965.
92. Dickinson GE, Pearson A.A. Differences in attitudes toward terminal patients among selected medical specialties of physicians. *Medical Care*. 1979; 17(6): 682-85.
93. Merrill, JR. Lorimor R, Thornby J, Woods A. Caring for terminally ill persons: Comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses, and medical students. *Psychological Reports*. 1998; 83:123-28.
94. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: a review article. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2016; 4(1): 2.

95. Anderson WG, Williams JE, Bost JE, Barnard D. Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. *Journal of palliative medicine*. 2008; 11(9): 1227-1233.
96. McCrae RR, John OP. An introduction to the five - factor model and its applications. *Journal of personality*. 1992; 60(2): 175-215.
97. Ycaza AF, Hyman SM, Behbahani S. Relationships Between Personality Characteristics and Death Awareness In A Graduate Student Sample. *Existential Analysis: Journal Of The Society For Existential Analysis*. 2012; 23(2): 278-287.
98. Landau MJ, Sullivan D, King LA. Terror Management and Personality: Variations in the Psychological Defense Against the Awareness of Mortality. *Social and Personality Psychology Compass*. 2010; 4(10): 906-917. DOI:10.1111/j.1751-9004.2010.00305.x
99. Wagner J, Ram N, Smith J, Gerstorf D. Personality trait development at the end of life: Antecedents and correlates of mean-level trajectories. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2016; 111(3): 411-429. DOI:10.1037/pspp0000071
100. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek renal nurses' attitudes towards death. *Journal of renal care*. 2011; 37(2): 101-107.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητέ συμμετέχοντα/συμμετέχουσα,

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος “Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής κι Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων” της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ με στόχο να διερευνηθεί η σχέση της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στο θάνατο και των στοιχείων της προσωπικότητάς τους.

Ακολουθεί μια σειρά ερωτηματολογίων. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις όσο πιο αυθόρμητα κι ειλικρινά μπορείτε χωρίς να συζητήσετε τις απαντήσεις σας με άλλους. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική κι ο συμμετέχων μπορεί να αποχωρήσει όποτε το επιθυμήσει. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα κι εμπιστευτικά κι η πρόσβαση σε αυτά περιορίζεται στον ερευνητή ο οποίος είναι κι ο υπεύθυνος για την κωδικοποίηση και τη φύλαξή τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν μόνο για επιστημονικούς κι ερευνητικούς σκοπούς

Για περισσότερες πληροφορίες ή απορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση: [markia88@hotmail.com](mailto:markia88@hotmail.com). Εάν παρ’όλα αυτά συνεχίσετε να έχετε απορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής διατριβής κα Κυριακή Μυστακίδου στην ηλεκτρονική διεύθυνση [mistakidou@yahoo.com](mailto:mistakidou@yahoo.com) .

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας.

Τράνακα Μαρία-Μαρκία, Ψυχολόγος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Προγράμματος «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής κι Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων»/ Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Υπογραφή

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ερώτηση 1. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Ερώτηση 2. Ηλικία:

Ερώτηση 3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Ερώτηση 4. Ειδικότητα .....

Ερώτηση 5. Σε ποιο Νοσοκομείο εργάζεστε; .....

Ερώτηση 6. Το Νοσοκομείο που εργάζεστε είναι : Γενικό

Ογκολογικό

Ερώτηση 7. Σε ποιο Τμήμα εργάζεστε; .....

Ερώτηση 8. Πόσα χρόνια προϋπηρεσία έχετε; .....

**Ερώτηση 9.** Έχετε εκπαίδευση στην

Ανακουφιστική/ Υποστηρικτική Φροντίδα; ΝΑΙ

ΟΧΙ

**Ερώτηση 10.** Έχετε χάσει κάποιον δικό σας άνθρωπο; ΝΑΙ

ΟΧΙ

**Ερώτηση 11.** Σχέση με το θανόντα:.....

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

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

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

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



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



## ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις κυκλώνοντας το «ΝΑΙ» ή το «ΟΧΙ» που ακολουθούν τη κάθε ερώτηση. ΔΕΝ υπάρχουν σωστές, λανθασμένες ή πονηρές απαντήσεις. Να απαντάτε γρήγορα και να μην σκέπτεστε πολύ το ακριβές νόημα των ερωτήσεων.

### ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1) Αλλάζει συχνά το κέφι σας ;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 2)Ενδιαφέρεστε για το τι σκέπτονται οι άλλοι; .....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 3)Είστε ομιλητικό άτομο;..... ΝΑΙ ΟΧΙ
- 4)Αν πείτε ότι θα κάνετε κάτι, κρατάτε πάντα την υπόσχεσή σας άσχετα με το πόσο δύσκολο θα μπορούσε να είναι....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 5)Νιώθετε ποτέ κακόκεφος, χωρίς ιδιαίτερο λόγο;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 6)Θα σας στενοχωρούσε να έχετε χρέος ;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 7)Είστε μάλλον κεφάτος στη ζωή σας;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 8)Σας έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρετε περισσότερα από όσα σας αναλογούσαν;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 9)Είστε ευέξαπτος;..... ΝΑΙ ΟΧΙ
- 10) Θα πέρνατε φάρμακα που θα μπορούσαν να έχουν περίεργες ή επικίνδυνες συνέπειες;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 11) Σας αρέσει να κάνετε νέες γνωριμίες; .....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 12)Σας έτυχε ποτέ να ρίξετε το βάρος σε άλλον για δικά σας σφάλματα;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 13)Αισθάνεστε εύκολα πληγωμένος από την συμπεριφορά των άλλων;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 14)Προτιμάτε να συμπεριφέρεστε όπως εσείς νομίζετε παρά να συμπεριφέρεστε σύμφωνα με τους κανόνες της κοινωνίας;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 15)Συνήθως μπορείτε να επιτρέπετε στον εαυτό σας να πηγαίνει και να διασκεδάζει σε ένα κεφάτο πάρτι;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 16)Είναι όλες σας οι συνήθειες καλές και αποδεκτές από τους άλλους;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 17)Αισθάνεστε συχνά μπουχτισμένος;.....ΝΑΙ ΟΧΙ

- 18) Δίνετε μεγάλη σημασία στους καλούς τρόπους και την καθαριότητα;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 19) Παίρνετε πρωτοβουλία για να κάνετε καινούργιους φίλους;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 20) Έχετε ποτέ πάρει κάτι (έστω και μία καρφίτσα ή ένα κουμπί) που ανήκε σε κάποιον άλλο;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 21) Θα θεωρούσατε τον εαυτό σας νευρωτικό;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 22) Θεωρείτε το γάμο παλαιομοδίτικη (ξεπερασμένη) συνήθεια και ότι θα πρέπει να καταργηθεί;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 23) Εύκολα μπορείτε να δώσετε κέφι σε ένα μάλλον ανιαρό πάρτι;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 24) Έχετε ποτέ καταστρέψει ή χάσει κάτι που ανήκε σε κάποιον άλλο;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 25) Είστε συνεχώς στενοχωρημένος; .....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 26) Σας αρέσει να συνεργάζεστε με άλλους;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 27) Συνηθίζετε να παραμένετε στο περιθώριο, όταν βρίσκεστε σε κοινωνικές εκδηλώσεις;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 28) Σας στενοχωρεί όταν γνωρίζετε ότι υπάρχουν λάθη στη δουλειά σας;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 29) Έχετε ποτέ πει κάτι κακό ή άσχημο για κάποιον;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 30) Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας νευρωτικό, με τεντωμένα τα νεύρα;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 31) Νομίζετε ότι οι άνθρωποι διαθέτουν πολύ χρόνο για να εξασφαλίσουν το μέλλον τους με αποταμιεύσεις και ασφαλιστικά συμβόλαια;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 32) Σας αρέσει να έρχεστε σε επαφή με άλλους ανθρώπους;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 33) Σαν παιδί υπήρξατε ποτέ θρασύς απέναντι στους γονείς σας;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 34) Βρίσκετε ότι μένετε για πολύ ώρα στενοχωρημένος μετά από μια δυσάρεστη εμπειρία; .....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 35) Προσπαθείτε να μην είστε αγενής προς τους άλλους;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 36) Σας αρέσει η μεγάλη φασαρία (το πολύ πήγαινε έλα) και η βαβούρα γύρω σας;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 37) Έχετε κάνει ζαβολιά σε κάποιο παιχνίδι;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 38) Είστε αγχώδης;.....ΝΑΙ ΟΧΙ
- 39) Θα σας άρεσε να σας φοβούνται οι άλλοι

- άνθρωποι; .....ΝΑΙ ΟΧΙ  
40)Έχετε ποτέ εκμεταλλευτεί κανέναν;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
41)Είστε συνήθως λιγομίλητος όταν είστε σε παρέα  
με άλλα άτομα;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
42)Αισθάνεστε συχνά μοναξιά;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
43)Είναι καλύτερα να ακολουθείτε τους κανόνες της κοινωνίας  
από το να συμπεριφέρεστε όπως εσείς νομίζετε;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
44)Οι άλλοι άνθρωποι σας θεωρούν πολύ κεφάτο άτομο;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
45)Πάντοτε εφαρμόζετε αυτό το οποίο υποστηρίζετε; .....ΝΑΙ ΟΧΙ  
46)Συχνά βασανίζεστε από αισθήματα ενοχής; .....ΝΑΙ ΟΧΙ  
47)Μερικές φορές αναβάλλετε μέχρι αύριο  
αυτό που έπρεπε να κάνετε σήμερα;.....ΝΑΙ ΟΧΙ  
48)Μπορείτε να δώσετε κέφι σε ένα πάρτι;.....ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΛΕΓΞΕΤΕ ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  
ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

P=    N=    E=    L=