



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ**  
**ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**«Στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου για τη φροντίδα  
ασθενών που πεθαίνουν»**

**Της**

**Μπακαλίδου Χρυσής**

**Νοσηλεύτριας Τ.Ε.**

**Αθήνα**

**2019**

### **Τριμελής Επιτροπή**

- 1) Πατηράκη-Κουρμπάνη Ελισάβετ, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής (επιβλέπουσα)**
- 2) Μυστακίδου Κυριακή, Καθηγήτρια Ιατρικής**
- 3) Κατσαραγάκης Στυλιανός, Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής**

## Πίνακας Περιεχομένων

1. Εισαγωγή .....	5
2. Θεωρητικό Μέρος.....	8
2.1 Ο καρκίνος ως χρόνια νόσος.....	8
2.2 Η ιστορία του καρκίνου .....	9
2.3 Επιδημιολογικά δεδομένα της νεοπλασματικής νόσου .....	11
2.4 Η ιατρική αντιμετώπιση του καρκίνου .....	12
2.4.1 Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου .....	12
2.4.2 Η επικουρική θεραπεία .....	13
2.4.3 Υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή .....	14
2.5. Τα στάδια της νεοπλασματικής νόσου.....	14
2.5.1 Η ταξινόμηση των όγκων .....	14
2.5.2 Ο προχωρημένος καρκίνος, ο μεταστατικός καρκίνος και ο καρκίνος τελικού σταδίου.....	16
2.6 Ο ρόλος και η συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του καρκίνου.....	19
2.7 Οι αντιλήψεις, στάσεις και πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού.....	21
2.7.1 Οι αντιλήψεις για τους ασθενείς που πεθαίνουν.....	21
2.7.2 Ο ρόλος της θρησκευτικότητας .....	23
2.7.3 Η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού .....	25
2.8. Η σχέση μεταξύ της ποιότητας της ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, των αντιλήψεών του για τους ασθενείς που πεθαίνουν και της θρησκευτικότητάς του.....	28
2.9 Οι στάσεις, αντιλήψεις και επαγγελματικές πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα.....	30
3. Ερευνητικό Μέρος .....	32
3.1. Σχεδιασμός μελέτης .....	32
3.2. Συμμετέχοντες .....	32
3.3. Μετρήσεις .....	32
3.3.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά .....	33
3.3.2. Στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.....	33
3.3.3. Εργασιακή ποιότητα ζωής .....	33
3.3.4. Θρησκευτικότητα-Πνευματικότητα.....	34
3.4. Διαδικασία .....	34
3.5. Ανάλυση δεδομένων .....	35

3.6. Αποτελέσματα.....	43
3.6.1 Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.....	44
3.6.2. Η επαγωγική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.....	51
3.7. Συζήτηση.....	57
3.8. Περιορισμοί της μελέτης .....	59
3.9. Προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα .....	61
3.10. Προτάσεις για τη κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία.....	63
4. Συμπεράσματα .....	64
Βιβλιογραφία .....	66
Παραρτήματα.....	79
Παράρτημα 1. Οι μετρήσεις της έρευνας .....	79
Παράρτημα 2. Η έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης .....	83
Παράρτημα 3. Η φόρμα συγκατάθεσης.....	86

## Περίληψη

**Υπόβαθρο:** Προγενέστερες μελέτες καταδεικνύουν πως ορισμένοι νοσηλευτές αναπτύσσουν αρνητικές αναπαραστάσεις για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Η ως τώρα βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί κυρίως στη μελέτη δημογραφικών παραγόντων (π.χ. ηλικία) και όχι άλλων στάσεων που επιδρούν στις αντιλήψεις για την ενασχόληση με τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων, της πνευματικότητας-θρησκευτικότητας και της ποιότητας ζωής στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 143 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας» και του Κέντρου Ημερήσιας Νοσηλείας «Νίκος Κούρκουλος». Οι μετρήσεις που χορηγήθηκαν περιλάμβαναν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ερωτηματολόγια Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, Spiritual Well-being Scale, ProQOL-5, που μετρούν αντίστοιχα τις στάσεις για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, τη πνευματικότητα/θρησκευτικότητα και παραμέτρους της εργασιακής ποιότητας ζωής, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, το τραύμα και η εξουθένωση.

**Αποτελέσματα:** Τα άτομα νοσηλευτικού προσωπικού μεταπτυχιακού επιπέδου είχαν υψηλότερες τιμές στο FATCOD από τα άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ ( $p=0.022$ ) και ΔΕ ( $p=0.009$ ). Υπήρχε μια θετική συσχέτιση των τιμών του FATCOD με τη πνευματικότητα ( $r=0.391$ ,  $p=0.000$ ) και την επαγγελματική ικανοποίηση ( $r=0.303$ ,  $p=0.000$ ), ενώ αρνητικές συσχετίσεις καταγράφηκαν με την εξουθένωση ( $r=0.333$ ,  $p=0.000$ ) και με το τραύμα ( $r=-0.227$ ,  $p=0.009$ ). Δεν καταγράφηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των τιμών του FATCOD και των υπολοίπων μεταβλητών της έρευνας.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει μια μικρή επίδραση δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση των στάσεων για τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν και μια ισχυρή επίδραση παραμέτρων της εργασιακής ποιότητας ζωής και της πνευματικότητας.

## **Abstract**

**Background:** Previous studies indicate that some nurses might develop negative attitudes towards working with dying cancer patients. Even though demographic variables, such as age, have been extensively investigated through previous studies, there is little evidence concerning the effect of other attitudes on nurses' attitudes towards working with those patients.

**Aim:** To investigate several and multidimensional parameters that affect the development of attitudes towards working with dying cancer patients.

**Methods:** The sample of the study consisted of 143 nurses working at "Agios Savas" University Hospital and at the day center "Nikos Kourkoulos". The assessments included sociodemographic variables and three instruments, the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, the Spiritual Well-being Scale, and the ProQOL-5, measuring attitudes towards dying patients, religiosity/spirituality and several attitudes of work-related quality of life respectively (job satisfaction, trauma and burnout).

**Results:** Nurses holding a Master's degree scored higher in FATCOD compared with those holding a Technological Educational Institute degree ( $p=0.022$ ) and those holding a secondary education degree ( $p=0.009$ ). A positive statistically significant relationship was recorded between FATCOD scores and spirituality ( $r=0.391$ ,  $p=0.000$ ), as well as between FATCOD and compassion satisfaction ( $r=0.303$ ,  $p=0.000$ ). Negative statistically significant relationships were noted between FATCOD and burnout ( $r=0.333$ ,  $p=0.000$ ), as well as between FATCOD and secondary trauma ( $r=-0.227$ ,  $p=0.009$ ). No other statistically significant relationships were noted between FATCOD and the other variables of the study.

**Conclusions:** This study indicates that sociodemographic variables might have a weak relationship with attitudes towards working with dying cancer patients, while parameters such as work-related quality of life and spirituality might have a strong relationship.

**Key-words:** cancer, care, nursing staff, oncology, terminal

## 1. Εισαγωγή

Αναμφίβολα, η χρόνια νόσος είναι μια διαρκής μάχη του ασθενούς για διατήρηση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του κατά μήκος της πορείας της ασθένειας (Cotterell, 2008). Καθώς η νόσος προχωρά σε τελικό στάδιο οι υποστηρικτικές αυτές ανάγκες των ασθενών παραμένουν σταθερές, ενώ νέες όπως η επιθυμία για έναν αξιοπρεπή θάνατο και η μάχη για διατήρηση της αξιοπρέπειας στο εναπομείναν χρονικό διάστημα κάνουν την εμφάνισή τους (Chochinov, 2006). Συνολικότερα, η νόσος τελικού σταδίου θεωρείται ως ένα φαινόμενο που οφείλει να εξετάζεται αυτόνομα, καθώς διαφοροποιείται σημαντικά όχι μόνο ως προς τη κλινική εικόνα της νόσου, αλλά και ως προς το βίωμα του ασθενούς συγκριτικά με προγενέστερα στάδια (Di Matteo & Martin, 2002).

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει έναν κεντρικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών και ένα μεγάλο αίσθημα ευθύνης απέναντι τους. Όπως υποστηρίζεται μέσα από μια παλιά αλλά διαχρονική ηθικοφιλοσοφικού τύπου προσέγγιση του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού από τους Johnson & Martin (1958), το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι σε θέση να καλύπτει το σύνολο των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών. Καθώς επομένως οι ανάγκες αυτές είναι πολυσύνθετες, αφού δεν περιορίζονται μόνο στις υποστηρικτικές ανάγκες αναφορικά με τη νόσο, αλλά και αναφορικά με τη ψυχική κατάσταση του ασθενούς και τις πνευματικές του ανησυχίες, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι σε θέση να καλύπτει και αυτές.

Ένα παράδοξο εύρημα συναντάται αναφορικά με τη κάλυψη των αναγκών αυτών και την επιθυμία προς κάλυψή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως διαπιστώνεται σε μια σχετική μελέτη σε πληθυσμό 200 νοσηλευτών, ενώ έχουν την επιθυμία για κάλυψη του συνόλου των υποστηρικτικών αναγκών (π.χ. πνευματικού χαρακτήρα), ένα μικρό μόνο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού διατείνεται πως μπορεί με αποτελεσματικότητα να το πράξει αυτό (Wu et al., 2016). Κατά συνέπεια, παρατηρείται μια ασυμφωνία μεταξύ της επιθυμίας του νοσηλευτικού προσωπικού για πολυεπίπεδη υποστήριξη και κάλυψη των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών και της εκπλήρωσης της επιθυμίας αυτής.

Πέραν από την όποια πολυεπίπεδη υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον ασθενή, και ο ίδιος ο νοσηλευτής δέχεται μια ισχυρή επίδραση μέσα από τη παροχή των υπηρεσιών του στον ασθενή (Lasister, 2014). Η επίδραση αυτή

καταδεικνύεται μάλιστα ως θετική, καθώς σχετίζεται με μια βελτίωση διαστάσεων του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν να κάνουν με τη συναισθηματική υποστήριξη προς τον ασθενή (Haugan et al., 2013). Ως εκ τούτου, η αλληλεπίδραση του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να θεωρηθεί ως πρωταρχικού ενδιαφέροντος.

Η συγκεκριμένη εργασία μελετά τη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, τις στάσεις τους απέναντι στους ογκολογικούς ασθενείς που πεθαίνουν και το ρόλο της θρησκευτικότητας. Το πρώτο μέρος της μελέτης αφορά τη θεωρητική επισκόπηση του ζητήματος. Γίνεται για το λόγο αυτό μια αναφορά στο καρκίνο ως χρόνια νόσο, στη ταξινόμηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, στην ιστορία και την επιδημιολογία του. Με στόχο σύνδεση της νόσου με το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού πραγματοποιείται ανασκόπηση του ρόλου του στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν και παραμέτρων που επηρεάζονται άμεσα από την επαγγελματική του πρακτική, όπως η ποιότητα της ζωής του και οι στάσεις του για την ενασχόληση με τους ασθενείς που πεθαίνουν, ενώ διερευνάται επίσης και ο ρόλος της θρησκευτικότητας ως μιας παραμέτρου που επηρεάζει την επαγγελματική πρακτική του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και επηρεάζεται από αυτή. Εν συνεχεία, πραγματοποιείται μια ανασκόπηση των σχέσεων ανάμεσα στη ποιότητα της ζωής, τη θρησκευτικότητα και τις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν με στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών αυτών στην ως τώρα βιβλιογραφία. Τέλος, πέραν των ερευνών σε χώρες του εξωτερικού πραγματοποιείται μια αποτύπωση του συγκεκριμένου ερευνητικού πεδίου στην ελληνική πραγματικότητα.

Με στόχο τη καλύτερη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών στην ελληνική πραγματικότητα διενεργήθηκε μια σχετική έρευνα σε πληθυσμό νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, η οποία και παρουσιάζεται στο ερευνητικό σκέλος της μελέτης. Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, οι παράμετροι αυτοί έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και σε χώρες του εξωτερικού. Η αναγκαιότητα ωστόσο για τη μελέτη των συγκεκριμένων στάσεων και αντιλήψεων στην ελληνική πραγματικότητα απορρέει από επιστημολογικές καταβολές της προσέγγισης της επιστημονικής γνώσης. Σύμφωνα με την επιστημολογική προσέγγιση του επιστημονικού ρεαλισμού (Christensen, 2004; Robson, 2002), η εξαγωγή συμπερασμάτων απαιτεί τη θεώρηση της έρευνας ως συνεχούς και δυναμικής, με



στόχο το να επιβεβαιώνονται ή να απορρίπτονται οι υποθέσεις των προγενέστερων ερευνών από νέες μελέτες. Πολύ σημαντικότερα, τα πολιτισμικά εμπόδια και η ετερογένεια των περιβαλλόντων που διεξάγονται οι μελέτες συνεπάγεται και μια μειωμένη γενικευσιμότητα από το ένα πλαίσιο εξέτασης στο άλλο. Για το λόγο αυτό, η διερεύνηση της θρησκευτικότητας, της ποιότητας της ζωής και των αντιλήψεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν στην ελληνική πραγματικότητα φαντάζει επιβεβλημένη με στόχο την εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας, δημιουργώντας συνεπώς την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης έρευνας.

## 2. Θεωρητικό Μέρος

### 2.1 Ο καρκίνος ως χρόνια νόσος

Ως νόσος αναφέρεται κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οργανικό επίπεδο και προκαλεί παθολογικές βλάβες στον οργανισμό (Naidoo & Wills, 2000). Ως χρόνια νόσος, ορίζεται κάθε παθολογική κατάσταση στην οποία παρατηρούνται μία ή περισσότερες από μία βλάβες ή αποκλίσεις από τη φυσιολογική ακεραιότητα και λειτουργικότητα, οι οποίες ανεξάρτητα από το αν είναι εκτεταμένες ή όχι παραμένουν μόνιμες ή ημιμόνιμες. Σχεδόν πάντα οι χρόνιες ασθένειες οφείλονται σε καταστάσεις μη αναστρέψιμες ή δύσκολα βελτιώσιμες. Παρ' ότι πρόκειται για διαφορετικά νοσήματα παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Di Matteo & Martin, 2002):

- A. Μια πολυπαραγοντική αιτιότητα στη πρόκλησή τους
- B. Μια μακρά περίοδο επώασης πριν την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων
- Γ. Μια παρατεταμένη πορεία του νοσήματος με πιθανότητα πρόκλησης και άλλων επιπτώσεων στην υγεία του οργανισμού
- Δ. Λειτουργική ανεπάρκεια ή ανικανότητα

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια νόσο που πληροί τα ανωτέρω κριτήρια. Ως προς την αιτιοπαθογένειά της, η ανάπτυξη της νεοπλασματικής νόσου είναι πολυπαραγοντική. Στην εκδήλωσή της αλληλεπιδρά μια σειρά γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (π.χ. κάπνισμα, διατροφή κτλ). Συνεπώς, η απόδοση της εμφάνισής της δεν μπορεί να αποδοθεί σε έναν και μόνο παράγοντα (Blackadar, 2016). Συνεπάγεται δε σημαντική έκπτωση των δραστηριοτήτων του ατόμου, ανεπάρκεια και ανικανότητα. Λόγω της υποχώρησης του στίγματος προς τους καρκινοπαθείς κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι περιορισμοί της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας είναι πλέον λιγότεροι, εξακολουθούν όμως να διατηρούνται οι έντονοι περιορισμοί της σωματικής λειτουργικότητας για τους ασθενείς με καρκίνο (Bradby, 2009). Χαρακτηριστική της επίδρασης του καρκίνου στη λειτουργικότητα και το ρόλο του πάσχοντα είναι η κάτωθι φράση ενός αμερικάνου ιατρού που νόσησε από το καρκίνο και ο οποίος παραθέτοντας τις σκέψεις του μετά τη διάγνωση της νόσου αναφέρει «Ο μεγαλύτερος φόβος μου ήταν το ενδεχόμενο να χάσω τον έλεγχο της ζωής μου. Θα έπρεπε να τον παραχωρήσω στα χέρια απρόσωπων χειριστών ακτινολογικών μηχανημάτων και ανθρώπων που δεν γνώριζα» (Shlain, 1979).

## 2.2 Η ιστορία του καρκίνου

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο της σύγχρονης εποχής, η οποία συναντάται ωστόσο ήδη από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης (460-377 π.χ.) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». Στους Αφορισμούς αναφέρει μάλιστα πως για το καρκίνο που αναπτύσσεται σε μη εμφανή μέρη του σώματος είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμία θεραπεία. Στο έργο του «περί Επιδημιών» ο Ιπποκράτης αναφέρεται εκτενώς στο καρκίνο του στήθους μέσω της περιγραφής μιας γυναίκας στα Άβδηρα που παρουσίασε καρκίνο στο στήθος της και είχε διαρροή υγρών από τη θηλή (Κούζης, 2005). Ο Ιπποκράτης θεωρείται μάλιστα ως ιδιαίτερα σημαντικό πρόσωπο στην επιρροή των θεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται ακόμα και σήμερα, καθώς διέκρινε τους όγκους ανάμεσα σε αυτούς που μπορούσε μέσω επεμβατικών μεθόδων να αντιμετωπίσει και σε αυτούς που λόγω του ότι η αντιμετώπισή τους ήταν αδύνατη σηματοδοτούσαν την αναγκαιότητα ανακουφιστικής αγωγής για τα συμπτώματα του ασθενούς (Zheng et al., 2010). Ως απόρροια της προόδου στην αντιμετώπιση του καρκίνου από τον Ιπποκράτη και μεταγενέστερα από το Γαληνό, η διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου συμπεριλαμβάνονται στα ιατρικά εγχειρίδια που συγγράφονται από αρχαίους Έλληνες ιατρούς κατά τους επόμενους αιώνες (Karpozilos & Pavlidis, 2004).

Παρά την ανωτέρω επιστημονικού χαρακτήρα αναφορά του Ιπποκράτη, αναλύσεις σκελετών της αρχαιότητας φανερώνουν πως ο καρκίνος ήταν μεν μια νόσος που συναντιόνταν, η συχνότητά της ήταν όμως ιδιαίτερα χαμηλή. Χαρακτηριστικό είναι το ότι αναλύσεις σε μούμιες της αρχαίας Αιγύπτου καταδεικνύουν πως ο καρκίνος ήταν μια πολύ σπάνια νόσος, κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα πως η εμφάνιση της νόσου σχετίζεται με το σύγχρονο τρόπο ζωής (π.χ. παχυσαρκία, καπνιστική συνήθεια, κακή διατροφή κ.α.), παρά με παράγοντες γενετικούς (Figueiredo et al., 2012). Η διαφορά της σκέψης των αρχαίων Ελλήνων σε σχέση με τους υπόλοιπους λαούς έγκειται στη μεγαλύτερη αναγνώριση και κατηγοριοποίηση της νόσου. Για παράδειγμα, ο Εσαρχαδδών (681 π.Χ. - 669 π.Χ.), βασιλιάς της Ασσυρίας και της Βαβυλώνας νόσησε από σάρκωμα Karosi, η συμπτωματολογία του οποίου δεν αποδόθηκε στη νεοπλασματική νόσο. Αντίθετα, στην αρχαία ελληνική βιβλιογραφία παρατηρείται μια ορθή με βάση τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται απόδοση της συμπτωματολογίας νοσημάτων στη

νεοπλασματική νόσο, σύμφωνα με τα επί του παρόντος διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Domellöf, 2007).

Παρά τις όποιες μελέτες της συγκεκριμένης νόσου με επίκεντρο την αρχαιότητα, η έρευνα, η θεραπεία και η συνολικότερη αντιμετώπιση του καρκίνου παρέμειναν στάσιμες μέχρι περίπου το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Η έλλειψη προόδου της ιατρικής αντιμετώπισης και ο σκοταδισμός του μεσαίωνα αποτελούν τις κύριες αιτίες παύσης της προόδου στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου νοσήματος. Η «επανάσταση» στο πεδίο των θεραπευτικών αντιμετώπισεων επήλθε με την ανακάλυψη της αναισθησίας, η οποία και άνοιξε το δρόμο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση διαφόρων νεοπλασιών, όπως αυτών του μαστού (Ekmektzoglou et al., 2009).

Ο καρκίνος βρέθηκε εν συνεχεία στο επίκεντρο των πολιτικών δημόσιας υγείας κατά τον 20 αιώνα. Η ανάπτυξη των μεθόδων παρασκευής τσιγάρων στη χρονική περίοδο του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου παρείχε τη δυνατότητα μαζικής προμήθειας των στρατιωτών που μάχονταν στα μέτωπα με μεγάλες ποσότητες τσιγάρων. Οι συγκεκριμένοι στρατιώτες, οι οποίοι ως τότε καταλάωναν άλλες μορφές καπνού, άρχισαν να καπνίζουν συστηματικά ακόμα και πάνω από 50 τσιγάρα την εβδομάδα. Μετά το πέρας του πολέμου επέστρεψαν από την Ευρώπη στις Ηνωμένες Πολιτείες ως εθισμένοι στη καπνιστική συνήθεια και τα τσιγάρα, όντας πλέον ενεργοί καπνιστές (Brandt, 2007).

Η επιδημιολογικού χαρακτήρα σύνδεση της χρήσης των τσιγάρων με την ανθρώπινη νοσηρότητα και θνησιμότητα παρατηρήθηκε μία δεκαετία αργότερα, όταν και διαπιστώθηκε μια αύξηση των θανάτων λόγω του καρκίνου του πνεύμονα σε επαναπατρισμένους στρατιώτες από την Ευρώπη στις Ηνωμένες Πολιτείες (Paoletti et al., 2012). Την ίδια στιγμή, οι καπνοβιομηχανίες εισήγαγαν τη χρήση των φίλτρων με τη προσδοκία πως αυτό ως ένα βαθμό θα μείωνε την επίδραση του τσιγάρου στην υγεία των καπνιστών. Παρ' όλα αυτά, πιθανώς εξαιτίας της βαθύτερης εισπνοής του καπνού δια μέσου των αεραγωγών, η συγκεκριμένη πολιτική οδήγησε στα αντίθετα αποτελέσματα, οδηγώντας σε διόγκωση του πληθυσμού των νοσούντων και σε ένα μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας (Thun et al., 2013). Στα πλαίσια αυτά, κατά τις επόμενες δεκαετίες ο πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών Νίξον κήρυξε τον «πόλεμο στο καρκίνο», καταδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τις μεγάλες διαστάσεις του προβλήματος σε επίπεδο δημόσιας υγείας (Sporn, 1996).

### 2.3 Επιδημιολογικά δεδομένα της νεοπλασματικής νόσου

Λόγω της υψηλής του επίπτωσης και της συνακόλουθης θνησιμότητας ο καρκίνος οφείλει να χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με μια σχετική ανάλυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις αρχές της δεκαετίας το 2010 η θνησιμότητα λόγω του καρκίνου ξεπέρασε αυτή των καρδιαγγειακών νοσημάτων (World Health Organization, 2011).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η μελέτη της συχνότητας της νεοπλασματικής νόσου, προκειμένου να αποτυπωθεί η εικόνα της εξ' αυτής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μια καλή εικόνα της επιδημιολογίας της νόσου υπάρχει στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου κάθε χρόνο η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρία δημοσιεύει τη πρόβλεψή της για τη συχνότητα του καρκίνου στη χρονιά που έρχεται. Σύμφωνα με τη σχετική ανάλυση του 2018, αναμένονται 1.735.350 νέα περιστατικά καρκίνου και 609.640 νέα περιστατικά θανάτων λόγω του καρκίνου. Για τους άντρες, οι τρεις πρώτες σε επίπτωση μορφές καρκίνου αναμένεται να είναι αυτή του πνεύμονα, του προστάτη και του παχέος εντέρου, ενώ για τις γυναίκες αυτή του στήθους, του πνεύμονα και του παχέος εντέρου. Ως προς τη θνησιμότητα, οι τρεις πρώτες μορφές καρκίνου για τους άντρες αναμένεται να είναι αυτή του πνεύμονα, του προστάτη και του παχέος εντέρου, ενώ για τις γυναίκες αυτή του πνεύμονα, του στήθους και του παχέος εντέρου (Siegel et al., 2018).

Στην Ευρώπη, η επιδημιολογική εικόνα του καρκίνου διακρίνεται από μια μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των επιμέρους κρατών. Η κυριότερη διαφορά σχετίζεται με τη πρώτη σε επίπτωση μορφή καρκίνου για τους άντρες, όπου στις ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες είναι αυτή του προστάτη, ενώ στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και στο σύνολο αυτών που βρίσκονταν στη σφαίρα επιρροής της Ε.Σ.Σ.Δ. η πρώτη σε επίπτωση μορφή καρκίνου είναι αυτή του πνεύμονα. Η Ελλάδα ανήκει στη δεύτερη κατηγορία, με τη πρώτη σε επίπτωση μορφή καρκίνου για τους άντρες να είναι αυτή του πνεύμονα, ενώ για τις γυναίκες αυτή του στήθους (Ferlay et al., 2013).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ένας σημαντικός μετασχηματισμός της επιδημιολογικής εικόνας της νεοπλασματικής νόσου. Η βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων που οδηγούν σε πιο έγκαιρη διάγνωση και η πρόοδος των θεραπευτικών αντιμετώπισεων, κυρίως της χημειοθεραπείας, οδήγησαν σε μια αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και κατά συνέπεια αύξηση του

πληθυσμού των επιβιώσαντων από τη νόσο (DeVita & Chu, 2008). Επιπλέον, παρατηρείται μια μείωση των νέων περιστατικών καρκίνου, κυρίως λόγω μιας σημαντικής μείωσης της καπνιστικής συνήθειας (Siegel et al., 2018). Ωστόσο, η τάση αυτή αφορά μόνο τον αναπτυγμένο κόσμο, αφού στον αναπτυσσόμενο παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου, η οποία και οδηγεί σε μια συνολική αύξηση των σχετικών με τον καρκίνο επιδημιολογικών δεικτών σε παγκόσμιο επίπεδο (Ferlay et al., 2015). Υπολογίζεται μάλιστα πως η επίπτωση του καρκίνου το 2030 ενδεχομένως να είναι η διπλάσια σε σύγκριση με αυτή του 2008 (Bray et al., 2012).

Διάφοροι λόγοι έχουν προταθεί ως απόδοση της αυξημένης αυτής συχνότητας του καρκίνου κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αναλύσεις κρατών του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπως η Σαουδική Αραβία και η Ινδία, καταδεικνύουν πως μια αύξηση του δείκτη μάζας σώματος του πληθυσμού κατά τις προηγούμενες δεκαετίες ακολουθήθηκε από μια αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου (Arnold et al., 2016). Μάλιστα, σε χώρες της μέσης Ανατολής, όπως το Ιράν, η αύξηση τύπων καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου, αποδίδεται στην αύξηση της υιοθέτησης δυτικού χαρακτήρα διατροφικών συμπεριφορών, οι οποίες και δεν προάγουν την υγεία (Dolatkhah et al., 2015). Κατά συνέπεια, η «παγκοσμιοποίηση» του καρκίνου ως μείζονος προβλήματος της δημόσιας υγείας μπορεί να αποδοθεί στη παγκοσμιοποίηση του νοσογόνου τρόπου ζωής.

## **2.4 Η ιατρική αντιμετώπιση του καρκίνου**

### **2.4.1 Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου**

Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί μια χρήσιμη επιλογή για ασθενείς που έχουν ένα πρώιμο στάδιο όγκου. Πιο συγκεκριμένα, η αφαίρεση του όγκου πραγματοποιείται συνήθως σε ασθενείς με στάδιο νόσου I, II και IIIA. Βασικό κριτήριο για την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η εξέταση του εάν ο ασθενής μπορεί να ανταποκριθεί στη χειρουργική διαδικασία. Το μέγεθος του όγκου αποτελεί μια παράμετρο που λαμβάνεται υπ' όψη κατά το σχεδιασμό της συγκεκριμένης αντιμετώπισης και για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται τόσο η βιοψία, όσο και η απεικονιστική μέθοδος. Επί του παρόντος, ελέγχονται ως προς την αποτελεσματικότητά τους και εισάγονται στη κλινική πρακτική νέες μέθοδοι, οι οποίες επιτρέπουν μικρές τομές και παράλληλη απεικόνιση της πορείας του

χειρουργείου μέσω βίντεο, ώστε να διασφαλίζεται ένα λιγότερο επικίνδυνο για επιπλοκές χειρουργείο (Howington et al., 2013).

Ένα βασικό ωστόσο εμπόδιο στη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου είναι το υψηλό κόστος που απαιτείται για τη χειρουργική επέμβαση. Το υψηλό κόστος έχει μάλιστα ως αποτέλεσμα το να μην λαμβάνει το σύνολο των ασθενών τη συνιστώμενη θεραπευτική αντιμετώπιση, αφού η χειρουργική διαδικασία αναγκαστικά παραβλέπεται λόγω της αδυναμίας του ασθενούς να καλύψει το κόστος της. Το πρόβλημα αυτό είναι έντονο για ασθενείς που δεν έχουν ασφάλεια και για ασθενείς που κατοικούν σε λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη (Grimes et al., 2011). Αποτελεί δε για διάφορες μορφές καρκίνου που είναι σχεδόν στο σύνολό τους άμεσα απειλητικές για τη ζωή (π.χ. καρκίνος πνεύμονα) ένα παράγοντα που συνδέεται έντονα με τη θνησιμότητα των ασθενών (Greenwald et al., 1998).

## **2.4.2 Η επικουρική θεραπεία**

### **2.4.2.1 Η χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία βασίζεται στην ενδοφλέβια χορήγηση ενός ή περισσότερων φαρμάκων για την αντιμετώπιση ενός όγκου. Ο στόχος της χημειοθεραπείας είναι η αναστολή της μίτωσης των κυττάρων. Η χημειοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της νεοπλασματικής νόσου και η πρόοδος της κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει οδηγήσει σε βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών (DeVita & Chu, 2008). Κεντρικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπευτικής αγωγής έχει η λειτουργικότητα του ασθενούς, αφού σε ασθενείς με χαμηλό Performance Status η χημειοθεραπεία αποφεύγεται λόγω των έντονων συμπτωμάτων που μπορεί να επιφέρει, τα οποία και ενδεχομένως να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο (Gridelli et al., 2004). Οι τελευταίες γενιές χημειοθεραπευτικών σχημάτων συνοδεύονται από λιγότερες παρενέργειες, αφού συμπτώματα όπως η ναυτία και ο εμετός αντιμετωπίζονται πλέον με αποτελεσματικότητα στη κλινική πρακτική, με τη πρόκληση να είναι πλέον η αντιμετώπιση άλλων δευτερευόντων παρενεργειών, όπως για παράδειγμα η γνωστική έκπτωση (Moore, 2014; Mustian et al., 2011). Παρ' όλα αυτά, ένα υπολογίσιμο ποσοστό των ασθενών ανθίσταται στη χορήγηση της χημειοθεραπευτικής αγωγής λόγω των συμπτωμάτων της χημειοθεραπείας (El Shayeb et al., 2012).

#### **2.4.2.2 Η ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνά χρησιμοποιούμενη αντιμετώπιση για τη θεραπεία των συμπαγών όγκων. Η δόση της ραδιοθεραπείας διαφοροποιείται με βάση το στάδιο της νόσου, όπου σε ασθενείς με πρωιμότερα στάδια χορηγούνται χαμηλές δόσεις σε συγκεκριμένα πεδία με στόχο τη μείωση της τοξικότητας, ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια αφ' ενός χορηγούνται υψηλότερες δόσεις, αφ' ετέρου η θεραπευτική επίδραση αυτών είναι περιορισμένη (Senan et al., 2004). Ωστόσο, η ραδιοθεραπεία βρίσκεται σε διαρκή εξέλιξη, αφού η μειωμένη τοξικότητα και η βελτιωμένη αποτελεσματικότητα σύγχρονων τεχνικών, όπως η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία, οδηγούν σε μια καλύτερη επιβίωση και λιγότερες παρενέργειες για τους ασθενείς (Grutters et al., 2010).

#### **2.4.3 Υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή**

Κατά πολλούς η υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή είναι μια ιδιαίτερη μορφή θεραπείας η οποία δεν μπορεί να συγκριθεί με τις υπόλοιπες αγωγές, αφού βασίζεται αποκλειστικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και όχι στην αντιμετώπιση του ίδιου του καρκινικού όγκου. Η υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή διαφέρει επίσης από τις άλλες θεραπείες διότι χρησιμοποιεί τόσο φαρμακευτικά σκευάσματα (π.χ. παυσίπονα), όσο και μη φαρμακευτικές μεθόδους παρέμβασης (π.χ. συμβουλευτική διατροφής, τεχνικές χαλάρωσης, φυσική δραστηριότητα). Είναι δε μια παρέμβαση αυστηρά εξατομικευμένη ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που πάσχει από καρκινική καχεξία απαιτεί μια εντελώς διαφορετικής φύσεως υποστηρικτική και ανακουφιστική παρέμβαση σε σύγκριση με έναν ασθενή χωρίς καρκινική καχεξία. Δίδεται επίσης σε συνάρτηση με τη θεραπεία που ακολουθεί ο ασθενής ή και χωρίς κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή όταν πρόκειται για προχωρημένο στάδιο ασθένειας, όπου δεν υπάρχει προοπτική ίασης του καρκίνου (Chandrasekar et al., 2016).

### **2.5. Τα στάδια της νεοπλασματικής νόσου**

#### **2.5.1 Η ταξινόμηση των όγκων**

Η κλινική εικόνα των νεοπλασιών υπαγορεύει τη ταξινόμησή τους στις ανάλογες κατηγορίες. Οι επιμέρους κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται οι όγκοι είναι οι κάτωθι (Αντωνακόπουλος, 2001):



- Τα καρκινώματα: Τα καρκινώματα είναι συμπαγείς όγκοι του επιθηλιακού ιστού. Για το λόγο αυτό, καλύπτουν εξωτερικές επιφάνειες όπως τα στρώματα του δέρματος και οι εσωτερικές κοιλότητες του σώματος (π.χ. μήτρα).
- Τα σαρκώματα: Τα σαρκώματα αποτελούν όγκους που αναπτύσσονται στους ιστούς που δομούν, συνδέουν και υποστηρίζουν τα όργανα μεταξύ τους. Για το λόγο αυτό, ένα όργανο που έχει προσβληθεί από καρκίνωμα δύναται να προσβληθεί ταυτοχρόνως και από σάρκωμα στο σημείο σύνδεσής του με κάποιο άλλο.
- Τα λεμφώματα: Πρόκειται για όγκους που αναπτύσσονται στους λεμφαδένες, στους αδένες δηλαδή και το σύστημα αγγείων που αποτελούν τη λέμφο.
- Οι λευχαιμίες: Αποτελούν νεοπλασίες που προσβάλλουν τα κύτταρα του αίματος στο σημείο δημιουργίας τους, δηλαδή στο μυελό των οστών. Οι λευχαιμίες γίνεται να σχετίζονται με τα λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια, αλλά και με τα αιμοπετάλια.
- Το πολλαπλό μύελωμα: Το πολλαπλό μύελωμα είναι μια μορφή καρκίνου που αναπτύσσεται στα πλασματοκύτταρα, τα οποία είναι Β λεμφοκύτταρα που παράγουν ανοσοσφαιρίνες.

Ως προς τη σταδιοποίηση της νόσου, αυτή πραγματοποιείται με βάση το σύστημα TNM. Το συγκεκριμένο σύστημα αναπτύχθηκε από τον Pierre Denoix (Denoix, 1946). Τα γράμματα TNM αναφέρονται ως εξής στο συγκεκριμένο σύστημα σταδιοποίησης:

- Στο μέγεθος του πρωταρχικού όγκου, που περιγράφεται με το γράμμα T
- Στον αριθμό των προσβεβλημένων λεμφαδένων, που περιγράφονται με το γράμμα N
- Στον αριθμό των μεταστατικών σημείων, που περιγράφεται με το γράμμα M

Το σύστημα αυτό τυγχάνει καθολικής αποδοχής από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας και χρησιμοποιείται για τη σταδιοποίηση όλων των νεοπλασιών, με την εξαίρεση του αιματολογικού καρκίνου (Greene, 2002).

Η βάση TNM σταδιοποίηση σχετίζεται με τη πρόβλεψη της πορείας της νόσου, λόγω της διαφορετικής πρόγνωσης που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διαφορετικά στάδια. Για παράδειγμα, ως προς το καρκίνο το πνεύμονα στο στάδιο I καταγράφεται μια 10ετή επιβίωση της τάξης του 88%, ενώ για όσους υποβάλλονται σε χειρουργική

αφαίρεση του όγκου εντός του πρώτου ένα μήνα μετά τη διάγνωση, το ποσοστό 10αετούς επιβίωσης αγγίζει ακόμα και το 85% (International Early Lung Cancer, 2006). Αντίθετα, τα περιθώρια ίασης είναι εξαιρετικά περιορισμένα σε ασθενείς με στάδιο IV, όπου ο στόχος είναι περισσότερο η ανακούφιση των συμπτωμάτων κατά την επιβίωση, και όχι η θεραπεία της νόσου. Οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν για τους ασθενείς με στάδιο IV ένα μέσο χρόνο επιβίωσης περίπου 20 μηνών (Carnio et al., 2014). Ωστόσο, ο χρόνος επιβίωσης εξαρτάται από μια σειρά επιμέρους παραγόντων και χαρακτηριστικών του ασθενούς, όπως για παράδειγμα ο αριθμός των μεταστατικών σημείων, ο οποίος και σχετίζεται αρνητικά με το χρόνο επιβίωσης (Su et al., 2014).

### **2.5.2 Ο προχωρημένος καρκίνος, ο μεταστατικός καρκίνος και ο καρκίνος τελικού σταδίου**

Οποιαδήποτε νεοπλασία που δεν κατηγοριοποιείται στο στάδιο I, II και III θεωρείται ως μεταστατική, προχωρημένη ή τελικού σταδίου. Το προχωρημένο στάδιο αντανάκλα μια ανεπάρκεια των θεραπευτικών αντιμετώπισεων να αναχαιτίσουν το πρωτοπαθή όγκο, η οποία συχνά συνοδεύεται από μια τάση εγκατάλειψης των θεραπευτικών αντιμετώπισεων, έμφαση στην ανακουφιστική φροντίδα και επιθυμία για συνέχιση της θεραπευτικής αντιμετώπισης εκτός του νοσοκομείου, κατά προτίμηση στο σπίτι. Το προχωρημένο στάδιο συνεπάγεται επομένως την αδυναμία αντιμετώπισης του όγκου στο σημείο το οποίο αρχικά εντοπίστηκε και τη τοπική του εξάπλωση (Higginson & Sen-Gupta, 2000).

Ο μεταστατικός καρκίνος αναφέρεται στην εξάπλωση της νεοπλασίας από το αρχικό σημείο εντοπισμού σε άλλα σημεία του σώματος μέσω διαφόρων οδών (π.χ. του λεμφικού συστήματος). Ο μεταστατικός καρκίνος συνεπάγεται μια αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας λόγω του ότι οι δευτεροπαθείς όγκοι ενδεχομένως να πλήττουν βασικά για την επιβίωση ανθρώπινα όργανα. Ο στόχος επομένως της θεραπευτικής αντιμετώπισης στους μεταστατικούς ασθενείς είναι η αναστολή της εξάπλωσης του καρκίνου στα όργανα αυτά. Για την επίτευξη του στόχου αυτού χρησιμοποιούνται τόσο χειρουργικές, όσο και επικουρικές θεραπείες (Chambers et al., 2002).

Ο χαρακτηρισμός του τελικού σταδίου αφορά τους όγκους που η θεραπευτική τους αντιμετώπιση δεν οδηγεί σε βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και

όπου η ιατρική φροντίδα δεν μπορεί να οδηγήσει παρά σε μια μερική ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου. Ο καρκίνος τελικού σταδίου έχει έντονες ψυχολογικές και υπαρξιακές διαστάσεις, αφού ο ασθενής πασχίζει να βρει ένα νέο νόημα στο χρονικό διάστημα που απομένει ως το θάνατό του (Willig & Wirth, 2018). Μάλιστα, ακόμα και η ψυχολογική υποστήριξη διαφοροποιείται προς τους ασθενείς με τελικό στάδιο καρκίνου, καθώς ο στόχος δεν είναι ο εντοπισμός και η αναδόμηση γνωστικών στρεβλώσεων, παρά ο υπαρξιακού τύπου επαναπροσδιορισμός και η πνευματικού χαρακτήρα ανασύνταξη των ασθενών καθώς προετοιμάζονται για το γεγονός του θανάτου (Breitbart & Poppito, 2010).

Η εικόνα της ψυχικής υγείας των ασθενών αυτών αποτυπώνεται μέσω μιας πρόσφατης ποιοτικής μελέτης σε δείγμα 16 ασθενών τελικού σταδίου. Η συγκεκριμένη μελέτη κατέδειξε πως μια κατηγορία στάσεων, αντιλήψεων και ανησυχιών σχετίζεται με την αποδοχή του γεγονότος του θανάτου και τη ταυτόχρονη αναγκαιότητα διατήρησης του ελέγχου των πραγμάτων μέχρι τέλους. Μια δεύτερη κατηγορία ανησυχιών σχετίζεται με τις θεραπευτικές επεμβάσεις. Κυρίαρχο στοιχείο είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειας και ο θάνατος δίχως αίσθημα ντροπής για τη κατάσταση που περιέρχεται το σώμα του ασθενούς. Τέλος, οι ασθενείς ανησυχούν για τις συνέπειες του θανάτου τους στους γύρω τους, καθώς αναμένουν πως αυτός θα έχει μια σημαντική επίδραση στη ζωή των αγαπημένων τους προσώπων (Huang et al., 2018).

Το βίωμα της νόσου τελικού σταδίου διαφοροποιείται σε τόσο μεγάλο βαθμό από το βίωμα των ασθενών με προωμότερα στάδια, ώστε να αποτελεί μάλιστα ένα αυτοτελές αντικείμενο έρευνας. Ένας σχετικός όρος είναι ο όρος demoralization, ο οποίος δεν αποδίδεται ικανοποιητικά σε άλλες γλώσσες πέραν της αγγλικής και εκφράζει το βαθμό στον οποίο ο ασθενής αισθάνεται υπαρξιακό στρες και το βαθμό στον οποίο ο ασθενής έχει απώλεια του νοήματος της ζωής του. Ο όρος αυτός αναφέρεται επίσης σε καταθλιπτικά συμπτώματα (π.χ. έλλειψη ελπίδας), χωρίς ο ασθενής απαραίτητα να πληροί τα κριτήρια της κλινικά σημαντικής κατάθλιψης. Οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο διακρίνονται ταυτόχρονα από μια επιθυμία και μη επιθυμία για συνέχιση της ζωής. Οι ασθενείς αυτοί αγαπούν τη ζωή και επιθυμούν να συνεχίσουν να ζουν, δεν δέχονται ωστόσο την υπάρχουσα κατάστασή τους και προτιμούν να αποβιώσουν με αξιοπρέπεια. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς αυτοί θέτουν

τους «όρους» υπό τους οποίους η ζωή είναι και δεν είναι αντίστοιχα δεκτή για αυτούς (Kissane et al., 2001; Robinson et al., 2015).

Αν και το φαινόμενο demoralization είναι ιδιαίτερα έντονο σε ασθενείς με τελικό στάδιο νόσου, συναντάται και σε αυτούς με προχωρημένο στάδιο. Σε μια σχετική μελέτη στην Ισπανία διαπιστώθηκε πως το 39% των ασθενών χαρακτηριζόταν από το σύνδρομο και το 73% παρουσίαζε έστω και σε ήπιο βαθμό τη συμπτωματολογία του (Mehnert et al., 2011). Ως εκ τούτου, αν και το φαινόμενο αυτό που αντανακλά έντονο υπαρξιακό στρες διακρίνει κυρίως τους ασθενείς τελικού σταδίου, παρατηρείται και σε αυτούς που έχουν προχωρημένο και όχι απαραίτητα τελικό στάδιο.

Ένα άλλο κεντρικό ζήτημα είναι η πολιτισμική ετερογένεια των στάσεων, αντιλήψεων και πεποιθήσεων των ασθενών, η οποία και διαφοροποιεί το βίωμα της νόσου με βάση το πλαίσιο εξέτασης. Για παράδειγμα, για τους λευκούς των Ηνωμένων Πολιτειών μια συχνή απαίτηση των ίδιων και των συγγενών τους είναι η παύση της θεραπευτικής αγωγής όταν η θεραπεία της νεοπλασματικής νόσου είναι πλέον αδύνατη (Kaufman, 2005). Αντίθετα σε πληθυσμούς μειονοτικών ομάδων, όπως οι Αφροαμερικάνοι, η παύση της θεραπευτικής αγωγής εκτιμάται αρνητικά και θεωρείται ως μια επιπλέον συμπεριφορά παροχής υπηρεσιών υγείας χαμηλού επιπέδου στα πλαίσια μιας ευρύτερης πολιτικής κοινωνικού αποκλεισμού από μέρους του αμερικανικού κράτους (West & Levi, 2004). Η ετερογένεια δεν παρατηρείται μόνο εντός των ίδιων των χωρών, αλλά και μεταξύ αυτών. Για παράδειγμα, μια αποδεκτή ιατρική πρακτική στην Ελβετία είναι η υποβοήθηση στην αυτοκτονία από το ιατρικό προσωπικό, στα πλαίσια μιας ανάγκης σεβασμού των αναγκών του ασθενούς, κάτι που δεν παρατηρείται παρά σε λίγες άλλες περιοχές του κόσμου (π.χ. στη πολιτεία του Όρεγκον στις Ηνωμένες Πολιτείες) (Burkhardt & La Harpe, 2012).

Ανεξαρτήτως ωστόσο του πολιτισμικού πλαισίου εξέτασης, η με πρωτοβουλία των ασθενών επίσπευση του θανάτου με ή χωρίς την υποβοήθηση του ιατρικού προσωπικού έχει αποτελέσει ένα κεντρικό ζήτημα του δημόσιου διαλόγου, οδηγώντας μάλιστα σε σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις που διέπουν το ρυθμιστικό πλαίσιο περί της ευθανασίας (Griffiths et al., 2008). Η απάντηση περί του ορθού ή μη ορθού της υποβοήθησης του ασθενούς στο θάνατο από μέρους του ιατρικού προσωπικού είναι ένα ζήτημα ηθικό το οποίο ενδεχομένως να μη μπορεί να

απαντηθεί μέσα από τις παραδοσιακά χρησιμοποιούμενες μεθόδους έρευνας με στόχο την επιστημονική διαπίστωση της αλήθειας. Η ως τώρα έρευνα έχει επικεντρωθεί στη καταγραφή της συχνότητας των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτή τη πρόταση. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη μελέτη στη Σερβία διαπιστώθηκε μια ισχυρή διχογνωμία, αφού το 56.8% του δείγματος διαφωνούσε με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία των ασθενών τελικού σταδίου, ενώ το 43.2% συμφωνούσε (Banović et al., 2017). Παρομοίως, μια άλλη έρευνα στη Φιλανδία διαπίστωσε μια ανάλογη διχογνωμία, με τους μισούς εκ των επαγγελματιών υγείας να συμφωνούν και τους άλλους μισούς να διαφωνούν, μια αναλογία που είναι ωστόσο διαφορετική από τα αντίστοιχα δεδομένα του 2003, όπου το 61% των επαγγελματιών υγείας διαφωνούσε με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, καταδεικνύοντας μια αλλαγή των στάσεων στη πάροδο του χρόνου (Louhiala et al., 2015).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μια σχετική έρευνα η κατάσταση είναι ιδιαίτερα παράδοξη, αφού όπως φαίνεται από μια σχετική μελέτη παρά το ότι το 59% των ιατρών και το 64% του νοσηλευτικού προσωπικού συμφωνεί με τη νομιμοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, μόλις το 28% και 26% αντίστοιχα εγκρίνει από ηθικής απόψεως τη συγκεκριμένη πράξη (Kranidiotis et al., 2015). Η ελληνική νομολογία δεν προβλέπει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μια παράλειψη που εκτιμάται πως γίνεται συνειδητά λόγω της αντίθεσης της συγκεκριμένης πράξης με την ελληνορθόδοξη πολιτισμική παράδοση, η οποία και διέπει την ελληνική κοινωνία (Voultzos et al., 2010).

## **2.6 Ο ρόλος και η συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του καρκίνου**

Σε πρώτο στάδιο, η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού αφορά το στάδιο της διάγνωσης, όπου υποβοηθά στη διενέργεια των διάφορων διαγνωστικών διαδικασιών (Κοντονικόλα & Τεουλίδης, 2017). Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εξαντλείται μάλιστα μέσω της υποβοήθησης στη διενέργεια των σχετικών ελέγχων, αφού οι νοσηλευτές έχουν άμεση εμπλοκή και σε προγράμματα προαγωγής υγείας με στόχο τη παρακίνηση σε διαγνωστικούς ελέγχους για υψηλούς σε επίπτωση τύπους καρκίνου, όπως για παράδειγμα του παχέος εντέρου (Ζαχαροπούλου, 2015).

Μετά τη διάγνωση, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μια άμεση εμπλοκή στη θεραπευτική παρέμβαση στους ογκολογικούς ασθενείς. Ένας μεγάλος βαθμός εμπλοκής του νοσηλευτικού προσωπικού αφορά την ενδοφλέβια χορήγηση της χημειοθεραπευτικής αγωγής (Barton-Burke, 1996). Το νοσηλευτικό προσωπικό ασχολείται επίσης με τη χορήγηση της ακτινοθεραπευτικής αγωγής (π.χ. με τη κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς) (Corner, 2003). Κατά συνέπεια, το νοσηλευτικό προσωπικό ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τη χορήγηση των επικουρικών θεραπευτικών αντιμετώπισεων προς τους ασθενείς.

Ένα άλλο βασικό πεδίο της επαγγελματικής ενασχόλησης του νοσηλευτικού προσωπικού αφορά τη διαχείριση των συμπτωμάτων της θεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει μια διαρκή επαφή με τον ασθενή που του επιτρέπει τη διαρκή παρακολούθηση της πιθανής τοξικότητας των φαρμακοθεραπευτικών αντιμετώπισεων με στόχο την άμεση αναχαίτιση της σχετικής συμπτωματολογίας (Barton-Burke, 1996). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να πραγματοποιεί εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προς τους ασθενείς με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους στη διαχείριση της συμπτωματολογίας που πιθανώς να παρουσιάζεται πέραν της παρουσίας τους στην ογκολογική μονάδα (Golant et al., 2003).

Η συγκεκριμένη ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να θεωρηθεί ως ιδιαίτερα σημαντική, αφού τα σωματικά συμπτώματα των ασθενών έχουν μια άμεση επίδραση στην επιβίωσή τους. Ασθενείς με έντονα σωματικά συμπτώματα, ιδίως κατά το πρώτο διάστημα μετά τη διάγνωση, έχουν ένα μειωμένο προσδόκιμο ζωής σε σχέση με ασθενείς που έχουν λιγότερο έντονα σωματικά συμπτώματα (Degner & Sloan, 1995). Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερης βαρύτητας, αφού πέραν της επίδρασης στην επιβίωση λόγω της αντιμετώπισης συμπτωμάτων που ενδεχομένως να είναι άμεσα απειλητικά για τη ζωή, η νοσηλευτική παρέμβαση προς υποχώρηση της σχετικής συμπτωματολογίας ενδεχομένως να συνεπάγεται και μακροπρόθεσμα οφέλη για την επιβίωση των ασθενών.

Τέλος, ένας άλλος ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού αφορά τα πιθανά ερευνητικά τους καθήκοντα. Ο νοσηλευτής αποτελεί ένα επαγγελματία ερευνητή που μπορεί να ασχολείται στα πλαίσια μιας ευρύτερης επιστημονικής ομάδας με την

αποτίμηση της ευεργετικότητας θεραπευτικών αντιμετώπισεων και τη βελτίωση αυτών. Για παράδειγμα, η συλλογή αιματολογικών δειγμάτων για την ανάλυση της αποτελεσματικότητας χημειοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι μια συχνή ερευνητικού χαρακτήρα ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού των ογκολογικών μονάδων (Ocker & Plank, 2000).

## **2.7 Οι αντιλήψεις, στάσεις και πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού**

### **2.7.1 Οι αντιλήψεις για τους ασθενείς που πεθαίνουν**

Διάφορες διεθνείς μελέτες έχουν επιχειρήσει να ποσοτικοποιήσουν το κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό έχει θετικές ή αρνητικές αντιλήψεις για την εργασία με ασθενείς που πεθαίνουν, χρησιμοποιώντας σχετικά ψυχομετρικά εργαλεία. Για παράδειγμα, σε μια σχετική μελέτη του νοσηλευτικού προσωπικού στο Κατάρ διαπιστώθηκε πως το 67% του δείγματος (N=78) αντιμετώπιζε θετικά την ενασχόλησή του με καρκινοπαθείς τελικού σταδίου (Libo-on & Nashwan, 2017). Μια άλλη προγενέστερη έρευνα στη Δανία επιχείρησε να διερευνήσει το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που είχε θετικές αντιλήψεις για την ενασχόληση με τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν, κάτι που διαπιστώθηκε στο 61% του δείγματος και ότι το έργο εθεωρείτο ανταποδοτικό (Vejlgaard & Addington-Hall, 2005). Ωστόσο, σε αντίθεση με τις μελέτες αυτές που φανερώνουν πως η ενασχόληση με τους ασθενείς που πεθαίνουν αντιμετωπίζεται θετικά από το νοσηλευτικό προσωπικό, δύο άλλες μελέτες στη Τουρκία και την Ισπανία κατέληξαν στο ότι η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είχε αρνητικές στάσεις απέναντι στην ενασχόληση με τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν (Cevic & Kav, 2013; Roman et al., 2001). Επομένως, μελέτες σε διαφορετικές περιοχές του κόσμου έχουν καταλήξει σε ασύμφωνα μεταξύ τους ευρήματα αναφορικά με την από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού αποτίμηση για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

Αν και όπως φαίνεται ένα μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού έχει θετικές αντιλήψεις, όλες οι σχετικές μελέτες καταδεικνύουν πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό διακρίνεται από αρνητικές αντιλήψεις. Ο λόγος για τον οποίο αυτό συμβαίνει έχει αποτελέσει συστηματικά αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος. Σύμφωνα με μια σχετική μελέτη με τη χρήση της μεθόδου focus-group σε ένα δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολούνταν με τη φροντίδα καρκινοπαθών τελικού σταδίου (N=18) φάνηκε πως ένας βασικός λόγος για την επιφυλακτικότητα απέναντι

στην ενασχόληση με ασθενείς τελικού σταδίου ήταν η ανεπαρκής επαγγελματική τους προετοιμασία (Fitzsimons et al., 2007).

Ένας άλλος λόγος αφορά τις ηθικές παραμέτρους της παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς που πεθαίνουν. Συχνά ο νοσηλευτής καλείται να διαχειριστεί ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή με κυριότερο αυτό της αποκάλυψης της αλήθειας αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής των ασθενών. Η ερώτηση αυτή βάζει το νοσηλευτή σε ένα μεγάλο δίλλημα αφού πρέπει να εξισορροπήσει την αναγκαιότητα για αποκάλυψη της αλήθειας με την αναγκαιότητα για προστασία της ψυχικής υγείας του ασθενούς, η οποία και θα πληγεί μέσω της αποκάλυψης του σύντομα επερχόμενου θανάτου (White & Su, 2000).

Άλλες μελέτες έχουν επιχειρήσει να εξετάσουν την επίδραση κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με τις αντιλήψεις αυτές. Σύμφωνα με μια σχετική μελέτη σε δείγμα 155 ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν με καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, παρατηρήθηκε πως όσο περισσότερα τα έτη προϋπηρεσίας και όσο υψηλότερη η ηλικία των συμμετεχόντων, τόσο θετικότερες ήταν οι αντιλήψεις τους για τη φροντίδα των ασθενών αυτών (Abu Hasheesh et al., 2014). Το εύρημα αυτό παρατηρείται επίσης και σε φοιτητές νοσηλευτικής, όπου η θετική αντίληψη για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν παρουσιάζει μια θετική συσχέτιση με την ηλικία και την επαγγελματική εμπειρία (Sharour et al., 2017). Η θετική συσχέτιση της ηλικίας με τις στάσεις αυτές ενδεχομένως να επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της ανωτέρω ποιοτικής μελέτης, ισχυροποιώντας περαιτέρω τη σχέση ανάμεσα στην επάρκεια προσόντων και στις αντιλήψεις για την ενασχόληση με τους ασθενείς αυτούς.

Αξίζει επίσης αναφοράς το ότι οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού διαμορφώνονται ως συνάρτηση παραμέτρων της επαγγελματικής τους εμπειρίας και εμποδίων που είναι διαφορετικά από αυτά των ιατρών, λόγω των διαφορετικών καθηκόντων τα οποία και καλούνται να εκπληρώσουν. Χαρακτηριστικές είναι δύο διαφορετικές μελέτες στην Ιαπωνία σε ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα που επιβεβαιώνουν την ετερογένεια αυτή των εμποδίων. Στη μελέτη στο νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώθηκε πως τα κυρίαρχα προβλήματα αφορούσαν την αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων και υποστηρικτικών αναγκών των



ασθενών, όπως ο πόνος και το delirium (Sato et al., 2014). Αντίθετα, στη μελέτη που συμπεριέλαβε και ένα δείγμα ιατρών διαπιστώθηκε πως για τους ιατρούς οι συγκεκριμένες καταστάσεις δεν αποτελούσαν αντιλαμβανόμενα πρωταρχικά προβλήματα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου (Yamagishi et al., 2012). Φαίνεται επίσης μέσα από τα αποτελέσματα της δεύτερης μελέτης και τη συγκριτική ανάλυση των ιατρών με μια ομάδα νοσηλευτών πως το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνει σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους ιατρούς ως ένα σημαντικό πρόβλημα την έλλειψη ιατροφαρμακευτικού υλικού από τις μονάδες (π.χ. οπιοειδή) (Yamagishi et al., 2012). Ως εκ τούτου, είναι προφανές πως τα εμπόδια που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ενασχόληση με ασθενείς τελικού σταδίου διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους.

Τέλος, η ενασχόληση με τους ασθενείς που πεθαίνουν οδηγεί στην ανάδυση αρνητικών συναισθημάτων για το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της επαφής με τον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο. Συχνά οι νοσηλευτές επηρεάζονται οι ίδιοι σε σημαντικό βαθμό αναπτύσσοντας άγχος και φοβία αναφορικά με το δικό τους θάνατο, λόγος για τον οποίο επιδιώκουν εν συνεχεία την αποφυγή της επαφής με ασθενείς που πεθαίνουν (Peters et al., 2013). Μάλιστα, μέσω μιας σχετικής συγκριτικής ανάλυσης του νοσηλευτικού προσωπικού διαφόρων τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου «Κουτλιμπάνειο» και του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας διαπιστώθηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό των ογκολογικών μονάδων είχε υψηλότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους φόβο θανάτου λόγω της ενασχόλησης με τελικού σταδίου ασθενείς (Μαλλιάρου, 2012).

### **2.7.2 Ο ρόλος της θρησκευτικότητας**

Η χρόνια νόσος και ειδικά η νόσος τελικού σταδίου αποτελεί μια φάση της ανθρώπινης ζωής όπου παλαιότερες υπαρξιακές ανησυχίες έρχονται στην επιφάνεια ή νέες κάνουν την εμφάνισή τους. Κατά συνέπεια, συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνομιλήσει για θρησκευτικά και πνευματικού χαρακτήρα ζητήματα με τους ασθενείς του (Shannon & Tatum, 2002). Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται συχνά να συζητήσει για τα θρησκευτικά και υπαρξιακά ζητήματα μετά από σχετική παρότρυνση των ασθενών (Bjarnason, 2009). Η χρήση του νοσηλευτή ως συνομιλητή είναι μάλιστα μια αναγκαία για τους ασθενείς λύση, καθώς φαίνεται πως οι ιατροί είναι είτε απρόθυμοι για τη συζήτηση των ζητημάτων αυτών είτε δεν έχουν τον

απαιτούμενο χρόνο (Shannon & Tatum, 2002; Woll et al., 2008). Κατά συνέπεια, το νοσηλευτικό προσωπικό επιφορτίζεται με το βάρος της συζήτησης των θρησκευτικών και πνευματικού χαρακτήρα ζητημάτων με τον ασθενή.

Ωστόσο, παρά την ανωτέρω αναγκαιότητα για αποτελεσματική πνευματικού και θρησκευτικού χαρακτήρα υποστήριξη του καρκινοπαθούς, αυτό δεν σημαίνει πως η κάλυψη των αναγκών αυτών είναι επαρκής από μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού. Χαρακτηριστική είναι μια σχετική μελέτη σε δείγμα 251 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού στην οποία διαπιστώθηκε πως η κάλυψη των αναγκών αυτών ήταν η χαμηλότερη υποστηρικτική ανάγκη την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε πως μπορούσε να καλύψει (Nguyen et al., 2014). Η αναποτελεσματικότητα της θρησκευτικής και πνευματικής προετοιμασίας για την έλευση του γεγονότος του θανάτου αποδεικνύεται και από τις αναφορές των ίδιων των ασθενών. Για παράδειγμα, μέσω μιας σχετικής έρευνας με μεγάλο δείγμα στη Γερμανία (N=1.131) φάνηκε πως μόλις το 19% των ασθενών ήταν επαρκώς προετοιμασμένο πνευματικά για την έλευση του θανάτου του (Jors et al., 2014).

Η στροφή στη θρησκεία δεν παρατηρείται μόνο από τους ασθενείς, αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές προκειμένου να ανταπεξέλθουν στο ψυχικό φορτίο της φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν πραγματοποιούν μια στροφή στη θρησκεία, την οποία και χρησιμοποιούν ως τρόπο διαχείρισης του στρες (Bjarnason, 2009). Όπως υποστηρίζεται μάλιστα μέσω μιας σχετικής ποιοτικής μελέτης 15 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού στη Σουηδία, κεντρικό ρόλο στη προσπάθεια διαχείρισης του ψυχικού φορτίου έχει η προσευχή (Ekedahl & Wengström, 2010). Η συνολικότερη χρήση της θρησκείας ως μεθόδου διαχείρισης του στρες βοηθά το νοσηλευτικό προσωπικό να νοηματοδοτήσει διαφορετικά τις αρνητικές εμπειρίες που αντιμετωπίζει στο επαγγελματικό του περιβάλλον, έχοντας κατ' αυτό τον τρόπο μια θετική επίδραση στο επαγγελματικό του έργο (Bakibinga et al., 2014).

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών σχετίζονται επίσης άμεσα με τις αντιλήψεις τους για την επαγγελματική τους πρακτική, όπως για παράδειγμα η αναγκαιότητα συνέχισης της ζωής παρά το γεγονός πως δεν υπάρχει μια διαθέσιμη θεραπευτική αντιμετώπιση με βάση το στάδιο νόσου του ασθενούς (Bjarnason, 2009). Μάλιστα, τα θρησκευτικά και πνευματικού χαρακτήρα ζητήματα που συζητούν με

τους ασθενείς τους επηρεάζουν σε τέτοιο βαθμό ώστε να προχωρούν σε ένα περαιτέρω στοχασμό αναφορικά με τα ζητήματα αυτά, οδηγούμενοι στο σχηματισμό μιας νέας δικής τους πνευματικής και θρησκευτικής ταυτότητας, η οποία είναι άμεση συνάρτηση των βιωμάτων της επαγγελματικής τους πρακτικής (Gielen et al., 2009).

Υποστηρίζεται πως η χρήση της θρησκείας ως μεθόδου διαχείρισης του στρες της εργασίας διαφέρει μεταξύ διαφορετικών πλαισίων. Για παράδειγμα, συχνά σε μουσουλμανικές χώρες πραγματοποιείται από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού μια απόδοση του γεγονότος της χρόνιας νόσου του ασθενούς σε Θεϊκές παρεμβάσεις και γίνεται μια προσπάθεια αποδοχής της νόσου ως ενός γεγονότος που προκλήθηκε για κάποιο λόγο από το Θεό, μια αντίληψη που δεν παρατηρείται στα δυτικά πολιτισμικά περιβάλλοντα (Rassouli et al., 2015). Ωστόσο, όπως καταδεικνύεται από μια σχετική μελέτη σε νοσηλευτές στη Κίνα και στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές που φροντίζουν βρέφη και παιδιά που πεθαίνουν αποδίδουν συχνά το γεγονός αυτό σε μια θεϊκή παρέμβαση (Papadatou et al., 2001). Κατά συνέπεια, η απόδοση της θεϊκής αιτιοκρατίας του θανάτου δεν είναι συνάρτηση μόνο του πολιτισμικού περιβάλλοντος, αλλά και επιμέρους χαρακτηριστικών του πλαισίου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

### **2.7.3 Η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού**

Η ποιότητα της ζωής είναι μια έννοια που αναλύεται από διάφορους θεωρητικούς και μελετητές. Κατά τον Lamau (1992), η ποιότητα της ζωής αφορά τα χαρακτηριστικά, τις συνθήκες και τους τομείς της ζωής του ατόμου που απαιτούνται για τη λειτουργία του ως ανεξάρτητου και αυτόνομου όντος. Κατά μια άλλη θεώρηση που προτείνεται από τον Hörnquist (1981), η ποιότητα της ζωής αφορά το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και υλικών αναγκών του ατόμου.

Σε σύμπλευση με τις θεωρήσεις αυτές, οι Felce & Perry (1995) εκτιμούν ότι η ποιότητα ζωής έχει πέντε διαστάσεις:

- Τη διάσταση της σωματικής υγείας, με την έννοια της απουσίας νόσου και ανικανότητας.
- Αυτή της υλικής ευημερίας, που εκφράζει την κατοχή των απαραίτητων αγαθών και πόρων για τη διαβίωση.

- Τη διάσταση της κοινωνικής ευημερίας, δηλαδή ενός υγιούς κοινωνικού δικτύου, από φίλους, και συγγενείς με τους οποίους το άτομο έχει στενούς δεσμούς.
- Τη διάσταση της συναισθηματικής ευημερίας, δηλαδή την απουσία ψυχικών νοσημάτων, με τη ταυτόχρονη ύπαρξη θετικών συναισθημάτων.
- Τη διάσταση της αυτό-ανάπτυξης και των δραστηριοτήτων του ατόμου, με την έννοια των χόμπυ, της συνεχούς εξέλιξης κατά μήκος της ζωής, της μόρφωσης κ.ά.

Όπως επισημαίνεται από τη Δαρβίρη (2009), η έννοια της ποιότητας της ζωής δεν εκφράζεται μέσα από έναν και μόνο ορισμό τον οποίο αποδέχονται όλοι οι μελετητές του θέματος. Επομένως, ακόμα και σε συζητήσεις εντός της επιστημονικής κοινότητας για το ζήτημα της ποιότητας της ζωής, η αναπαράσταση της έννοιας ενδεχομένως να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των όσων τη μελετούν. Ωστόσο, όπως υπογραμμίζει, ένα αδιαμφισβήτητο κοινό στοιχείο όλων των μελετητών του ζητήματος είναι το ότι αποδέχονται ότι η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια πολυδιάστατη και πως αν και η απουσία νόσου και αναπηρίας είναι αναγκαίες της παράμετροι, αυτό δεν συνεπάγεται απαραίτητα ότι απουσία νόσου και αναπηρίας υπάρχει απαραίτητα υψηλή ποιότητα ζωής. Επομένως, παρατηρείται μια μετατόπιση της επιστημονικής σκέψης από την αντίληψη της ποιότητας ζωής ως μια έννοια ταυτόσημη με τη σωματική υγεία, στη θεώρηση της πνευματικής και ψυχική υγείας ως απαραίτητες για τη ποιότητα ζωής έννοιες.

Η βαρύτητα της ποιότητας της ζωής δεν σχετίζεται μόνο με το ότι αποτελεί έναν παράγοντα που εκφράζει μια ικανοποιητική συναισθηματική και σωματική υγεία, αλλά και με το ότι αποτελεί έναν παράγοντα προβλεπτικό της έκβασης της υγείας του ατόμου. Επιδημιολογικά δεδομένα του γενικού πληθυσμού φανερώνουν πως η χαμηλή ποιότητα ζωής αποτελεί ένα παράγοντα προβλεπτικό της μελλοντικής θνησιμότητας (Dominick et al., 2002).

Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να θεωρηθεί ως ιδιαίτερα σημαντικός ο εντοπισμός παραγόντων που συνδέονται με χαμηλή ποιότητα ζωής. Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που οφείλει να μελετάται είναι το φύλο. Υποστηρίζεται πως στη παιδική ηλικία ενώ και τα δύο φύλα έχουν ίδια επίπεδα ποιότητας ζωής, κατά την ενηλικίωση παρατηρείται μια πτώση της ποιότητας της ζωής για τις γυναίκες, ιδίως

για τις διαστάσεις που έχουν να κάνουν με τη ψυχική υγεία (Bisegger et al., 2005). Παρομοίως, κατά την ενήλικη ζωή φαίνεται πως η ποιότητα της ζωής των γυναικών είναι χαμηλότερη από αυτή των αντρών, κυρίως λόγω της ευαλωτότητάς τους προς τις συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές και της μεγαλύτερης συχνότητας αυτών (Linzer et al., 1996). Φαίνεται συνεπώς ότι το φύλο είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για τη διαφοροποίηση των επιπέδων της ποιότητας της ζωής, η επίδραση του οποίου διαφοροποιείται μάλιστα σε διαφορετικά ηλικιακά και εξελικτικά στάδια.

Ένας άλλος προσδιοριστής της ποιότητας της ζωής είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Σύμφωνα με μια σχετική επιδημιολογική μελέτη δύο διαφορετικών δειγμάτων φαίνεται πως τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και υψηλότερα σκορ στις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής που αφορούν τη σωματική και τη ψυχική υγεία (Ross & Van Willigen, 1997). Κατά συνέπεια, παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των επιπέδων ποιότητας της ζωής. Παρομοίως, όπως υποστηρίζεται από μια σχετική μελέτη του γενικού πληθυσμού στη Σουηδία, η ποιότητα της ζωής είναι σημαντικά υψηλότερη για όσους έχουν υψηλό εισόδημα και όσους έχουν μόνιμη απασχόληση, σε αντίθεση με τους έχοντες χαμηλό εισόδημα και τους άνεργους, που διακρίνονται από χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας της ζωής. Άλλες αναλύσεις της ίδιας μελέτης κατέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα και για όσους ήταν άγαμοι έναντι των έγγαμων, για όσους είχαν προβλήματα υγείας και για τις γυναίκες έναντι των αντρών, επιβεβαιώνοντας συνεπώς και τις ανωτέρω αναφερόμενες διαφορές των δύο φύλων (Michelson et al., 2000).

Η ποιότητα της ζωής έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης σε πληθυσμούς νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με ασθενείς που πεθαίνουν. Ένα μέρος της έρευνας έχει επιχειρήσει να εξετάσει μια πιθανή επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στη ποιότητα της ζωής. Όπως επισημαίνεται από μια σχετική μελέτη σε 238 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, η έκπτωση της ποιότητας ζωής ήταν σημαντικά μικρότερη για αυτούς που ήταν παντρεμένοι και για αυτούς που είχαν μεγαλύτερη εργασιακή προϋπηρεσία (Ji & You, 2014). Προκειμένου μάλιστα το νοσηλευτικό προσωπικό να προστατευτεί από την αρνητική επίδραση της επαφής με ασθενείς που πεθαίνουν στη ψυχική του υγεία χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς διαχείρισης της αγχογόνου κατάστασης. Για παράδειγμα, προχωρά σε μια προσπάθεια θετικής επαναξιολόγησης της κατάστασης, με στόχο τη

πρόσδοση μιας νέας, θετικής νοηματοδότησης στην ενασχόληση με ασθενείς που πεθαίνουν (Desbiens & Fillion, 2007). Κατά συνέπεια, τόσο κοινωνικοδημογραφικοί, όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται άμεσα με τη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει ασθενείς που πεθαίνουν.

Η ποιότητα ζωής έχει συγκεντρώσει ερευνητικό ενδιαφέρον όχι μόνο λόγω των επιδράσεων που δέχεται από παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και λόγω των επιδράσεων αυτής στο ίδιο το περιβάλλον εργασίας. Για παράδειγμα, μέσω μιας πρόσφατης μελέτης σε ένα δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού (N=335) διαπιστώθηκε πως οι νοσηλευτές που είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής είχαν και χαμηλότερη εργασιακή αποτελεσματικότητα. Η επίδραση αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη για σχετιζόμενες με τις επιδράσεις της ίδιας της εργασίας στη ποιότητα ζωής παραμέτρους, όπως η κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού (Kim et al., 2015).

Με βάση τα ανωτέρω, η διατήρηση μιας υψηλής ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική, ενώ η φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος φαίνεται να είναι μια διαρκής απειλή για τη ποιότητα της ζωής των εργαζομένων. Κατά συνέπεια, σε διάφορες χώρες του εξωτερικού έχουν αναπτυχθεί σχετικά παρεμβατικά προγράμματα που εφαρμόζονται εντός των ογκολογικών μονάδων με στόχο τη προστασία και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού (Wentzel & Brysiewicz, 2017).

## **2.8. Η σχέση μεταξύ της ποιότητας της ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, των αντιλήψεών του για τους ασθενείς που πεθαίνουν και της θρησκευτικότητάς του**

Θα ήταν μια υπεραπλούστευση η εξέταση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν ως ένα φαινόμενο μονοδιάστατο, όπως και η συσχέτιση των αντιλήψεων αυτών αποκλειστικά με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και όχι με ευρύτερες στάσεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής και τις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν έχει η θρησκευτικότητα. Υποστηρίζεται πως αντιλήψεις όπως οι θρησκευτικές διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις της επαγγελματικής πρακτικής, ιδίως στη περίπτωση ηθικά φορτισμένων ζητημάτων, όπως αυτό της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όπου οι θρησκευόμενοι νοσηλευτές παρουσιάζουν

έντονα αρνητικές στάσεις απέναντι στο συγκεκριμένο ζήτημα (Gielen et al., 2009). Ωστόσο, φαίνεται πως η σχέση αυτή διακρίνεται από ένα έντονο πολιτισμικό υπόβαθρο, το οποίο υπαγορεύει την αναγκαιότητα ερευνών σε επιμέρους πολιτισμικά περιβάλλοντα, αφού η γενίκευση ευρημάτων από μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε άλλα πλαίσια ενδεχομένως να είναι επισφαλής. Σύμφωνα μάλιστα με μια σχετική συστηματική ανασκόπηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού και της σχέσης του με τη θρησκευτικότητα τους, ενώ σε χριστιανούς και σε μουσουλμάνους οι αντιλήψεις είναι ιδιαίτερα αρνητικές, θρησκευόμενοι νοσηλευτές που ασπάζονται τον ινδουισμό και το βουδισμό είναι πιο δεκτικοί απέναντι στην ευθανασία (Chakraborty et al., 2017).

Ως προς τη ποιότητα ζωής, παρατηρείται ένα βιβλιογραφικό κενό, το οποίο δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στην ως τώρα βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, τα ως τώρα δεδομένα καταδεικνύουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της ποιότητας της ζωής τόσο για τους ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου, όσο και για τους φροντιστές τους (Carmel et al., 2007; Lucchetti et al., 2014). Σε πληθυσμούς νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ της θρησκευτικότητας και της ποιότητας της ζωής, η οποία έχει καταγραφεί ως τώρα στο γενικό πληθυσμό του νοσηλευτικού προσωπικού (Kim et al., 2015). Παρ' όλα αυτά, η σχέση μεταξύ της ποιότητας της ζωής και της θρησκευτικότητας δεν έχει αποτελέσει ως τώρα αντικείμενο εξέτασης σε πληθυσμούς νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ασθενείς τελικού σταδίου παρά μόνο σε μια σχετική μελέτη στο Κορέα, όπου διαπιστώθηκε πως η θρησκευτικότητα ήταν ένας προστατευτικός παράγοντας για τη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που εργαζόταν με ασθενείς τελικού σταδίου (Ji & You, 2014).

Με βάση τα παραπάνω, ενώ η βιβλιογραφία αναφορικά με τη ποιότητα της ζωής, τις στάσεις για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν και τη θρησκευτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής, μπορεί να θεωρηθεί πως οι έρευνες αναφορικά με τη συσχέτιση των μεταβλητών αυτών δεν είναι επαρκείς, ούτε τέτοιας στόχευσης που να μπορούν να οδηγήσουν με ασφάλεια στην εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ένα κενό της βιβλιογραφίας σχετίζεται με την απουσία μελέτης της σχέσης ανάμεσα στη ποιότητα της ζωής και τις στάσεις για τους ογκολογικούς ασθενείς που πεθαίνουν, όπου σε καμία εκ των ως τώρα ερευνών οι μεταβλητές αυτές δεν έχουν συσχετιστεί. Ένα

δεύτερο εξίσου σημαντικό κενό της βιβλιογραφίας αφορά το ότι μόνο μια ως τώρα μελέτη έχει επιχειρήσει τη μελέτη της σχέσης ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και τη ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει ασθενείς που πεθαίνουν (Ji & You, 2014), η οποία μάλιστα έχει διεξαχθεί στη Κορέα και ως εκ τούτου τα ευρήματά της μπορεί να θεωρηθεί πως έχουν μειωμένη γενικευσιμότητα σε δυτικά πολιτισμικά περιβάλλοντα.

## **2.9 Οι στάσεις, αντιλήψεις και επαγγελματικές πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, διάφορες μελέτες έχουν ως τώρα επιχειρήσει να διερευνήσουν τα ανωτέρω ζητήματα. Αρχικώς, η Ελλάδα αποτελεί μια ιδιαίζουσα περίπτωση λόγου του ότι η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου ή του βαθμού σοβαρότητας της κατάστασης αποτελεί μια πρακτική ιδιαίτερα συνηθισμένη στην ογκολογική πρακτική, κατόπιν της απαίτησης και των πιέσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς (Mystakidou et al., 2005; Tsoussis et al., 2013). Η ιδιαίτερα διαδεδομένη αυτή στο ελληνικό σύστημα υγείας πρακτική επικρίνεται λόγω της αναγκαιότητας για σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς κατά τη λήψη αποφάσεων για τις μελλοντικές θεραπευτικές του αντιμετώπισεις ή για το πώς θα περάσει τον εναπομείναν χρόνο ζωής του (Shahidi, 2010). Κατά παράδοξο τρόπο, η συνολικότερη παραβίαση των αρχών της ηθικής πρακτικής του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα παρατηρείται από αυτούς οι οποίοι είναι ιδιαίτερα καταρτισμένοι, καθώς η παραβίαση των ηθικών αρχών της επαγγελματικής πρακτικής συσχετίζεται θετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο (Costantina et al., 2018).

Ωστόσο, σε συνολικότερο επίπεδο το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα έχει μια αυστηρή ηθική περιχαράκωση της επαγγελματικής του πρακτικής, η οποία και αποτυπώνεται έντονα στις αντιλήψεις του αναφορικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Πιο συγκεκριμένα, όπως καταδείχθηκε από μια σχετική μελέτη του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, το 51% των νοσηλευτών δήλωσε πως θα αρνούταν να συνδράμει σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ακόμα και αν άλλαζε ο νόμος ώστε η πράξη αυτή να θεωρείται νόμιμη (Patelarou et al., 2009).

Ένα άλλο κυρίαρχο στοιχείο του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα είναι η αντίληψή του αναφορικά με την



αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Όπως υποστηρίζεται μέσω μιας σχετικής ποιοτικής έρευνας, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα θεωρεί πως η υποστελέχωση των ογκολογικών μονάδων αποτελεί ένα κυρίαρχο πρόβλημα, το οποίο και υποβαθμίζει τη ποιότητα του έργου του. Επιπλέον, θεωρεί πως η εκπαίδευση και η κατάρτιση που του παρέχεται είναι ανεπαρκής ώστε να ανταποκριθεί στο σύνολο των απαιτήσεων της επαγγελματικής του πρακτικής (Efstathiou et al., 2008). Η ανεπαρκής κατάρτιση έχει τη χρονική της αφετηρία στο στάδιο της ακαδημαϊκής προετοιμασίας, αφού εκτιμάται πως ένα μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού έχει άγνοια ακόμα και βασικών αναφορικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου ζητημάτων, όπως για παράδειγμα οι τρόποι πρόληψης (Βολτυράκη και συνεργάτες, 2013).

Τέλος, ένα άλλο εμπόδιο της αποτελεσματικής άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος κατά τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα είναι η μειωμένη σύνδεση ανάμεσα στην ερευνητική πρακτική και τη κλινική πράξη. Λόγω της ίδιας της δομής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα κλινικά ευρήματα αργούν να υιοθετηθούν στη κλινική πράξη. Κατά συνέπεια, ο νοσηλευτής δεν εφαρμόζει το σύνολο των διεθνώς υφιστάμενων πρακτικών προς όφελος του ογκολογικού ασθενή (Patiraki et al., 2004).

Αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ της ποιότητας της ζωής, των αντιλήψεων για τους ασθενείς που πεθαίνουν και της θρησκευτικότητας, δεν παρατηρείται ως τώρα κάποια μελέτη στην Ελλάδα που να εξετάζει τις σχέσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές. Για το λόγο αυτό, μπορεί να θεωρηθεί πως η σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών αποτελεί ένα κενό στην ελληνική βιβλιογραφία.

### **3. Ερευνητικό Μέρος**

#### **3.1. Σχεδιασμός μελέτης**

Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε στη ποσοτική προσέγγιση. Στη ποσοτική προσέγγιση επιδιώκεται η εξαγωγή στατιστικώς ερμηνεύσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με σχέσεις μεταξύ μεταβλητών (Robson, 2002). Στη παρούσα έρευνα στόχος ήταν το να μελετηθεί η επίδραση δημογραφικών παραγόντων στις στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Επιπλέον, στόχος ήταν η εξέταση της σχέσης ανάμεσα σε αυτή τη μεταβλητή, στη θρησκευτικότητα/πνευματικότητα και στην εργασιακή ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, η ποσοτική προσέγγιση ήταν αναγκαία για τη μελέτη ύπαρξης σχέσης ή όχι μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών, καθώς και για τη διαπίστωση της ισχύς των σχέσεων.

Η μελέτη αυτή ήταν επίσης συγχρονική. Στη συγχρονική έρευνα γίνεται χορήγηση της μετρήσεων σε μία και μόνο χρονική στιγμή. Ως εκ τούτου η συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη αδυνατεί να οδηγήσει με απόλυτη αξιοπιστία στη διατύπωση σχέσεων αιτίου και αιτιατού ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές, στα πλαίσια της γενικότερης αδυναμίας των συγχρονικών μελετών για αποτύπωση αιτιακών σχέσεων, παρά συσχετίσεων (Robson, 2002).

#### **3.2. Συμμετέχοντες**

Οι συμμετέχοντες ήταν άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» και στο Κέντρο Ημερήσιας Νοσηλείας «Νίκος Κούρκουλος». Το συνολικό δείγμα που συγκεντρώθηκε αποτελείται από 143 άτομα. Τέθηκαν κριτήρια αποκλεισμού στην προσπάθεια συμπερίληψης ενός δείγματος όσο το δυνατόν μεγαλύτερου και πιο αντιπροσωπευτικού. Συγκεκριμένα για να αποτελέσει ένας εργαζόμενος μέρος του πληθυσμού ερέυνης όφειλε να μην εργάζεται σε κλειστά νοσηλευτικά τμήματα και να μην είναι Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (Υ.Ε.).

#### **3.3. Μετρήσεις**

Οι μετρήσεις της μελέτης παρατίθενται στο Παράρτημα 1. Οι μετρήσεις αυτές συμπεριέλαβαν κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα, καθώς και τρία ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς.

### 3.3.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν ο τόπος γέννησης (αστικός/ επαρχιακός), το φύλο (άντρας/ γυναίκα), η ηλικία (έτη), η οικογενειακή κατάσταση (ελεύθερος-η/ παντρεμένος-η/ χωρισμένος-η/ χήρος-α), ο αριθμός παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο (ΔΕ/ ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών/ Διδακτορικός τίτλος σπουδών), τα έτη προϋπηρεσίας, η ικανοποίηση από το εισόδημα (0=καθόλου ως 5=απόλυτα) και ο θάνατος στενού συγγενικού προσώπου τη τελευταία τριετία (ναι/ όχι).

### 3.3.2. Στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν

Οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν αξιολογήθηκαν μέσω της κλίμακας Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 30 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις του FATCOD αξιολογούν τις στάσεις του νοσηλευτή ως προς τους ασθενείς που πεθαίνουν και τις οικογένειές τους. Οι ερωτήσεις του εργαλείου μέτρησης λαμβάνουν τιμές από 1 ως 5 (διαφωνώ απόλυτα ως συμφωνώ απόλυτα) (Fommelt, 1991). Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στην ελληνική πραγματικότητα εκδοχή του FATCOD (Bakalis et al., 2013).

### 3.3.3. Εργασιακή ποιότητα ζωής

Η εργασιακή ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων μελετήθηκε με τη χρήση του εργαλείου μέτρησης Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολογεί μέσω 30 ερωτήσεων την εργασιακή ποιότητα ζωής των αποκρινόμενων. Για το σκοράρισμά του υπολογίζονται τρία διαφορετικά σκορ για τις υποκλίμακες της ικανοποίησης, της εξουθένωσης και του τραυματικού στρες, η κάθε μία από τις οποίες αποτελείται από 10 επιμέρους ερωτήσεις. Για τη πρώτη υποκλίμακα υψηλές τιμές σημαίνουν υψηλή ικανοποίηση, για τη δεύτερη υποκλίμακα υψηλές τιμές έντονη εξουθένωση και για τη τρίτη υποκλίμακα υψηλές τιμές σημαίνουν έντονο στρες. Το πιθανό σκορ της κάθε ερώτησης έχει εύρος τιμών από 1 (ποτέ) ως 5 (πολύ συχνά). Ο χρόνος ανάκλησης του εργαλείου είναι οι τελευταίες 30 ημέρες (Hudall, 2009). Στη συγκεκριμένη μελέτη

χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοσή του εργαλείου μέτρησης, η οποία και παρέχεται ελεύθερα από τους κατασκευαστές του.

#### **3.3.4. Θρησκευτικότητα-Πνευματικότητα**

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων μετρήθηκε με την ελληνική έκδοση της κλίμακας Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 20 ερωτήσεις με εύρος τιμών 1 (διαφωνώ πάρα πολύ) ως 6 (συμφωνώ πάρα πολύ). Οι υποκλίμακες, που συμπεριλαμβάνουν 10 ερωτήσεις η κάθε μία, μετρούν τη πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα αυτόνομα, ενώ το σύνολο των απαντήσεων αθροίζεται και σε ένα συνολικό σκορ. Υψηλές τιμές αντανακλούν έντονη θρησκευτικότητα και πνευματικότητα (Ellison, 1983). Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης (Darvyri et al., 2014), για την οποία δόθηκε άδεια χρήσης από τους κατασκευαστές της, καθώς και το σχετικό ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας.

#### **3.4. Διαδικασία**

Προ της χορήγησης των μετρήσεων, κατατέθηκε το αίτημα εκπόνησης της μελέτης στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου με ημερομηνία κατάθεσης του αιτήματος 19.06.2018. Η έγκριση για την εκπόνηση της μελέτης στο χώρο του νοσοκομείου δόθηκε μετά από συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου και του Διοικητικού Συμβουλίου στις 13.07.2018 (Παράρτημα 2). Από τότε ως και τις 30.08.2018 πραγματοποιήθηκε η συμπερίληψη των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η συμπερίληψη των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά από την ερευνήτρια που υλοποίησε το πρωτόκολλο. Οι πιθανοί συμμετέχοντες προσεγγίζονταν στο χώρο του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια διαλειμμάτων από την εργασία τους. Εν συνεχεία, ενημερώνονταν για τους σκοπούς και τα πλαίσια της μελέτης και τους ζητούταν να συμμετάσχουν. Στους συμμετέχοντες τονιζόταν το ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι προαιρετική, το ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν δεν θα εισαχθούν από κοινού με το ονοματεπώνυμό τους σε ηλεκτρονική βάση καταχώρησης και το ότι δεν θα κοινοποιηθούν σε κανέναν τρίτο. Τους τονιζόταν επίσης το ότι μπορούσαν να τερματίσουν τη συμμετοχή τους στη μελέτη, ακόμα και αν αρχικώς είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν. Στους συμμετέχοντες που συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα δίνονταν οι μετρήσεις, οι οποίες είτε συμπληρώνονταν επιτόπου, είτε επιστρέφονταν σε κάποια άλλη ημέρα κατόπιν

σχετικής συνεννόησης. Όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης προ της εισαγωγής τους στη μελέτη (Παράρτημα 3).

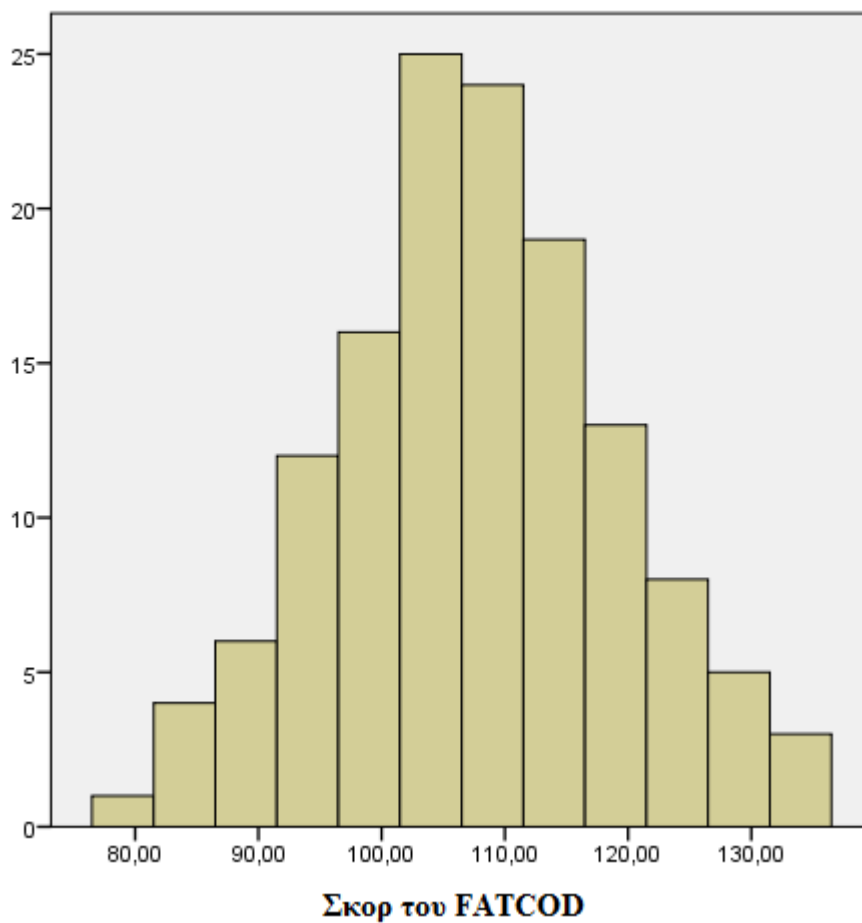
### **3.5. Ανάλυση δεδομένων**

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS για Windows. Αρχικώς, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Για τις κατηγορικές μεταβλητές ο σχετικός υπολογισμός πραγματοποιήθηκε μέσω ποσοστών επί τοις εκατό και απόλυτων τιμών, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές ο σχετικός υπολογισμός πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Ως προς την επαγωγική ανάλυση της μελέτης, προ αυτής πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών, ώστε να αποφασιστεί το εάν οι έλεγχοι που θα ακολουθήσουν θα είναι παραμετρικοί ή μη παραμετρικοί. Ως κριτήριο τέθηκαν οι τιμές ασυμμετρίας και κύρτωσης  $\pm 1.96$ , όπου τιμές εντός αυτών των ορίων υπαγορεύουν τη χρήση παραμετρικών μεθόδων ανάλυσης (Kim, 2013), ενώ υπολογίστηκαν και τα σχετικά ιστογράμματα για κάθε μία εκ των μεταβλητών που θα αναλύονταν.

Το ιστόγραμμα της ανάλυσης του FATCOD παρουσιάζεται κάτωθι. Όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα, η κατανομή της συγκεκριμένης μεταβλητής δείχνει κανονική, αφού οι περισσότερες τιμές συγκεντρώνονται στη μέση του ιστογράμματος. Η ασυμμετρία του FATCOD ήταν 0.054 και η κύρτωση -0.154.

Γράφημα 1

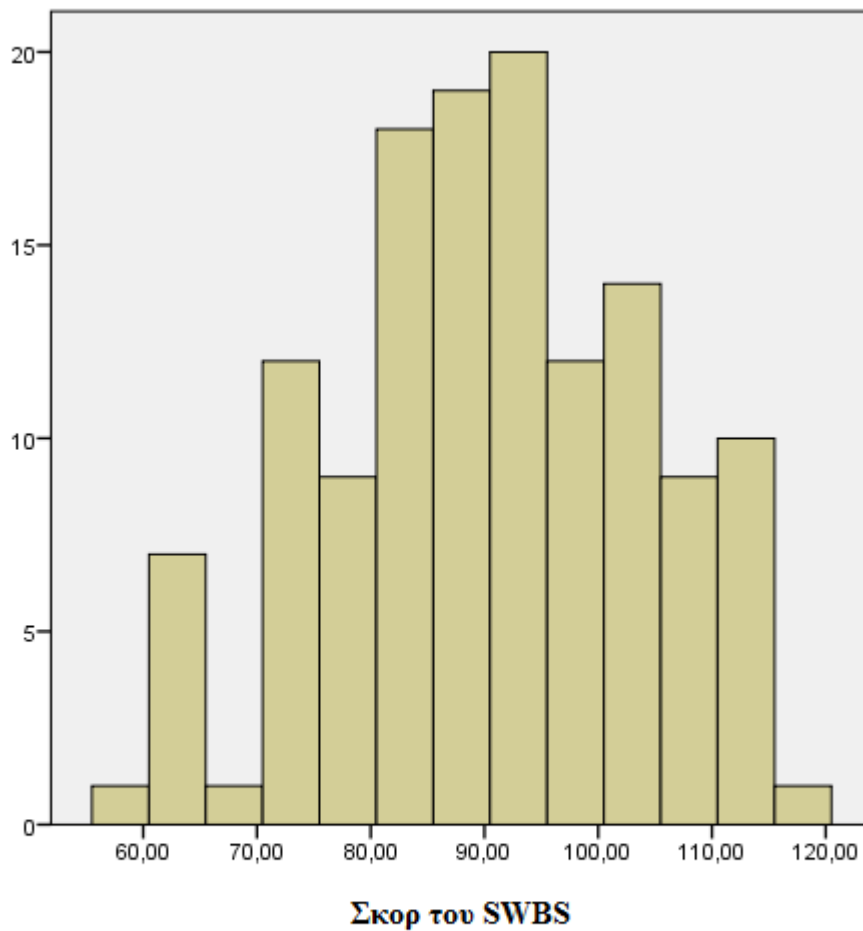
*Το ιστόγραμμα του ερωτηματολογίου FATCOD*



Ως προς το ερωτηματολόγιο SWBS, το σχετικό ιστόγραμμα παρουσιάζεται ακολούθως. Και σε αυτή τη περίπτωση η κατανομή δείχνει να είναι κανονική. Η ασυμμετρία του SWBS ήταν  $-0.147$  και η κύρτωση  $-0.481$ .

## Γράφημα 2

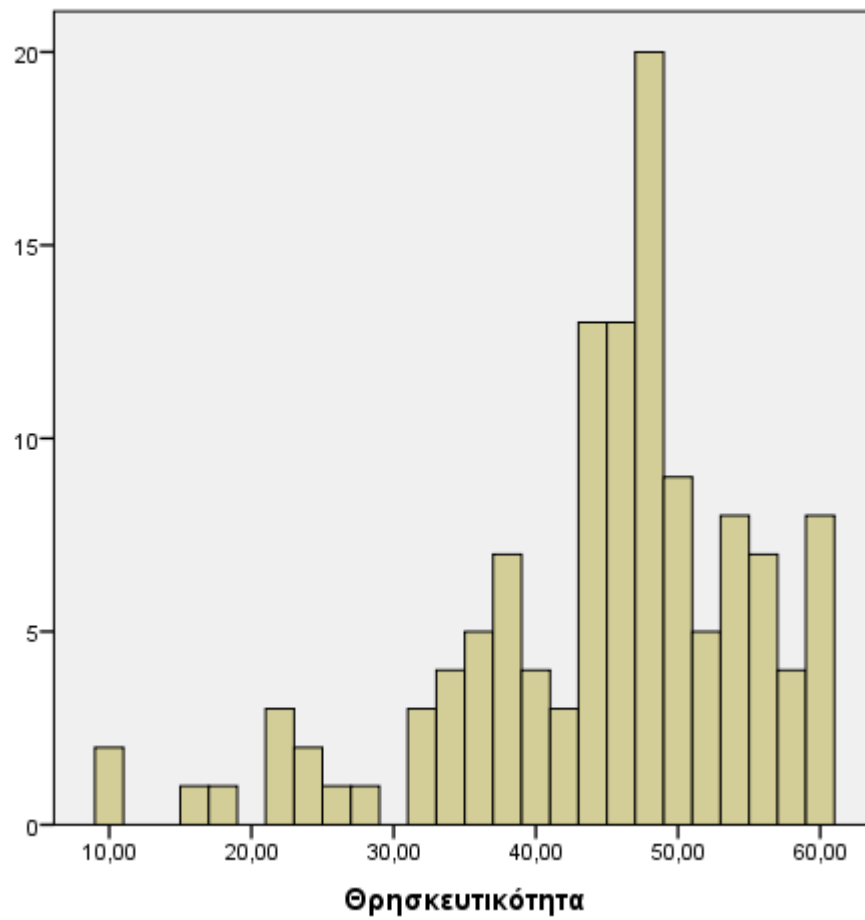
*Το ιστόγραμμα του ερωτηματολογίου SWBS*



Ως προς τη κατανομή της υποκλίμακας της θρησκευτικότητας του SWBS, το σχετικό ιστόγραμμα παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Η ασυμμετρία της θρησκευτικότητας ήταν  $-1.068$  και η κύρτωση  $1.327$ .

### Γράφημα 3

*Το ιστόγραμμα της θρησκευτικότητας του SWBS*

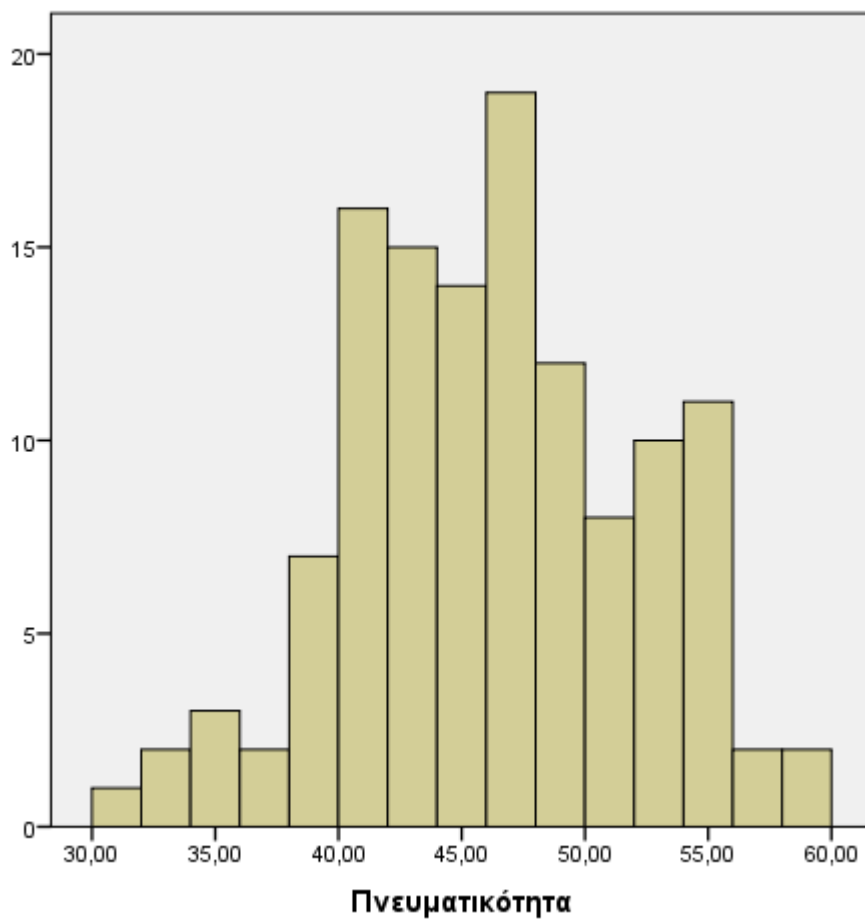




Αναφορικά με τη πνευματικότητα των συμμετεχόντων βάση του SWBS, η κατανομή της μεταβλητής αυτής παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα. Όπως παρουσιάζεται και από το γράφημα, η κατανομή φαίνεται να είναι κανονική. Η τιμή της ασυμμετρίας της μεταβλητής αυτής ήταν  $-0.72$ , ενώ της κύρτωσης  $-0.354$ .

Γράφημα 4

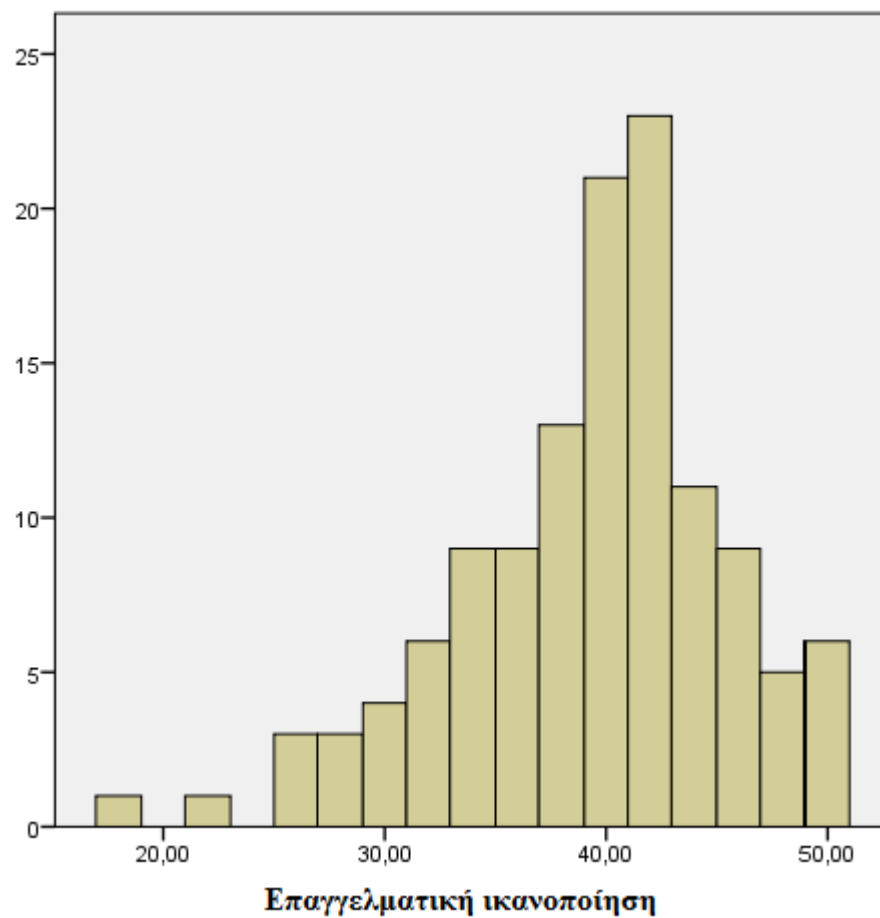
*Το ιστόγραμμα της πνευματικότητας του SWBS*



Ως προς τη κανονικότητα της υποκλίμακας της ικανοποίησης του ProQOL, αυτή παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα. Όπως παρουσιάζεται και από το γράφημα, η μεταβλητή αυτή φαίνεται να ακολουθεί μια κανονική κατανομή. Η ασυμμετρία της μεταβλητής αυτής ήταν  $-0.714$  και η κύρτωση  $0.769$ .

Γράφημα 5

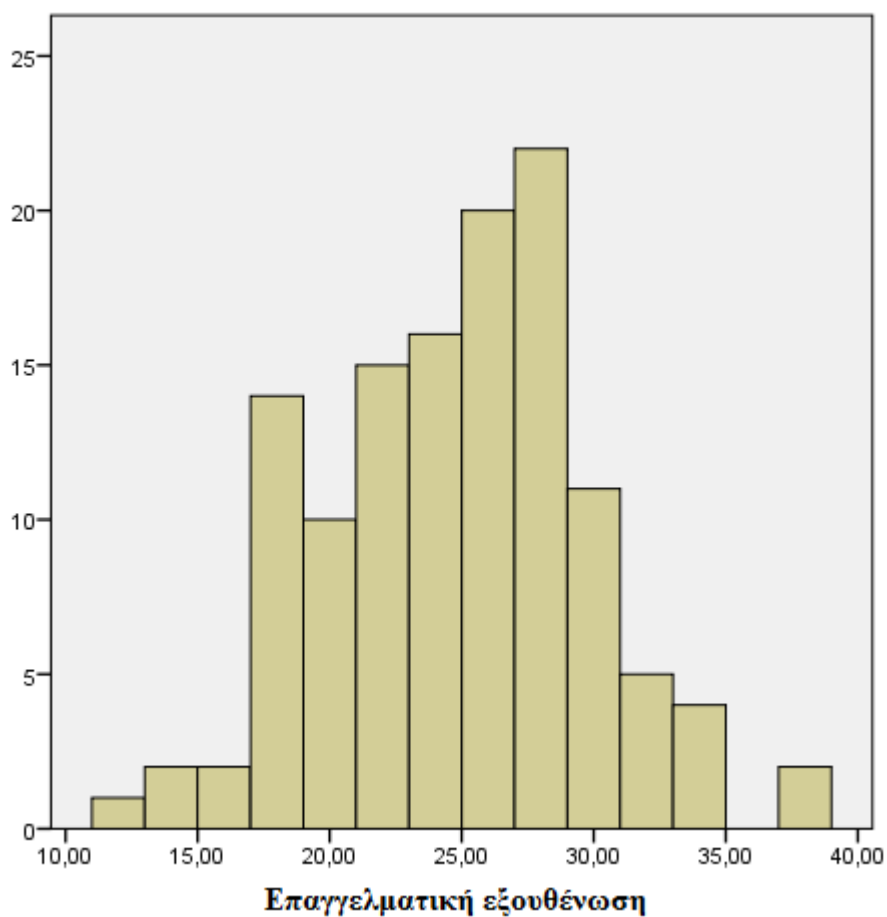
*Το ιστόγραμμα της επαγγελματικής ικανοποίησης του ProQOL*



Αναφορικά με τη κανονικότητα της μεταβλητής της επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτή παρουσιάζεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα. Η κατανομή δείχνει βάση του ιστογράμματος να είναι κανονική. Η ασυμμετρία της υποκλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν  $-0.10$ , ενώ η κύρτωση  $-0.65$ .

Γράφημα 6

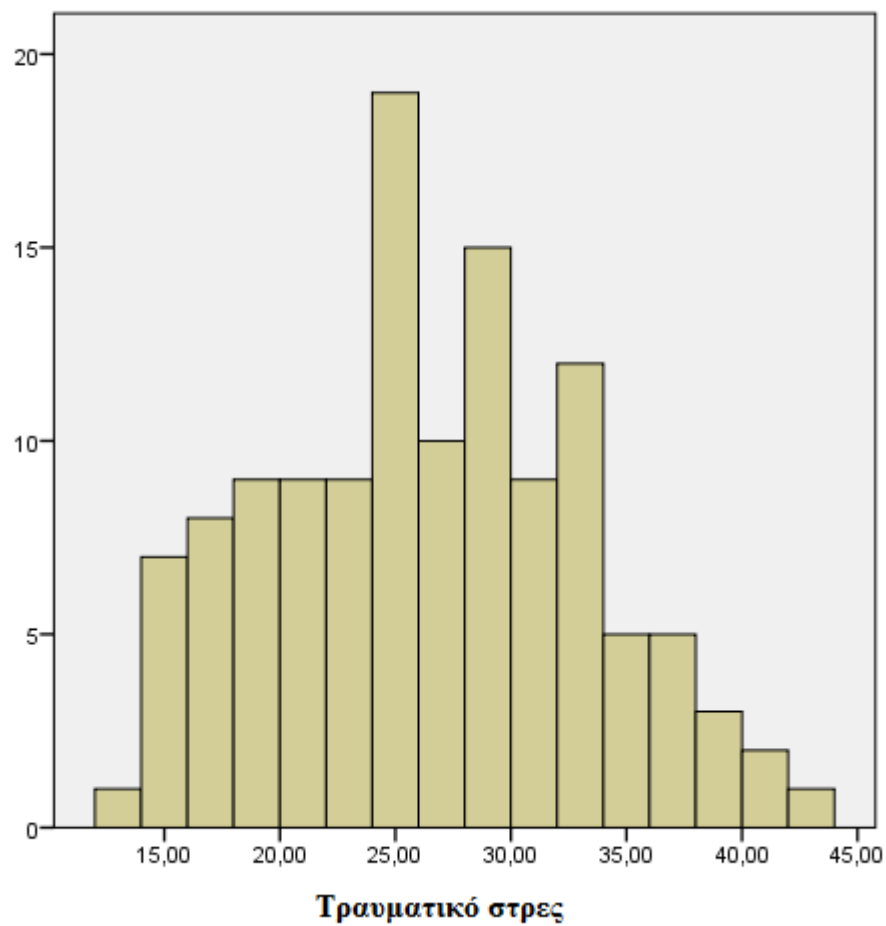
*Το ιστόγραμμα της επαγγελματικής εξουθένωσης*



Ως προς το ιστόγραμμα της υποκλίμακας του τραυματικού στρες του ProQOL, αυτό παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα. Η ασυμμετρία της συγκεκριμένης μεταβλητής ήταν 0.166 και η κύρτωση -0.575.

Γράφημα 7

*Το ιστόγραμμα του τραυματικού στρες*



Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται πως πληρούνται τα κριτήρια της κανονικότητας για το σύνολο των σκορ των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους, υπαγορεύοντας τη χρήση παραμετρικών μεθόδων ανάλυσης. Συνεπώς, ως προς τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών της μελέτης και των τιμών του FATCOD, ο σχετικός υπολογισμός πραγματοποιήθηκε βάση του Ελέγχου Ανεξαρτήτων Δειγμάτων για τις δίτιμες κατηγορικές μεταβλητές και της Ανάλυσης Διακύμανσης για κατηγορικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες υπαγωγής. Σε περίπτωση ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών, διενεργούνταν post-hoc αναλύσεις βάση του ελέγχου του Bonferroni. Αναφορικά με την εξέταση της συσχέτισης ανάμεσα στις ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης, αυτή πραγματοποιήθηκε βάση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Τέλος, υπολογίστηκε και ο δείκτης εσωτερικής συγκρότησης Cronbach's  $\alpha$  (Cronbach, 1951) για τα σκορ των κλιμάκων και των υποκλιμάκων που χορηγήθηκαν. Ο δείκτης σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05 για το σύνολο των αναλύσεων.

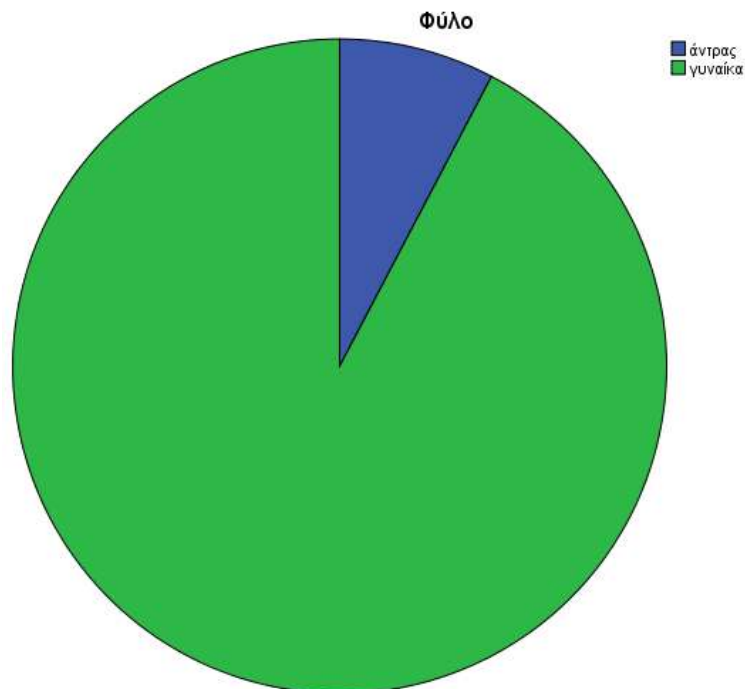
### 3.6. Αποτελέσματα

#### 3.6.1 Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας

Αναφορικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων της έρευνας, το 7.7% αυτών ήταν άντρες (N=11) και το 92.3% (N=132) γυναίκες. Η υπεροχή των γυναικών εντός του εξεταζόμενου δείγματος αποτυπώνεται και στο γράφημα 4.

Γράφημα 8

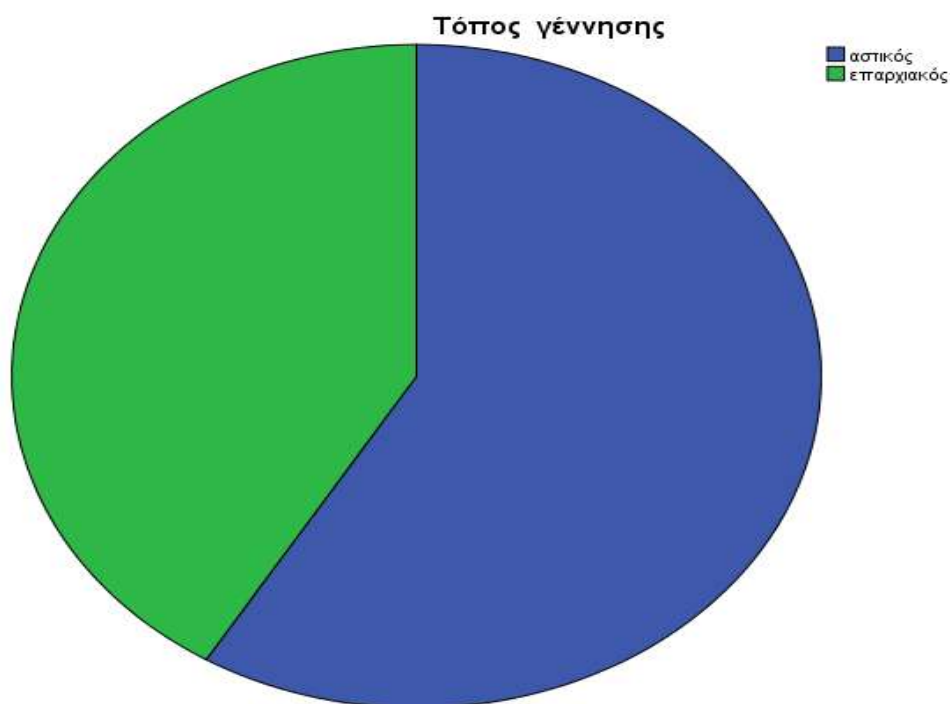
*Η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων*



Σχετικά με το τόπο γέννησης των συμμετεχόντων της έρευνας, 81 εξ' αυτών (58.7%) είχαν γεννηθεί σε αστικό μέρος, ενώ 57 (41.3%) σε επαρχιακό μέρος. Η κατανομή του τόπου γέννησης του εξεταζόμενου δείγματος παρουσιάζεται και στο ακόλουθο γράφημα.

Γράφημα 9

*Η κατανομή του τόπου γέννησης των συμμετεχόντων*



Αναφορικά στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος, αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 1. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι (56.7%), ενώ ένα αρκετά υπολογίσιμο ποσοστό ήταν ανύπαντροι (31.2%). Μικρότερα ήταν τα ποσοστά για τους χωρισμένους (9.9%) και τους χήρους (2.1%) στο δείγμα της έρευνας.

Πίνακας 1

*Η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης εντός του εξεταζόμενου δείγματος*

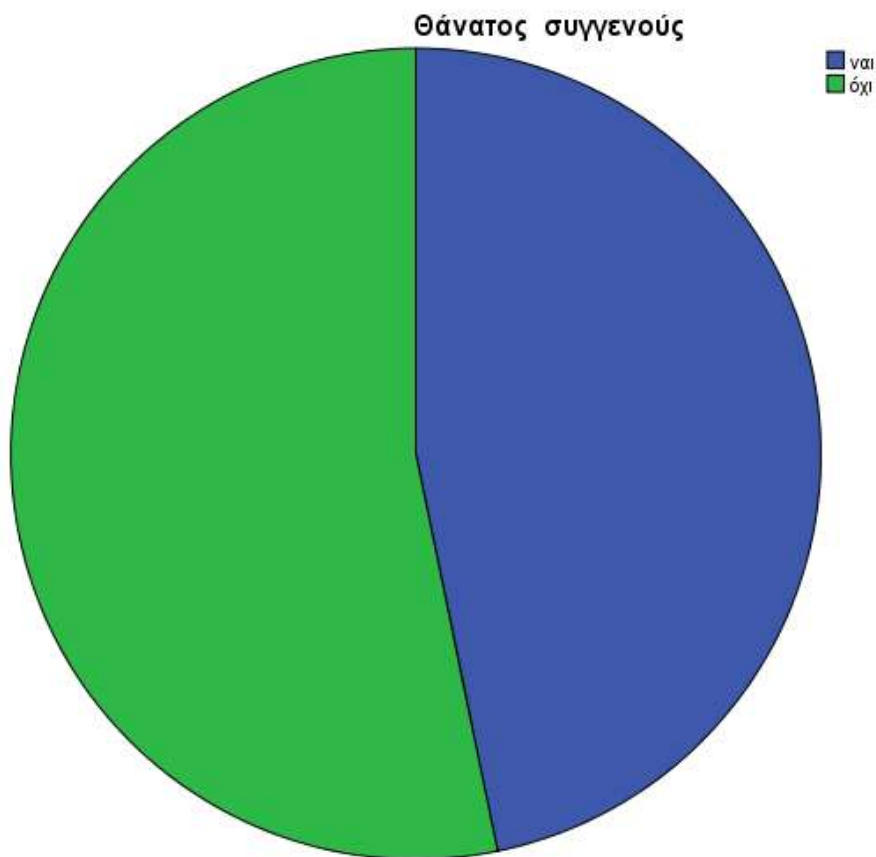
	Απόλυτη τιμή	Ποσοστό %
ελεύθερος-η	44	31.2
παντρεμένος-η	80	56.7
χωρισμένος-η	14	9.9
χήρος-α	3	2.1
Σύνολο	141	100.0



Ως προς το θάνατο συγγενούς κατά τη τελευταία τριετία, για ένα υπολογίσιμο ποσοστό των συμμετεχόντων της μελέτης υπήρχε θάνατος συγγενούς (N=65, 46.8%). Ωστόσο, για τη πλειονότητα των ατόμων δεν υπήρχε θάνατος συγγενούς κατά τη τελευταία τριετία (N=74, 54.2%). Η κατανομή των τιμών της μεταβλητής εντός του εξεταζόμενου δείγματος παρουσιάζεται και στο κάτωθι γράφημα.

#### Γράφημα 10

*Η συχνότητα του θανάτου συγγενούς τη τελευταία τριετία*



Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων της μελέτης, η πλειονότητα αυτών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (53.5%), ενώ ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο ποσοστό επρόκειτο για νοσηλευτικό προσωπικό Δ.Ε. Μόλις 4.2% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι μόνο προπτυχιακού προγράμματος σπουδών ΑΕΙ, ενώ ένα 14.1% του δείγματος είχε ολοκληρώσει και μεταπτυχιακές σπουδές. Περαιτέρω πληροφορίες αναφορικά με τη κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου στο εξεταζόμενο δείγμα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2

*Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων*

	Απόλυτη τιμή	Ποσοστό %
ΤΕΙ	76	53.5
ΑΕΙ	6	4.2
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	20	14.1
ΔΕ	40	28.2
Σύνολο	142	100.0

Αναφορικά με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών των ατόμων του δείγματος, οι σχετικές πληροφορίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Όπως παρουσιάζεται από τον πίνακα, η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 42.10 έτη, με τυπική απόκλιση τα 8.41 έτη, ενώ η μέση τιμή του αριθμού παιδιών ήταν 1.17 με τυπική απόκλιση τα 1.06 παιδιά. Ως προς τα έτη προϋπηρεσίας, η μέση τιμή αυτής της μεταβλητής ήταν τα 16.99 έτη, με τυπική απόκλιση τα 9.79 έτη. Τέλος, η μέση τιμή της ικανοποίησης από το εισόδημα ήταν 2.28 με τυπική απόκλιση 1.01.

### Πίνακας 3

*Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών δημογραφικών μεταβλητών*

	Ηλικία	Αριθμός παιδιών	Έτη προϋπηρεσίας	Ικανοποίηση από το εισόδημα
Μέση τιμή	42.10	1.17	16.99	2.28
N	138	116	136	135
Τυπική απόκλιση	8.41	1.05	9.79	1.01

Αναφορικά με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά και τον δείκτη  $\alpha$  των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν, οι πληροφορίες αυτές παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4

*Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά και ο δείκτης  $\alpha$  των κλιμάκων της έρευνας*

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Δείκτης $\alpha$
FATCOD	107.61	11.19	0.80
SWBS	90.21	13.66	0.87
Πνευματικότητα	45.75	5.74	0.91
Θρησκευτικότητα	44.48	10.53	0.70
Εργασιακή ικανοποίηση	39.04	6.17	0.87
Εξουθένωση	24.12	4.92	0.68
Τραύμα	25.55	6.85	0.83

### 3.6.2. Η επαγωγική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας

Ως προς τις διαφορές του φύλου στα σκορ του FATCOD, οι άντρες της μελέτης είχαν ελαφρώς υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες της έρευνας (μέση διαφορά 0.819). Ωστόσο, οι διαφορές αυτές ήταν μη στατιστικά σημαντικές ( $p=0.817$ ). Περαιτέρω λεπτομέρειες παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 5

Η μέση τιμή των διαφορετικών τιμών του φύλου στο FATCOD

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
FATCOD	άντρας	11	108.36	10.80	0.817
	γυναίκα	125	107.54	11.27	

Αναφορικά με τις διαφορές στις τιμές του FATCOD βάση του τόπου γέννησης, οι σχετικές διαφορές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Οι συμμετέχοντες αστικού τόπου γέννησης είχαν υψηλότερες τιμές στο FATCOD (μέση διαφορά 2.85), χωρίς ωστόσο αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές ( $p=0.156$ ).

Πίνακας 6

Η μέση τιμή των διαφορετικών τιμών του τόπου γέννησης στο FATCOD

	Τόπος γέννησης	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
FATCOD	αστικός	76	108.90	11.65	0.156
	επαρχιακός	55	106.05	10.75	

Ως προς τις διαφορές στις τιμές του FATCOD με βάση το θάνατο συγγενούς, η σχετική ανάλυση παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Όπως παρουσιάζεται από τον κάτωθι πίνακα, υπήρχε μια μέση διαφορά 0.175 μεταξύ αυτών που είχε και αυτών που δεν είχε πεθάνει συγγενείς τους. Οι διαφορές αυτές ήταν μη στατιστικά σημαντικές ( $p=0.930$ ).

Πίνακας 7

*Οι διαφορές στις τιμές του FATCOD με βάση το θάνατο συγγενούς*

	Θάνατος συγγενούς	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
FATCOD	Ναι	60	107.63	11.47	0.930
	Όχι	72	107.46	11.31	

Ως προς τις διαφορές στις τιμές του FATCOD με βάση την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, αυτή παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Οι διαφορές αυτές ήταν μη στατιστικά σημαντικές ( $F=1,625$ ,  $p=0.187$ ). Περαιτέρω λεπτομέρειες για τις διαφορές αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα.

Πίνακας 8

*Οι διαφορές στις τιμές του FATCOD βάσει της οικογενειακής κατάστασης*

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ελεύθερος-η	41	106.58	10.05	0.187
παντρεμένος-η	76	108.88	11.56	
χωρισμένος-η	14	102.71	11.66	
χήρος-α	3	113.67	15.17	
Σύνολο	134	107.64	11.27	

Σχετικά με τις διαφορές των τιμών του FATCOD με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των αποκρινόμενων, αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Όπως παρουσιάζεται και από τον πίνακα, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους υπο-ομάδων της μελέτης ( $F=3,998$ ,  $p=0.009$ ).

Πίνακας 9

*Οι διαφορές βάσει του εκπαιδευτικού επιπέδου στις τιμές του FATCOD*

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
ΤΕΙ	73	106.83	10.93	<b>0.009</b>
ΑΕΙ	6	111.33	7.33	
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	19	115.05	13.13	
ΔΕ	37	105.18	9.49	
Σύνολο	135	107.74	11.13	

Ο post-hoc έλεγχος διερεύνησης των διαφορών αυτών παρουσιάζεται ακολούθως. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρχαν μεταξύ των απόφοιτων Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και των αποφοίτων ΤΕΙ (μέση διαφορά 8.21,  $p=0.022$ ), και μεταξύ των αποφοίτων Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και των αποφοίτων ΔΕ (μέση διαφορά 9.86,  $p=0.009$ ). Περαιτέρω λεπτομέρειες παρουσιάζονται και στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 10

*Ο post-hoc έλεγχος της επίδρασης του εκπαιδευτικού επιπέδου στις τιμές του FATCOD*

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Μέση διαφορά	P
ΤΕΙ	ΑΕΙ	-4.497	1.000
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	-8.217	<b>0.022</b>
	ΔΕ	1.646	1.000
ΑΕΙ	ΤΕΙ	4.497	1.000
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	-3.719	1.000
	ΔΕ	6.144	1.000
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	ΤΕΙ	8.217	<b>0.022</b>
	ΑΕΙ	3.719	1.000
	ΔΕ	9.863	<b>0.009</b>
ΔΕ	ΤΕΙ	-1.646	1.000
	ΑΕΙ	-6.144	1.000
	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	-9.863	<b>0.009</b>



Αναφορικά με τις συσχετίσεις των τιμών του FATCOD με τα τις ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος της έρευνας, αυτή παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Όπως καταδεικνύεται και από τον πίνακα, για καμία εκ των εξεταζόμενων συσχετίσεων δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά με τις συσχετίσεις αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11

*Η συσχέτιση των τιμών του FATCOD με τις ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος*

		FATCOD
Ηλικία	Pearson Correlation	-0.056
	P	0.526
	N	132
Αριθμός παιδιών	Pearson Correlation	0.096
	P	0.317
	N	110
Έτη προϋπηρεσίας	Pearson Correlation	0.014
	P	0.875
	N	130
Ικανοποίηση από το εισόδημα	Pearson Correlation	0.057
	P	0.525
	N	129

Ως προς τη σχέση των τιμών του FATCOD με το συνολικό σκορ και το σκορ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SWBS, οι σχετικές συσχετίσεις παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Όπως παρουσιάζεται και από τον πίνακα, καταγράφηκαν θετικές, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τη πνευματικότητα ( $p=0.000$ ) και το συνολικό σκορ του SWBS ( $p=0.006$ ). Αναφορικά με την υποκλίμακα της θρησκευτικότητας, η συσχέτιση ήταν επίσης θετική ( $r=0.098$ ), αλλά ήταν μη στατιστικά σημαντική ( $p=0.271$ ). Περαιτέρω λεπτομέρειες αναφορικά με τις συσχετίσεις αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 12

*Οι συσχετίσεις των τιμών του FATCOD και του SWBS*

		Σκορ FATCOD
Θρησκευτικότητα	Pearson Correlation	0.098
	P	0.271
	N	128
Πνευματικότητα	Pearson Correlation	0.391
	P	<b>0.000</b>
	N	131
Συνολικό σκορ SWBS	Pearson Correlation	0.242
	P	<b>0.006</b>
	N	128

Σχετικά με τη συσχέτιση των τιμών του FATCOD με αυτές του ProQOL, αυτή παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα. Όπως παρουσιάζεται και από τον πίνακα, υπήρχε μια θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και το σκορ του FATCOD ( $r=0.303$ ,  $p=0.000$ ). Αντίθετα, καταγράφηκαν αρνητικές, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την εξουθένωση ( $r=-0.333$ ,  $p=0.000$ ) και με το τραυματικό στρες ( $r=-0.227$ ,  $p=0.009$ ).

Πίνακας 13

*Η συσχέτιση των τιμών του FATCOD με το σκορ του ProQOL και τις υποκλίμακές του*

		Σκορ FATCOD
Επαγγελματική ικανοποίηση	Pearson Correlation	0.303
	P	<b>0.000</b>
	N	133
Εξουθένωση	Pearson Correlation	-0.333
	P	<b>0.000</b>
	N	135
Τραυματικό στρες	Pearson Correlation	-0.227
	P	<b>0.009</b>
	N	131

### 3.7. Συζήτηση

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, παράγοντες όπως το φύλο, ο τόπος γέννησης, ο θάνατος στενού συγγενούς κατά τη τελευταία τριετία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η ηλικία, ο χρόνος προϋπηρεσίας, ο βαθμός ικανοποίησης από το εισόδημα και η θρησκευτικότητα δεν έχουν κάποια σημαντική σχέση με τις στάσεις για την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Το εκπαιδευτικό επίπεδο έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, με τους αποφοίτους μεταπτυχιακών σπουδών να έχουν θετικότερες αντιλήψεις για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν εν σχέση με τους αποφοίτους ΤΕΙ και το νοσηλευτικό προσωπικό ΔΕ. Σημαντική συσχέτιση καταγράφεται και μεταξύ της πνευματικότητας και των στάσεων, όπου όσο υψηλότερη η πνευματικότητα των αποκρινόμενων, τόσο θετικότερες οι στάσεις τους για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Επιπλέον, όσο υψηλότερη η επαγγελματική ικανοποίηση, τόσο θετικότερες οι στάσεις, ενώ όσο εντονότερο το τραυματικό στρες και η εξουθένωση, τόσο αρνητικότερες οι στάσεις.

Κεντρικό ρόλο στην επεξήγηση των ευρημάτων και στην ανάπτυξη θεωρητικών αποδόσεων έχουν όχι μόνο οι ανωτέρω στατιστικά σημαντικές σχέσεις, αλλά και αυτές για τις οποίες δεν διαπιστώθηκε μια στατιστική σημαντικότητα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον φαίνεται να έχει ο θάνατος στενού συγγενικού προσώπου κατά τη τελευταία τριετία, μια παράμετρος που δεν έχει μελετηθεί επαρκώς στην έως τώρα βιβλιογραφία. Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης, η συγκεκριμένη μεταβλητή όχι μόνο δεν έχει μια στατιστικά σημαντική διαφοροποιητική επίδραση στις τιμές των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά οι στατιστικές διαφορές είναι σχεδόν ολοκληρωτικά απύσες ( $p=0.930$ ). Φαίνεται επομένως πως οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού δεν δομούνται με βάση τα προσωπικά του βιώματα και τις εμπειρίες του, αλλά σχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με άλλες παραμέτρους. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με μια προγενέστερη μελέτη στην Ισπανία σε φοιτητές νοσηλευτικής, όπου πρόσφατα ανάλογα συμβάντα εντός των οικογενειών τους προδιέθεταν θετικά για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν (Edo-Gual et al.,

2017). Μπορεί κατά συνέπεια να θεωρηθεί πως ενώ κάτι τέτοιο ενδεχομένως να παρατηρείται κατά τη προπτυχιακή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, η επίδραση αυτή τερματίζεται μετά την ανάληψη των επαγγελματικών του καθηκόντων.

Ενδιαφέρουσα είναι επίσης η απουσία σχέσης των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Με εξαίρεση το εκπαιδευτικό επίπεδο, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις για καμία άλλη εκ των μεταβλητών που μετρήθηκαν. Ως εκ τούτου, φαίνεται πως το νοσηλευτικό προσωπικό δομεί τις στάσεις του για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν ελάχιστα με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το εύρημα αυτό δεν βρίσκεται σε σύμπλευση με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου παράγοντες όπως ο χρόνος προϋπηρεσίας και η ηλικία σχετίζονται θετικώς με τις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν (Abu Hasheesh et al., 2014; Sharour et al., 2017). Επομένως, τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης οφείλουν να οδηγήσουν σε έναν γόνιμο προβληματισμό αναφορικά με το εάν και με το σε τι βαθμό οι παράμετροι αυτοί έχουν μια σημαντική επίδραση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφοροποίηση της επίδρασης της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου ενώ για τη περίπτωση της θρησκευτικότητας δεν καταγράφονται στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, για τη περίπτωση της πνευματικότητας καταγράφονται. Αρχικώς, το εύρημα αυτό συνεισφέρει στη μελέτη της ίδιας της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, αφού αναδεικνύονται ως δύο παράγοντες με διακριτή επίδραση μεταξύ τους, όντας συνεπώς και οι ίδιοι σε μεγάλο βαθμό διαφορετικοί ο ένας από τον άλλο. Η διαφοροποιημένη αυτή επίδραση βρίσκεται σε σύμπλευση με την άποψη θεωρητικών μελετητών του ζητήματος που υποστηρίζουν πως οι δύο έννοιες είναι ως ένα βαθμό διαφορετικές μεταξύ τους (Hay et al., 2006). Επιπλέον, πιθανώς η πνευματικότητα να είναι μια μεταβλητή που αποτυπώνει ευρύτερες υπαρξιακές ανησυχίες του νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. νόημα της ζωής), οι οποίες και φαίνεται να σχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με τις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν σε σχέση με τη θρησκευτικότητα.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο αφορά τη σχέση ανάμεσα στις υποκλίμακες του ProQOL και των στάσεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Φαίνεται

πως παράγοντες όπως η εξουθένωση και το τραύμα σχετίζονται με αρνητικές στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Το εύρημα αυτό μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα πως προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να επιθυμεί και να μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν, οφείλει να έχει τα απαραίτητα διαθέσιμα ψυχικά αποθέματα. Η συσχέτιση αυτή βρίσκεται σε σύμπλευση με προηγούμενες μελέτες, όπου έχει διαπιστωθεί πως οι θετικές αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με το αντικείμενο της εργασίας του σχετίζονται με χαμηλές τιμές εξουθένωσης και τραύματος (Lorenz & Guirardello, 2014; Missouridou, 2017). Η συνεισφορά της παρούσας μελέτης αφορά την επιβεβαίωση του ότι οι προγενέστερες αυτές γνωστές επιδράσεις στο γενικό πληθυσμό του νοσηλευτικού προσωπικού ισχύουν και για νοσηλευτές που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς που πεθαίνουν.

Τέλος, οφείλει να αναζητηθεί μια απόδοση για τις υψηλότερες τιμές των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι απόφοιτοι Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων Σπουδών εν σχέση με τους υπόλοιπους. Πιθανώς οι υψηλότερες αυτές τιμές να είναι συνάρτηση παραμέτρων όπως η αποτελεσματικότερη κατάρτιση των ατόμων αυτών του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία και τους προσδίδει μια υψηλότερη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, διαμορφώνοντας κατά τον τρόπο αυτό θετικές στάσεις αναφορικά με τη «πρόκληση» της εργασίας με ένα τόσο στρεσογόνο αντικείμενο. Παρ' όλα αυτά, ενδεχομένως η τάση αυτή να μπορεί να αποδοθεί και σε μια υψηλότερη αίσθηση καθήκοντος αυτών που έχουν σπουδάσει περισσότερο και επομένως ίσως να μπορούν να προσφέρουν περισσότερα. Συνολικότερα, για τη συγκεκριμένη σχέση μπορούν να προταθούν διαφορετικές επεξηγήσεις, χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρο το ποιά εξ' αυτών ενδεχομένως να έχει τη μεγαλύτερη επεξηγηματική ισχύ.

### **3.8. Περιορισμοί της μελέτης**

Ένας περιορισμός της έρευνας αφορά το μέγεθος του εξεταζόμενου δείγματος. Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας (N=143) δεν οφείλει να θεωρηθεί ως μικρό. Παρ' όλα αυτά, ακόμα και σε τέτοιες περιπτώσεις το μέγεθος ενός δείγματος μπορεί να συνιστά έναν περιορισμό μιας μελέτης αν δεν έχει υπολογιστεί μέσω μιας κατάλληλης φόρμουλας υπολογισμού του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος για τη διασφάλιση της απαιτούμενης στατιστικής ισχύς σε μια μελέτη. Η

απουσία μάλιστα σχετικού υπολογισμού μπορεί να οδηγήσει σε σφάλμα τύπου I και τύπου II, δηλαδή σε λανθασμένη απόρριψη και αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης αντίστοιχα (Campbell & Machin, 1999). Καθώς στη συγκεκριμένη έρευνα δεν πραγματοποιήθηκε ένας σχετικός υπολογισμός κατά τη φάση του σχεδιασμού της έρευνας, αυτός μπορεί να θεωρηθεί ως ένας περιορισμός σχετικά με το μέγεθος του δείγματος που αναλύθηκε.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης αφορά τη χαμηλή κατανομή ορισμένων κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών εντός του εξεταζόμενου δείγματος. Ο βασικότερος προβληματισμός αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, όπου οι άντρες της μελέτης ήταν μόλις 11 άτομα (7.7%). Ως εκ τούτου, πιθανώς η μελέτη διαφορών μεταξύ αυτών των τιμών και των υπολοίπων να υπόκειται σε περιορισμούς λόγω της χαμηλής συχνότητάς τους εντός του εξεταζόμενου δείγματος.

Ένας επιπρόσθετος περιορισμός της μελέτης αφορά την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Στόχος της μελέτης ήταν η εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Ωστόσο, το δείγμα μπορεί να θεωρηθεί ως όχι απόλυτα αντιπροσωπευτικό του ευρύτερου πληθυσμού στόχου που επιχειρείται να γενικευτούν τα ευρήματα της έρευνας, λόγω του ότι προέρχεται από ένα και μόνο νοσοκομείο και ένα και μόνο κέντρο ημέρας. Πράγματι, παράγοντες όπως η κουλτούρα του προσωπικού των συγκεκριμένων φορέων ενδεχομένως να επιδρούν στις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τρόπο διαφορετικό από αυτόν που ισχύει σε άλλους φορείς. Επομένως, ένας περιορισμός της μελέτης αφορά την αντιπροσωπευτικότητα του συγκεκριμένου δείγματος ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν στην Ελλάδα, κάτι που περιορίζει και τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας.

Συνολικότερα, παρά το ότι στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε μια πληθώρα κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και στάσεων και αντιλήψεων που επιδρούν στις στάσεις απέναντι στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν, ενδεχομένως να υπάρχει μια πληθώρα άλλων παραγόντων που επίσης έχουν σημαντική επίδραση και δεν μελετήθηκαν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα. Για παράδειγμα, κεντρικό ρόλο στη διαμόρφωση αντιλήψεων

αναφορικά με δεινά των άλλων έχουν δομικές πεποιθήσεις του ανθρώπου, όπως η πεποίθηση πως ο κόσμος που ζούμε είναι δίκαιος ή άδικος (Furnham, 2003). Παρά το ότι η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε πέραν των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων να εξετάσει και ένα πλέγμα στάσεων και αντιλήψεων που πιθανώς να επιδρούν στις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν, η αδυναμία εξέτασης μιας πληθώρας στάσεων λόγω των εγγενών περιορισμών της έρευνας ως προς το χρόνο που θα μπορούσαν να διαθέσουν οι συμμετέχοντες για την απόκριση στις μετρήσεις κατέστησε απαγορευτική τη μέτρηση περισσότερων στάσεων, αφήνοντας ως εκ τούτου ανεξερεύνητη μια πιθανή επίδραση περαιτέρω αντιλήψεων στις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

### **3.9. Προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα**

Με βάση τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης και τους περιορισμούς της έρευνας μπορεί να πραγματοποιηθεί μια σειρά προτάσεων για τις μελλοντικές μελέτες. Αναμφίβολα, μια πρόταση θα μπορούσε να αφορά τη μελέτη της σχέσης μιας σειράς άλλων στάσεων, αντιλήψεων και πεποιθήσεων αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα μπορούσαν να παρουσιάζουν οι παράμετροι της ψυχικής υγείας, καθώς η κακή ψυχική υγεία συνδέεται με διαμόρφωση αρνητικών αντιλήψεων από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για το επάγγελμά του (Lai et al., 2008). Η εξέταση της επίδρασης των παραγόντων της ψυχικής υγείας έχει μάλιστα ιδιαίτερη βαρύτητα αναλογιζόμενοι το ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει υψηλότερες τιμές στρες, κατάθλιψης και άγχους εν σχέση με το γενικό πληθυσμό (Cheung & Yip, 2015). Συνεπώς, ένα πεδίο μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να αφορά την εξέταση της σχέσης της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού με τις στάσεις απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν.

Καθώς στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάζεται ο ρόλος της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας, η στόχευση αυτή μπορεί να αναδείξει ένα ευρύτερο πεδίο έρευνας αναφορικά με την επίδραση υπαρξιακού χαρακτήρα παραμέτρων στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Για παράδειγμα, μια σχετική μεταβλητή που έχει εξεταστεί σε μελέτες σε άλλα πεδία είναι η υπερβατικότητα, δηλαδή η θεώρηση του εαυτού και των άλλων ως αναπόσπαστων τμημάτων του κόσμου, μια μεταβλητή που συνδέεται επομένως με ένα ισχυρό αίσθημα συνοχής μεταξύ του «εαυτού» και των

«άλλων» (Frank, 1966). Η πρόταση για μελέτη της σύνδεσης της συγκεκριμένης αντίληψης με τη διαμόρφωση των νοσηλευτικών στάσεων απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν συναντάται και στη σκέψη διαφόρων θεωρητικών, όπως ο Reed (1991), παρ' ότι η σχέση αυτή δεν έχει ως τώρα αποτελέσει αντικείμενο ερευνητικών εγχειρημάτων. Πιθανώς επομένως η μελέτη της επίδρασης της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας μέσω της συγκεκριμένης μελέτης να αναδεικνύει την ευρύτερη σημαντικότητα μελέτης των υπαρξιακού χαρακτήρα μεταβλητών, όπως η υπερβατικότητα, στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν.

Ένα άλλο αντικείμενο μελέτης θα μπορούσε να αποτελέσει η ποιοτική εξέταση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι απόφοιτοι Μεταπτυχιακών Σπουδών ως προς τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Οι ποιοτικές μελέτες αποτελούν ένα κατάλληλο τρόπο διερεύνησης όχι της σχέσης μεταξύ επιμέρους μεταβλητών, αλλά του τρόπου με τον οποίο ένα φαινόμενο λαμβάνει χώρα (Babbie, 2013). Μέσα από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκαν οι υψηλότερες τιμές των αποφοίτων Μεταπτυχιακών Σπουδών ως προς τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Παρ' όλα αυτά, ο λόγος για τον οποίο κάτι τέτοιο παρατηρείται δεν είναι απόλυτα σαφής. Για το λόγο αυτό, μια ποιοτική μελέτη με αυτή τη στόχευση ενδεχομένως να μπορούσε να οδηγήσει σε απόδοση της τάσης αυτής.

Τέλος, ένα άλλο πεδίο μελέτης αφορά τη διερεύνηση της διαμόρφωσης των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν πάσχοντας από άλλα χρόνια νοσήματα (π.χ. καρδιολογικοί ασθενείς). Στη βιβλιογραφία συναντώνται ως τώρα αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν διερευνήσει τη διαμόρφωση των στάσεων ως προς ασθενείς με διαφορετικά χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Η συμβολή της συγκεκριμένης μελέτης ως προς αυτή τη βιβλιογραφία οφείλει να εντοπιστεί στη παροχή νέων κατευθύνσεων αναφορικά με πιθανούς δημογραφικούς παράγοντες και με στάσεις και αντιλήψεις που θα μπορούσαν να επιδρούν στη διαμόρφωση αντιλήψεων για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν από άλλα νοσήματα.



### 3.10. Προτάσεις για τη κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία

Η συγκεκριμένη έρευνα αναδεικνύει την αρνητική επίδραση παραγόντων όπως το τραύμα και η επαγγελματική εξουθένωση στις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Κατά συνέπεια, η μελέτη αυτή αναδεικνύει τη σημαντικότητα διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής υγείας για το νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο τη βελτίωση των στάσεων του έναντι του αντικειμένου εργασίας του. Η μείωση της εξουθένωσης με στόχο τη βελτίωση της εργασιακής απόδοσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι μάλιστα μια διεθνής τάση, που έχει πρόσφατα συγκεντρώσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον (Friganovic et al., 2017). Επομένως, οφείλει να εξεταστεί στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. το πώς δύναται να μειωθεί μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων το τραύμα και η εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να βελτιωθούν οι στάσεις του έναντι της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Επί του παρόντος, έχει διαπιστωθεί μέσα από κλινικές μελέτες πως παρεμβάσεις όπως η θεραπεία μέσω τέχνης μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση της εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που δουλεύει σε ογκολογικές μονάδες (Italia et al., 2008) και πιθανώς να όφειλαν να εφαρμοστούν στα πλαίσια της βελτίωσης της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού του Ε.Σ.Υ.

Μια άλλη πρόταση θα μπορούσε να αφορά την ενίσχυση της δυνατότητας του νοσηλευτικού προσωπικού να προχωρά σε υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέσω Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων Σπουδών, αφού το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε πραγματοποιήσει τέτοιες σπουδές είχε και θετικότερες αντιλήψεις για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν. Συνεπώς, η περαιτέρω έμφαση στη κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού του Ε.Σ.Υ. φαντάζει επιβεβλημένη.

#### 4. Συμπεράσματα

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, παράγοντες όπως το φύλο, ο τόπος γέννησης, ο θάνατος στενού συγγενούς κατά τη τελευταία τριετία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, η ηλικία, ο χρόνος προϋπηρεσίας, ο βαθμός ικανοποίησης από το εισόδημα και η θρησκευτικότητα δεν έχουν κάποια σημαντική σχέση με τις στάσεις για την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Το εκπαιδευτικό επίπεδο έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, με τους αποφοίτους μεταπτυχιακών σπουδών να έχουν θετικότερες αντιλήψεις για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν εν σχέση με τους αποφοίτους ΤΕΙ και το νοσηλευτικό προσωπικό ΔΕ, ενώ σημαντική συσχέτιση καταγράφεται και μεταξύ της πνευματικότητας και των στάσεων, όπου όσο υψηλότερη η πνευματικότητα των αποκρινόμενων, τόσο θετικότερες οι στάσεις τους για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν. Επιπλέον, όσο υψηλότερη η επαγγελματική ικανοποίηση, τόσο θετικότερες οι στάσεις, ενώ όσο εντονότερο το τραυματικό στρες και η εξουθένωση, τόσο αρνητικότερες οι στάσεις.

Η μελέτη αυτή συμβάλλει στη προγενέστερη επιστημονική γνώση λόγω του ότι μελετά παραμέτρους που δεν έχουν ως τώρα διερευνηθεί επαρκώς, όπως η επίδραση του θανάτου συγγενικού προσώπου, και λόγω του ότι καταλήγει σε ασύμφωνα ευρήματα σε σχέση με προηγούμενες μελέτες (π.χ. απουσία επίδρασης της ηλικίας στις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού). Η έρευνα αυτή οφείλει να μη θεωρηθεί ως μια στείρα συνεισφορά στην επιστημονική γνώση, αλλά να αντιμετωπιστεί στα πλαίσια μιας προσπάθειας επανασχεδιασμού της λειτουργίας των ογκολογικών μονάδων με στόχο τη προστασία της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού και τελική επίδραση τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από μέρους του προς τον ασθενή. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τη σχέση της εξουθένωσης και του τραύματος με τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, καταδεικνύοντας πως η προστασία της ψυχικής υγείας του είναι επιβεβλημένη με στόχο την ανάπτυξη θετικών στάσεων για το αντικείμενο εργασίας του. Συνεπώς, τα αποτελέσματα αυτά οφείλουν να αποτελέσουν ένα αντικείμενο δημιουργικού και γόνιμου προβληματισμού για όσους σχεδιάζουν πολιτικές υγείας.

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί επίσης μια αφετηρία για μελλοντικές έρευνες, αφού καταδεικνύει τη σχέση ανάμεσα σε ευρύτερες δομικές στάσεις του

νοσηλευτικού προσωπικού για τον εαυτό του και τον κόσμο, όπως η πνευματικότητα, με τις στάσεις για τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Μάλιστα, οι ελάχιστες σχέσεις των σκορ του FATCOD με τους δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν αναδεικνύουν την αναγκαιότητα μελέτης της επίδρασης όχι τόσο των δημογραφικών παραγόντων, όσο των αντιλήψεων που δομούν τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν.

Συνολικότερα, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να συνεισφέρει στην επιστημονική γνώση αναφορικά με τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την εργασία του γενικότερα και τις στάσεις απέναντι στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών που πεθαίνουν ειδικότερα. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς, όπως η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ως εκ τούτου, η μελλοντική έρευνα στο πεδίο αυτό οφείλει να συνεχιστεί.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Αντωνακόπουλος, Γ. (2001). *Ταξινόμηση Κακοήθων Όγκων*. Εκδόσεις Παρισιάνου: Αθήνα.
- Βολτυράκη, Ε. Γ., Γιαρένη, Μ., Ζίγγα, Μ., Λαμπαδιάρη, Μ., Μαρνέρας, Χ., Χαρίση, Ε., & Μαστρογιάννης, Δ. (2013). Γνώσεις φοιτητριών νοσηλευτικής σχετικά με την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5 (2): 85-91.
- Δαρβίρη, Χ. (2009). *Προαγωγή Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Νοσηλευτική βιβλιοθήκη: Αθήνα.
- Κοντονικόλα, Ν., & Τεουλίδης, Μ. (2017). *Εναλλακτικές-υποστηρικτικές πρακτικές στην αντιμετώπιση του καρκίνου και ο ρόλος του νοσηλευτή*. Διπλωματική εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Κούζης, Α. (2005). Ο καρκίνος παρά τους αρχαίους Έλληνες ιατροίς. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(4):409.
- Μαλλιαρού, Μ. (2012). *Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και στο θάνατο*. Διπλωματική Εργασία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Ζαχαροπούλου, Α. (2015). *Πρόληψη και νοσηλευτική παρέμβαση καρκίνου παχέος εντέρου*. Διπλωματική εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

### Ξενόγλωσση

- Abu Hasheesh, M. O., Al-Sayed AboZeid, S., Goda El-Zaid, S., & Alhujaili, A. D. (2014). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4): 384-394.
- Arnold, M., Leitzmann, M., Freisling, H., Bray, F., Romieu, I., Renehan, A., & Soerjomataram, I. (2016). Obesity and cancer: an update of the global impact. *Cancer epidemiology*, 41, 8-15.

- Babbie, E. R. (2013). *The basics of social research*. Cengage Learning.
- Bakalis, N. A., Filippia, N., Maria, N., & Kiekkas, P. (2013). The attitude of Greek student nurses toward euthanasia. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(1), 237.
- Bakibinga, P., Vinje, H. F., & Mittelmark, M. (2014). The role of religion in the work lives and coping strategies of Ugandan nurses. *Journal of religion and health*, 53(5), 1342-1352.
- Banovic, B., Turanjanin, V., & Miloradovic, A. (2017). An Ethical Review of Euthanasia and Physician-assisted Suicide. *Iranian journal of public health*, 46(2), 173.
- Barton-Burke, M. (1996). *Cancer chemotherapy: A nursing process approach*. Jones & Bartlett Learning.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-und Präventivmedizin*, 50(5), 281-291.
- Bjarnason, D. (2009). Nursing, religiosity, and end-of-life care: interconnections and implications. *Nursing Clinics*, 44(4), 517-525.
- Blackadar, C. B. (2016). Historical review of the causes of cancer. *World journal of clinical oncology*, 7(1), 54.
- Bradby, H. (2009). *Medical Sociology: An Introduction*. Sage Publications.
- Brandt, A. (2007). *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*. New York: Basic Books.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J. & Forman D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncology*, 13, 790-801.
- Breitbart, W., & Poppito, S. (2010). *Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual*. Oxford University Press: New York.

- Burkhardt, S., & La Harpe, R. (2012). Debates about assisted suicide in Switzerland. *The American journal of forensic medicine and pathology*, 33(4), 410-413.
- Campbell, M.J., & Machin, D. (1999). *Medical Statistics: A Commonsense Approach*. 3rd edition. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Carmel, S., Werner, P., & Ziedenberg, H. (2007). Physicians' and nurses' preferences in using life-sustaining treatments. *Nursing ethics*, 14(5), 665-674.
- Carnio, S., Novello, S., Mele, T., Levra, M. G., & Scagliotti, G. V. (2014). Extending survival of stage IV non-small cell lung cancer. In *Seminars in oncology* (Vol. 41, No. 1, pp. 69-92). Elsevier.
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer nursing*, 36(6), E58-E65.
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative & supportive care*, 15(5), 609-622.
- Chambers, A. F., Groom, A. C., & MacDonald, I. C. (2002). Metastasis: dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites. *Nature Reviews Cancer*, 2(8), 563.
- Chandrasekar, D., Tribett, E., & Ramchandran, K. (2016). Integrated palliative care and oncologic care in non-small-cell lung cancer. *Current treatment options in oncology*, 17(5), 23.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072-11100.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(2), 84-103.
- Christensen, L. B. (2004). *Experimental methodology*. Allyn & Bacon.

- Corner, J. (2003). The role of nurse-led care in cancer management. *The Lancet Oncology*, 4(10), 631-636.
- Constantina, C., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). Cancer nurses' perceptions of ethical climate in Greece and Cyprus. *Nursing ethics*, 0969733018769358.
- Cotterell, P. (2008). Striving for independence: experiences and needs of service users with life limiting conditions. *Journal of advanced nursing*, 62(6), 665-673.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Darvyri, P., Galanakis, M., Avgoustidis, A. G., Vasdekis, S., Artemiadis, A., Tigani, X., & Darviri, C. (2014). The spiritual well-being scale (SWBS) in Greek population of Attica. *Psychology*, 5(13), 1575-1582.
- Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1995). Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *Journal of pain and symptom management*, 10(6), 423-431.
- Denoix, P. F. (1946). Enquete permanent dans les centres anticancereaux. *Bull Inst Natl Hyg*, 1(1), 70-75.
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 13(6), 291-299.
- DeVita, V. T., & Chu, E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer research*, 68(21), 8643-8653.
- Di Matteo, M.R. & Martin, L. (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Dolatkah, R., Somi, M. H., Kermani, I. A., Ghojzadeh, M., Jafarabadi, M. A., Farassati, F., & Dastgiri, S. (2015). Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 15(1), 997.
- Domellöf, L. (2007). Assarhaddon's disease can be the oldest ever described case of Kaposi sarcoma. *Lakartidningen*, 104(9), 696.

- Dominick, K. L., Ahern, F. M., Gold, C. H., & Heller, D. A. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging clinical and experimental research*, *14*(6), 499-508.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Monforte-Royo, C., & Aradilla-Herrero, A. (2017). Spanish adaptation of the Frommelt attitude toward care of the dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222816688294.
- Efstathiou, N., Ameen, J., & Coll, A. M. (2008). A Delphi study to identify healthcare users' priorities for cancer care in Greece. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*(4), 362-371.
- Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. *European Journal of Cancer Care*, *19*(4), 530-537.
- Ekmektzoglou, K. A., Xanthos, T., German, V., & Zografos, G. C. (2009). Breast cancer: from the earliest times through to the end of the 20th century. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *145*(1), 3-8.
- El Shayeb, M., Scarfe, A., Yasui, Y., & Winget, M. (2013). Reasons physicians do not recommend and patients refuse adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: a population based chart review. *BMC Res Notes*, *5*:269.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology*, *11*(4), 330-338.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, *16*(1), 51-74.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, *136*(5).
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*, *49*(6), 1374-1403.



Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J. S., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., ... & MacMahon, J. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative medicine*, 21(4), 313-322.

Frommelt, K. H. M. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 8(5), 37-43.

Frankl, V. E. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6(2), 97-106.

Friganović, A., Kovačević, I., Ilić, B., Žulec, M., Krikšić, V., & Bile, C. G. (2017). Healthy Settings in Hospital—How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. *Acta Clinica Croatica*, 56(2.), 292-298.

Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences*, 34: 795-817.

Gielen, J., Van den Branden, S., Van Iersel, T., & Broeckaert, B. (2009). Religion, world view and the nurse: results of a quantitative survey among Flemish palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*, 15(12), 590-600.

Golant, M., Altman, T., & Martin, C. (2003). Managing cancer side effects to improve quality of life: a cancer psychoeducation program. *Cancer Nursing*, 26(1), 37-44.

Greene, F. L., & Sobin, L. H. (2002). The TNM system: our language for cancer care. *Journal of surgical oncology*, 80(3), 119-120.

Greenwald, H. P., Polissar, N. L., Borgatta, E. F., McCorkle, R., & Goodman, G. (1998). Social factors, treatment, and survival in early-stage non-small cell lung cancer. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1681-1684.

Gridelli, C., Ardizzoni, A., Le Chevalier, T., Manegold, C., Perrone, F., Thatcher, N., ... & De Marinis, F. (2004). Treatment of advanced non-small-cell lung cancer patients with ECOG performance status 2: results of an European Experts Panel. *Annals of oncology*, 15(3), 419-426.

Griffiths, J., Weyers, H., Adams, M., & Adams, M. (2008). *Euthanasia and law in Europe* (p. 514). Oxford: Hart.

Grimes, C. E., Bowman, K. G., Dodgion, C. M., & Lavy, C. B. (2011). Systematic review of barriers to surgical care in low-income and middle-income countries. *World journal of surgery*, 35(5), 941-950.

Grutters, J. P., Kessels, A. G., Pijls-Johannesma, M., De Ruyscher, D., Joore, M. A., & Lambin, P. (2010). Comparison of the effectiveness of radiotherapy with photons, protons and carbon-ions for non-small cell lung cancer: a meta-analysis. *Radiotherapy and Oncology*, 95(1), 32-40.

Haugan, G., Moksnes, U. K., & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse–patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 790-801.

Hay, D., Reich, K. H., & Utsch, M. (2006). Spiritual development: Intersections and divergence with religious development. *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*, 46-59.

Higginson, I. J., & Sen-Gupta, G. J. A. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of palliative medicine*, 3(3), 287-300.

Hörnquist, J.O. (1981). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2):57-61.

Howington, J. A., Blum, M. G., Chang, A. C., Balekian, A. A., & Murthy, S. C. (2013). Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: diagnosis and management of lung cancer: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 143(5), e278S-e313S.

Huang, H. S., Zeng, T. Y., Mao, J., & Liu, X. H. (2018). The Understanding of Death in Terminally Ill Cancer Patients in China: An Initial Study. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(3), 421-430.

Hudnall, S. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5. Διαθέσιμο στο: [http://proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_Greek.pdf](http://proqol.org/uploads/ProQOL_5_Greek.pdf), τελευταία πρόσβαση 02.09.2018

Italia, S., Favara-Scacco, C., Di Cataldo, A., & Russo, G. (2008). Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(7), 676-680.

International Early Lung Cancer Action Program Investigators. (2006). Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *New England Journal of Medicine*, 355(17), 1763-1771.

Ji, S. I., & You, H. S. (2014). The impact of clinical nurses' terminal care attitude and spiritual health on their terminal care stress. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 17(4), 232-240.

Johnson, M. M., & Martin, H. W. (1958). A sociological analysis of the nurse role. *The American journal of nursing*, 373-377.

Jors, K., Adami, S., Xander, C., Meffert, C., Gaertner, J., Bardenheuer, H., ... & Becker, G. (2014). Dying in cancer centers: do the circumstances allow for a dignified death?. *Cancer*, 120(20), 3254-3260.

Karpozilos, A., & Pavlidis, N. (2004). The treatment of cancer in Greek antiquity. *European Journal of Cancer*, 40(14), 2033-2040.

Kaufman, S. (2005). *And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Simon and Schuster.

Kim, H.Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*, 38(1), 52-4.

Kim, K., Han, Y., Kwak, Y., & Kim, J. S. (2015). Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian nursing research*, 9(3), 200-206.

Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome--a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17(1), 12.

Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., Kyprianou, T., & Nanas, S. (2015). Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 44(3), 260-263.

Lai, H. L., Lin, Y. P., Chang, H. K., Wang, S. C., Liu, Y. L., Lee, H. C., ... & Chang, F. M. (2008). Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *Journal of clinical nursing, 17*(14), 1886-1896.

Lamau, L. (1992). The Idea of Quality of life in the Health Field. The Quality of life in the Mediterranean Countries. *Fist Mediterranean Meeting in Bioethics, Istituto Siciliano di Bioetica, 47-68*.

Lasiter, S. (2014). "The button" initiating the patient–nurse interaction. *Clinical Nursing Research, 23*(2), 188-200.

Libo-on, I. L. M., & Nashwan, A. J. (2017). Oncology nurses' perceptions of end-of-life care in a tertiary cancer centre in Qatar. *International journal of palliative nursing, 23*(2), 66-73.

Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., & Brody, D. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *The American journal of medicine, 101*(5), 526-533.

Lorenz, V. R., & Guirardello, E. D. B. (2014). The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Revista latino-americana de enfermagem, 22*(6), 926-933.

Louhiala, P., Enkovaara, H., Halila, H., Pälve, H., & Vänskä, J. (2015). Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years. *Journal of medical ethics, 41*(4), 353-355.

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Oliveira, G. R., Crispim, D., Pires, S. L., Gorzoni, M. L., ... & Koenig, H. G. (2014). Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 21*(5), 403-413.

Mehnert, A., Vehling, S., Höcker, A., Lehmann, C., & Koch, U. (2011). Demoralization and depression in patients with advanced cancer: validation of the German version of the demoralization scale. *Journal of pain and symptom management, 42*(5), 768-776.

- Michelson, H., Bolund, C., Nilsson, B., & Brandberg, Y. (2000). Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30: reference values from a large sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*, 39(4), 477-484.
- Missouridou, E. (2017). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115.
- Moore, H.C. (2014). An overview of chemotherapy-related cognitive dysfunction, or 'chemobrain'. *Oncology (Williston Park)*, 28(9):797-804.
- Mustian, K.M., Devine, K., Ryan, J.L., et al. (2011). Treatment of Nausea and Vomiting During Chemotherapy. *US Oncology & Hematology*, 7, 91-97.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2005). Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *European Journal of Cancer Care*, 14(2), 175-181.
- Naidoo, J. & Wills J. (2000). *Health Promotion: foundations for Practice*. Bailliere Tindall.
- Nguyen, L. T., Yates, P., & Osborne, Y. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International journal of palliative nursing*, 20(9), 448-456.
- Ocker, B. M., & Plank, D. M. P. (2000). The research nurse role in a clinic-based oncology research setting. *Cancer Nursing*, 23(4), 286-292.
- Paoletti, L., Jardin, B., Carpenter, M., Cummings, K. M., & Silvestri, G. A. (2012). Current status of tobacco policy and control. *Journal of thoracic imaging*, 27(4), 213.
- Papadatou, D., Martinson, I. M., & Chung, P. M. (2001). Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. *Cancer Nursing*, 24(5), 402-412.
- Patelarou, E., Vardavas, C. I., Fioraki, I., Alegakis, T., Dafermou, M., & Ntzilepi, P. (2009). Euthanasia in Greece: Greek nurses' involvement and beliefs. *International journal of palliative nursing*, 15(5), 242-248.
- Patiraki, E., Karlou, C., Papadopoulou, D., Spyridou, A., Kouloukoura, C., Bare, E., & Merkouris, A. (2004). Barriers in implementing research findings in cancer care:

the Greek registered nurses perceptions. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 245-256.

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*, 7, 14.

Rassouli, M., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. (2015). Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 25.

Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.

Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2015). A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of pain and symptom management*, 49(3), 595-610.

Román, E. M., Sorribes, E., & Ezquerro, O. (2001). Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 338-345.

Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of health and social behavior*, 275-297.

Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., ... & Yoshihara, R. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(8), 718-728.

Senan, S., De Ruyscher, D., Giraud, P., Mirimanoff, R., & Budach, V. (2004). Literature-based recommendations for treatment planning and execution in high-dose radiotherapy for lung cancer. *Radiotherapy and oncology*, 71(2), 139-146.

Shahidi, J. (2010). Not telling the truth: circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(5), 589-593.

Sharour, L. A., Suleiman, K., Yehya, D., AL-Kaladeh, M., Malak, M., Subih, K. M., & Salameh, A. B. (2017). Nurses' students' attitudes toward death and caring for dying cancer patients during their placement. *Euromediterranean Biomedical Journal*, 12(40):189-193.

Shlain, L. (1979). Cancer is not a four-letter word. In C.A. Garfield (Ed.), *Stress and survival: The emotional realities of life-threatening illness*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Siegel, R.L., Miller, K.D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*, 68(1):7-30.

Sporn, M. B. (1996). The war on cancer. *Lancet (London, England)*, 347(9012), 1377-1381.

Su, S., Hu, Y., Ouyang, W., Ma, Z., Lu, B., Li, Q., ... & Wang, Y. (2014). The survival outcomes and prognosis of stage IV non-small-cell lung cancer treated with thoracic three-dimensional radiotherapy combined with chemotherapy. *Radiation Oncology*, 9(1), 290.

Thun, M. J., Carter, B. D., Feskanich, D., Freedman, N. D., Prentice, R., Lopez, A. D., ... & Gapstur, S. M. (2013). 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 351-364.

Tsoussis, S., Papadogiorgaki, M., Markodimitraki, E., Delibaltadakis, G., Strevinas, A., Psyllakis, M., ... & Krypotos, S. (2013). Disclosure of cancer diagnosis: the Greek experience. *J BUON*, 18(2), 516-526.

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Ichikawa, T., Akizuki, N., Shirahige, Y., ... & Eguchi, K. (2012). Providing palliative care for cancer patients: the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *Journal of pain and symptom management*, 43(1), 59-67.

Vejlgaard, T., & Addington-Hall, J. M. (2005). Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative medicine*, 19(2), 119-127.

Voultsov, P., Njau, S. N., & Vlachou, M. (2010). The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint. *Journal of forensic and legal medicine*, 17(3), 131-136.

Wentzel, D., & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. In *Oncology nursing forum* (Vol. 44, No. 3, p. E124). Oncology Nursing Society.

West, S. K., & Levi, L. (2004). Culturally appropriate end-of-life care for the Black American. *Home Healthcare Now*, 22(3), 164-168.

White, G., & Su, H.R. (2000). Am I dying nurse? *Nurs Prax N Z*, 15(1):33-40.

Willig, C., & Wirth, L. (2018). A meta-synthesis of studies of patients' experience of living with terminal cancer. *Health Psychology*, 37(3), 228-237.

Woll, M. L., Hinshaw, D. B., & Pawlik, T. M. (2008). Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses. *Annals of surgical oncology*, 15(11), 3048-3057.

World Health Organization. Global health observatory data repository. (2011). Number of deaths (World) by cause. Διαθέσιμο στο: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWORLD?lang=en>. Τελευταία πρόσβαση 06.06.2018

Wu, L. F., Tseng, H. C., & Liao, Y. C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse education today*, 38, 36-41.

Zheng, Q., Nan, K. J., & Zheng, H. L. (2010). Hippocrates' viewpoint on cancer. *Zhonghua yi shi za zhi*, 40(4), 234-236.



## Παραρτήματα

### Παράρτημα 1. Οι μετρήσεις της έρευνας

#### Κοινωνιοδημογραφικά, ιατρικά και άλλα στοιχεία

Τόπος γέννησης: αστικός (πάνω από 5.000 κατοίκους)

επαρχιακός (κάτω από 5.000 κατοίκους)

Ηλικία:..... έτη

Φύλο: άντρας  γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: ελεύθερος/η

παντρεμένος/η

χωρισμένος/η

χήρος/α

Αριθμός παιδιών: .....

Εκπαιδευτικό επίπεδο: ΔΕ

ΤΕΙ

ΑΕΙ

Μεταπτυχιακό τίτλος σπουδών

Διδακτορικός τίτλος σπουδών

Έτη προϋπηρεσίας:.....

Ικανοποίηση από το εισόδημα (1=καθόλου ως 5= απόλυτα):.....

Θάνατος στενού συγγενικού προσώπου τη τελευταία τριετία: ναι  όχι

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΣΤΑΣΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Η παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή που πεθαίνει αποτελεί μια εμπειρία που αξίζει τον κόπο					
2	Ο θάνατος δεν είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο					
3	Θα αισθανόμουν άβολα να κουβεντιάζω για τον επικείμενο θάνατο με το άτομο που Πεθαίνει					
4	Η φροντίδα της οικογένειας του ασθενή πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του θρήνου και του πένθους					
5	Δεν θα ήθελα να φροντίζω έναν ασθενή που πεθαίνει					
6	Οι φροντιστές που δεν ανήκουν στην οικογένεια δεν θα έπρεπε να είναι αυτοί που μιλούν για τον θάνατο με το άτομο που πεθαίνει					
7	Θα με ματαίωνε η διάρκεια του απαιτούμενου χρόνου για την φροντίδα ενός ασθενή που πεθαίνει					
8	Θα με αναστάτωνα όταν το άτομο που πεθαίνει το οποίο φρόντιζα εγκατέλειπε την ελπίδα να βελτιωθεί					
9	Είναι δύσκολο να δημιουργήσεις μια στενή σχέση με κάποιον που πεθαίνει					
10	Υπάρχουν φορές που ο θάνατος είναι ευπρόσδεκτος από τον ασθενή που Πεθαίνει					

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1 1	Όταν ο ασθενής ρωτάει «Πεθαίνω;», σκέφτομαι ότι το καλύτερο είναι να αλλάξω θέμα σε κάτι ευχάριστο					
1 2	Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στη σωματική φροντίδα του ατόμου που Πεθαίνει					
1 3	Θα ελπίζω το άτομο το οποίο φροντίζω να πεθάνει όταν εγώ δεν θα είμαι παρών/παρούσα					
1 4	Φοβάμαι να γίνουμε φίλοι με έναν ασθενή που πεθαίνει					
1 5	Θα αισθανόμουν την ανάγκη να τραπώ σε φυγή όταν το άτομο πράγματι πέθανε					
1 6	Οι οικογένειες χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη για να αποδεχτούν τις αλλαγές συμπεριφοράς του ατόμου που πεθαίνει					
1 7	Όσο ο ασθενής πλησιάζει στον θάνατο, ο μη οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να αποσυρθεί από τη συμμετοχή του με τον ασθενή					
1 8	Οι οικογένειες θα πρέπει να ενδιαφέρονται να βοηθήσουν το μέλος που πεθαίνει να ζήσει με τον καλύτερο τρόπο την ζωή που του απομένει					
1 9	Το άτομο που πεθαίνει δεν θα πρέπει να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη σωματική του φροντίδα					
2 0	Οι οικογένειες πρέπει να διατηρήσουν όσο είναι δυνατόν ένα κανονικό περιβάλλον για το μέλος της οικογένειας που πεθαίνει					

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
2 1	Είναι ωφέλιμο για τον ασθενή που πεθαίνει να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του					
2 2	Η φροντίδα πρέπει να επεκτείνεται και στην οικογένεια του ατόμου που πεθαίνει					
2 3	Οι φροντιστές θα πρέπει να επιτρέπουν στα άτομα που πεθαίνουν να έχουν ευέλικτα προγράμματα επισκεπτηρίου					
2 4	Το άτομο που πεθαίνει και η οικογένειά του θα πρέπει να είναι επιφορτισμένοι για την λήψη αποφάσεων					
2 5	Ο εθισμός στην αναλγητική αγωγή δεν θα πρέπει να αποτελεί θέμα ανησυχίας όταν πρόκειται για έναν ασθενή που πεθαίνει					
2 6	Θα ένιωθα άβολα αν εισερχόμουν στο θάλαμο ενός ασθενή με τελικού σταδίου νόσο και τον έβρισκα να κλαίει					
2 7	Στους ασθενείς που πεθαίνουν θα πρέπει να δίνονται ειλικρινείς απαντήσεις σχετικά με την κατάστασή τους					
2 8	Η εκπαίδευση οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι ευθύνη των φροντιστών που δεν είναι μέλη της οικογένειας					
2 9	Τα μέλη της οικογένειας που μένουν κοντά στον ασθενή που πεθαίνει συχνά παρεμβαίνουν στο έργο των επαγγελματιών με τον ασθενή					
3 0	Είναι πιθανό οι φροντιστές που δεν είναι μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν τους ασθενείς να προετοιμαστούν για τον Θάνατο					

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

5<sup>η</sup> έκδοση (2009)

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1. Είμαι ευτυχισμένος / η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
4. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	1	2	3	4	5
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/ υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου .	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω , έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεπειθήσεις οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πως καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.

/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/ -η.	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/ η λόγω της δουλειάς μου .	1	2	3	4	5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω .	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/ η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές , τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

### SWB Scale

Για κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις **κυκλώστε αυτήν** που δείχνει το βαθμό **συμφωνίας ή διαφωνίας σας**, περιγράφοντας την δικής σας προσωπική εμπειρία.

Σ= Συμφωνώ	Δ= Διαφωνώ
ΣΧ= Συμφωνώ σχετικά	ΔΣ= Διαφωνώ σχετικά

1. Δεν ικανοποιούμαι πολύ όταν προσεύχομαι στο Θεό	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
2. Δεν γνωρίζω ούτε ποιος είμαι, ούτε από που έρχομαι, ούτε που πηγαίνω	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
3. Πιστεύω ότι ο Θεός με αγαπάει και νοιάζεται για μένα	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
4. Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι μία θετική εμπειρία	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
5. Πιστεύω ότι ο Θεός είναι απρόσωπος και δεν ενδιαφέρεται για όσα συμβαίνουν στην καθημερινότητά μου.	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
6. Αισθάνομαι ανασφάλεια για το μέλλον μου	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
7. Η προσωπική μου σχέση με το Θεό είναι γεμάτη νόημα	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
8. Αισθάνομαι πολύ γεμάτος/η και ικανοποιημένος/η με τη ζωή	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
9. Ο Θεός δεν μου δίνει πολύ δύναμη και υποστήριξη	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
10. Νοιώθω καλά με τον δρόμο που έχει πάρει η ζωή μου	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
11. Πιστεύω ότι ο Θεός νοιάζεται για τα προβλήματά μου	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ

12. Δεν απολαμβάνω πολύ τη ζωή μου	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
13. Η σχέση μου με το Θεό δεν με ικανοποιεί	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
14. Αισθάνομαι καλά για το μέλλον μου	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
15. Η σχέση μου με το Θεό με βοηθάει να μη νοιώθω μόνος/η	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
16. Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι γεμάτη συγκρούσεις και δυστυχία	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
17. Αισθάνομαι να ολοκληρώνομαι όταν είμαι πολύ «κοντά» στο Θεό	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
18. Η ζωή δεν έχει πολύ νόημα	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
19. Η σχέση μου με το Θεό συντελεί στο να νοιώθω καλά	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ
20. Πιστεύω ότι ζω για κάποιο σκοπό	Σ	ΣΧ	ΣΠ	Δ	ΔΣ	ΔΠ



## Παράρτημα 2. Η έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»  
Δ/ση: Λεωφ. Αλεξάνδρας 171 – 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ. 210 64 09 000, Fax: 210 64 20 146

Αθήνα, 20-06-2018

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ρ. ΑΓΓΕΛΑΤΟΥ

Αρ. Πρωτ. 8421/4448  
22-6-2018

ΠΡΟΣ  
Τον Πρόεδρο Δ.Σ. - Διοικητή

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 19-06-2018, μελέτησε το υπ' αριθμ. πρωτ. 7538/01-06-2018 αίτημα της κας Μπακαλίδου Χρυσής, φοιτήτριας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και Νοσηλεύτριας του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας». Η κα Μπακαλίδου εκπονεί διπλωματική εργασία με τίτλο: «Στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν».

Τα μέλη του Συμβουλίου συμφώνησαν με το αίτημα της κας Μπακαλίδου να πραγματοποιήσει την εν λόγω έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας».

Η ερευνήτρια δεσμεύεται ότι δε θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Η Πρόεδρος  
Του Επιστημονικού Συμβουλίου

ΑΓΓΕΛΑΤΟΥ ΟΥΡΛΙΑ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»  
Δ/ση: Αποφ. Αλεξάνδρας 171 - 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ. 210021600, Fax 210640924

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 516/13-7-2018**

Στην Αθήνα, σήμερα την 13<sup>η</sup> Ιουλίου 2018, ημέρα Παρασκευή και ώρα 13.00 μ.μ., συνήλθε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 14 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/Α/9-3-1999) και του άρθρου 7 παρ. 5 του Ν. 3329, σε συνεδρίαση στην αίθουσα συνεδριάσεων, το Διοικητικό Συμβούλιο με την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", το οποίο συγκροτήθηκε με την Αριθμ. Πρωτ. Α2β/Γ.Π.: 99669/15 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 506/27-9-16 τεύχος Υπαλλήλων Ειδικών Θέσεων & Οργάνων Διοίκησης Φορέων του Δημοσίου & Ευρύτερου Δημοσίου Τομέα) και κατόπιν της με ημερομηνία 11/7/2018 πρόσκλησης του Προέδρου Δ.Σ. κ. Γεωργίου Δενδραμή προς τα μέλη (τακτικά και αναπληρωματικά).

Στη Συνεδρίαση είναι παρόντες:

1. κ. Δενδραμής Γεώργιος	Πρόεδρος
2. κ. Γεωργιάδη Ευανθία	Αντιπρόεδρος Δ.Σ.
3. κ. Γιαννούλης Κωνσταντίνος	Τακτικό Μέλος
4. κα Φασουλάκη Αργυρώ	Αναπληρωματικό Μέλος
5. κ. Ζαμπάτης Χαράλαμπος	Τακτικό Μέλος
6. κ. Στάμος Γεώργιος	Τακτικό Μέλος

Απουσιάζουν αν και εκλήθησαν νόμιμα:

1. Ανδρουλάκης Γεώργιος, Τακτικό Μέλος, καθώς και ο αναπληρωτής του Ζωγράφος Γεώργιος

Εισηγητές: Στη Συνεδρίαση παρίστανται, ως εισηγητές και οι:

1. κ. Κορμάς Θεόδωρος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
2. κ. Κουτούφαρης Γρηγόριος, Διευθυντής Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας
3. κ. Γεωργίου Γεώργιος, Υποδιευθυντής Οικονομικού

Γραμματέας Διοικητικού Συμβουλίου: κα Ελένη Λαμπροπούλου

Ο Πρόεδρος κ. Γεώργιος Δενδραμής διαπιστώνει ότι το Δ.Σ. ευρίσκεται σε νόμιμη απαρτία και μπορεί να αποφασίζει και κατόπιν αυτού κηρύσσει την έναρξη της Συνεδρίασης



## Παράρτημα 3. Η φόρμα συγκατάθεσης

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων» του ΕΚΠΑ διεξάγεται έρευνα με τίτλο «Στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν». Σκοπός της έρευνας είναι η συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών και αποδεικτικών στοιχείων για τον προσδιορισμό του κατά πόσο απαιτείται η δημιουργία σχεδίου βοήθειας των νοσηλευτών με στόχο και την ορθότερη στάση τους απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν. Γι' αυτό η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη μελέτη είναι σημαντική. Ελπίζω ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετάσχετε συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια. Αφορούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής σας, καθώς και στη θρησκευτικότητα και πνευματικότητά σας, ώστε να αποδειχθεί κατά πόσο αυτά επηρεάζουν τη στάση στη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Για τη διεξαγωγή της μελέτης έχει εξασφαλιστεί άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου. Επίσης έχουν ληφθεί υπ' όψιν όλες οι αρχές ηθικής στην έρευνα. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Η συναίνεσή σας θα φυλαχτεί σε ασφαλή και ιδιαίτερο χώρο. Δεν θα υπάρχει πρόσβαση άλλων σ' αυτή, πλην των ερευνητών. Επιπλέον, σε κανένα στάδιο της μελέτης δεν πρόκειται να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν, ούτε στο νοσοκομείο όπου διεξήχθη η έρευνα.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας

Μπακαλίδου Χρυσή, Νοσηλεύτρια ΤΕ

Τηλέφωνο: 6946008792

Email: [bakalidouchrysi@gmail.com](mailto:bakalidouchrysi@gmail.com)

#### **ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

Συμφωνώ να συμμετέχω στη μελέτη με θέμα «Στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικού νοσοκομείου για τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν». Είμαι ενήμερος/η για την εχεμύθεια των πληροφοριών που θα συλλέξετε. Επίσης, κατανοώ ότι μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**.....  
.....

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**.....