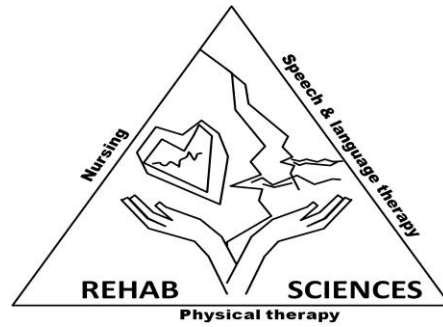




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

«Επιστήμες Αποκατάστασης –
Rehabilitation Sciences»

Οι στάσεις του προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο

Κωνσταντίνα Μαντζουράκη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

*Αφιερώνεται στην αγαπημένη μου οικογένεια,
στις γιαγιάδες, στους παππούδες, στο θείο μου που δε βρίσκονται πλέον κοντά μου
και στον άνθρωπο που ήρθε στη ζωή μου για να την κάνει ξεχωριστή...*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Επιστήμες Αποκατάστασης» του Τμήματος Νοσηλευτικής, Λογοθεραπείας & Φυσικοθεραπείας στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Στις σπουδές μου ήταν καθοριστική η συμβολή των καθηγητών μου στα γνωστικά αντικείμενα που παρακολούθησα, στους οποίους οφείλω να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ιδιαίτερα επιθυμώ να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα στην παρούσα διπλωματική εργασία, κο Νικόλαο Μπακάλη, για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας με τις εύστοχες και πολύ εποικοδομητικές παρατηρήσεις του.

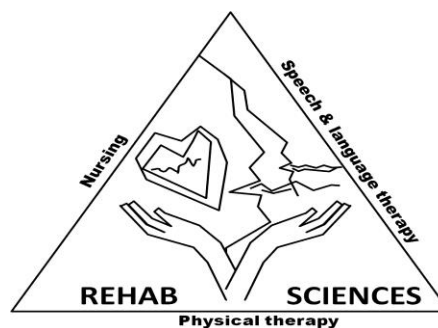
Οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους όσους συμμετείχαν στη διεξαγωγή της έρευνας, χωρίς τη βοήθεια των οποίων δε θα ήταν δυνατή η διεξαγωγή της.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

«Επιστήμες Αποκατάστασης –
Rehabilitation Sciences»

Οι στάσεις του προσωπικού
υγείας, που εργάζονται σε
μονάδες φροντίδας
ηλικιωμένων στο Νομό
Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο

Κωνσταντίνα Μαντζουράκη
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην “ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ” που απονέμει η Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

Εγκρίθηκε την.....από την εξεταστική επιτροπή:

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΒΑΘΜΟΣ:

ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και γραμμένη με δικά μου λόγια. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου χρειάζεται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας. Βεβαιώνω ότι ο αριθμός λέξεων της διπλωματικής μου εργασίας δεν ξεπερνά τις 50.000

Υπογραφή:.....

Περιεχόμενα

Κατάλογος πινάκων	10
Κατάλογος γραφημάτων.....	11
Κατάλογος εικόνων	12
Συντομογραφίες	13
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	14
ABSTRACT	16
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	17
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	18
1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	19
1.1 Ηλικιωμένοι ασθενείς	19
1.2 Ορισμός Γήρατος και τρίτης ηλικίας	19
1.3 Άλλοι χρήσιμοι ορισμοί.....	22
1.4 Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα.....	25
1.5 Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ελλάδα... 25	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	31
2.1 Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα	31
2.1.1 Λέσχες Φιλίας	31
2.1.2 Κ.Α.Π.Η.....	32
2.1.3 Βοήθεια στο σπίτι.....	33
2.1.4 Κ.Η.Φ.Η.	34
2.2 Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	35
2.3 Ιδιωτικές Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ	40
3.1 Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια Θάνατος	40
3.2 Νοσηλευτής και θάνατος	43
3.3 Στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών.....	47
3.3.1 Αντιλήψεις και συμπεριφορά των ηλικιωμένων απέναντι στον θάνατο	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	53
4.1 Σκοπός μελέτης.....	53
4.2 Μέθοδος.....	53
4.2.1 Ερευνητικό Εργαλείο.....	53

4.2.2 Δειγματοληψία και δείγμα έρευνας.....	57
4.2.3 Στατιστική Ανάλυση	59
4.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων	60
4.3.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	60
Επιρροή που ασκεί το περιστατικό θανάτου	66
Απόψεις σχετικά με το θάνατο	70
Φόβος θανάτου.....	70
Ουδέτερη αποδοχή	71
Αποδοχή θανάτου	72
Μέσο διαφυγής	73
Αποφυγή θανάτου.....	74
Διαφοροποίηση απόψεων ως προς με τα δημογραφικά στοιχεία	75
Συσχέτιση προφίλ συμπεριφοράς με επιρροή από περιστατικό θανάτου	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	82
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	87
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	89
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	97
Έγκριση επιτροπής Δεοντολογίας Και Ηθικής	106

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων όπου εργάζονται	65
Πίνακας 2. Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά θα σας ανακουφίζει;.....	67
Πίνακας 3.Εάν δε συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου πόσο αυτό θα σας επηρεάσει αρνητικά;.....	67
Πίνακας 4.Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου;.....	67
Πίνακας 5. Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;.....	69
Πίνακας 6.Κατά πόσο η εργασία σας στην Μ.Φ.Η έχει επηρεάσει την αντίληψή σας για το θάνατο;	69
Πίνακας 7. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με το φόβο θανάτου	71
Πίνακας 8.Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την ουδέτερη αποδοχή θανάτου.....	72
Πίνακας 9. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την αποδοχή θανάτου.....	73
Πίνακας 10. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με τον θάνατο ως μέσο διαφυγής....	73
Πίνακας 11. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την αποφυγή θανάτου	75
Πίνακας 12. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και του φύλου των συμμετεχόντων.....	76
Πίνακας 13. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων.	76
Πίνακας 14. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.	77
Πίνακας 15. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.....	78
Πίνακας 16. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της επιρροής από περιστατικό θανάτου.....	79

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Φύλο συμμετεχόντων.....	60
Γράφημα 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	61
Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων	61
Γράφημα 4. Θέση στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων	62
Γράφημα 5. Μεταπτυχιακός τίτλος συμμετεχόντων	63
Γράφημα 6. Έτη προϋπηρεσίας συμμετεχόντων	63
Γράφημα 7. Τόπος μόνιμης κατοικίας συμμετεχόντων	64
Γράφημα 8. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων	65
Γράφημα 9. Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί; ...	66
Γράφημα 10. Γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο χώρο που εργάζεστε;	68

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 2.1: Οι δομές που περιλαμβάνει η Π.Ε.Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα.....37

Συντομογραφίες

Μ.Φ.Η.: Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Π.Ε.Μ.Φ.Η.: Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μία από τις πλέον περίπλοκες και συναισθηματικές πλευρές της νοσηλευτικής είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή που πεθαίνει. Στην Ευρώπη οι δημογραφικές εξελίξεις θα επιδράσουν σημαντικά στη πολιτική που θα ασκηθεί και αφορά τις απαιτήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους, στη σχέση τους με την αγορά εργασίας, στη κοινωνική ασφάλιση, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και στα δημόσια οικονομικά. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν πως είναι απαραίτητες οι δομές που θα φροντίζουν τους ηλικιωμένους λίγο πριν το θάνατό τους.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η στάση του προσωπικού υγείας που εργάζεται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου και να προσδιοριστεί η επιρροή που ασκεί ένα περιστατικό θανάτου στους συμμετέχοντες.

Μεθοδολογία: Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DeathAttitudeProfile-Revised(DAP-R) το οποίο περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μία επταβάθμια κλίμακα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Οκτώβριος-Νοέμβριος 2019, σε δείγμα 70 ατόμων προσωπικού υγείας που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 25.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη της εργασιακής εμπειρίας και η εργασιακή θέση κατέχουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των νοσηλευτών ως προς το θάνατο. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η συχνότητα της επαφής των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που τελικά καταλήγουν, η συζήτηση για το θέμα του θανάτου, η συζήτηση μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους, καθώς και η αρνητική επίδραση της μη συζήτησης του θέματος του θανάτου. Τέλος, η διάσταση της αποφυγής του θανάτου επηρεάζεται αρνητικά από την επιρροή που έχει ένα περιστατικό θανάτου στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα: Οι συμμετέχοντες επηρεάζονται σε αρκετά μεγάλο βαθμό από το γεγονός του θανάτου. Είναι απαραίτητη η παροχή εκπαίδευσης που θα αρχίσει από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών και θα συνεχίσει και στο χώρο εργασίας, όπου θα περιλαμβάνει την εκπόνηση προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας ως ευκαιρία μάθησης σε νοσηλευτές που επιθυμούν να βελτιώσουν περαιτέρω τις γνώσεις τους και τις συμπεριφορές τους προς τη παροχή νοσηλείας.

Λέξεις-κλειδιά: Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, θάνατος, προσωπικό υγείας.

ABSTRACT

Introduction: One of the most complex and emotional aspects of nursing is the interaction between the nurse and the dying patient. In Europe, demographic developments will have a major impact on the policy pursued on the requirements for the provision of health and care services to the elderly, their relationship to the labor market, social security, the pension system and public finances. These data show that the structures needed to care for the elderly shortly before their death are necessary.

Purpose: Aim of present study is is investigated the attitude of personnel of health that works in units of care of elderly people in the prefecture Achaia with regard to the management of death and at the same time is determined the influence that practises a incident of death in participating.

Methodology: For the collection of data were used the questionnaire Death Attitude Profile - Revised(DAP - R) which include 32 questions and are separated in 5 subscales where asked answer in a seventh grade scale. The completion of questionnaires was realised the time interval October-November 2019, in sample of 70 individuals of personnel of health that works in units of care of elderly people in the Prefecture Achaia. The statistical analysis was realised with program SPSS 25.

Results: The level of education, the years of labour experience and the labour place possess important role in the differentiation of behavior of nurses as for the death. Also, important role plays the frequency of contact of doctors and nursing personnel with patients that finally leads, the discussion on the subject of death, the discussion between colleagues of incident of death that happened in their department of work, as well as the negative effect of not discussion of subject of death Finally, the dimension of avoidance death are influenced negatively by the influence that has a incident of death in the everyday routine participating.

Conclusions: Participating are influenced in enough big degree from the make of death. Is essential the benefit of education that will begin from the second cycle level of study and will also continue in the working place, where it will include the development of program of comforting care as occasion of learning in nurses that wish they further improve their knowledge and their behaviors to the benefit of hospitalisation.

Keywords: Elderly Care Units, old age, seniority, quantitative research

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το επάγγελμα ή η αποστολή του νοσηλευτή έχει αναγνωριστεί σήμερα από την κοινωνία, η άσκηση όμως του επαγγέλματος αυτού απαιτεί ειδική εκπαίδευση, πολλές γνώσεις και εμπειρία, όλοι μας κάποια στιγμή έχουμε νιώσει άρρωστοι εξαιτίας μιας ασθένειας. Μπορεί να πρόκειται για κάτι ήπιο και πρόσκαιρο ή για κάτι πιο σοβαρό, μεγαλύτερης διάρκειας και σημασίας.

Όλοι μας κάποια στιγμή έχουμε έρθει αντιμέτωποι με την ιδέα του θανάτου, μέσω του θανάτου κάποιου προσφιλούς προσώπου, μπορούμε οπότε να καταλάβουμε και να νιώσουμε όλα εκείνα τα συναισθήματα που απορρέουν απ'αυτόν. Ένα μέρος της εργασίας του νοσηλευτή είναι η βοήθεια και η ανακούφιση των βαριά ασθενών οι οποίοι, καθώς γνωρίζει, έχουν λίγες πιθανότητες να ζήσουν.

Οι νοσηλευτές ζουν καθημερινά την ύπαρξη του θανάτου και ο νοσηλευτής όπως κάθε άνθρωπος είναι άτομο με τις ανάλογες αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο, οι οποίες δε μεταβάλλονται απότομα, ούτε και σβήνουν μόλις το άτομο ενταχθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τον ετοιμοθάνατο ασθενή, ίσως γιατί του υπενθυμίζει ότι είναι και αυτός θνητός ή γιατί του θυμίζει τη λύπη που δοκίμασε στο θάνατο δικού του ανθρώπου. Παρά τις δυσκολίες ο νοσηλευτής παίζει σπουδαίο ρόλο στην ανακούφιση του σωματικού πόνου, στη διατήρηση της ψυχικής ηρεμίας και την ηθική τόνωση του αρρώστου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ζωή των ανθρώπων έχει αλλάξει δραματικά, με αποτέλεσμα τα δεδομένα διαβίωσης να έχουν μεταβληθεί σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα, ο πληθυσμός έχει γεράσει περισσότερο σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια και το προσδοκώμενο της ζωής έχει αυξηθεί. Τα δεδομένα αυτά διαμορφώνουν ανάλογα και τα οικονομικά δεδομένα κάθε χώρας, αλλά και το σύστημα υγείας της. Όλη αυτή η κατάσταση, σε συνδυασμό με την μεταναστευτική έκρηξη και τη μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, οδηγεί το κράτος σε αλλαγές σε όλους τους τομείς. Οι σχετικές ευρωπαϊκές μετρήσεις δείχνουν ότι αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που είναι άνω των 65 ετών με ταυτόχρονη αύξηση των πολύ ηλικιωμένων ατόμων άνω των 85 ετών[1].

Στην Ευρώπη αυτές οι δημογραφικές εξελίξεις θα επιδράσουν σημαντικά στην πολιτική που θα ασκηθεί και αφορά τις απαιτήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους, στην σχέση τους με την αγορά εργασίας, στην κοινωνική ασφάλιση, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και στα δημόσια οικονομικά[2].

Ωστόσο, η αύξηση των χρόνων της ζωής, εφόσον συνεπάγεται γήρανση του πληθυσμού, δεν σημαίνει ότι τα άτομα έχουν καλή ζωή και καλή υγεία. Όσοι διαθέτουν καλή υγεία, ακόμη και αν βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία, μπορεί να δουλεύουν, να έχουν μερικές δραστηριότητες και να προσφέρουν στο κοινό, ενώ όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την υγεία τους, πρέπει να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς[2]. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα είναι αναγκαία και η διαμονή τους σε Μονάδες Φροντίδας ή Νοσοκομεία Ηλικιωμένων[1].

Εκτός από την μακρόχρονη διαβίωση των ατόμων, αξίζει να αναφερθεί και η ποιότητα ζωής τους. Η σχετική μελέτη των δεδομένων των κατοίκων της Ευρώπης, δίνει τη δυνατότητα να συζητηθούν ζητήματα των πολιτών και να προταθούν πολιτικές από το κράτος, που θα στοχεύουν στην ευημερία των κατοίκων κάθε χώρας.

1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ηλικιωμένοι ασθενείς

Ως υπερήλικος ασθενής ορίζεται εκείνος του οποίου «η κατάσταση της υγείας αρχίζει να επηρεάζει τις αποφάσεις στις κατευθυντήριες γραμμές της υγείας»[2]. Τα όρια ηλικίας ποικίλουν και δηλώνουν διάφορα στάδια της ζωής του ατόμου. Η τρίτη ηλικία περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών (*elderly people*), η τέταρτη ηλικία τα άτομα 75-89 ετών (*aged people*) και η πέμπτη ηλικία άτομα άνω των 90 ετών. Το όριο των 65 ετών, που αναφέρεται πολύ συχνά, δηλώνει την ηλικία συνταξιοδότησης και όχι τόσο την τρίτη ηλικία[3].

Από τα μέσα του 20ου αιώνα κι ύστερα, πραγματοποιήθηκε μια έκρηξη της αύξησης των ηλικιωμένων κατοίκων του κόσμου, σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής[4]. Η γήρανση του πληθυσμού σημαίνει πολύ συχνά ασθένειες και προβλήματα του πληθυσμού. Επιπλέον, το κράτος οφείλει να διαχειριστεί αυτά τα προβλήματα των ηλικιωμένων ανθρώπων και να δώσει προτεραιότητα στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο[5].

Δυστυχώς οι σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι οι προκαταλήψεις και τα αρνητικά στερεότυπα έναντι των ηλικιωμένων είναι ευρέως διαδεδομένα στη σύγχρονη κοινωνία και εκτείνονται σε όλες τις κοινωνικές δομές, ακόμα και στο χώρο της υγείας. Πρόκειται για μία μορφή ηλικιακού ρατσισμού που βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην ηλικία του ατόμου[6].

1.2 Ορισμός Γήρατος και τρίτης ηλικίας

Στις αρχαίες κοινωνίες το γήρας το οριοθετούσαν κοινωνικά και όχι βάσει των χρόνων ζωής. Γέρος ονομαζόταν το άτομο που διέθετε σοφία, γνώση και σύνεση και ήταν

γενικώς σεβαστός κι αποδεκτός από την κοινωνία. Λόγω της σοφίας του αναλάμβανε και σημαντικά καθήκοντα στην πόλη. Οι ηλικιωμένοι δεν αποβάλλονταν από την ενεργή κοινωνική ζωή, αντίθετα τους έδιναν αξιώματα, τα οποία σπάνια θα μπορούσε να έχει ένας νεότερος. Ορισμένα παραδείγματα αξιωματούχων γερόντων ήταν ο Σωκράτης (70 ετών), ο Σοφοκλής (90 ετών), ο Ευριπίδης (74 ετών), ο Πλάτων (81 ετών) κ.λπ.[7].

Το γήρας είναι μία χρονολογική έννοια με διαφορετικά όρια από εποχή σε εποχή. Ο Πυθαγόρας χώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους διάρκειας 20 ετών, έμοιαζε δηλαδή κάθε περίοδος με μια εποχή του χρόνου[7]:

1. Από 0 έως 20 ετών ήταν η παιδική ηλικία (η άνοιξη),
2. Από 20 έως 40 ετών η εφηβεία (το καλοκαίρι),
3. Από 40 έως 60 ετών η νεότητα (φθινόπωρο) και
4. Από 60 έως 80 ετών, τα γηρατειά (ο χειμώνας).

Στην Βίβλο και την Παλαιά Διαθήκη το να είναι κάποιος ηλικιωμένος θεωρούνταν ευλογία και έκφραση ελέους και αγάπης του Θεού. Οι μεγάλες προσωπικότητες της Παλαιάς Διαθήκης ήταν ο Μωυσής που έζησε μέχρι τα 120 έτη, ο Αβραάμ και ο Ιωσήφ που έζησαν ως τα 175 έτη, ο Ισαάκ που πέθανε σε ηλικία 180 ετών και ο Ιώβ σε ηλικία 248 ετών[8].

Στην Αρχαία Αίγυπτο το γήρας ήταν και εκεί σεβαστό και δινόταν ιδιαίτερη σημασία στην υγεία των γερόντων, από τους ιερείς που ασκούσαν την ιατρική. Ο Κικέρων, για παράδειγμα, παρουσίασε τις αξίες των γερόντων, όπως είναι η αξιοπρέπεια, η μεγαλοψυχία, η αυτοκυριαρχία κ.ά. Ακόμη, τόνιζε ότι το γήρας είναι δύσκολο όταν το άτομο είναι φτωχό[7].

Βασικοί δημογραφικοί δείκτες που αποτυπώνουν άμεσα ή έμμεσα τη δημογραφική γήρανση είναι οι παρακάτω [6]:

- 1ος δείκτης, η αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό
- 2ος δείκτης, ο δείκτης εξάρτησης που δείχνει πόσα εξαρτώμενα άτομα ηλικίας 0-14 και 65 και άνω, αναλογούν σε 100 παραγωγικά άτομα, ηλικίας 15-64 ετών.
- 3ος δείκτης, ο δείκτης γήρανσης ο οποίος δείχνει πόσα άτομα ηλικίας 0-14 αναλογούν σε 100 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.
- 4ος δείκτης, ο δείκτης αντικατάστασης που δείχνει την αναλογία ατόμων ηλικίας 10-14ετών σε 100 άτομα ηλικία 60 έως 64 ετών.
- 5ος δείκτης, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών σε 100 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών[1].

Το μέγεθος του ευρωπαϊκού πληθυσμού δεν θα είναι μόνο μεγαλύτερο το 2060, αλλά θα είναι και πιο ηλικιωμένο. Ο πληθυσμός αναμένεται να αυξηθεί περίπου κατά 4% και από τα 507 εκατομμύρια που ήταν το 2013, υπολογίζεται να κορυφωθεί φτάνοντας τα 526 εκατομμύρια και να ισορροπήσει το 2060, στα 523 εκατομμύρια άτομα. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε σημαντικά σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. από το 1960 έως το 2012. Στην Ε.Ε. το προσδόκιμο για τους άντρες θα φτάσει από τα 77,6 έτη που ήταν το 2013, στα 84,7 έτη το 2060, ενώ για τις γυναίκες από τα 83,1 έτη το 2013, στα 89,1 έτη το 2060, διαπιστώνοντας μία μείωση της ηλικιακής ψαλίδας μεταξύ αντρών και γυναικών [21].

Ανά χώρα το ποσοστό ηλικιωμένων ποικίλει. Οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα πέμπτο του πληθυσμού στην Ιταλία, την Γερμανία και την Ελλάδα. Το 2014 στην Ιταλία ήταν το 21,4% του πληθυσμού, στην Γερμανία το 20,8% και στην Ελλάδα το 20,5%[1].

Το ποσοστό των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό στα κράτη μέλη της ΕΕ είναι κατά μέσο όρο από 17-20%, αν και η Ρουμανία, η Πολωνία, το Λουξεμβούργο, η Κύπρος, η Σλοβακία και η Ιρλανδία βρίσκονται κάτω από αυτό τον μέσο όρο με χαμηλότερο ποσοστό το 12,6 % της Ιρλανδίας[7].

1.3 Άλλοι χρήσιμοι ορισμοί

Το έτος 1948 δόθηκε ο ορισμός της υγείας, καθώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μονάχα η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας[8]. Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου.

Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής, τότε μπορεί και ανταποκρίνεται πλήρως και επαρκώς στις εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις. Όταν ο άνθρωπος δεν είναι υγιής, τότε αφενός μεν δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις υποχρεώσεις του, αφετέρου δε είναι εξαναγκασμένος να δαπανήσει χρήματα για την αποκατάσταση της υγείας του[9].

Ο όρος υγεία χρησιμοποιείται και αναφέρεται καθημερινά από τους περισσότερους ανθρώπους. Ο αρχαίος Έλληνας Ιπποκράτης που υπήρξε ιατρός και πατέρας της Ιατρικής, ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι η ασθένεια δεν είναι η τιμωρία των θεών προς τους ανθρώπους, αντιθέτως είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής τους μέσω της διατροφής και των συνηθειών που ακολουθούν[10].

Η υγεία είναι η μεγαλύτερη και σπουδαιότερη αξία της ζωής ενός ατόμου. Μέσω της υγείας δίνεται στο κάθε άτομο η ευκαιρία να λειτουργεί ενεργά, να θέτει στόχους και να τους πετυχαίνει. Η μελέτη και η αντιμετώπιση των ιατρο-κοινωνικών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας αποτελούν αντικείμενο των επιστημονικών κλάδων της Γηριατρικής και της Γεροντολογίας[11]:

Γεροντολογία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνικοοικονομική έννοια, είναι ευρύτερη επιστήμη, που καλύπτει αρχιτεκτονικά, βιολογικά, δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, συνταξιοδοτικά και άλλα θέματα, τα οποία σχετίζονται με το πρόβλημα της γήρανσης.

Η Γεροντολογία, δηλαδή, είναι ένας κλάδος της ιατρικής, ο οποίος μελετά τις αλλαγές που υφίσταται το ηλικιωμένο άτομο σε διανοητικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ακόμη, μελετά τα στάδια και τα προβλήματα μέσα από τα οποία περνά το ηλικιωμένο άτομο. Η Γεροντολογία αποτελείται από τρεις διαφορετικούς τομείς[12]:

- την βιογεροντολογία,
- την ιατρική γεροντολογία ή γηριατρική και
- την κοινωνική γεροντολογία.

Έτσι, σύμφωνα με τα παραπάνω, η Γεροντολογία αφορά τη παθολογική και την φυσική ανάλυση της εξέλιξης του ανθρώπινου σώματος, τον τρόπο που πραγματοποιείται η περίθαλψη με στόχο την υγεία του ατόμου και την ποιότητα ζωής του, καθώς και την ψυχολογική του υποστήριξη για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της ζωής στην τρίτη ηλικία. Η γεροντολογία, εν ολίγοις, έχει διπλό στόχο[12]:

- από ποσοτική άποψη, την παράταση της ζωής και
- από ποιοτική άποψη, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Τομέας της Γεροντολογίας είναι η Γηριατρική, δηλαδή η ιατρική επιστήμη όπου εστιάζεται στην διαχείριση των χρόνιων νόσων και συνδρόμων, και τονίζεται η προσπάθεια βελτίωσης της υγείας και την πρόληψη των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Σκοπός της Γηριατρικής είναι η καλλιέργεια της σωματικής, διανοητικής και ψυχικής υγείας του ατόμου, η οποία θα επιτρέψει ένα μέγιστο προσδόκιμο επιβίωσης ενώ θα διατηρείται ένα υψηλός βαθμός λειτουργικότητας των ατόμων[13].

Άλλος ένας ορισμός που αξίζει να αναφερθεί, είναι η υγιής και ενεργός γήρανση. Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), ενεργός και υγιής γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλή υγεία, για συμμετοχή στην κοινωνία και για παροχή ασφάλειας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων όσο μεγαλώνουν[2]. Η παροχή κάθε είδους φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα, αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, λόγω του ότι, συνυπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων οι οποίοι ρυθμίζουν τον τρόπο διαχείρισης των προβλημάτων τους. Εξαιτίας των αλλαγών που παρουσιάζονται στις διάφορες λειτουργίες του οργανισμού τους κατά τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι και ανήκουν στην ευπαθή ομάδα των πολιτών.

Το 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Δημόσια Υγεία ανέπτυξε ένα πιλοτικό πρόγραμμα που ονομάστηκε «Ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση» με στόχο να αυξήσει τον μέσο όρο υγιούς ζωής των Ευρωπαίων πολιτών κατά 2 χρόνια μέχρι το 2020. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους[14]:

- Την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων
- Την διασφάλιση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- Την δημιουργία ευκαιριών ανάπτυξης για τις επιχειρήσεις μέσα από την προώθηση της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής βιομηχανίας, της αύξησης της επιχειρηματικής δραστηριότητας και της επέκτασης των επιχειρήσεων σε νέες αγορές.

Με βάση τις μετρήσεις των ειδικών, το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων 85 ετών και άνω που μένει σε ιδρύματα καταγράφηκε στο Λουξεμβούργο, το 32,9% του πληθυσμού[14]. Άλλες τέσσερις περιφέρειες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατέγραψαν ποσοστά της τάξεως του 25-30%, ήταν στην γαλλική περιοχή PaysdeLaLoire, στην Bretagne, στην Ολλανδική περιοχή του Groningen και στην Μάλτα[14]. Αντίθετα στην

Βουλγαρία, τη Ρουμανία, τη Νότιο Ιταλία και σε κάποια μέρη της Ελλάδας το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει σε κλειστές δομές είναι μικρό[15].

1.4 Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες που βρίσκονται στις πρώτες θέσεις του πληθυσμού που γερνά, καθώς έχει πληθυσμό που γερνά σε ποσοστό 21,4%, σε αντίθεση με το ποσοστό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 17,2%. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στις έξι πρώτες χώρες που γηράσκουν ταχύτατα (Ιαπωνία, Νότια Κορέα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα και Ιταλία[16]).

Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν πως το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται τα επόμενα χρόνια, ωστόσο, έως το 2069 η χώρα θα είναι γερασμένη[14]. Ειδικότερα, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, αναμένεται να αυξηθεί από το 2013 στο 2060, κατά 6,9 χρόνια για τους άνδρες (από τα 78 έτη στα 84,9 έτη) και κατά 5,7 χρόνια στις γυναίκες (από 83,3 έτη σε 89 έτη). Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών θα αυξηθούν σε 2,8 εκατομμύρια το 2060 και οι άνω των 85 ετών θα είναι 1,3 εκατομμύρια το 2060. Άλλα δεδομένα δείχνουν ότι [14]:

- Το ποσοστό της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών θα μειωθεί από 15% το 2013 κατά 2% το 2060 (13%).
- Ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί κατά 2,5% το 2060.
- Το εργατικό δυναμικό (15–64 ετών), από 65% το 2013, θα μειωθεί στο 54% του πληθυσμού το 2060 (μείωση 11%).
- Η ηλικιακή κατηγορία από 65 ετών και άνω θα έχει αύξηση 12%, από το 26%[16].

1.5 Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Το θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθορίζεται από τις διατάξεις των νόμων και των υπουργικών αποφάσεων που αναφέρονται στα παρακάτω *Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης*: ΦΕΚ29 (23-2-1972), ΦΕΚ223 (12-12-1972), ΦΕΚ134 (18-5-1977), ΦΕΚ180(1-3-1978), ΦΕΚ55 (20-3-1979), ΦΕΚ204 (3-9-1979), ΦΕΚ922 (12-12-1979), ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833B (11-9-1996), ΦΕΚ1136 (6-7-2007), ΦΕΚ32(2-3-2011), ΦΕΚ38 (28-2-2012).

Η νομοθεσία του 1972 ορίζει εξ αρχής πως οι μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι οι μονάδες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα και μη) και εξασφαλίζουν υποχρεωτικά σε αυτά (ΦΕΚ29, 23-2-1972):

- Υγιεινή διαμονή, ασφαλή και άνετη διαβίωση,
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή,
- Συνεχή φροντίδα και ατομική καθαριότητα,
- Παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας ή κινησιοθεραπείας,
- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων,
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση,
- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας και ψυχολογικής βοήθειας,
- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής και πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.
- Κύριος σκοπός των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι η περίθαλψη ατόμων τα οποία στερούνται της οικογενειακής φροντίδας ή των οικονομικών μέσων για μία αξιοπρεπή διαβίωση[18].

Το 1996 η υπουργική απόφαση «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα)» (ΦΕΚ 455 Β'/1996), και η υπουργική απόφαση 4690/1996 (ΦΕΚ 833Β'/1996) «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα» ορίζει ότι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι οι μονάδες, που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη), μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η.-Μ.Κ.), είναι οι μονάδες, που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) χωρίς επιχειρηματικό κέρδος (ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833Β (11-9-1996).

Η νοσηλεία θα περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτήριο. Ακόμη, δίνεται δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων (χειρολαβές, χειρολισθήρες, απλά και ειδικά μπαστούνια, περιπατητήρες κ.λπ.). Στις μονάδες αυτές, παρέχεται ψυχαγωγία, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περίπτωση του περιθαλπόμενου (ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833Β (11-9-1996).

Στις Μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα απαγορεύονται οι επιχειρηματικές δραστηριότητες με εξαίρεση εκείνες των οποίων το προϊόν χρησιμοποιείται προς όφελος των ηλικιωμένων, π.χ. καλλιέργεια οπωροκηπευτικών ή δωρεάν κόμμωση και κούρεμα των περιθαλπόμενων. Για τη λειτουργία κάθε Μ.Φ.Η. είναι απαραίτητη η Άδεια Ίδρυσης και η Άδεια Λειτουργίας. Επιτρέπεται η σύναψη σύμβασης με τις Μ.Φ.Η. για την παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου ή των λοιπών ασφαλιστικών ταμείων (ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833Β (11-9-1996).

Σύμφωνα με το νόμο που ισχύει σήμερα, η δυναμικότητα κάθε μονάδας μπορεί να είναι από 10 έως 100 κλίνες. Η χορήγηση άδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχεται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας

της Περιφέρειας του τόπου στον οποίο έχει εγκατασταθεί. Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν περίπου 120 ιδιωτικές νόμιμες μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενούν περίπου 7.000-10.000 ηλικιωμένους, ενώ οι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα διαθέτουν 10.000-15.000 κλίνες (Καραγιάννη, 2011). Τα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι κυρίως εκκλησιαστικά ιδρύματα που παρέχουν βοήθεια στους ηλικιωμένους στην επαρχία, ενώ το 70% των ιδιωτικών μονάδων βρίσκονται στην Αττική[18].

Στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (C364/1.18-12-2002) το άρθρο 25 αναφέρεται στα Δικαιώματα των Ηλικιωμένων: «Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μία αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο». Η Ε.Ε. αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα.

Ακόμη, τονίζεται ότι «Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η εξάρτηση από άλλους δεν μπορούν να δικαιολογούν τον περιορισμό του αναφαίρετου ανθρώπινου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα και διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς. Όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή τον βαθμό εξάρτησης, οφείλουν να διαφυλάσσουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματά τους»[18].

Στόχος είναι η δημιουργία κοινού σημείου αναφοράς και διαλόγου επιδιώκοντας την χρησιμοποίηση και αξιοποίηση του από όλα τα Κράτη-Μέλη τα οποία οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές προάσπισης των συγκεκριμένων δικαιωμάτων. Απευθύνεται[18]:

- ο Στους άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων που μπορεί να είναι, συγγενείς, φίλοι γείτονες, εθελοντές, μετανάστες που προσέχουν ηλικιωμένους,

- Στους επαγγελματίες φροντιστές, κοινωνικούς φροντιστές και νοσηλευτές που είναι αμειβόμενοι σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή νοσοκομεία ηλικιωμένων (nursing homes),
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες όπως η κοινωνική υπηρεσία των Δήμων,
- Στους ιδιωτικούς και δημόσιους παρόχους υπηρεσιών και επιχειρήσεις,
- Στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Ο χάρτης αυτός επιχειρεί να ευαισθητοποιήσει το ευρύτερο κοινό και να γνωστοποιήσει στους ηλικιωμένους τα δικαιώματά τους. Τα άρθρα αναφέρονται στα εξής[19]:

Άρθρο 1: Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική & πνευματική ευεξία, την ελευθερία & την ασφάλεια

Άρθρο 2: Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού,

Άρθρο 3: Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

Άρθρο 4: Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας

Άρθρο 5: Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

Άρθρο 6: Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες

Άρθρο 7: Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία

Άρθρο 8: Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο

Άρθρο 9: Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα.

Ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού ηλικιωμένων όταν πρέπει να εισέλθει σε έναν οίκο ευγηρίας ή σε μια μονάδα φροντίδας, νιώθει ότι βιώνει έναν αποχωρισμό από την

οικογένειά του και τους οικείους του. Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για την ψυχολογική προσαρμογή των ηλικιωμένων στα ιδρύματα. Γι' αυτόν τον λόγο απαιτείται υποστήριξη για να εισαχθούν στις μονάδες φροντίδας και να βελτιώσουν τις σχέσεις τους μέσα στους χώρους που θα διαμείνουν[20].

Η έρευνα των Boltz et. al (2010) πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη ανάμεσα σε 24 ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί σε ειδικά κέντρα και είχαν εμπειρία από την φροντίδα αυτού του είδους. Στόχος της έρευνας ήταν να δείξει ότι οι ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν την παραμονή τους σε νοσοκομεία, όταν έχουν κάποια χρόνια ασθένεια, αλλά αντίθετα επιλέγουν να επιστρέψουν στο σπίτι τους ή να παραμείνουν σε ένα χώρο φροντίδας ή οίκο ευγηρίας. Οι χώροι αυτοί πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και το προσωπικό να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να βοηθήσει τα άτομα που έχουν ανάγκη[21].

Επίσης, όπως αναφέρεται από τους μελετητές Ferrel&Coyle (2010), πρέπει οι υπηρεσίες να διαθέτουν βοήθεια στους ηλικιωμένους και να δίνεται ασφαλιστική κάλυψη για να μπορούν οι οικογένειες να καλύψουν τα έξοδα για διαμονή σε ειδικές υπηρεσίες. Η μελέτη υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο που έχει ο νοσηλευτής ως βασικό μέλος της ομάδας παρηγορητικής φροντίδας ασθενών. Ακόμη, περιγράφονται οι ρυθμίσεις και οι δραστηριότητες στις οποίες προβαίνουν οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας, στις πρακτικές της ανακουφιστικής φροντίδας, την εκτίμηση των συμπτωμάτων των ασθενών, την υποστήριξη της οικογένειας κ.λπ.[22].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στην Ελλάδα η φροντίδα των ηλικιωμένων στηρίζεται κατά κύριο λόγο από τις οικογένειες. Ωστόσο, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η αστικοποίηση και οι προσωπικές υποχρεώσεις, οδηγούν όλο και περισσότερο στην ανάγκη δημιουργίας μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Αυτό συμβαίνει, διότι οι οικογένειες δεν μπορούν να βοηθήσουν τους οικείους τους, γι' αυτό επιλέγουν διάφορες δομές παρακολούθησης και φροντίδας των ατόμων που έχουν ανάγκη. Τέτοιες δομές είναι πολλοί φορείς του Δημοσίου (Ν.Π.Δ.Δ.), νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και Ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα[23].

2.1 Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) όπως όλοι οι πολίτες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τους παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας και από κλινικές. Εκτός νοσοκομείου, υπάρχουν ειδικοί γιατροί που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα ιατρεία και στα κέντρα Υγείας, καθώς είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.[24].

Επειδή δεν υπάρχουν ειδικές δομές από το κράτος για προγράμματα μόνο για ηλικιωμένους, τα τελευταία χρόνια λειτουργούν προγράμματα για την τρίτη ηλικία, όπως το «Βοήθεια στο σπίτι», τα Κ.Α.Π.Η. τα Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) και οι Λέσχες Φιλίας. Τα προγράμματα αυτά, πιο αναλυτικά, είναι τα εξής:

2.1.1 Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων, οι οποίες δημιουργήθηκαν και ξεκίνησαν τη λειτουργία τους το 1985. Αυτές οι λέσχες λειτουργούν

σε κάθε γειτονιά και συνοικία και προσφέρουν πολλές υπηρεσίες σε άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία είναι μόνιμοι κάτοικοι στο Δήμο Αθηναίων. Βασικός στόχος αυτών των δομών είναι να αποδεχτούν την ηλικία τους οι ηλικιωμένοι και να προσαρμοσθούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους. Αυτό πραγματοποιείται μέσω της υποστήριξής τους, ειδικότερα σε περιπτώσεις όπου τα άτομα που δεν έχουν οικογένεια για να τους φροντίσει ή έχουν περιορισμένα οικονομικά μέσα. Στις λέσχες φιλίας εργάζονται νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό[25].

Το πρόγραμμα της εβδομάδας για τους επισκέπτες περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, αυτοάμυνα κ.λπ. ακόμη, διοργανώνονται διάφορες δραστηριότητες, όπως εκδρομές, εκδηλώσεις, επισκέψεις σε μουσεία και πολιτιστικούς χώρους. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην λέσχη είναι 3-4 ώρες και τα εξυπηρετούμενα άτομα ανά λέσχη ημερησίως είναι από 50-70. Οι λέσχες είναι ανοικτές προς το κοινό από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 το πρωί έως τις 8:00 το βράδυ. Σήμερα υπάρχουν στον Δήμο Αθηναίων 26 Λέσχες[26].

2.1.2 Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Οι δομές αυτές ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου- (Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Τα κέντρα ξεκίνησαν να λειτουργούν το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι περίπου 900 σήμερα και στοχεύουν στην παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένους της περιοχής άνω των 60 ετών. Τα άτομα αυτά, μπορούν να συμμετάσχουν σε πολλές δραστηριότητες, ενώ η συμμετοχή δεν εξαρτάται από την οικονομική τους κατάσταση[26].

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Ειδικότερα, ο θεσμός υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, δηλαδή[24]:

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές,
- Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων,
- Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν,
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι[24]:

- Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, θέατρο,
- Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, χορός,
- Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη,
- Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων,
- Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους,
- Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική,
- Βοήθεια στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Οι ηλικιωμένοι συνήθως συγκεντρώνονται στους χώρους αυτούς συγκεκριμένες ώρες, πρωινές.

2.1.3 Βοήθεια στο σπίτι

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στο σπίτι. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος οι ηλικιωμένοι που δεν μπορούν να ζήσουν αυτόνομα, δέχονται βοήθεια από ειδικές υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Το πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του δοκιμαστικά τον Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με την συνεργασία

του Δήμου και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Εφόσον πέτυχε η εφαρμογή του, συνεχίστηκε και εξαπλώθηκε και σε άλλους δήμους. Η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και διάφορα ευρωπαϊκά προγράμματα[26].

Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν περίπου 20 χρόνια κι έχουν εξυπηρετήσει χιλιάδες ηλικιωμένους (εργοθεραπευτές, ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι). Ακόμη, έχει προσφέρει σημαντική βοήθεια σε πολλές οικογένειες, για παράδειγμα οι ωφελούμενοι το 2013 ήταν περίπου 80.000 άτομα. Έχει λάβει κι άλλες ονομασίες, αναπροσδιόρισε τα προαπαιτούμενα χαρακτηριστικά ένταξης των ατόμων στο πρόγραμμα και συνεχίζει τη λειτουργία του με αρκετές δυσκολίες[24].

2.1.4 Κ.Η.Φ.Η.

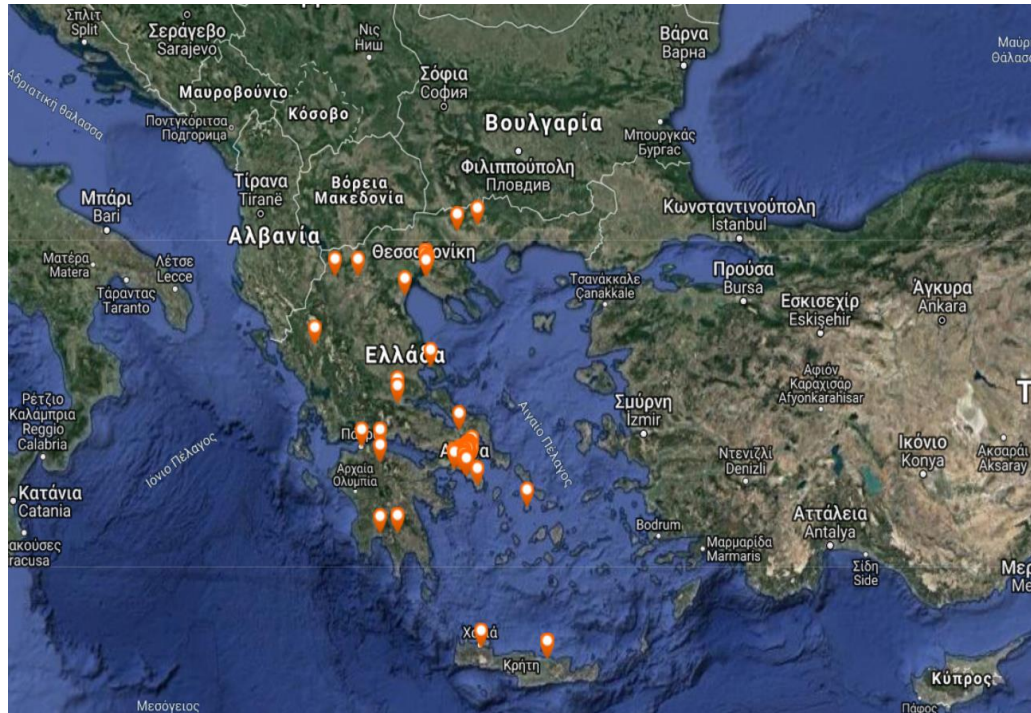
Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) αριθμούν περίπου 55 στις μέρες μας. Πρόκειται για μονάδες ημερήσιας ή ολιγώρης φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα, καθώς μπορεί να έχουν κινητικά προβλήματα, να πάσχουν από άνοια ή το περιβάλλον που τους φροντίζει να εργάζεται πολλές ώρες ή να αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα και δεν μπορεί να τους παρέχει την απαραίτητη βοήθεια. Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν καθημερινά οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους[26].

Βασικός στόχος των κέντρων αυτών είναι να μπορεί να παραμείνει το άτομο που χρίζει βοήθειας στην μονάδα για λίγες ώρες. Έτσι, θα επιτευχθεί η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, η εναρμόνιση της εργασίας και των οικογενειακών υποχρεώσεων για παροχή βοήθειας στον ηλικιωμένο, η παροχή περίθαλψης και η επίτευξη αξιοπρεπούς διαβίωσης. Ακόμη, το άτομο βελτιώνει ποιοτικά τη ζωή του και συμβιώνει αρμονικά με την οικογένεια[26].

Τα κέντρα αυτά έχουν δεχθεί πολλές φορές αρνητική κριτική, εφόσον συχνά υπάρχουν αντικειμενικές δυσκολίες στην εφαρμογή της βοήθειας προς τους ηλικιωμένους. Ακόμη, έχουν εντοπιστεί περιπτώσεις αδυναμίας παροχής εξειδικευμένης βοήθειας και κακής διαχείρισης των προγραμμάτων. Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που έχουν γίνει, δείχνουν ότι η παροχή βοήθειας πρέπει να οργανώνεται εξατομικευμένα από τα άτομα και τις υπηρεσίες[26]. Το κέντρο παρέχει νοσηλευτικές – ιατρικές υπηρεσίες, σίτιση, δημιουργική απασχόληση και δραστηριότητες αναψυχής και προσωπικής ανάπτυξης, κοινωνική υποστήριξη, ανάπαυση καθώς και μεταφορά από και προς τον χώρο της δομής [27].

2.2 Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

Η Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ιδρύθηκε το 1974 με την ονομασία Πανελλήνια Ένωση Επιχειρηματιών Οικοτροφείων Ηλικιωμένων «ο Διγενής» και το 2005 μετονομάστηκε σε Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Π.Ε.Μ.Φ.Η.) με την απόφαση 626/2005 του πρωτοδικείου Αθηνών. Η Ένωση αυτή περιλαμβάνει όλες τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, στη χώρα (89 εγγεγραμμένες μονάδες φροντίδας)[23].



Εικόνα 2.1: Οι δομές που περιλαμβάνει η Π.Ε.Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα. Πηγή:[23].

Οι βασικότεροι στόχοι της Π.Ε.Μ.Φ.Η. είναι οι παρακάτω[23]:

- Δημιουργία πνεύματος συνεργασίας και αλληλεγγύης ανάμεσα στους εργαζομένους και τα άτομα που φροντίζουν οι δομές, αλλά και μεταξύ των ηλικιωμένων που δέχονται τις υπηρεσίες.
- Προστασία και φροντίδα των μελών κάθε δομής.
- Η προαγωγή της έρευνας, η εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και δραστηριοτήτων που έχουν στόχο την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μονάδες φροντίδας.
- Μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων φροντίδας.
- Η δημιουργία και λειτουργία νέων υπηρεσιών που θα παρέχονται στους ηλικιωμένους.
- Η προάσπιση και εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων των μελών της και η επιδίωξη μείωσης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μονάδες φροντίδας.

Στην Ελλάδα λειτουργούν περίπου 120 ιδιωτικές νόμιμες μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενούν περίπου 7.000-10.000 ηλικιωμένους, ενώ οι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εκτιμώνται ότι έχουν 10.000-15.000 κλίνες. Οι δομές μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι φιλανθρωπικά και εκκλησιαστικά ιδρύματα συνήθως που λειτουργούν υπό την επίβλεψη των Δήμων στην περιφέρεια. Ωστόσο, οι περισσότερες μονάδες βρίσκονται στην Αττική[23].

2.3 Ιδιωτικές Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Σε αυτές τις μονάδες τα άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας και βρίσκονται στην τρίτη ηλικία της ζωής τους δέχονται τις υπηρεσίες εξειδικευμένων ατόμων και ιατρική παρακολούθηση [29].

Στις μέρες μας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι οικογένειες δεν μπορούν να παρέχουν την απαραίτητη βοήθεια στους οικείους τους, οπότε είναι ανάγκη να βρεθούν δομές και μονάδες που θα τους παρέχουν τα απαραίτητα, εφόσον δεν μπορούν να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Έτσι, στις μονάδες αυτές οι ηλικιωμένοι μπορούν να παραμείνουν από μερικές ώρες στις δομές και να δέχονται βοήθεια από ειδικούς καθημερινά[27].

Όταν τα άτομα συναναστρέφονται με τους συνομήλικους τους αισθάνονται ότι μπορούν να ξεπεράσουν τα προβλήματα της ζωής τους και επιτυγχάνουν μια ποιοτική και αξιοπρεπή ζωή. Ακόμη, ασχολούνται με δραστηριότητες της ηλικίας τους και δέχονται κάθε είδους βοήθεια[28].

Τα κέντρα αυτά, είναι πιο διαδεδομένα στα αστικά κέντρα παρά στην επαρχία. Αυτό συμβαίνει διότι στις μικρότερες περιοχές οι οικογένειες θεωρούν ότι δεν πρέπει να

αφήνουν τους ηλικιωμένους σε τέτοιου είδους κέντρα για να τους παρέχεται η φροντίδα που απαιτείται[28].

Στις μέρες μας, λειτουργούν και αρκετές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ιδιωτικού χαρακτήρα. Από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων είναι[23]:

- Δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία,
- Η σύνταξη του ηλικιωμένου,
- Η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό της χώρας και ο αριθμός των συνταξιούχων,
- Η κατάσταση της υγείας του σε συνδυασμό με την ηλικία και την οικογενειακή του κατάσταση.

Στα Γηροκομεία οι τιμές και οι χρεώσεις είναι σταθερές για μεγάλο χρονικό διάστημα από την εισαγωγή του ηλικιωμένου στον οίκο ευγηρίας. Κατά μέσο όρο οι χρεώσεις αφορούν[30]:

- 1) Ενοικίαση από τον ηλικιωμένο ειδικού στρώματος (αερόστρωμα) για αποφυγή ή θεραπεία κατακλίσεων.
- 2) Ενοικίαση από τον ηλικιωμένο μηχανήματος παροχής οξυγόνου αν είναι απαραίτητο για την θεραπεία και ομαλή πορεία της υγείας του ηλικιωμένου.
- 3) Εάν χρειάζεται φυσιοθεραπεία τότε αναγράφει ο συγγενής από το ασφαλιστικό του ταμείο τις απαραίτητες συνεδρίες φυσιοθεραπείας, στη συνέχεια ο συγγενής καλεί ή δικό του φυσιοθεραπευτή και εκτελεί τις συνεδρίες αυτές χωρίς επιπλέον τιμές και χρεώσεις.

Δωμάτια	Αυτοεξυπηρετούμενοι	Μη Αυτοεξυπηρετούμενοι
Μονόκλινο	730-780 Ευρώ	800-850 Ευρώ

Δίκλινο	750-800 Ευρώ	800-850 Ευρώ
Τρίκλινο	700-750 Ευρώ	750-890 Ευρώ
Τετράκλινο	700-750 Ευρώ	750-800 Ευρώ

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, οργανώνει το πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ 2016» για την πρόληψη και προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων. Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει, για παράδειγμα στην αποφυγή και αντιμετώπιση τραυματισμών και καταγμάτων των ηλικιωμένων. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται πιλοτικά σε πολλές δημόσιες δομές στην χώρα για άτομα άνω των 50 ετών[23].

Όλα τα παραπάνω, δείχνουν ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί ένα ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο περιβάλλον, για την συστηματική και εντατική παροχή φροντίδας στα άτομα που έχουν ανάγκη. Επομένως, στις περιπτώσεις αυτές προκύπτουν πολλά θέματα ηθικής και δεοντολογίας για την ιατρική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Βασικό ρόλο παίζουν και οι ενημερωτικές εκστρατείες για την πρόληψη κάθε είδους ασθένειας στις μεγάλες ηλικίες[23].

Με βάση αυτά τα δεδομένα, η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία προσπαθεί εδώ και 30 χρόνια για τη θεσμοθέτηση της ειδικότητας της Γηριατρικής και στη χώρα μας που είναι η μοναδική χώρα στην Ευρώπη, στην οποία δεν είναι αναγνωρισμένη η Γηριατρική ως ιατρική ειδικότητα ή εξειδίκευση[23].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ

3.1 Ιστορική Αναδρομή στην Έννοια Θάνατος

Ο θάνατος είναι ένα φαινόμενο που συντελείται σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς μέσα στη φύση. Με βάση την γέννηση, τη δόμηση και την εξέλιξη των κοινωνιών και του κόσμου, φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι άνθρωποι από τα αρχαία χρόνια είχαν ως βασικό τους στόχο να προστατευθούν από το θάνατο και να αποφύγουν κατά το δυνατόν, χρονικά το θάνατο[31].

Ο θάνατος αναφέρεται σε τρεις έννοιες, την απώλεια των λειτουργιών του οργανισμού, την αδυναμία διόρθωσης των βλαβών που έχει υποστεί ο οργανισμός και την ύπαρξη ενός νεκρού σώματος. Ανάλογα με τις αιτίες του διακρίνεται σε φυσιολογικό ή φυσικό (φυσιολογικό γήρας) και σε παθολογικό ή πρόωρο (νοσηρές καταστάσεις, φθορά οργάνων ζωτικής σημασίας). Με βάση, όμως, τον χρόνο που πραγματοποιείται διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες[32]:

- Τον κοινωνικό θάνατο (απόσχιση) από το περιβάλλον-οριστική αδυναμία επαφής και ανταπόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα.
- Τον κλινικό θάνατο (οριστική παύση αναπνοής και κυκλοφορίας).
- Τον βιολογικό θάνατο (οριστική απονέκρωση – παύση βιολογικών, βιοχημικών λειτουργιών του κυττάρου), ανάλογα με τη βαθμιαία παύση της λειτουργίας των οργάνων του ανθρώπινου σώματος.

Σε βιολογικό επίπεδο, ο θάνατος ορίζεται ως η μη αναστρέψιμη παύση του κυκλοφορικού και της αναπνευστικής λειτουργίας ή η μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους. Τα κύρια κλινικά σημεία του θανάτου είναι η άπνοια και η ασυστολία. Στα άτομα που βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη, υπάρχει ανάγκη και για άλλες

ενδείξεις, όπως η απώλεια των αντανακλαστικών των κρανιακών νεύρων και η παύση της ηλεκτρικής δραστηριότητας το εγκεφάλου[32].

Ο φυσικός θάνατος διαφέρει σε κάθε άτομο και εξαρτάται από τους παθολογικούς παράγοντες και άλλες καταστάσεις, όπως η προχωρημένη ηλικία και η γενική κατάσταση της υγείας, καθώς και η επιλογή της θεραπείας που λαμβάνει. Εκτός από τη διάγνωση, κάποια κοινά συμπτώματα εμφανίζονται στους ανθρώπους που πλησιάζουν στο θάνατο[33]:

- αδυναμία,
- περιορισμός της κινητικότητας,
- παρατεταμένος ύπνος,
- μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής και νερού,
- δυσκολία στην κατάποση,
- αποπροσανατολισμός και διάσπαση προσοχής,
- χαμηλή αρτηριακή πίεση,
- ακράτεια ή επίσχεση ούρων εξαιτίας του αισθήματος της εξάντλησης,
- εφιάλτες,
- αλλαγή στον ρυθμό αναπνοής, θορυβώδης αναπνοή και εκκρίσεις στους αεραγωγούς,
- δροσερό δέρμα που οφείλεται στη φλεβική στάση
- πτώση της πίεσης με ταυτόχρονη παρουσία αδύναμου σφυγμού,
- παραλήρημα, ανησυχία, ταραχή, κώμα.

Όπως αναφέρθηκε, το φαινόμενο του θανάτου είναι διαχρονικό και εξετάζεται από την δημιουργία του κόσμου. Η μελέτη των χρόνων πριν τα τέλη του 20ού αιώνα, δείχνει ότι ο θάνατος έκανε την εμφάνισή του συχνότατα και μάλιστα τις περισσότερες φορές μέσω επιδημιών που πραγματικά θέρισαν ανθρώπινες ζωές[31].

Είναι φυσικό, οι άνθρωποι που πεθαίνουν, να αναζητούν πάντα ανώδυνο και ειρηνικό τέλος καταφεύγοντας σε ιδρύματα που προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα. Το 1900 το 85% των ανθρώπων πέθαινε στο σπίτι του, ενώ στα μέσα του 20ού αιώνα το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 50%. Γίνεται σαφές ότι στις μέρες μας, η πλειοψηφία των ανθρώπων πεθαίνει στα νοσοκομεία μακριά από το οικείο του περιβάλλον. Επειδή οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν πολύπλοκα προβλήματα, απαιτείται διεπιστημονική, ομαδική και συντονισμένη προσέγγιση ειδικά καταρτισμένων επιστημόνων υγείας όπως γιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, φυσικοθεραπευτών και φαρμακοποιών[34].

Αναπόφευκτα, οι σχέσεις με τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου, δημιουργούν συναισθηματική φόρτιση στους εργαζόμενους. Σε ένα τέτοιο εργασιακό κλάδο, που «η επαφή με την θλίψη και τον πόνο είναι καθημερινή, όπως συμβαίνει με τους εργαζόμενους σε νοσοκομείο, αναπτύσσεται στο προσωπικό είτε μια αμυντική στάση είτε μια ταύτιση με τον ασθενή. Από την μία πλευρά, οι αμυντικές στάσεις δημιουργούν στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό ένα είδος θωράκισης που τους εμποδίζει να νιώσουν τα συναισθήματα του ασθενή [27]. Αυτό μεταφράζεται σε μια σχέση απόμακρη, ψυχρή, άσηπτη και καθόλου ανθρωπιστική. Από την άλλη, όταν υπάρχει ταύτιση με τον ασθενή, συγχέονται τα συναισθήματα μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού, οι φόβοι του ενός γίνονται φόβοι του άλλου και αντίστροφα»[34].

Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχουν συνείδηση των συναισθημάτων τους απέναντι στο θάνατο και να μην αρνούνται το θρήνο, καθώς είναι κι αυτός μέρος της επαγγελματικής τους ζωής. Γι' αυτόν τον λόγο, πρέπει να αποκτούν τις κατάλληλες γνώσεις κατά την εκπαίδευσή τους, σχετικά με την προετοιμασία του αρρώστου που πεθαίνει και τη στήριξη των συγγενών που θρηνούν [28]. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογία του προσωπικού διαμορφώνοντας τη στάση του απέναντι στον ασθενή τελικού σταδίου και το θάνατο. Τέτοιοι παράγοντες είναι η επαγγελματική κόπωση, η εκπαίδευση, η φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας και η επικοινωνία του προσωπικού[35].

Στον 21ο αιώνα, που διανύουμε, ο θάνατος έχει πάψει να εμφανίζεται με την ίδια περιοδικότητα στις πολιτισμένες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, γενικότερα σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες ο θάνατος αντιμετωπίζεται σε περιστάσεις και χώρους εργασίας επαγγελματιών υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία. Αυτό συμβαίνει, διότι το νοσοκομείο ή μια κλινική είναι ένας χώρος όπου παρέχεται ειδική φροντίδα και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα άτομα που έχουν ανάγκη[32].

Βασικός στόχος είναι η ίαση τους και η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Οι περιπτώσεις που ένα άτομο χρειάζεται φροντίδα είναι ο τοκετός, μια οξεία εμφάνιση ασθένειας ή μια χρόνια ασθένεια[31].

3.2 Νοσηλευτής και θάνατος

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται πως ο θάνατος είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της ζωής. Πρόκειται, δηλαδή, για μια κατάσταση την οποία το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει σε πολλές περιστάσεις της ζωής του. Η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σήμερα σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή λόγω γηρατειών[36].

Οι νοσηλευτές δίνουν σημασία στο θάνατο με αξιοπρέπεια και φροντίζουν να μην είναι ο ασθενής μόνος του. Ο «αξιοπρεπής θάνατος» έχει οριστεί ως η διατήρηση της προσωπικής άνεσης και ελέγχου, καθώς το τέλος της ζωής πλησιάζει[36].

Ο ασθενής επιθυμεί ο νοσηλευτής να είναι δίπλα του και να του παρέχει ειδική φροντίδα όταν τη χρειαστεί. Αναμένει, δηλαδή, από τον νοσηλευτή να δείχνει υπομονή, κατανόηση, να υπάρχει η δυνατότητα να κάνουν συζήτηση και να είναι πρόθυμος ο νοσηλευτής να απαντήσει σε μερικές απορίες του ασθενή. Εν όψει του επικείμενου

θανάτου, ο ασθενής βιώνει μια ιδιαίτερα έντονη ανάγκη για στήριξη και προσοχή. Σε αυτές τις ειδικές περιπτώσεις, είναι σημαντικό να είναι οι νοσηλευτές ειλικρινείς, επαγγελματίες και επιδέξιοι στην επικοινωνία με τον ασθενή[37].

Έχει αποδειχθεί πως η ψυχική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών χειροτερεύει όταν οι νοσηλευτές δεν παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα στα άτομα που οδεύουν προς τον θάνατο. Αυτό συμβαίνει, διότι οι νοσηλευτές υποστηρίζουν πως δεν μπορούν να προσφέρουν τίποτα παραπάνω στους ασθενείς από μία φάση της υγείας τους κι έπειτα. Η αποθάρρυνση μπορεί να προέρχεται από τον δικό τους φόβο για τον θάνατο και τις αντιλήψεις τους αναφορικά με τη στάση που πρέπει να έχουν απέναντι στον ασθενή. Η προσπάθεια εξεύρεσης μιας υγιούς σχέσης και μιας συνεργασίας μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών που χρειάζονται φροντίδα. Η διαδικασία αυτή, αποτελεί ένα συνεχές ερέθισμα και μια πρόκληση για τους φροντιστές, για το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να αλληλοεπιδρά με τους ασθενείς, αλλά και με το συγγενικό περιβάλλον, εκφράζοντας τις αντιλήψεις τους για τον εαυτό τους και τις ενέργειές τους για τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής[38].

Η φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, την ευαισθησία και τις δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές δύσκολες καταστάσεις και να ανταποκριθούν στις συγκεκριμένες ανάγκες του ετοιμοθάνατου ασθενούς και της οικογένειάς του. Στην ολιστική προσέγγιση της ασθένειας, λαμβάνονται υπόψη οι βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και πνευματικές απόψεις και ανάγκες του ατόμου. Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών τους πρέπει να είναι μία σχέση αμοιβαίας συνεργασίας. Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα υγείας παρεμβαίνουν εκ μέρους του ενήλικα ασθενή μόνο όταν ζητηθεί η βοήθειά τους από τον ασθενή ή όταν δεν μπορούν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες υγείας. Η ολιστική φροντίδα διαφέρει σε διάφορες εθνικότητες και φυλές, οι οποίες φανερώνουν διαφορές στις αξίες και τα έθιμα. Ακόμη, μπορεί να δείχνουν ποικίλες αντιλήψεις και θρησκευτικά πιστεύω, τα οποία επηρεάζουν ακόμη και τις συνήθειες στην τροφή και τη συμπεριφορά υγείας (π.χ. Μουσουλμάνοι). Γι' αυτό, ο

νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις νοοτροπίες και τις ιδιαιτερότητες των πολιτισμικών ομάδων[37].

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν δεν προκαλούν ίδιας έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Το προσωπικό υγείας δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει με τον ίδιο τρόπο τον θάνατο ενός ηλικιωμένου ατόμου όπως τον αιφνίδιο θάνατο ενός νέου με κάποιο πρόβλημα υγείας ή λόγω αιφνίδιου τρόπου. Στην περίπτωση του ηλικιωμένου ατόμου, αυτό προετοιμάζεται με την πάροδο του χρόνου και δίνεται και η δυνατότητα στον νοσηλευτή να προετοιμασθεί ψυχολογικά γι' αυτό. Η διαδικασία «προετοιμασίας» πραγματοποιείται σε νοσοκομεία, κλινικές και χώρους παροχής φροντίδας των ατόμων αυτών[37].

Ειδικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο. Για παράδειγμα, η μελέτη των Torres-Mesa et. al (2013)[39], μελετούσε την αντίληψη των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών. Σκοπός είναι να μελετήσουν αν έχουν προετοιμαστεί για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και για να καθορίσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τη νομοθεσία περί παρηγορητικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ανακουφιστική φροντίδα είναι η θεραπευτική προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των αρρώστων και των οικογενειών τους, που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετιζόμενα με απειλητική για τη ζωή νόσο. Βασίζεται στην πρόληψη και την ανακούφιση των βασανιστικών εκδηλώσεων της νόσου, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και της άψογης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου, των δυσάρεστων σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και των λοιπών προβλημάτων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών.

Η ανακουφιστική φροντίδα[40]:

- Υποστηρίζει την αξία της ζωής κάθε ανθρώπου
- Θεωρεί τον θάνατο φυσικό επακόλουθο της ανθρώπινης ζωής
- Δεν επιδιώκει να αναβάλει ή να επιταχύνει τον θάνατο

- Με την βοήθεια διαφόρων μέσων ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο
- Φροντίζει και για την σωματική και για την ψυχολογική ανακούφιση του ασθενή
- Προσφέρει υποστήριξη τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του
- Βελτιώνει κατά το δυνατόν την ποιότητα ζωής των ασθενών
- Προσφέρει τρόπους δραστήριας ζωής για τους ασθενείς μέχρι τη στιγμή του θανάτου τους
- Εφαρμόζεται και κατά την διάρκεια της θεραπείας, σε περιπτώσεις ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας κλπ.

Η ανακουφιστική φροντίδα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ζωής, γι' αυτό πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό δικαίωμα όλων των αρρώστων. Οι μορφές και η διάρκεια της φροντίδας εξαρτώνται από την κατάσταση και το στάδιο της ασθένειας κάθε ατόμου[41]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού είχε εργαστεί με ασθενείς τελικού σταδίου, μόνο οι μισοί πίστευαν ότι έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα για να τους φροντίζουν. Σημαντικό ποσοστό δήλωσε, ακόμη, ότι δεν γνώριζαν για την ισχύουσα νομοθεσία όσον αφορά την παρηγορητική φροντίδα[37].

Οι σχέσεις με την οικογένεια που βρίσκεται γύρω από τον άρρωστο αποτελούν έναν πολύ σημαντικό παράγοντα ψυχικού stress για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να παίξουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο, δίνοντας πληροφορίες σε διαγνωστικό ή θεραπευτικό επίπεδο που ζητούνται επίμονα από τους συγγενείς. Οι συγγενείς από την πλευρά τους, έχουν ανάγκη να ζητήσουν τη γνώμη και τις οδηγίες των νοσηλευτών, καθώς δεν μπορούν να διαχειριστούν το φόβο του θανάτου[37].

Πολύ συχνά, μάλιστα, οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν τον πόνο των συγγενών για έναν επικείμενο θάνατο και να διαχειριστούν την απώλεια. Ενίοτε βέβαια,

πρέπει να επωμισθούν όλο το βάρος ενός ετοιμοθάνατου εγκαταλειμμένου από τους συγγενείς του.

3.3 Στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών

Σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται πως οι νοσηλευτές πρέπει να αποδεχθούν τον θάνατο ως μια φυσική διαδικασία. Πολλές φορές, όμως, οι νοσηλευτές δεν μπορούν να διαχειριστούν αυτή την κατάσταση. Μια πολύ βασική έννοια αναφορικά με τη στάση των νοσηλευτών προς το θάνατο, είναι το άγχος (φόβος θανάτου). Το άγχος του θανάτου μπορεί να αποτελεί εμπόδιο για την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς που την έχουν ανάγκη. Επίσης, το άγχος θανάτου που δεν μπορούν να διαχειριστούν οι νοσηλευτές μπορεί να προκαλεί ψυχική ένταση και επαγγελματική εξουθένωση[42].

Το άγχος σχετικά με το θάνατο και τη μοναξιά είναι σημαντικά ζητήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Η μελέτη των Lehto&Stein (2009)[42] αποδεικνύει τα ευεργετικά αποτελέσματα της θεραπείας του γέλιου στη μοναξιά και το άγχος του θανάτου σε ηλικιωμένους που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Οι νοσηλευτές μπορούν να ενσωματώσουν τη θεραπεία γέλιου σε προγράμματα ρουτίνας στους οίκους ευγηρίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι υπεύθυνοι για τα προγράμματα σπουδών και τη διοίκηση μονάδων να μελετήσουν το άγχος θανάτου και τη σημασία που πρέπει να έχει στην εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτών και στην καθημερινή πρακτική. Οι νοσηλευτές πρέπει να μπορούν να εκφράζουν το άγχος που νιώθουν[42].

Σύμφωνα με άλλη μελέτη των Marcysiak et. al (2013)[37], η στάση που κρατούν συνηθέστερα οι νοσηλευτές απέναντι στον θάνατο είναι η στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. Η στάση αυτή σημαίνει ότι εκφράζονται συναισθήματα, όπως θλίψη, συμπόνια και λιγότερο η αίσθηση αδυναμίας αντίδρασης απέναντι στον θάνατο. Ακόμη, οι οικογένειες προσθέτουν επιπλέον άγχος στους νοσηλευτές και οι τελευταίοι πρέπει να τηρήσουν συγκεκριμένη στάση για το θέμα[37].

Επειδή ο νοσηλευτής είναι δίπλα στον ασθενή έως το τελικό στάδιο της ασθένειας και τον θάνατο, είναι το άτομο που οφείλει να προσπαθήσει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Επιπλέον, οφείλουν να τον βοηθήσουν να διατηρήσει την ανεξαρτησία του και να μην χρειάζεται μεγάλη βοήθεια για να ικανοποιήσει ακόμη και τις βασικότερες ανάγκες του. Τα παραπάνω πιστοποιεί και η νομοθεσία της νοσηλευτικής δεοντολογίας, όπου τονίζει ιδιαίτερα τον σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια έως το τέλος της ζωής του ατόμου[43].

Ακόμη, οι Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθη (2013) αναφέρουν ότι ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει φροντίδα στον ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο και να προσπαθεί να ανακουφίσει τον πόνο και τις παρενέργειες της ασθένειας και να τον στηρίξει με κάθε μέσο. Αυτά θα έχουν ως στόχο την διατήρηση της ποιότητας της ζωής του και της προσπάθειάς του να ζήσει ήρεμα το χρονικό διάστημα που του απομένει[43].

Είναι ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να υποστηρίζουν με σεβασμό την αυτονομία και την αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων, στο θάνατο. Οι νοσηλευτές αισθάνονται το καθήκον να φροντίζουν τους ασθενείς καθόλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής μέσω λειτουργιών που τις θεωρούν απαραίτητες[44]:

- εξυπηρέτηση,
- βοήθεια,
- υπεράσπιση,
- συνοδεία,
- προσφορά υποστήριξης,
- εκπαίδευση και
- εκπροσώπηση.

Οι νοσηλευτές πρέπει να διατηρήσουν την ισορροπία μεταξύ της φροντίδας του εαυτού τους και της φροντίδας του ασθενούς. Έτσι, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο να βιώνουν έντονη σωματική και ψυχική κόπωση, διότι είναι πολύ λογικό να μην μπορούν να αποστασιοποιηθούν από την κατάσταση του ασθενή. Για να προφυλάξουν τον εαυτό τους ώστε να μπορούν να είναι ανεπηρέαστοι με ό,τι συμβαίνει σε επαγγελματικό και ψυχολογικό επίπεδο, οι νοσηλευτές πρέπει να λάβουν ειδική βοήθεια[43].

Αυτή η βοήθεια μπορεί να προέρχεται από άλλους συναδέλφους, από ανωτέρους των νοσηλευτών, όπως είναι οι γιατροί και από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως είναι οι ψυχολόγοι. Επίσης, η διοίκηση πρέπει να φροντίσει ώστε να λειτουργεί ορθά το προσωπικό και ο χώρος εργασίας να είναι διοικητικά οργανωμένος και να μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό[43].

Τα προγράμματα που απευθύνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πολυδιάστατη κατάσταση της υγείας αυτών των ατόμων αλλά και τις κοινωνικές ανισότητες έτσι ώστε οι παρεμβάσεις που θα σχεδιαστούν να μπορούν να ανιχνεύουν τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και είναι περισσότερο ευάλωτα[45].

3.3.1 Αντιλήψεις και συμπεριφορά των ηλικιωμένων απέναντι στον θάνατο

Έρευνες έχουν διενεργηθεί σε πολλές περιπτώσεις, οι οποίες μελετούν τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν οι ηλικιωμένοι απέναντι στον θάνατο. Φαίνεται ότι ο τόπος διαμονής συσχετίζεται με την καλή ή την κακή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ψυχιατρικές διαταραχές εκτιμάται ότι είναι υψηλότερες κατά 50% στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηροκομεία σε σχέση με τον υπόλοιπο ηλικιωμένο πληθυσμό[31].

Πολλά ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με την οικογένεια τους αισθάνονται ότι έχουν χάσει την αξιοπρέπειά τους, την ανεξαρτησία τους και αισθάνονται ότι έχουν

παραμεληθεί ή αγνοηθεί από την οικογένειά τους. Στη μελέτη των Chou&Chito (2001)[46] φάνηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που έμεναν μόνα τους είχαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικών δυσκολιών, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, όταν πλησιάζει ο θάνατος[46]. Τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο φαίνεται ότι έχουν μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με αυτούς που διαμένουν με την οικογένειά τους, σύμφωνα με τους Antonelli et al (το 2002)[47].

Έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο σε άτομα ηλικίας 77 ετών κατά μέσο όρο (134 γυναίκες και 59 άνδρες), έδειξε ότι τα 30 άτομα διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, τα 42 σε ξενώνα, τα 37 με κάποιο μέλος της οικογενείας τους, τα 40 μόνα τους για άνω των 10 ετών και τα 44 μόνα τους για κάτω από 10 έτη. Τα αποτελέσματα απέδειξαν πως ο τόπος που έμεναν οι ηλικιωμένοι επηρέαζε σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, όσοι έμεναν σε γηροκομεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα υγείας. Αντίθετα, τα άτομα που έμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής[48].

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι όσοι ηλικιωμένοι μένουν με κάποιο μέλος της οικογένειας έχουν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Τα άτομα αυτά, είναι ικανοποιημένα από τον τόπο που μένουν και θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή. Επομένως, είχαν υψηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής[48].

Ακολούθως, η μελέτη των Wincur et al (2007)[49], έδειξε πως υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην ψυχοκοινωνική ευημερία και τη γνωστική απόδοση σε ομάδες ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν στην κοινότητα. Επιπλέον, αποδείχτηκε πως ο τόπος διαμονής και η αντίδραση των ίδιων των ατόμων στα προβλήματα είχαν θετική επίδραση στην καλή γνωστική λειτουργικότητά τους. Επίσης, φάνηκε ότι τα άτομα που

διέμεναν στην κοινότητα παρουσίαζαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τα άτομα που έμεναν σε ιδρύματα και είχαν καλύτερη ψυχική υγεία[49].

Το 2010 πραγματοποιήθηκε η έρευνα των Μαλλιάρου et al (2010) με συμμετέχοντες 150 νοσηλευτές όπου μελετήθηκε η στάση των εργαζομένων απέναντι στο θάνατο. Τα αποτελέσματα, μετά την ανάλυση της ποσοτικής έρευνας, έδειξαν ότι οι νοσηλευτές έχουν συγκεκριμένη στάση απέναντι στο θάνατο και οφείλουν να αλλάξουν τη στάση τους. Αυτό γίνεται, δηλαδή, διότι οι νοσηλευτές πρέπει να διαχειριστούν το άγχος τους και τις ανησυχίες τους τα οποία σχετίζονται με τα βιώματά τους. Οι ανησυχίες αυτές τους επηρεάζουν στον εργασιακό τους χώρο. Η λύση που προτείνεται σε αυτήν την περίπτωση ήταν η εκπαίδευση των νοσηλευτών που θα διαμορφώσει τις στάσεις και τις απόψεις τους σχετικά με το θέμα του θανάτου [56].

Ανάλογα στοιχεία, υποστηρίζονται και από μια άλλη έρευνα του Sorescu (2011)[50], η οποία δείχνει πως το γεγονός ότι τα άτομα δεν έχουν πολύ καλή ποιότητα ζωής στα γηροκομεία οφείλεται στην ανεπαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και στην ανυπαρξία υποστήριξης στα άτομα που παρέχουν φροντίδα σε όσους έχουν ανάγκη. Ακόμη, έχει αποδειχθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι πάνω σε θέματα που αφορούν στην περίθαλψη ηλικιωμένων καταφεύγουν σε λανθασμένες και μη βοηθητικές τεχνικές σε βάρος τους[50].

Ακόμη, στη μελέτη των Heydari et al (2012)[51], διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έμεναν με την οικογένειά τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που έμεναν σε γηροκομεία. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι όσον αφορά την σωματική και συναισθηματική τους λειτουργία, τα άτομα στα γηροκομεία παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά άσχημης υγείας ή ψυχολογικής κατάστασης[51].

Τέλος, σε μια έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε 220 ηλικιωμένα άτομα που έμεναν με την οικογένειά τους και σε όσους έμεναν σε γηροκομείο, φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την πνευματική και σωματική τους υγεία, από εκείνους που διέμεναν με την οικογένειά τους. Σ' αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου[51].

Έρευνες έχουν διενεργηθεί σε διάφορες περιοχές και διερευνούν τη στάση του προσωπικού υγείας απέναντι στο θάνατο, όπως στην Αττική, τη Λάρισα, την Κρήτη και τη Λακωνία. Η έλλειψη ανάλογης μελέτης στην περιοχή της Αχαΐας καθιστά αναγκαία την εκπόνηση της παρούσας έρευνας για την περιοχή. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δεδομένα της ποσοτικής έρευνας και τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι στάσεις του προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, σχετικά με τη διαχείριση του θανάτου και παράλληλα να προσδιοριστεί η επιρροή που ασκεί ένα περιστατικό θανάτου στους συμμετέχοντες.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν, έχουν ως εξής:

1. Το φύλο του προσωπικού υγείας σχετίζεται με θετικότερη στάση απέναντι στο θάνατο;
2. Το επίπεδο εκπαίδευσης οδηγεί σε διαφορετική στάση του προσωπικού υγείας;
3. Η επαγγελματική εμπειρία του προσωπικού υγείας σχετίζεται με θετικότερη στάση απέναντι στο θάνατο;
4. Η συμπεριφορά ως προς το θάνατο πως σχετίζεται με την επιρροή ενός περιστατικού θανάτου στη ζωή του προσωπικού υγείας;

4.2 Μέθοδος

4.2.1 Ερευνητικό Εργαλείο

Στο ποσοτικό ερευνητικό παράδειγμα η πιο συνήθης τεχνική συλλογής δεδομένων είναι το ερωτηματολόγιο, διότι μπορούμε εύκολα να συλλέξουμε και να αναλύσουμε με στατιστική δεδομένα από πολλά άτομα [1]. Για την επίτευξη, λοιπόν, των στόχων, τη διερεύνηση και τον έλεγχο των υποθέσεων της παρούσας έρευνας αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί ως τεχνική συλλογής των δεδομένων, το ερωτηματολόγιο, το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κοινωνικές επιστήμες.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιείχε και ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου καθορίζονται από πριν, δίνοντας προκαθορισμένες απαντήσεις που μπορούν να επιλέξουν οι συμμετέχοντες. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν υποχρεωτικά μεταξύ των επιλογών που δίνονται ανάλογα με το τι θεωρεί ότι ταιριάζει στην περίπτωση τους.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου ως μέθοδος επιλέχθηκε, καθώς έχει αρκετά πλεονεκτήματα [53] όπως είναι η συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα, η μη δαπανηρή μέθοδος σε χρόνο, χρήμα και κόπο και η ευκολία του να γίνονται συγκρίσεις. Ένα δομημένο και τυποποιημένο ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων, αλλά και ένα επιστημονικά αναπτυγμένο μέσο, για τη μέτρηση βασικών χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού.

Ο ερευνητής το χρησιμοποιεί για να καταφέρει να συλλέξει και να συγκρίνει στοιχεία από ένα μεγάλο αριθμό ατόμων. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων μετατρέπονται σε δείκτες των κοινωνικών φαινομένων που θα αναλυθούν μέσα από τη στατιστική επεξεργασία και θα οδηγήσουν στις εμπειρικές γενικεύσεις σε ευρύτερα πληθυσμιακά σύνολα. Το ερωτηματολόγιο επομένως καθοδηγεί τη διαδικασία συλλογής των πληροφοριών και προωθεί την καταγραφή τους με συστηματικό τρόπο [54].

Επίσης, το περιεχόμενο ενός ερωτηματολογίου πρέπει να ανταποκρίνεται στους στόχους της σύνταξής του, δηλαδή στο σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της εκάστοτε μελέτης. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με σκοπό να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά τη διάρκεια της δόμησης της έρευνας.

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το πρώτος μέρος του οποίου περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο DeathAttitudeProfile– Revised (DAP– R). Το αρχικό ερωτηματολόγιο DAP-R δημιουργήθηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G. το 1964. Περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μία επταβάθμια Likert κλίμακα (1: Διαφωνώ απόλυτα, 7: Συμφωνών απόλυτα). Οι πέντε (5) υποκλίμακες είναι:

- Φόβος Θανάτου (Ερωτήσεις: 1,2,7,18,20,21,32)
- Ουδέτερη Αποδοχή (Ερωτήσεις: 6,14,24,17,30)
- Αποδοχή Θανάτου (Ερωτήσεις:15,22,25,27,28,)
- Μέσο Διαφυγής (Ερωτήσεις: 4,5,8,9,11,13,16,23,29,31)
- Αποφυγή Θανάτου (Ερωτήσεις 3,10,12,19,26)

Για καθεμία από τις πέντε (5) υποκλίμακες υπολογίζεται το μέσο σκορ βάσει της διαίρεσης του συνολικού σκορ διά τον αριθμό των ερωτήσεων που εξετάζουν κάθε υποκλίμακα. Η βαθμολογία κάθε θέματος μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 7. Η υψηλότερη βαθμολογία σε ένα θέμα σημαίνει την μεγαλύτερη τάση συμπεριφοράς για τη συγκεκριμένη υποκλίμακα έναντι των υπολοίπων [55].

Το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική από τους Μαλλιάρου, Σαράφη, Καραθανάση, Σεραφείμ, Σωτηριάδου και Θεοδοσοπούλου [56] και ο συντελεστής αξιοπιστίας του υπολογίστηκε σε αποδεκτά επίπεδα βάσει του δείκτη α του Cronbach. Πιο συγκεκριμένα, η αξιοπιστία της κλίμακας έχει υπολογιστεί ως χαμηλή $\alpha = 0.65$ για την ουδέτερη αποδοχή, υψηλή $\alpha = 0.97$ για την αποδοχή θανάτου, υψηλή $\alpha = 0.87$ για το μέσο διαφυγής, υψηλή $\alpha = 0.88$ για την αποφυγή θανάτου και υψηλή $\alpha = 0.86$ για τον φόβο θανάτου [55].

Στην παρούσα μελέτη η αξιοπιστία των κλιμάκων υπολογίστηκε για τον φόβο θανάτου $\alpha=0.812$, για την ουδέτερη αποδοχή $\alpha=0.733$, για την αποδοχή θανάτου $\alpha=0.705$, για το μέσο διαφυγής $\alpha=0.752$ και για την αποφυγή θανάτου $\alpha=0.826$.

Το ερωτηματολόγιο DAP-R έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες ελληνικές έρευνες, όπως σε έρευνες σχετικά με την διερεύνηση των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για το θάνατο και τη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν [57] και την διερεύνηση της συμπεριφοράς και των αντιλήψεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς που πεθαίνουν [58].

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει επτά (7) ερωτήσεις μέσα από τις οποίες διερευνάται η επιρροή που ασκεί το περιστατικό θανάτου στο προσωπικό υγείας, που εργάζεται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας. Οι ερωτήσεις αυτές προέκυψαν από την ερευνητική εργασία των Μαλλιαρού et al (2011) [56].

Τέλος, το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτυπώνει τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού υγείας δηλαδή την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και τη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων όπου εργάζονται. Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητό από τους συμμετέχοντες και ο χρόνος συμπλήρωσής του να μην υπερβαίνει τα δέκα (10) λεπτά.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Οκτώβριος – Νοέμβριος 2019, σε δείγμα 70 ατόμων προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας. Πριν την πραγματοποίηση της έρευνας η ερευνήτρια επικοινωνήσε τηλεφωνικά με τον υπεύθυνο

της κάθε μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων για να τον ενημερώσει σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και να εξασφαλίσει την άδεια για την πραγματοποίησή της.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε όλο το προσωπικό των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων και η συμπλήρωση έγινε αφού πρώτα οι συμμετέχοντες είχαν λάβει ενημέρωση και είχαν συναινέσει για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Επίσης, διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα κρατηθούν είναι αυστηρώς απόρρητες και προορίζονται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν ότι έχουν το δικαίωμα σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας να αποσυρθούν από την έρευνα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε άμεσα από το δείγμα και επιστράφηκε στον ερευνητή.

4.2.2 Δειγματοληψία και δείγμα έρευνας

Αναφορικά με τη δειγματοληψία, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη αποτελούν μη πιθανοτικό δείγμα, καθώς η επιλογή τους δεν πραγματοποιήθηκε μέσω χρήσης πιθανοτήτων αλλά έγινε βάσει άλλων κριτηρίων, όπως η διαθεσιμότητα και η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο συγκεκριμένο δείγμα ή ο διαθέσιμος χρόνος για τη συλλογή των δεδομένων.

Η προσέγγιση του δείγματος έγινε μέσω δειγματοληψίας ευκολίας σύμφωνα με τις αρχές της προσβασιμότητας και της διαθεσιμότητας των δειγματοληπτικών μονάδων και ως εκ τούτου το δείγμα που επιλέχθηκε δεν ήταν τυχαίο.

Η δειγματοληψία ευκολίας είναι προσιτή, εύκολη και τα υποκείμενα είναι άμεσα διαθέσιμα. Είναι υποχρεωτικό για την ερευνήτρια να περιγράψει πώς το δείγμα θα διαφέρει από αυτό που επιλέχθηκε τυχαία. Επίσης, είναι απαραίτητο να περιγράψουμε τα υποκείμενα που αποκλείστηκαν κατά την διαδικασία επιλογής ή τα άτομα τα οποία εκπροσωπούνται στο δείγμα σε μεγαλύτερο βαθμό.

Ο κύριος στόχος της δειγματοληψίας ευκολίας είναι η συλλογή πληροφοριών από τους συμμετέχοντες, στους οποίους η ερευνήτρια έχει εύκολη πρόσβαση. Παρόλο που χρησιμοποιείται συνήθως, δεν είναι ούτε σκόπιμη ούτε στρατηγική. Η κύρια υπόθεση που συνδέεται με τη δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι τα μέλη του πληθυσμού-στόχου είναι ομοιογενή. Δηλαδή, δεν θα υπήρχε διαφορά στα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν από ένα τυχαίο δείγμα, ένα κοντινό δείγμα ή ένα δείγμα που συγκεντρώθηκε σε κάποιο δυσπρόσιτο τμήμα του πληθυσμού. Σε αυτή τη μέθοδο η ερευνήτρια χρησιμοποιεί περιπτώσεις του πληθυσμού, που θεωρεί χαρακτηριστικές, σχετικά με το θέμα το οποίο επιθυμεί να θέσει προς μελέτη.

Επίσης σε αυτό τον τύπο δειγματοληψίας δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσουμε την πιθανότητα επιλογής του κάθε μέλους του πληθυσμού στο δείγμα, δεν διασφαλίζεται η δυνατότητα επιλογής σε κάθε μέλος του δείγματος και τα κριτήρια επιλογής είναι με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού τα οποία είναι γνωστά εκ των προτέρων.

Συνεπώς, για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος απαιτείται η διαθεσιμότητα του απαιτούμενου αριθμού μελών του πληθυσμού για τη συγκρότηση ενός επαρκούς δείγματος και η προθυμία των μελών του δείγματος να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η μέθοδος αυτή ενέχει την επιλογή των πλησιέστερων και πιο εύκαιρων ατόμων ως αποκρινόμενων και τη μετέπειτα λειτουργία τους ως υποκείμενων που συμμετέχουν και βοηθούν στη συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας μέχρι να καταστεί δυνατό να αντληθεί το απαιτούμενο μέγεθος δείγματος [59].

Επισημαίνεται ότι το προφανές μειονέκτημα της δειγματοληψίας ευκολίας είναι ότι είναι πιθανό η προκατάληψη στην επιλογή του δείγματος. Παρόλα αυτά, υπάρχει ένα άλλο πρόβλημα που προκαλεί μεγάλη ανησυχία σχετικά με τη δειγματοληψία ευκολίας, δηλαδή το πρόβλημα των υπερβολικών τιμών.

Λόγω της υψηλής δυνατότητας αυτοελέγχου σε δειγματοληψία μη πιθανότητας, η επίδραση των υπερβολικών τιμών μπορεί να είναι πιο καταστροφική σε αυτό το είδος επιλογής υποκειμένων. Οι υπερβολικές τιμές είναι περιπτώσεις που θεωρούν ότι δεν ανήκουν στα δεδομένα. Σε ένα δείγμα ευκολίας, αντίθετα, δεν προσδιορίζονται ποσοτικά ούτε οι προκαταλήψεις ούτε οι πιθανότητες.

Συνεπώς, όπως και σε όλα τα δείγματα μη – πιθανότητας, τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να γενικευθούν στο σύνολο του προσωπικού υγείας σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Το δείγμα της έρευνας αποτελεί το προσωπικό υγείας σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και προέρχεται και από τις επτά (7) μονάδες φροντίδας υγείας που υπάρχουν στο Νομό Αχαΐας.

4.2.3 Στατιστική Ανάλυση

Για την διεξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκαν βασικά μέτρα θέσης και διασποράς, καθώς και συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων περί επιρροής που ασκεί το περιστατικό θανάτου στους συμμετέχοντες.

Η αξιοπιστία των πέντε (5) υποκλιμάκων ελέγχθηκε με τον δείκτη Cronbach's alpha. Η διερεύνηση της συμπεριφοράς του προσωπικού υγείας απέναντι στο θάνατο ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση παραμετρικού τεστ σύγκρισης της μέσης τιμής μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (t – test) και ανάλυση διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση (One – way ANOVA).

Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman-r αναφορικά με τη συσχέτιση των στάσεων απέναντι στο θάνατο και τη διαχείριση των συναισθημάτων του προσωπικού υγείας. Η τιμή της p- value συγκρίθηκε με επίπεδο

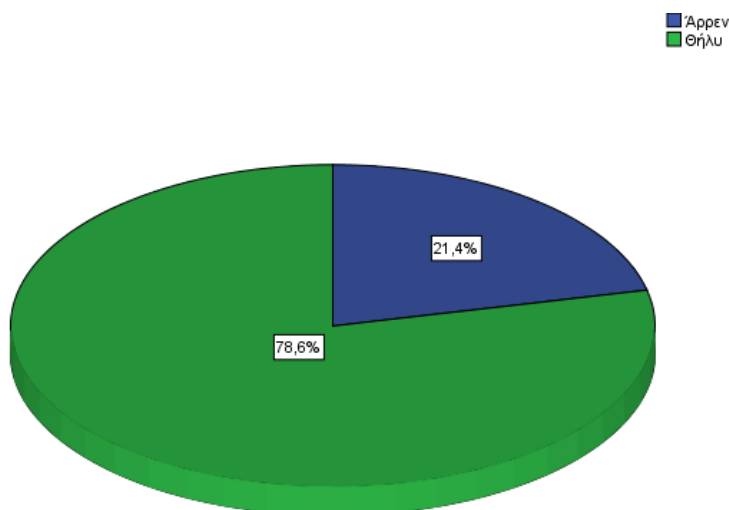
σημαντικότητας 0,05. Τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στους ελέγχους υποθέσεων. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.

4.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων

4.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

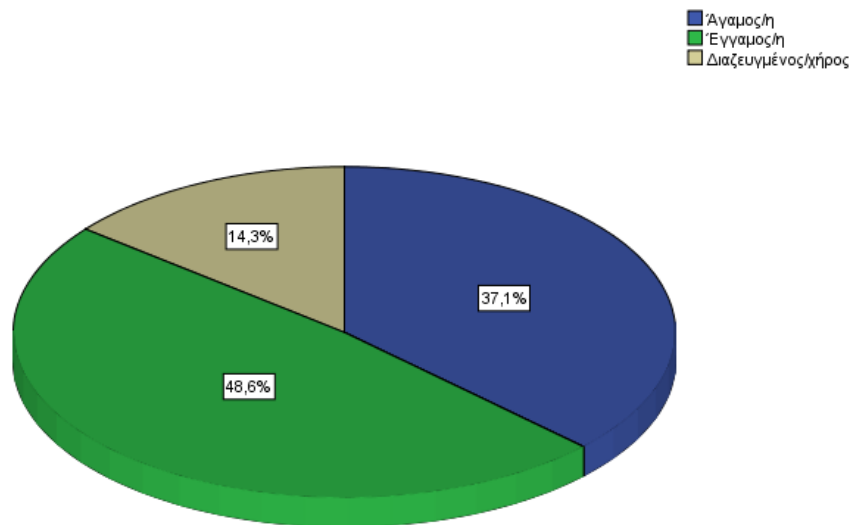
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Γράφημα1. Φύλο συμμετεχόντων



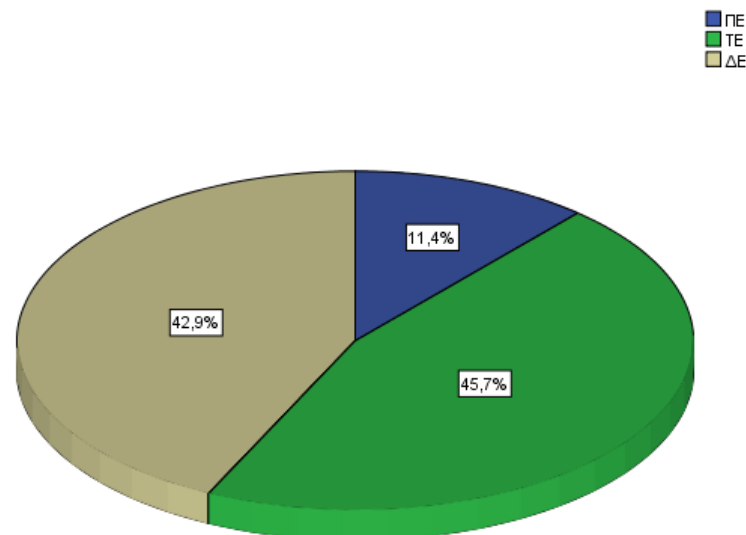
Από το συνολικό δείγμα της έρευνας οι 15 ήταν άνδρες (ποσοστό 21,4%) και οι 55 ήταν γυναίκες (ποσοστό 78,6%).

Γράφημα 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων



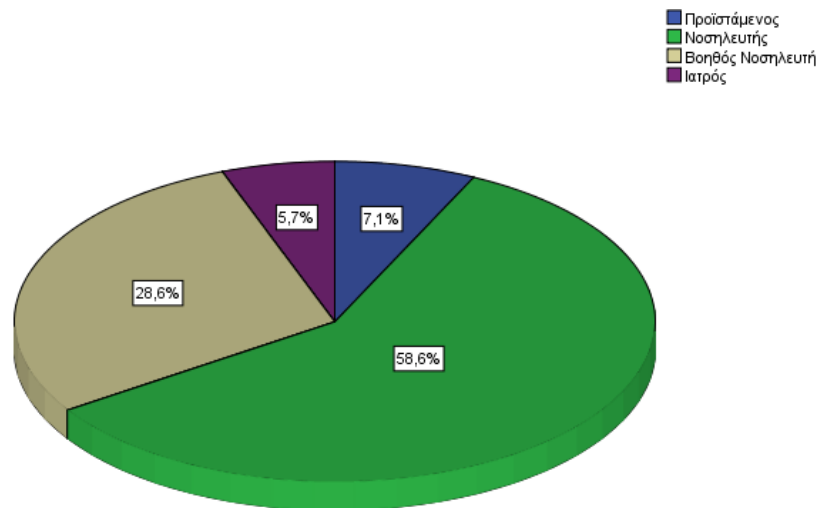
Το 37,1% (n=26) των συμμετεχόντων είναι άγαμος/η, το 48,6% (n=33) είναι έγγαμος/η και το 14,3% (n=11) είναι διαζευγμένος/χήρος.

Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων



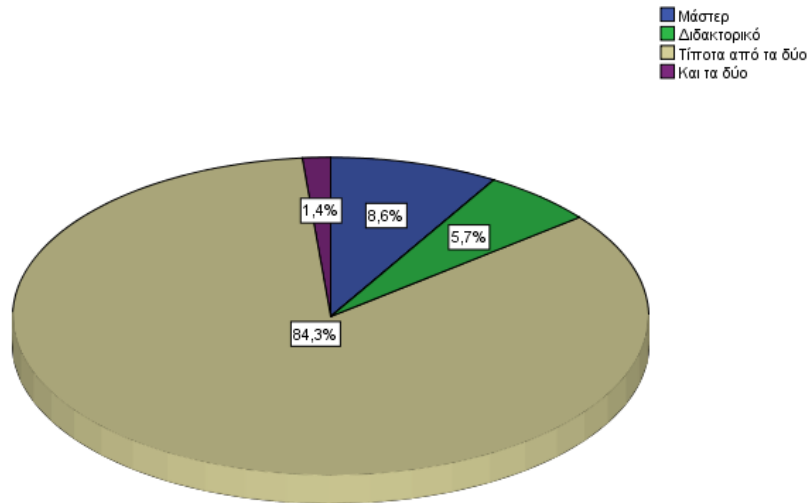
Παρατηρούμε ότι, το 11,4% (n=8) των συμμετεχόντων έχει Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, το 45,7% (n=32) έχει Τεχνολογική Εκπαίδευση και το 42,9% (n=30) έχει ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

Γράφημα 4. Θέση στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων



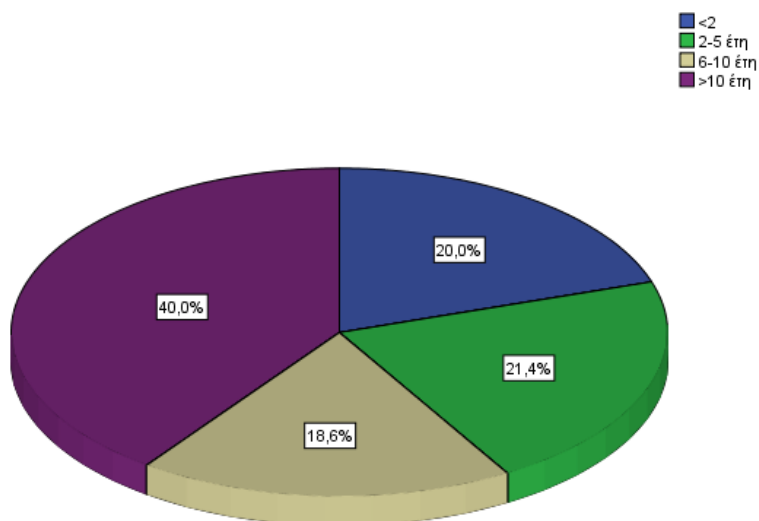
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήτοι το 58,6% (n=41) είναι νοσηλεύτριες. Το 7,1% (n=5) έχουν θέση προϊσταμένου στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων όπου εργάζονται, το 28,6% (n=20) έχουν θέση βοηθού νοσηλεύτη, ενώ το 5,7% (n=4) είναι ιατροί.

Γράφημα 5. Μεταπτυχιακός τίτλος συμμετεχόντων



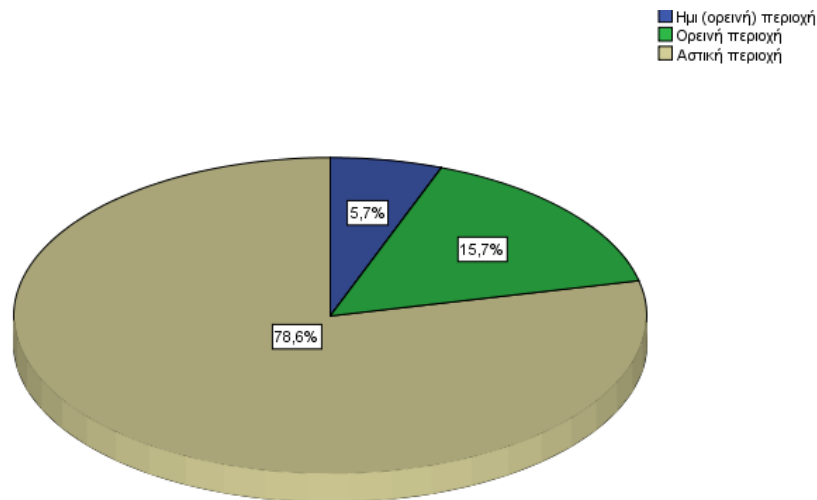
Αναφορικά με την ερώτηση αν είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών προκύπτει ότι το 8,6% (n=6) διαθέτει Μάστερ, το 5,7% (n=4) διαθέτει διδακτορικό δίπλωμα, το μεγαλύτερο ποσοστό, 84,3% (n=59) δεν έχει Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, ενώ μόλις το 1,4% (n=1) έχει και Μάστερ και Διδακτορικό.

Γράφημα 6. Έτη προϋπηρεσίας συμμετεχόντων



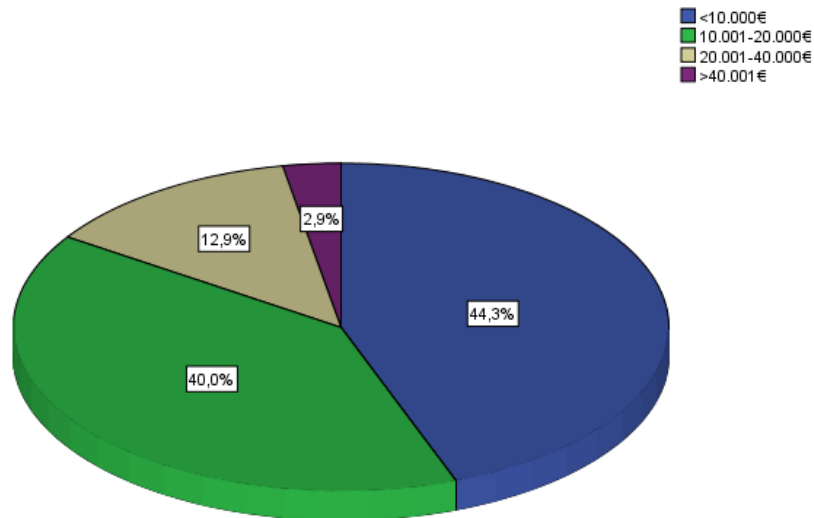
Το 20,0% (v=14) έχει προϋπηρεσία μικρότερη από 2 έτη, το 21,4% (v=15) έχει προϋπηρεσία 2 έως 5 έτη, το 18,6% (v=13) έχει προϋπηρεσία 6 έως 10 έτη και το 40,0% (v=28) έχει προϋπηρεσία περισσότερη από 10 έτη.

Γράφημα 7. Τόπος μόνιμης κατοικίας συμμετεχόντων



Το 5,7% (v=4) διαμένει σε ημι (ορεινή) περιοχή, το 15,7% (v=11) διαμένει σε ορεινή περιοχή και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, 78,6% (v=55) διαμένει σε αστική περιοχή.

Γράφημα 8. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ήτοι 44,3% (v=31) έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα της τάξης <10.000 ευρώ. Επίσης, το 40,0% (v=28) έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 10.001-20.000 ευρώ, το 12,9% (v=9) έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 20.001-40.000 ευρώ ενώ το 2,9% (v=2) έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα >40.000 ευρώ.

Πίνακας 1. Μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων όπου εργάζονται

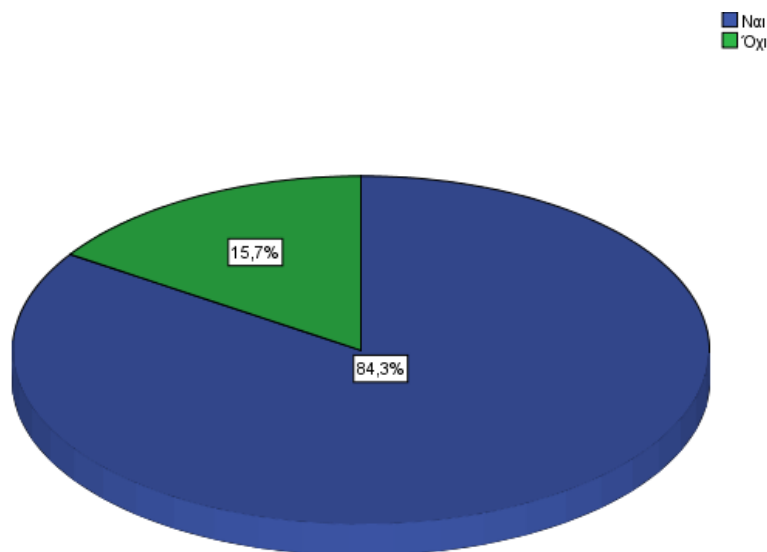
Μονάδα φροντίδας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αγάπης Μέλαθρον "Ο Άγιος Χαράλαμπος"	12	17,1
Καλλιμανοπούλειο	10	14,3
Κωνσταντοπούλειο	7	10,0
Άσυλο Ανιάτων "Η Αγία Ευφροσύνη"	20	28,6
Αγία Σκέπη	6	8,6
Αλεξάνδρα	1	1,4
Αφροδίτη	14	20,0

Το 17,1% (n=12) των συμμετεχόντων εργάζεται στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων Αγάπης Μέλαθρον «Ο Άγιος Χαράλαμπος», το 14,3% (n=10) εργάζεται στη μονάδα φροντίδας το Καλλιμανοπούλειο, το 10,0% (n=7) στο Κωνσταντοπούλειο, το 28,6% (n=20) στο Άσυλο Ανιάτων «Η Αγία Ευφροσύνη», το 8,6% (n=6) εργάζεται στη μονάδα φροντίδας Αγία Σκέπη, το 1,4% (n=1) στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων Αλεξάνδρα και το 20,0% (n=14) εργάζεται στη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων Αφροδίτη.

Επιρροή που ασκεί το περιστατικό θανάτου

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναφορικά με την επιρροή που ασκεί το περιστατικό θανάτου στους συμμετέχοντες.

Γράφημα 9. Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί;



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο Γράφημα 9, στην ερώτηση αν συζητούν στο τμήμα για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί, το 84,3% (n=59) απάντησε θετικά, ενώ το 15,7% (n=11) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 2. Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά θα σας ανακουφίζει;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	36	51,4
Όχι	24	34,3

Στη συνέχεια ρωτήθηκαν σχετικά με το αν η συζήτηση για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί τους προκαλεί ανακούφιση. Το 51,4% (v=36) απάντησε θετικά στην ερώτηση αυτή, ενώ το 34,3% (v=24) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 3.Εάν δε συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου πόσο αυτό θα σας επηρεάσει αρνητικά;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πάρα πολύ	15	21,4
Αδιαφορώ	28	40,0
Καθόλου	1	1,4

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 3 το 21,4% (v=15) δήλωσε ότι όταν δε γίνεται συζήτηση σχετικά με το περιστατικό θανάτου αυτό τους επηρεάζει αρνητικά πάρα πολύ. Το 40,0% (v=28) δήλωσε ότι αδιαφορεί ενώ μόλις το 1,4% (v=1) δήλωσε ότι δεν το επηρεάζει καθόλου αρνητικά όταν δε συζητούν σχετικά με το περιστατικό του θανάτου.

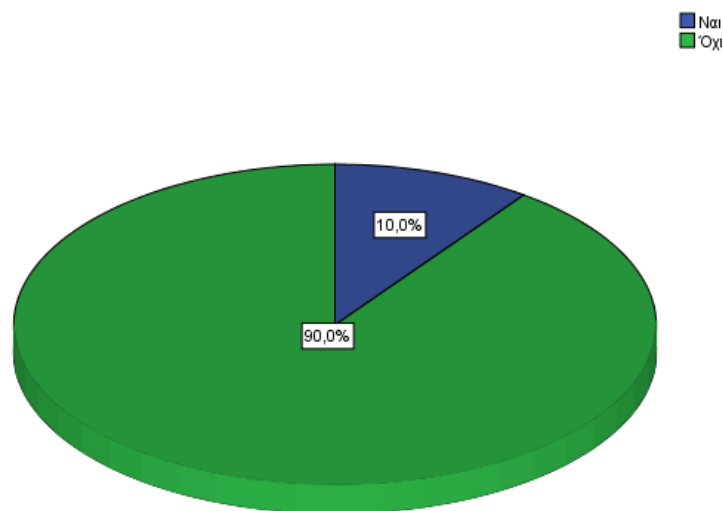
Πίνακας 4.Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Απομονώνομαι	6	8,6

Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους	13	18,6
Κλαίω για να ξεσπάσω	4	5,7
Το σκέπτομαι στο σπίτι μου	16	22,9
Αδιαφορώ τελείως	13	18,6
Τίποτα από τα παραπάνω	18	25,7

Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με τους τρόπους που επιλέγουν για να ανακουφιστούν από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου. Το 8,6% (n=6) δήλωσε ότι επιλέγει να απομονωθεί, το 18,6% (n=13) δήλωσε ότι αποφεύγει να το συζητήσει με τους συναδέλφους, το 5,7% (n=4) κλαίει για να ξεσπάσει, το 22,9% (n=16) επιλέγει να το σκεφτεί στο σπίτι του, το 18,6% (n=13) αδιαφορεί τελείως σχετικά με το περιστατικό θανάτου, ενώ το 25,7% (n=18) δεν επιλέγει τίποτα από τα παραπάνω.

Γράφημα 10. Γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο χώρο που εργάζεστε;



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο Γράφημα 10 προκύπτει ότι κατά πλειοψηφία δε γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο χώρο όπου εργάζονται, καθώς τα 10,0% (n=7) απάντησε θετικά και το 90,0% (n=63) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 5. Πως επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πάρα πολύ	4	5,7
Πολύ	15	21,4
Μέτρια	17	24,3
Ελάχιστα	13	18,6
Καθόλου	21	30,0

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πως επηρεάζει την προσωπική τους ζωή ένα περιστατικό θανάτου. Το 5,7% (n=4) δήλωσε πάρα πολύ, το 21,4% (n=15) δήλωσε πολύ, το 24,3% (n=17) δήλωσε μέτρια, το 18,6% (n=13) ελάχιστα και το 30,0% (n=21) καθόλου.

Πίνακας 6. Κατά πόσο η εργασία σας στην Μ.Φ.Η έχει επηρεάσει την αντίληψή σας για το θάνατο;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πάρα πολύ	20	28,6
Πολύ	20	28,6
Μέτρια	16	22,9
Ελάχιστα	5	7,1
Καθόλου	9	12,9

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 6, το 28,6% (n=20) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η εργασία τους στην Μ.Φ.Η έχει επηρεάσει πάρα πολύ την αντίληψή τους για το θάνατο, το 28,6% (n=20) δήλωσαν πως τους έχει επηρεάσει πολύ, το 22,9% (n=16) δήλωσαν πως τους έχει επηρεάσει μέτρια ενώ το 7,1% (n=5) και το 12,9% (n=9) δήλωσαν πως τους έχει επηρεάσει ελάχιστα και καθόλου αντίστοιχα.

Απόψεις σχετικά με το θάνατο

Στην ενότητα αυτή θα διερευνήσουμε τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον θάνατο.

Φόβος θανάτου

Πίνακας 7. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με το φόβο θανάτου

Απόψεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	4,86	1,980
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	4,13	2,239
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	3,81	2,017
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	3,86	2,142
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	3,63	2,044
21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	4,01	2,018
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	3,97	2,334
Φόβος θανάτου	4,04	1,449

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 7, παρατηρούμε ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στο φόβο του θανάτου παραμένουν αναποφάσιστοι (Μ.Ο. = 4,04, Τ.Α. =1,449). Οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο **συμφωνούν μέτρια** την άποψη ότι ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία (Μ.Ο.=4,86).

Παρατηρείται ότι με τις απόψεις ότι “η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος, “αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος” (Μ.Ο.=3,87), “ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου” (Μ.Ο.=3,81) και “έχω έντονο φόβο για το θάνατο” (Μ.Ο.=3,86) κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες είναι **αναποφάσιστοι**. **Ουδέτερη στάση** κατά μέσο όρο των συμμετεχόντων στις μονάδες φροντίδας των ηλικιωμένων παρατηρείται και στις απόψεις “το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει” (Μ.Ο.=3,97) “η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί” (Μ.Ο. =4,04). Οι συμμετέχοντες **διαφωνούν μέτρια** με την άποψη “το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα” (Μ.Ο.=3,63).

Επίσης, παρατηρούμε ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες **διαφωνούν** με τις απόψεις ότι “ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα συμβάντα” (Μ.Ο.=2,57), “ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο” (Μ.Ο.=2,80), “Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής” (Μ.Ο.=2,90) και “ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο” (Μ.Ο. =2,64). Τέλος, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες **συμφωνούν μέτρια**

Ουδέτερη αποδοχή

Πίνακας 7. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την ουδέτερη αποδοχή

Απόψεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	5,49	1,586
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	5,73	1,250
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	5,11	1,450
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	4,83	1,826

30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	4,64	1,873
Ουδέτερη αποδοχή	5,16	1,122

Σχετικά με την ουδέτερη αποδοχή παρατηρείται ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες **συμφωνούν** **μέτρια** (Μ.Ο. =5,16, Τ.Α.=1,122). Επίσης, κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες **συμφωνούν** **μέτρια** με την άποψη ότι “ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής” (Μ.Ο.=4,83) καθώς επίσης και με τις απόψεις ότι “ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο” (Μ.Ο. =5,11) και “ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός (Μ.Ο.=5,49) και “ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός” (Μ.Ο.=4,64). Ενώ παρατηρούμε ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες **συμφωνούν** με την άποψη ότι “ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής” (Μ.Ο.=5,73).

Αποδοχή θανάτου

Πίνακας 8.Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την αποδοχή θανάτου

Απόψεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία	4,46	1,734
22. Προσβλέπω σε μία επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατο μου	4,31	1,915
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	3,76	1,732
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	3,64	1,761
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μεταθανάτια ζωή	3,83	1,826
Αποδοχή θανάτου	4,00	1,216

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9 παρατηρείται ουδέτερη στάση κατά μέσο όρο στην διάσταση αποδοχή θανάτου (Μ.Ο.= 4,00, Τ.Α.=1,216). Οι συμμετέχοντες φαίνεται να **τείνουν να συμφωνήσουν** σχετικά με την άποψη “ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία”.

Ενώ **ουδέτερη στάση** φαίνεται να έχουν απέναντι στις απόψεις “ προσβλέπω μία επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατο” (Μ.Ο.=4,31), “βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο” (Μ.Ο.=3,76), “ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής” (Μ.Ο.=3,64), “ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μεταθανάτια ζωή” (Μ.Ο.=3,83).

Μέσο διαφυγής

Πίνακας 9. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με τον θάνατο ως μέσο διαφυγής

Απόψεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά από το θάνατό μου	4,00	1,873
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	2,57	1,782
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	3,59	1,664
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	2,80	1,923
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	3,27	2,042
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο	4,69	1,838
16. Ο θάνατος αποτελεί μία υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή	3,39	1,591

23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	3,36	1,956
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	2,90	1,737
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	2,64	1,770
Μέσο διαφυγής	3,38	1,000

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 10 παρατηρούμε ότι σχετικά με την αντιμετώπιση του θανάτου ως μέσο διαφυγής επικρατεί κατά μέσο όρο **μέτρια διαφωνία** (Μ.Ο.=3,38, Τ.Α.=1,000). **Μέτρια διαφωνία**, παρατηρείται και στις απόψεις “ο θάνατος αποτελεί μία υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή” (Μ.Ο.=3,39), “βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια” (Μ.Ο.=3,36), “ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα” (Μ.Ο.=3,27), “ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης” (Μ.Ο.= 3,59).

Επίσης, οι συμμετέχοντες **διαφωνούν** με τις απόψεις “ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα” (Μ.Ο.=2,57), “ο θάνατος προσφέρει μια διαφυγή από τον απάισιο κόσμο” (Μ.Ο.=2,80), “βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής” (Μ.Ο.=2,90) και “ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο” (Μ.Ο.=2,64).

Τέλος, αναφορικά με την άποψη “πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτόν τον κόσμο” οι συμμετέχοντες **τήνουν να συμφωνήσουν** (Μ.Ο.=4,69), ενώ διατηρούν **ουδέτερη στάση** σχετικά με την άποψη “πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά το θάνατό μου” (Μ.Ο. =4,00).

Αποφυγή θανάτου

Πίνακας 10. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με την αποφυγή θανάτου

Απόψεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
3.Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	3,87	1,933
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	4,16	2,012
12. Προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο	4,06	2,042
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	4,11	2,082
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	4,23	1,979
Αποφυγή θανάτου	4,09	1,543

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 11 παρατηρείται **ουδέτερη στάση** απέναντι στην αποφυγή του θανάτου (Μ.Ο.=4,09, Τ.Α.=1,216). Επίσης, οι συμμετέχοντες διατηρούν **ουδέτερη στάση** απέναντι στις απόψεις “αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος” (Μ.Ο.=3,87), “όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά” (Μ.Ο.=4,16), “προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο” (Μ.Ο.=4,06), “αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο” (Μ.Ο. =4,11) και “προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου” (Μ.Ο.=4,23).

Διαφοροποίηση απόψεων ως προς με τα δημογραφικά στοιχεία

Ακολουθούν τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων που εφαρμόστηκαν για τη διερεύνηση συμπεριφοράς του προσωπικού υγείας σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζεται παραμετρικό τεστ σύγκρισης μέσης τιμής μεταξύ δύο (2) ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) και ανάλυση διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση (One – WayANOVA).

Πίνακας 11. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και του φύλου των συμμετεχόντων.

Προφίλ	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		Στατιστικός έλεγχος
	Άνδρας	Γυναίκα	
Φόβος θανάτου	3,43 (1,433)	4,21 (1,421)	t=-1,874 p=0,065
Ουδέτερη αποδοχή	5,31 (1,287)	5,12 (1,083)	t=0,568 p=0,572
Αποδοχή θανάτου	3,84 (1,132)	4,04 (1,244)	t=-0,572 p=0,569
Μέσο διαφυγής	3,37 (1,013)	3,38 (1,006)	t=-0,032 p=0,974
Αποφυγή θανάτου	3,48 (1,362)	4,25 (1,559)	t=-1,740 p=0,086

Στον παραπάνω Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με το φύλο τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ του προσωπικού υγείας διαφορετικού φύλου για την αποφυγή θανάτου ($p\text{-value}=0,086 < 0,10$) και τον φόβο θανάτου ($p\text{-value}=0,065 < 0,10$). Συνεπώς, το φύλο του προσωπικού υγείας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες να συμφωνούν περισσότερο με τις απόψεις της αποφυγής και του φόβου του θανάτου από τους άνδρες.

Πίνακας 12. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων.

Προφίλ	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)				Στατιστικός έλεγχος
	Προϊστάμενος	Νοσηλεύτης	Βοηθός Νοσηλεύτης	Ιατρός	
Φόβος θανάτου	4,40 (0,658)	4,18 (1,508)	3,78 (1,463)	3,39 (1,514)	F=0,713 p=0,547
Ουδέτερη	5,04 (1,203)	5,15 (1,093)	5,16 (1,180)	5,40 (1,488)	F=0,078

αποδοχή						p=0,972
Αποδοχή θανάτου	3,48 (1,425)	4,20 (1,202)	3,90 (1,102)	3,15 (1,526)	F=1,376	p=0,258
Μέσο διαφυγής	3,87 (0,682)	3,46 (1,051)	3,16 (0,820)	3,00 (1,548)	F=0,995	p=0,401
Αποφυγή θανάτου	4,04 (1,532)	4,36 (1,438)	3,72 (1,581)	3,20 (2,304)	F=1,248	p=0,299

Στον παραπάνω Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με τη θέση εργασίας τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ του προσωπικού υγείας διαφορετικής θέσης εργασίας (p-value>0,10).

Συνεπώς, η θέση εργασίας του προσωπικού υγείας δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο.

Πίνακας 13. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

Προφίλ	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)				Στατιστικό έλεγχος
	<2 έτη	2-5 έτη	6-10 έτη	>10 έτη	
Φόβος θανάτου	4,08 (1,230)	4,21 (0,964)	4,29 (1,680)	3,81 (1,673)	F=0,419 p=0,74
Ουδέτερη αποδοχή	5,31 (1,103)	5,00 (1,009)	4,74 (1,360)	5,36 (1,063)	F=1,116 p=0,349
Αποδοχή θανάτου	3,99 (1,344)	3,99 (1,125)	4,06 (1,220)	3,99 (1,260)	F=0,013 p=0,998
Μέσο διαφυγής	3,33 (0,852)	3,53 (0,794)	3,38 (1,132)	3,33 (1,137)	F=0,143 p=0,934
Αποφυγή θανάτου	4,30 (1,291)	4,40 (1,371)	4,31 (1,638)	3,71 (1,692)	F=0,947 p=0,423

Στον παραπάνω Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με τη προϋπηρεσία. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης

συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ του προσωπικού υγείας διαφορετικής προϋπηρεσίας ($p\text{-value}>0,10$).

Συνεπώς, τα έτη προϋπηρεσίας του προσωπικού υγείας δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο.

Πίνακας 14. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

Προφίλ	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)			Στατιστικός έλεγχος
	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	
Φόβος θανάτου	4,05(1,282)	4,35 (1,355)	3,70 (1,552)	F=1,599 p=0,210
Ουδέτερη αποδοχή	5,18 (1,371)	5,31 (0,862)	5,00 (1,304)	F=0,570 p=0,568
Αποδοχή θανάτου	3,42 (1,392)	4,30 (1,088)	3,83 (1,251)	F=2,227 p=0,116
Μέσο διαφυγής	3,43 (1,193)	3,49 (1,082)	3,24 (0,866)	F=0,498 p=0,610
Αποφυγή θανάτου	3,37 (1,569)	4,74 (1,322)	3,58 (1,526)	F=6,100 p=0,004

Στον παραπάνω Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, για τις διαστάσεις φόβος θανάτου, αποδοχή θανάτου, μέσο διαφυγής και ουδέτερη αποδοχή μεταξύ του προσωπικού υγείας διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης ($p\text{-value}>0,10$).

Συνεπώς, το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο. Παρόλα αυτά παρατηρούμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης για το προφίλ συμπεριφοράς αποφυγή θανάτου ($p\text{-value}=0,004<0,10$).

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕ) τείνουν να συμφωνήσουν μέτρια με την αποφυγή του θανάτου σε σύγκριση με αυτούς με Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΠΕ) που τείνουν να διαφωνήσουν μέτρια και αυτούς με Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΕ) που τείνουν να είναι αναποφάσιστοι.

Συσχέτιση προφίλ συμπεριφοράς με επιρροή από περιστατικό θανάτου

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε πως το προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο του προσωπικού υγείας σχετίζεται με τη συζήτηση του περιστατικού όταν αυτό συμβεί, την επιρροή που έχει το περιστατικό θανάτου στη ζωή τους, με την ανακούφιση από τη συζήτηση και τον τρόπο επιλογής ανακούφισης των συναισθημάτων που αναδύονται. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Πίνακας 15. Συσχέτιση του προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο και της επιρροής από περιστατικό θανάτου

	Συντελεστής συσχέτισης (p-value)			
Προφίλ	Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί;	Πως επηρεάζει τη προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν;	Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει;	Ποιο τρόπο επιλέγετε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου;
Φόβος θανάτου	0,101 (0,405)	-0,490* (0,000)	-0,246* (0,058)	-0,188 (0,119)
Ουδέτερη	-0,228* (0,058)	0,210* (0,081)	0,051 (0,697)	0,170 (0,159)

αποδοχή				
Αποδοχή θανάτου	-0,073 (0,548)	-0,096 (0,426)	-0,251* (0,053)	-0,009 (0,942)
Μέσο διαφυγής	0,244* (0,042)	-0,046 (0,706)	-0,228* (0,080)	-0,075 (0,540)
Αποφυγή θανάτου	0,155 (0,201)	-0,305* (0,010)	-0,183 (0,162)	-0,100 (0,411)

Στον Πίνακα 16 φαίνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας ανάλογα με τις επιλογές του, τη συζήτηση όταν προκύπτει ένα περιστατικό θανάτου, την ανακούφιση που προκαλεί η συζήτηση και την επιρροή που έχει το περιστατικό θανάτου στη ζωή τους. Από την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της μέσης συμπεριφοράς μεταξύ των επιλογών που κάνουν οι συμμετέχοντες προκειμένου να ανακουφιστούν.

Παρατηρούμε ότι η ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο σχετίζεται αρνητικά ($r=-0,228$) με την συζήτηση γύρω από τα περιστατικά θανάτου όταν αυτά συμβαίνουν, δηλαδή στην περίπτωση που γίνεται συζήτηση τα άτομα τείνουν να μην διατηρούν ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο. Επίσης, η ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο σχετίζεται θετικά με την επιρροή της καθημερινότητας των συμμετεχόντων ($r=0,210$).

Επίσης, οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον φόβο θανάτου σχετίζονται αρνητικά με την επιρροή ενός περιστατικού θανάτου ($r=-0,490$) και την ανακούφιση που προκύπτει από την συζήτηση ($r=-0,246$). Δηλαδή, όσο περισσότερο συμφωνούν με τον φόβο θανάτου τόσο περισσότερη επίδραση έχει ένα περιστατικό θανάτου στη ζωή τους. Παρατηρείται ότι η ανακούφιση που προκύπτει από την συζήτηση σχετικά με τον θάνατο επηρεάζει αρνητικά τις διαστάσεις μέσο διαφυγής ($r=-0,228$) και αποδοχή θανάτου ($r=-0,251$).

Η συζήτηση για το περιστατικό θανάτου επηρεάζει θετικά τη διάσταση μέσο διαφυγής ($r=0,244$), δηλαδή, όταν στην περίπτωση που γίνεται συζήτηση σχετικά με το περιστατικό θανάτου οι συμμετέχοντες τείνουν να συμφωνήσουν ότι με την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής. Ενώ η ανακούφιση που προκύπτει μέσα από την συζήτηση για το περιστατικό θανάτου επηρεάζει αρνητικά την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής ($r=-0,228$).

Προκύπτει δηλαδή ότι στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες νιώθουν ανακούφιση, τείνουν να διαφωνήσουν με την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής. Τέλος, η διάσταση της αποφυγής του θανάτου επηρεάζεται αρνητικά από την επιρροή που έχει ένα περιστατικό θανάτου στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων ($r=-0,305$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία έδωσε πολλά ενδιαφέροντα αποτελέσματα, με βάση το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διαμορφώθηκαν με βάση τους ακόλουθους άξονες:

Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα συμμετείχαν 15 άνδρες και 55 γυναίκες, συνολικά. Από αυτούς το 37,1% ήταν άγαμοι, το 14,3% έγγαμοι και το 4,5% διαζευγμένοι ή χήροι. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και πολλοί απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Πολύ λιγότεροι ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Η έρευνα μας συμφωνεί με τα δεδομένα της εργασίας στην οποία βασιστήκαμε για την δημιουργία του ερωτηματολογίου, όπου περισσότεροι συμμετέχοντες είναι γυναίκες κι είναι απόφοιτοι κυρίως Τεχνολογικής και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης[56].

Όσον αφορά την επαγγελματική βαθμίδα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν βοηθοί νοσηλευτών, και μερικοί προϊστάμενοι φροντίδας ηλικιωμένων ή ιατροί. Η προϋπηρεσία τους ήταν στο 20% από αυτούς μικρότερη από 2 έτη, στο 21,4% 2-5 έτη, 18,6% 6-10 έτη και στο 40% περισσότερα από 10 έτη. Εργάζονταν στο άσυλο Ανιάτων, το Αγάπης Μέλαθρον, το Κωνσταντοπούλειο Γηροκομείο, την Αγία Σκέπη, την Αφροδίτη κ.λπ. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει [56] ότι πολλοί συμμετέχοντες είναι βοηθοί νοσηλευτών ή νοσηλευτές και μερικοί γιατροί.

Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων είναι αρκετά υψηλόβαθμη. Η συντριπτική πλειοψηφία ήταν κάτοχοι πτυχίου και πολύ λιγότεροι υπήρξαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Ακόμη, μερικοί ήταν κάτοχοι τόσο κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

Τα περισσότερα μέλη είναι κάτοικοι αστικής περιοχής και έχουν εισόδημα λιγότερο από 10.000 ευρώ ετησίως.

Επιρροή που ασκεί το περιστατικό θανάτου

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όταν συμβεί το περιστατικό θανάτου τα άτομα επηρεάζονται σημαντικά. Η συζήτηση για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί τους προκαλεί ανακούφιση στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ενώ όταν δε γίνεται συζήτηση σχετικά με το περιστατικό θανάτου αυτό τους επηρεάζει αρνητικά πάρα πολύ. Σχεδόν οι μισοί δήλωσαν ότι αδιαφορεί ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν επηρεάζεται καθόλου αρνητικά όταν δε συζητούν σχετικά με το περιστατικό του θανάτου. Η έρευνα των Μαλλιαρού και συν (2010)[56] συμφωνεί ότι η συζήτηση είναι ένας ιδιαίτερα βοηθητικός τρόπος για την ανακούφιση από την είδηση του θανάτου και οι συμμετέχοντες το σκέφτονται πολύ συχνά αφότου συμβεί.

Ακόμη, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες επιλέγουν τρόπους για να ανακουφιστούν από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου. Γενικά, επιλέγουν να απομονωθούν, αποφεύγουν να το συζητήσουν με τους συναδέλφους, κλαίνε, επιλέγουν να το σκεφτούν στο σπίτι τους, αδιαφορούν τελείως σχετικά με το περιστατικό θανάτου κ.λπ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προέκυψε ότι στη πλειοψηφία δε γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο χώρο όπου εργάζονται. Οι συμμετέχοντες νιώθουν ότι επηρεάζεται η προσωπική τους ζωή από ένα περιστατικό θανάτου. Οι περισσότεροι συμφωνούν πως επηρεάζονται από το γεγονός του θανάτου σε αρκετά μεγάλο βαθμό [56]. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι στις δομές αυτές είναι πολύ σημαντικό να εργάζεται ειδικός ψυχολόγος ο οποίος θα επιδιώκει τις συναντήσεις των ίδιων των εργαζομένων και δε θα απευθύνεται μονάχα σε ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Επιπλέον, δήλωσαν ότι η εργασία τους στην Μ.Φ.Η έχει επηρεάσει πάρα πολύ την αντίληψή τους για το θάνατο, σε μεγάλο ποσοστό. Τα δεδομένα αυτά, συμφωνούν με την έρευνα όπου η συντριπτική πλειοψηφία συμφώνησε πως δεν δημιουργούνται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων του θανάτου [56].

Απόψεις σχετικά με το θάνατο

Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία για όλους τους συμμετέχοντες. Παρατηρείται ότι η προοπτική του θανάτου δημιουργεί άγχος στους συμμετέχοντες, αποφεύγουν τις σκέψεις θανάτου, ενοχλούνται από την οριστικότητα του θανάτου και έχουν έντονο φόβο για το θάνατο. Κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες είναι αναποφάσιστοι.

Επίσης, παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες διαφωνούν με τις απόψεις ότι ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα τα συμβάντα, ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον κόσμο, είναι ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής κ.λπ.

Ουδέτερη αποδοχή

Σχετικά με την ουδέτερη αποδοχή παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες συμφωνούν μέτρια ότι ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής, δεν τον φοβούνται και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού αποτελεί φυσική διάσταση της ζωής.

Αποδοχή θανάτου

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ουδέτερη στάση στην διάσταση αποδοχή θανάτου. Οι συμμετέχοντες φαίνεται να τείνουν να συμφωνήσουν σχετικά με την άποψη ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία. Επίσης, θεωρείται ότι είναι μία επανένωση με τους αγαπημένους μετά το θάνατο, ένα πέρασμα

σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο, προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής και δίνει άνεση στο να αντιμετωπιστεί η πίστη τους στη μεταθανάτια ζωή [56].

Μέσο διαφυγής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η αντιμετώπιση του θανάτου θεωρείται ένα μέσο διαφυγής και ίσως είναι μία υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή. Ακόμη, ο θάνατος είναι απελευθέρωση από τον πόνο και τα βάσανα και η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης. Επίσης, οι συμμετέχοντες διαφωνούν με τις απόψεις ότι ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα τα προβλήματα. Τέλος, οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι μετά το θάνατο θα βρεθούν στον παράδεισο [56].

Αποφυγή θανάτου

Η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό των συμμετεχόντων, αλλά οι περισσότεροι προσπαθούν να τη διώξουν μακριά και να μη τον σκέφτονται. Ακόμη, προσπαθούν να μην έχουν τίποτα να κάνουν με το θέμα του θανάτου.

Στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης των προφίλ συμπεριφοράς προς το θάνατο που έχει το προσωπικό υγείας στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανάλογα με το φύλο τους έδειξαν ότι προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης συμπεριφοράς προς το θάνατο, μεταξύ του προσωπικού υγείας διαφορετικού φύλου για την αποφυγή θανάτου και τον φόβο θανάτου. Συνεπώς, το φύλο του προσωπικού υγείας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες να συμφωνούν περισσότερο με τις απόψεις της αποφυγής και του φόβου του θανάτου από τους άνδρες [56].

Ακολούθως, η θέση εργασίας του προσωπικού υγείας δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς ως προς το θάνατο, όπως και τα έτη προϋπηρεσίας του προσωπικού υγείας. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης για το προφίλ συμπεριφοράς αποφυγή θανάτου.

Η ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο σχετίζεται αρνητικά με την συζήτηση γύρω από τα περιστατικά θανάτου όταν αυτά συμβαίνουν, δηλαδή στην περίπτωση που γίνεται συζήτηση τα άτομα τείνουν να μην διατηρούν ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο. Επίσης, η ουδέτερη στάση απέναντι στον θάνατο σχετίζεται θετικά την επιρροή της καθημερινότητας των συμμετεχόντων[56].

Επίσης, οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον φόβο θανάτου σχετίζονται αρνητικά με την επιρροή ενός περιστατικού θανάτου και την ανακούφιση που προκύπτει από την συζήτηση. Δηλαδή, όσο περισσότερο συμφωνούν με τον φόβο θανάτου τόσο περισσότερη επίδραση έχει ένα περιστατικό θανάτου στη ζωή τους. Παρατηρείται ότι η ανακούφιση που προκύπτει από την συζήτηση σχετικά με τον θάνατο επηρεάζει αρνητικά τις διαστάσεις μέσω διαφυγής και αποδοχή θανάτου. Η συζήτηση για το περιστατικό θανάτου επηρεάζει θετικά τη διάσταση μέσω διαφυγής, δηλαδή, όταν στην περίπτωση που γίνεται συζήτηση σχετικά με το περιστατικό θανάτου οι συμμετέχοντες τείνουν να συμφωνήσουν ότι με την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής[56].

Ενώ η ανακούφιση που προκύπτει μέσα από την συζήτηση για το περιστατικό θανάτου επηρεάζει αρνητικά την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής. Προκύπτει δηλαδή ότι στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες νιώθουν ανακούφιση, τείνουν να διαφωνήσουν με την άποψη ότι ο θάνατος αποτελεί μέσο διαφυγής. Τέλος, η διάσταση της αποφυγής του θανάτου επηρεάζεται αρνητικά από την επιρροή που έχει ένα περιστατικό θανάτου στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας αναφορικά με τα δεδομένα, μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη της εργασιακής εμπειρίας και η εργασιακή θέση κατέχουν σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το θάνατο [3].

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των ερωτήσεων περί διαχείρισης του θανάτου των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, προκύπτει ότι σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το θάνατο, παίζει η συχνότητα της επαφής των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με ασθενείς που τελικά καταλήγουν, η συζήτηση για το θέμα του θανάτου, η συζήτηση μεταξύ συναδέλφων ενός περιστατικού θανάτου που συνέβη στο τμήμα εργασίας τους, καθώς και η αρνητική επίδραση της μη συζήτησης του θέματος του θανάτου [3].

Τα δεδομένα για την υποστήριξη των εργαζομένων σε δομές που φροντίζουν ηλικιωμένους έδειξαν πως αν αυξηθεί η γνώση των νοσηλευτών, η κατανόηση και η αποδοχή της φροντίδας των ετοιμοθάνατων και των οικογενειών τους, τότε η άνεση των νοσηλευτών με τη κατάσταση του θανάτου, η αυτοπεποίθηση, και οι ικανότητες στη φροντίδα σε τελικό στάδιο αναμένεται να βελτιωθούν. Είναι απαραίτητη η παροχή εκπαίδευσης που θα αρχίσει από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών και θα συνεχίσει και στο χώρο εργασίας, που θα περιλαμβάνει την εκπόνηση προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας ως ευκαιρία μάθησης σε νοσηλευτές που επιθυμούν να βελτιώσουν περαιτέρω τις γνώσεις τους και τις συμπεριφορές τους προς τη παροχή νοσηλείας.

Το πρόγραμμα πρέπει να είναι ευέλικτο για τους κλινικούς νοσηλευτές και να σέβεται το φόρτο εργασίας τους. Θα μπορούσε ακόμη να δοθεί και κάποια εθελοντική ευκαιρία σε

συνεργασία με τοπικούς οργανισμούς ή τους δήμους ή τα Κέντρα βοήθειας στο σπίτι [3].

Στην Ευρώπη οι δημογραφικές εξελίξεις θα επιδράσουν σημαντικά στην πολιτική που θα ασκηθεί και αφορά τις απαιτήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους ηλικιωμένους, στην σχέση τους με την αγορά εργασίας, στην κοινωνική ασφάλιση, στο συνταξιοδοτικό σύστημα και στα δημόσια οικονομικά[1].

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι περισσότερες έρευνες, οι οποίες είναι περιορισμένης κλίμακας στις επιστήμες περιέχουν κάποιους περιορισμούς σε σχέση με την εξωτερική τους εγκυρότητα. Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα δεν είναι δυνατόν η γενίκευση των συμπερασμάτων λόγω μη αντιπροσωπευτικού δείγματος σε εθνική κλίμακα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από επτά μονάχα Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Επιπλέον, το δείγμα της έρευνας ήταν περιορισμένο και δεν υπήρχε η δυνατότητα γενίκευσής της και σε άλλες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, εκτός Αχαΐας, λόγω οικονομικού κόστους κι έλλειψης χρόνου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Λόγω της έλλειψης χρόνου και δυνατότητας μελέτης ενός μεγαλύτερου δείγματος στην παρούσα έρευνα, προτείνεται η εκπόνηση μελλοντικής έρευνας σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων σε περισσότερους νομούς, εκτός από τον νομό Αχαΐας. Στόχος της έρευνας θα είναι η λήψη περισσότερων δεδομένων για την διατύπωση ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

[1]<https://ec.europa.eu/CensusHub2/query.do?step=selectDataAndLayout&invalidate=true&dafaultSelect=true&onlineflag=false>, 24/1/20. [12]Αδαμακίδου, Θ. Η κατ'οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα στα Διάφορα Συστήματα Υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46 (4):501-513.

[2]World Health Organisation. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. World Health Organ Tech Rep. Ser. 1984, 706:1-84.

[3]Mena, B., Palacios, S. & Torres, T. Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009, 48:385-390.

[4]Kossioni, A.E. Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? Gerontology 2012, 29:1230-1240.

[5]AlSenany, S., AlSaif, A. Gerontology course in the nursing undergraduate curricula. Rev Esc Enferm USP 2014, 48(6):1077-1084.

[6]Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., Read, S. Dignity in Practice: An Exploration of the Care of Older Adults in Acute NHS Trusts. London: Queens Printer and Controller of HMSO, 2011.

[7]ΜωυσίδηςΑ., ΑνθοπούλουΘ., ΝτύκενΜ.Ν., ΚέντροΚοινωνικήςΜορφολογίαςκαιΚοινωνικήςΠολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Gutenberg. Αθήνα,2002.

[8]Λαμπρινού, Α., &Σούρτζη, Π. Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στην φροντίδα Υγείας Ηλικιωμένων. Νοσηλευτική 2007, 46(4):460-467.

[9]Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ. Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας (τόμος Α'), Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα, 2002.

- [10]Σπυροπούλου, Δ.Σ.Π. Οι πολιτικές για την προαγωγή της υγείας: Η περίπτωση του πανεπιστήμιου σε διεθνές και εθνικό δίκτυο. Πανεπιστήμιο Πατρών: Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Gutenberg, 2012.
- [11]Πεχλιβανίδου, Π. Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και προοπτικές, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας: Διπλωματική εργασία, 2017.
- [12]Αδαμακίδου, Θ. Η κατ'οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα στα Διάφορα Συστήματα Υγείας. Νοσηλευτική 2007, 46 (4):501-513.
- [13]Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O. Geriatric care management for low-income seniors: A randomized controlled trial. JAMA 2007, 298:2623-2633.
- [14]The Canadian Nurses Association (2008). Position statement providing nursing care at the end of life ottawa: Author.Conference board of Canada.
- [15]Huang CC , Chen JY , Chiang HH., (2016). The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients. J Nurs Res 24(2): 109-117.
- [16]Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. 2015. Household Budget Survey 2014 <http://www.statistics.gr/documents/20181/985039/Results+of+the+Household+Budget+Survey+%28HBS%29/338cb80b-6b5f-4d67-83d5-1f8fa77abf12?version=1.0>, ανακτήθηκε 3/11/19.
- [17]Cagle JG , Unroe KT , Bunting M , Bernard BL , Miller SC., (2017). Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff. J Pain Symptom Manage. 53(2): 198-207
- [18]Καραγιάννη, Ε. Κοινωνική πρόνοια και τρίτη ηλικία, η περίπτωση των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων. Διπλωματική Εργασία, 2011.
- [19]<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=LEGISSUM%3AI33501>, ανακτήθηκε 4/11/19.
- [20]De Gelder, B. Towards the neurobiology of emotional body language. Nat. Rev. Neurosci 2006, 7: 242–249.

[21]Boltz, M., Capezuti, E., Shabbat, N. & Hall, K.. Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization and daycare units. International Journal of Nursing Practi, 2010, 16: 381–388.

[22]Ferrel, B, Coyle, N. Oxford Textbook of Palliative Nursing. 3rdEd. OUP, 2010.

[23]<http://www.pemfi.gr/>, ανακτήθηκε 4/11/19.

[24]Αμίτσης, Γ. Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, Παπαζήσης, Αθήνα, 2014.

[25]Σταθόπουλος, Π. Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, StudioPress, Θεσσαλονίκη, 2005.

[26]http://www.patt.gov.gr/site/index.php?option=com_content&view=article&id=7814&Itemid=8, ανακτήθηκε 30/12/19.

[27]Boise, L. The Family's Role in Person-Centered Care: Practice Considerations. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2004, 42(5):12- 20.

[28]Economou, Ch. Greece -Health System review. Health system in Transition 2010, Vol.12 [7]: 1-9.

[29]World report on ageing and health. WHO, 30 September 2015 <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, ανακτήθηκε 24/11/19.

[30]<http://efgiria.gr/%CE%B3%CE%B7%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%87%CF%81%CE%B5%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/>, ανακτήθηκε 28/1/20.

[31]Zimmerman, L. Must all organisms age and die?. Massachusetts Institute of Technology School of Engineering, 2010.

[32]Ross, Staats C., Pollard, K.A., Brown C.E.. End of Life Care. In: Lewis SL, Mclean Heitmemper M, Ruff Dirksen S. (eds), Medical-Surgical Nursing: Assessment And

Management Of Clinical Problems. 6th Ed. Elsevier Science Publishers BV, New York 2004, 160-171.

[33]Dunn, G.P., Milch, R.A. Is this a bad day or one of the last days? How to recognize and respond to approaching demise. J Am Coll Surg 2002, 195:879-887.

[34]Papadatou, D. In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved, Springer, New York, 2009.

[35]Γιακουμιδάκης, Κ. & Μόνιου, Α. Παροχή άνεσης στους ασθενείς με συμπτώματα εκτός πόνου: ευρύτερη προσέγγιση. Νοσοκομειακά Χρονικά 2009, 71 (7):280-290.

[36]Beckstrand, R.L., Callister, L.C., Kirchhoff, K.T. Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. Am J Crit Care 2006, 15(1):38-45.

[37]Marcysiak, M., Dąbrowska, O. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. Prog Health Sci 2013, 3:104-110.

[38]Nabawy, E.L. & A. Moawad, G. Nurses' perception of obstacles and supportive behaviors in providing end of life care to critically ill pediatric patients. Biology, agriculture and healthcare 2013, 3[2]:95-106.

[39]Torres-Mesa, L.M., J. Schmidt-Riovalle, I. García-García. Legislative knowledge and preparation of health personnel for the care process of death. RevEscEnfermUSP 2013, 47(2):455-461.

[40]Τατσιώνη, Α. Παρηγορητική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική, Εκδόσεις Κάλλιπος, 2015.

[41]Gamlin, R. (). Ανακουφιστική Νοσηλευτική: Εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές, Αθήνα, 2001.

[42]Lehto, R.H., Stein, K.F. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. ResTheoryNursPract. 2009, 23(1):23-41.

- [43]Κωνσταντινίδης, Θ.Ι. &Α. Φιλαλήθης.. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 31(4):412-422.
- [44]Lopera, B.MA. Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. Invest Educ Enferm. 2015, 33(2):297-304.
- [45]Proust-Lima, C. & Jeremy, M. G. Taylor. Development and validation of a dynamic prognostic tool for prostate cancer recurrence using repeated measures of posttreatment PSA: a joint modeling approach. Biostatistics 2009, 10(3):535–549.
- [46]Chou, A.H.O., & I. Chi. Living alone and depression in Chinese older adults. Aging & Mental Health 2006, 10(6):583–591.
- [47]Antonelli, R. Do gold stages of COPD severity really correspond to differences in health status? Eur Respir J. 2002, 22:444-449.
- [48]Kenealy, P. & Beaumont, G. Assessing quality of life in healthy older people. Nursing and Residential Care, 2003, 5(9):436-438.
- [49]Wincur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M.A., Bridges, K., Stuss, D.T. Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. Journal of the International Neuropsychological Society 2007, 13:153-165.
- [50]Sorescu, A. Innovations in Retail Business Models. Journal of Retailing 2012, 87(1):S3-S16.
- [51]Heydari, H., S. Hojjat-Assari, M. Almasian & P. Pirjani. Exploring health care providers' perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. BMC Palliative Care 2012, 18:91-96.
- [52]Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- [53]O'Leary, Z. (2014). The essential guide to doing your research project (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

[54]Luck David J., and Ronald S. Rubin (1987), Marketing Research, Seventh Edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

[55]Wong, P. T. P., Reker, G. T., &Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised. In Neimeyer, R. A. (Ed.), Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (pp. 121–148). Philadelphia: Taylor & Francis.

[56]Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Καραθανάση Κ, Σεραφείμ Τ, Σωτηριάδου Κ, Θεοδοσοπούλου Ε. Στάθμιση ελληνικής εκδοχής ερωτηματολογίου Death attitude profile revised (DAP-R). Θέματα ειδικής επιδημιολογίας και κοινωνικής ιατρικής 2010, 5:55-72. Περιοδική έκδοση στα πλαίσια των γνωστικών πεδίων της κοινωνικής ιατρικής. Εργαστήριο υγιεινής και προστασίας περιβάλλοντος Ιατρικής Θράκης.

[57]Παπαδόπουλος, Δ. (2014). Η συμπεριφορά και αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Λάρισα.

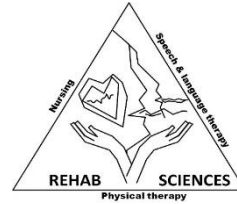
58]Σκλάβου, Μ. (2015). Πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές το θάνατο και τη φροντίδα των ασθενών που πεθαίνουν. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Λάρισα

[59]CohenL., ManionL. &MorrisonK., (2008). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Μεταίχμιο, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
«Επιστήμες Αποκατάστασης – Rehabilitation Sciences»

Πρόταση – Εισήγηση Ερευνητικού Προγράμματος

Τμήμα: ΠΜΣ «Επιστήμες της Αποκατάστασης»

Κατεύθυνση: Νοσηλευτική

Κύριοι Ερευνητές: Μαντζουράκη Κωνσταντίνα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τίτλος: Οι στάσεις του προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο

Σκοπός: Η διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού υγείας που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο των ηλικιωμένων

Σημασία: Η επίδραση του θανάτου των ηλικιωμένων στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων

Διάρκεια: 6 μήνες

Συνεργασία με: Επτά μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας

ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων(ΜΦΗ) είναι οι μονάδες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα αυτοεξυπηρετούμενα ή μη και διαχωρίζονται σε μονάδες κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων αποτελούν κρατικά, ιδιωτικά ή εκκλησιαστικά ιδρύματα όπου η χρηματοδότησή τους γίνεται είτε από κρατικές επιχορηγήσεις είτε από συνεισφορές των τροφίμων. Για τη λειτουργία κάθε ΜΦΗ είναι απαραίτητη η άδεια ίδρυσης και η άδεια λειτουργίας.

Η δυναμικότητα κάθε μονάδας δεν πρέπει να ξεπερνά τις 100 κλίνες ενώ η ελάχιστη δυναμικότητα ορίζεται στις 10 κλίνες. Το προσωπικό της μονάδας διακρίνεται σε Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Βοηθητικό και Ειδικό.

Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων εξασφαλίζουν:

- Υγιεινή διαμονή, ασφαλή και άνετη διαβίωση βάση των αναγκών των περιθαλπομένων
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή
- Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα των περιθαλπομένων
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση καθώς έγκαιρη και κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Σεβασμό και ενδιαφέρον στην ανθρώπινη αξία ανεξαρτήτως της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης των περιθαλπομένων

Κύριος σκοπός των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι η περίθαλψη ατόμων τα οποία στερούνται της οικογενειακής φροντίδας ή των οικονομικών μέσων για μία αξιοπρεπή διαβίωση. Είναι σημαντικό οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ότι στη ΜΦΗ βρίσκουν φροντίδα, περίθαλψη, ελπίδα και ανθρώπινη ζεστασιά.

Στόχος είναι οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ότι ζουν σε ένα περιβάλλον το οποίο καταργεί το ρόλο του "ασθενή" (ΦΕΚ 1136 Β/6-7-2007).

Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν σήμερα στη χώρα ποσοστό πάνω από το 20,7% του πληθυσμού και σύμφωνα με τις προβλέψεις, το 2030 θα είναι περίπου το 30% του πληθυσμού ενώ το 2050 θα ξεπεράσουν το 1/3 του πληθυσμού.

Η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε γηράσκοντα πληθυσμό (ποσοστό αύξησης 21,4%) έναντι μέσου όρου της Ε.Ε. 17,2%. Σε παγκόσμια δε κλίμακα η Ελλάδα βρίσκεται μέσα στις έξι πρώτες χώρες που γηράσκουν ταχύτατα - κατά σειρά είναι η Ιαπωνία, η Νότια Κορέα, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα και η Ιταλία (*Ελληνική Στατιστική Αρχή*).

Θάνατος είναι η οριστική παύση όλων των βιολογικών λειτουργιών που υποστηρίζουν τη διαβίωση ενός οργανισμού. Φαινόμενα που συνήθως επιφέρουν το θάνατο περιλαμβάνουν τα γηρατειά, τον υποσιτισμό, την ασθένεια και το τραύμα το οποίο περιλαμβάνει την αυτοκτονία, τη δολοφονία και το ατύχημα (*Βικιπαίδεια*).

Ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ζωής κυριαρχείται από αρνητικές στάσεις και συνοδεύεται από συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους. Η στάση ως προς το θάνατο είναι πολύ προσωπική και προκύπτει από τη πίστη, την εκπαίδευση, τη φιλοσοφία και τη φυσική νοοτροπία του ανθρώπου (*Marcysiaketal, 2013*).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων σχετίζονται συχνά με τις οικογένειες των ασθενών. Η στάση που οι περισσότεροι νοσηλευτές κρατούν είναι η στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους όπου συνοδεύεται από συναισθήματα θλίψης και συμπόνιας. Πολλές φορές η αντιμετώπιση της οικογένειας και οι απαιτήσεις της προς τους νοσηλευτές αποτελεί επιπρόσθετο άγχος και επιδρά στη στάση που τηρούν (*AmericanNursesAssociation, 2013 andTheCanadianNursesAssociation, 2008*).

Μία από τις πλέον περίπλοκες και συναισθηματικές πλευρές της νοσηλευτικής είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή που ξεψυχάει. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή- ασθενή αποτελούν την ουσία της νοσηλευτικής (*TheCanadianNursesAssociation, 2008*). Οι νοσηλευτές βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις κι όταν επικοινωνούν με τους ασθενείς τους έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόσουν μηχανισμούς άμυνας και να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους. Μία

στάση που μπορούν να υιοθετήσουν οι νοσηλευτές είναι να αποδεχθούν το θάνατο ως μία φυσική διαδικασία (*AmericanNursesAssociation, 2013*).

Ο θάνατος ενός ασθενούς είναι ένα γεγονός που οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θα βιώσουν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Αυτή η εμπειρία μπορεί να προκαλέσει φυσικές, γνωστικές, συμπεριφορικές, πνευματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις τόσο στο περιβάλλον εργασίας όσο και εκτός εργασίας. Η εκπαίδευση γύρω από τη θεωρία θλίψης και την υποστήριξη από άλλους θα βοηθήσει το προσωπικό να αναπτύξει στρατηγικές για την αντιμετώπιση των θανάτων των ασθενών (*WilsonandKirshbaum, 2011*). Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου ατόμου μετά από μακροχρόνια νόσο είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, αλλά και στην πείρα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού υγείας που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο των ηλικιωμένων.

Στο τομέα της υγείας δεν είναι πολλοί οι ερευνητές που έχουν μελετήσει τις στάσεις απέναντι στο θάνατο για το προσωπικό που εργάζεται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Αποφάσισα να ασχοληθώ με τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη διότι εργάζομαι σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων και στην Ελλάδα δεν έχει γίνει παρόμοια έρευνα στο χώρο της υγείας, μετά από αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Οι περισσότερες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο σε Νοσοκομειακές Μονάδες και όχι σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.

Η αντιμετώπιση του θανάτου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως προσωπικούς, φιλοσοφικούς και εκπαιδευτικούς. Οι νοσηλευτές είναι από τις επαγγελματικές ομάδες που συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν το θάνατο. Αυτό τους κάνει πιο εκτεθειμένους σε αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το θάνατο, ειδικά όταν

φροντίζουν ασθενείς στο τέλος της ζωής τους. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με ασθενείς που πεθαίνουν, φροντίζουν τους ασθενείς όσο περνούν δύσκολα προσπαθώντας να μειώσουν τα σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μια ολιστική φροντίδα προς τον ασθενή και ότι οι νοσηλευτές έχουν τις ικανότητες και την ευαισθησία να παρέχουν αυτή τη φροντίδα (*Marcysiaketal, 2013*).

Σε ελληνική ποσοτική έρευνα που μελέτησε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σε ετοιμοθάνατους ογκολογικούς ασθενείς, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια DAP-R και FATCOD. Η έρευνα είχε ως δείγμα 86 νοσηλευτές στη Λάρισα, συμπεριλαμβανομένων νοσηλευτών της ογκολογικής κλινικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πιο θετική στάση προς τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου σχετίζεται με μειωμένο φόβο θανάτου (*Σκλάβου, 2015*).

Ο *Huangetal(2016)*, σε έρευνα που πραγματοποίησαν παρατήρησαν τρία στάδια συναισθηματικής εναλλαγής μεταξύ των συμμετεχόντων. Στο πρώτο στάδιο, οι συμμετέχοντες βίωσαν οξύ συναισθηματικό πόνο λόγω της αντιμετώπισης του θανάτου των ασθενών τους. Στο δεύτερο στάδιο, οι συμμετέχοντες υιοθέτησαν στρατηγικές αντιμετώπισης ενώ στο τρίτο στάδιο οι συμμετέχοντες έμαθαν να παρέχουν καλύτερη φροντίδα. Οι στρατηγικές όπως η φροντίδα των ασθενών, η εστίαση στις ανάγκες των ασθενών και η αξιοποίηση των εμπειριών του παρελθόντος επιτρέπουν στους νοσηλευτές να αναπτύξουν αυξημένο αίσθημα ευθύνης και ευαισθητοποίησης, ενισχύοντας έτσι την καλύτερη φροντίδα των ασθενών τους.

Σε μία ακόμη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 52 νοσοκομεία στη πόλη Ιντιάνα, στις ΗΠΑ χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα μέσω της ποιοτικής ανάλυσης. Οι συμμετέχοντες μέσω συνεντεύξεων περιέγραψαν μία θετική και μία αρνητική εμπειρία φροντίδας ασθενή που πεθαίνει. Οι θετικές εμπειρίες περιλάμβαναν τη δημιουργία στενών δεσμών μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς, τη ποιοτική παροχή φροντίδας και τη καλή επικοινωνία. Ενώ, οι αρνητικές εμπειρίες περιλάμβαναν το αίσθημα αβεβαιότητας, επώδυνα συναισθήματα και την απουσία της οικογένειας. Τα ευρήματα αποκάλυψαν το πλούτο και την πολυπλοκότητα της παροχής φροντίδας στο τέλος της ζωής στις νοσοκομειακές μονάδες και έχουν επιπτώσεις στη βελτίωση της γνώσης του προσωπικού, του

συντονισμού της περίθαλψης με το νοσοκομείο και της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών (Cagleetal, 2017).

Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι το μέρος όπου τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας <<έρχονται για να πεθάνουν>>. Σε μία εθνογραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 7 μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, συμμετείχαν 8 βοηθοί νοσηλευτών όπου μέσω συνεντεύξεων κατέγραφαν τις συνομιλίες με τους ηλικιωμένους σχετικά με το θάνατο. Οι βοηθοί νοσηλευτές δήλωσαν ότι είχαν τις γνώσεις και τα εργαλεία να διεξάγουν τέτοιες συνομιλίες αλλά η συναισθηματική πίεση και η έλλειψη χρόνου αποτελούσαν εμπόδιο (Alftbergetal,2018).

Σε μία παρόμοια μελέτη οι NielsenandGlasdam(2013), κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι δυνατόν να παρέχουν τη βέλτιστη φροντίδα λόγω έλλειψης χρόνου, πόρων και εκπαίδευσης.

Η εξάντληση των νοσηλευτών σε βιολογικό και συναισθηματικό επίπεδο είναι σύνηθες φαινόμενο και έχει επίδραση στη ποιότητα ζωής των ασθενών. Για να προφυλάξουν τον εαυτό τους ώστε να μπορούν να είναι καλύτερα σε επαγγελματικό και ψυχολογικό επίπεδο, οι νοσηλευτές χρειάζεται να βρουν τρόπους να προσαρμόζονται σε αυτή τη κατάσταση και να λάβουν βοήθεια.

Η βοήθεια μπορεί να έρθει από άλλους συναδέλφους, από ανωτέρους, από τη διεπιστημονική ομάδα στην οποία ανήκουν αλλά και από εξειδικευμένο προσωπικό όπως οι ψυχολόγοι. Επίσης, η διοίκηση πρέπει να μεριμνήσει για τη καλή λειτουργία της δομής και για τη κάλυψη της εργασίας από επαρκές και κατάλληλο προσωπικό (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης, 2013).

Η γήρανση είναι μία πραγματικότητα που αντιμετωπίζει τις καθημερινές συνεχείς προκλήσεις και ανάγκες των ηλικιωμένων. Η νοσηλευτική κατάρτιση δε μπορεί να μη σχετίζεται με αυτό το γεγονός. Για να υπάρξει ανταπόκριση στις ακόλουθες απαιτήσεις της κοινωνίας και των ποιοτικών στόχων όλο και περισσότεροι σπουδαστές παρακολουθούν στο πρόγραμμα σπουδών τους μαθήματα σχετικά με τη γηριατρική νοσηλευτική βάση της μελέτης των ArcoandPedro(2015).

Ο *Wilsonetal(2016)*, σε έρευνα που πραγματοποίησαν εντόπισαν πως υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνώσεων και της στάσης απέναντι στη παρηγορητική περίθαλψη. Παρατήρησαν πως όσο αυξανόταν το επίπεδο γνώσεων της παρηγορητικής φροντίδας από τους συμμετέχοντες τόσο γίνονταν πιο θετικές οι στάσεις απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει. Επιπλέον, η εργασιακή εμπειρία φάνηκε πως βελτίωσε τις γνώσεις και τις στάσεις απέναντι στο θάνατο.

Επίσης, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως υπάρχει μεγάλη ανάγκη ίδρυσης περισσότερων μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων που θα μπορούν να αντιμετωπίσουν τη πολυμορφικότητα των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων. Απαραίτητη προϋπόθεση η ταχεία κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων στη γηριατρική περίθαλψη (*Adhikan, 2017*).

Φαίνεται λοιπόν η ανάγκη για επαρκή θεωρητική και πρακτική κατάρτιση και υποστήριξη των νοσηλευτών από το στάδιο της φοίτησής τους. Επίσης, από τη βιβλιογραφία φαίνεται η ανάγκη για ποσοτικές έρευνες ειδικά στον ελληνικό χώρο για τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο θάνατο.

Με βάση των προηγούμενων μελετών προέκυψαν τα εξής **ερευνητικά ερωτήματα**:

- Είναι απαραίτητη η νοσηλευτική κατάρτιση σε προπτυχιακό επίπεδο σε μαθήματα γηριατρικής?
- Η εργασιακή εμπειρία σχετίζεται με τις στάσεις απέναντι στο θάνατο?
- Ο θάνατος των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας επηρεάζει τους επαγγελματίες σε προσωπικό ή κοινωνικό επίπεδο?

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Περιγραφή σχεδιασμού

Η έρευνα που θα διεξαχθεί θα είναι ποσοτική και θα εστιάσει στη διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων απέναντι στο θάνατο. Ο αριθμός του δείγματος κατά προσέγγιση θα κυμανθεί συνολικά πάνω από 50 άτομα που εργάζονται στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων του Νομού Αχαΐας. Για την εκπόνηση της μελέτης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο DeathAttitudeProfile-Revised (DAP-R)(*Wongetal, 1994*) για τη διερεύνηση της στάσης απέναντι στο θάνατο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιέχει 32 ερωτήσεις όπου χωρίζονται σε 5 υποκλίμακες και οι ερωτώμενοι απαντούν σε μία επταβάθμια Likert scale(συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα)

Οι υποκλίμακες είναι: α) φόβος θανάτου όπου περιέχονται οι ερωτήσεις [1,2,7,18,20,21,32] β) αποφυγή θανάτου όπου περιέχονται οι ερωτήσεις [3,10,12,19,26] γ) ουδέτερη αποδοχή όπου περιέχονται οι ερωτήσεις [6,14,24,17,30] δ) αποδοχή θανάτου όπου περιέχονται οι ερωτήσεις [4,8,13,15,16,22,25,27,28,31] και ε) διαφυγή όπου περιέχονται οι ερωτήσεις [5,9,11,23,29].

Το ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί μεταφρασμένο στα ελληνικά, το οποίο έχει αποδειχθεί ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο ως εργαλείο για τη διερεύνηση των στάσεων απέναντι στο θάνατο (*Μαλλιάρου και συν, 2011*). Για τη χρήση του ερωτηματολογίου θα πρέπει να χορηγηθεί γραπτή άδεια από το συντάκτη του ερωτηματολογίου *Wongetal(1994)* όσο και από την *Μαλλιάρου και συν(2011)* που το προσάρμοσαν και το στάθμισαν στα ελληνικά.

Θα εξασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων καθώς θα υπάρξει και η απαραίτητη πληροφόρηση, για πιθανούς κινδύνους που μπορεί να προκύψουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Λέξεις κλειδιά

Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, θάνατος, νοσηλευτικό προσωπικό και στάσεις απέναντι στο θάνατο

Η άντληση της βιβλιογραφίας με την χρησιμοποίηση των παραπάνω λέξεων κλειδιών πραγματοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου και των ιστοσελίδων με την χρήση μηχανών αναζήτησης: PubMed, Doaj, Iatrotek και Google Scholar.

Καθορισμός δείγματος

Το προσωπικό υγείας που εργάζεται στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης θα πραγματοποιηθεί με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Για την επεξεργασία των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον κώδικα ηθικής της Νυρεμβέργης και σύμφωνα με την διακήρυξη του Helsinki.

Περιορισμοί μελέτης

Λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και χρόνου η έρευνα θα διεξαχθεί μόνο σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΜΗΝΕΣ	%
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1,3	25%
Μεθοδολογία της έρευνας	2	30%

Ανάλυση αποτελεσμάτων	των	0,7	15%
Διάχυση αποτελεσμάτων	των	2	30%

ΒΑΣΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Ερωτηματολόγιο
- SPSS

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

α/α		ΘέσηστοΊδρυμα	Απασχόληση %
1	ΜαντζουράκηΚωνσταντίνα	Μεταπτυχιακή φοιτήτρια	80
2	ΜπακάληςΝικόλαος	Αναπληρωτής Καθηγητής	20

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΔΙΔΑΣΚΩΝ

Ο/Η ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ/Η ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ:

Έγκριση επιτροπής Δεοντολογίας Και Ηθικής

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Αγαπητοί συνάδελφοι ,

Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού υγείας, που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στο Νομό Αχαΐας, απέναντι στο θάνατο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 ερωτήσεις, όπου χωρίζονται σε 5 υποκλίμακες και οι ερωτώμενοι απαντούν σε μία επταβάθμια Likertscale(συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα) καθώς και μερικών δημογραφικών στοιχείων.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις , επιλέγοντας **μόνο μία επιλογή**.

Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Για οποιαδήποτε απορία, μην διστάσετε να με ρωτήσετε.

Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύω ότι θα είμαι στο παράδεισο μετά από το θάνατό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσπαθώ πάντα να μη σκέφτομαι το θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό το κόσμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος είναι ένωση με το Θεό και αιώνια ευδαιμονία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο θάνατος αποτελεί μία υπόσχεση για μία καλύτερη ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Προσβλέπω σε μία επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατο μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στη μεταθανάτια ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DAP-R

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ DAP-R

Διαφωνώ **απόλυτα** Διαφωνώ **μέτρια** Αναποφάσιτος/η **μέτρια** Συμφωνώ **μέτρια** Συμφωνώ **απόλυτα**

ΕΠΙΡΡΟΗ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

1.Συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό θανάτου όταν αυτό συμβεί?

- Ναι (Πηγαίνετε στηνερώτηση 2)
Όχι (Πηγαίνετε στηνερώτηση 3)

2.Αν συζητάτε νομίζετε πως αυτό τελικά σας ανακουφίζει?

- Ναι
Όχι

3.Εάν δε συζητάτε στο τμήμα σας για το περιστατικό του θανάτου πόσο αυτό σας επηρεάζει αρνητικά?

- Πάρα πολύ
Αδιαφορώ
Καθόλου

4.Ποιο τρόπο θα επιλέγατε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό θανάτου?

- Απομονώνομαι
Αποφεύγω να το συζητήσω με συναδέλφους
Κλαίω για να ξεσπάσω
Το σκέπτομαι στο σπίτι μου
Αδιαφορώ πλήρως
Τίποτα από τα παραπάνω

5.Γίνονται ομάδες προσωπικού για τη διαχείριση συναισθημάτων στο χώρο που εργάζεστε?

- Ναι
Όχι

6.Πως επηρεάζει τη προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν?

- Πάρα πολύ
Πολύ
Μέτρια
Ελάχιστα
Καθόλου

7.Κατά πόσο η εργασία σας στη Μ.Φ.Η. έχει επηρεάσει την αντίληψή σας για το θάνατο?

- Πάρα πολύ
Πολύ
Μέτρια
Ελάχιστα
Καθόλου

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.Ηλικία:	
2.Φύλο	
Άρρεν	<input type="checkbox"/>
Θήλυ	<input type="checkbox"/>
3.Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>
Διαζευγμένος/χήρος	<input type="checkbox"/>
4.Επίπεδο εκπαίδευσης	
ΠΕ	<input type="checkbox"/>
ΤΕ	<input type="checkbox"/>
ΔΕ	<input type="checkbox"/>
5.Θέση στο χώρο εργασίας	
Προϊστάμενος	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτής	<input type="checkbox"/>
Βοηθός Νοσηλευτή	<input type="checkbox"/>
Ιατρός	<input type="checkbox"/>
6.Μεταπτυχιακός τίτλος	
Μάστερ	<input type="checkbox"/>
Διδακτορικό	<input type="checkbox"/>
Τίποτα από τα δύο	<input type="checkbox"/>
Και τα δύο	<input type="checkbox"/>
7.Έτη προϋπηρεσίας	
<2 έτη	<input type="checkbox"/>
2-5 έτη	<input type="checkbox"/>
6-10 έτη	<input type="checkbox"/>
>10 έτη	<input type="checkbox"/>
8.Τόπος μόνιμης κατοικίας	
Ημι(ορεινή) περιοχή	<input type="checkbox"/>
Ορεινή περιοχή	<input type="checkbox"/>
Αστική περιοχή	<input type="checkbox"/>
9.Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	
<10.000€	<input type="checkbox"/>
10.001-20.000€	<input type="checkbox"/>
20.001-40.000€	<input type="checkbox"/>
>40.001€	<input type="checkbox"/>
10.Μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων που εργάζεστε	
Αγάπης Μέλαθρον "Ο Άγιος Χαράλαμπος"	<input type="checkbox"/>
Καλλιμανοπούλειο	<input type="checkbox"/>

Κωνσταντοπούλειο	<input type="checkbox"/>
Άσυλο Ανιάτων "Η Αγία Ευφροσύνη"	<input type="checkbox"/>
Αγία Σκέπη	<input type="checkbox"/>
Αλεξάνδρα	<input type="checkbox"/>