

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ »**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΛΙΛΙΑΝ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΨΙΛΙΑ ΣΟΦΙΑ
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ



ΠΑΤΡΑ 2003

Σ'αυτούς που έφυγαν από κοντά μας

Ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτρια κ.Γεωργοπούλου Λίλιαν που μας καθοδήγησε γι'αυτό το δύσκολο θέμα και που μας πρόσφερε απλόχερα την πολύτιμη βοήθειά της.

Επίσης ευχαριστούμε τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας και έδειξαν μεγάλη υπομονή κατά την διάρκεια των σπουδών μας.

Τέλος, ευχαριστούμε τους συγγραφείς των βιβλίων για τα συγγράμματα τα οποία χρησιμοποιήσαμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή	1
1.2 Ορισμοί και θεωρίες	3
• Φιλοσοφικοί	
• Θρησκευτικοί	
• Κοινωνικοί	
• Ψυχολογικοί	
• Ιατρικοί	
• Βιολογικοί	
• Νομικοί	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

2.1 Είσοδος ασθενούς στο νοσοκομείο	14
2.2 Συναισθήματα ασθενών	16
2.3 Συναισθήματα συγγενών – οικογενειακού περιβάλλοντος	19
2.4 Στάσεις απέναντι στο θάνατο – φοβίες	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο – ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ –

ΑΙΤΙΕΣ

3.1 Τελική φάση στη ζωή του αρρώστου	29
3.1.1 Η σημασία της ελπίδας στην πορεία της αρρώστιας	33
3.1.2 Δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει	35
3.2 Θάνατος από χρόνιες παθήσεις	36
3.3 Απρόσμενος θάνατος	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

4.1 Πένθος	45
4.2 Απώλεια	48
4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη	51

4.4 Πορεία του πένθους	54
------------------------	----

- Ψυχολογικές αντιδράσεις
- Συμπεριφορικές αντιδράσεις
- Σωματικές αντιδράσεις
- Κοινωνικές αντιδράσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

5.1 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του ιατρού	62
5.1.1 Ιατρός και θάνατος	65
5.2 Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή	67
5.2.1 Νοσηλευτής και θάνατος	70
5.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	72
5.3.1 Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού	74
5.3.2 Κοινωνικός λειτουργός και θάνατος	76
5.3.3 Βurnout ένας επαγγελματικός κίνδυνος για τους κοινωνικούς λειτουργούς	78
5.4 Ο ρόλος του ψυχολόγου στο χώρο της υγείας	82
5.4.1 Ψυχολόγος και θάνατος	86
5.5 Αντιδράσεις μελών του προσωπικού υγείας	88
5.6 Επαγγελματική εξουθένωση	91
5.6.1 Αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα	97
6.2 Προτάσεις	100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αφειτηρία της εργασίας μας αυτής, ήταν οι προσωπικές μας επαφές και εμπειρίες με το θάνατο. Ο ψυχικός πόνος που προκαλεί η απώλεια ενός αγαπημένου μας προσώπου, δεν αποτυπώνεται σε λέξεις, φράσεις ή εργασίες. Αυτό που θεωρητικά καταθέτουμε εδώ, δυστυχώς στην πραγματικότητα είναι πολύ πιο οδυνηρό.

Σαν άνθρωποι λοιπόν αλλά και σαν μελλοντικοί επαγγελματίες μας γεννήθηκε το εύλογο ερώτημα, τι κάνουν οι επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση του ενδονοσοκομειακού θανάτου.

Για να απαντήσουμε λοιπόν στο ερώτημά μας αυτό, προσπαθήσαμε να αναλύσουμε όσο ήταν δυνατόν, τα συναισθήματα του ατόμου στην τελική φάση της ζωής του, τα συναισθήματα των συγγενών του ή του οικείου του περιβάλλοντος καθώς και τις διεργασίες πένθους. Έτσι μπορέσαμε να καταλήξουμε, να απαντήσουμε στο τι πρέπει και μπορεί να κάνει ο επαγγελματίας υγείας.

Ελπίζουμε, αυτή η εργασία να αποτελέσει ερεθισμό για μάθηση αλλά και παρακίνηση για ανάπτυξη ενδιαφέροντος προς το ετοιμοθάνατο άτομο, τα προβλήματά του και τις ανάγκες του. Τόσο για τους νέους που σπουδάζουν την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τι πίστευαν άραγε οι πιο μακρινοί μας πρόγονοι για το θάνατο; Γενικά, δεν μπορούμε να ξέρουμε. Όπως το έθεσε ο Ζωολόγος J. Z Young, «οι τελετουργίες και οι χοροί, όπως ο φόβος για τους δαίμονες ή οι βλέψεις προς τους θεούς, αφήνουν λίγα ή καθόλου ίχνη.»

Η αρχαιολογία μπορεί να προσθέσει λίγα πράγματα στην αντίληψη μας γι' αυτά που οι αρχαίοι Έλληνες σκέφτονταν για το θάνατο. Μπορεί να μας πει πάρα πολλά για το τι έκαναν για το θάνατο. Οι περιορισμοί όλων αυτών των μαρτυριών, είναι ότι ενώ μας πληροφορούν για το τι έκαναν οι Έλληνες, η αντίληψη μας για το λόγο που το έκαναν, πρέπει να βασιστεί σε όσα μαθαίνουμε από άλλες πηγές ή οφείλονται στη φαντασία μας. (Greek Burial Customs ,6.17).

Στην πραγματικότητα, αυτό που κατάφερε να κάνει η ανθρωπολογία ήταν να σηματοδοτήσει και να περιγράψει, όχι την ομοιομορφία, αλλά την ακραία ποικιλία των τρόπων με τους οποίους τα άτομα και οι κοινωνίες αντιμετωπίζουν το γεγονός του θανάτου.

Στο πρόσφατο έργο τους , Celebrations of Death, οι Huntington και Metcalf αρχίζουν ως εξής: «Τι θα μπορούσε να είναι πιο καθολικό από το θάνατο; Ωστόσο, πόσες και πόσες διαφορετικές αντιδράσεις δεν ανακαλεί; Καίνε ή ενταφιάζουν τους νεκρούς , με ή χωρίς τη θυσία ζώων ή ανθρώπων τους συντηρούν με το κάπνισμα , την ταχίρευση ή την άλμευση , τους τρώνε - ωμούς , μαγειρεμένους ή σαπισμένους , τους εκθέτουν με ιεροτελεστίες σαν ψοφίμια ή απλώς τους εγκαταλείπουν, ή τους διαμελίζουν και τους χρησιμοποιούν ποικιλοτρόπως. Οι κηδείες είναι μια ευκαιρία για να αποφύγει κανείς τον κόσμο ή για να κάνει πάρτι, για

να πολεμήσει ή να επιδοθεί σε σεξουαλικά όργια, για να κλάψει ή να γελάσει, με χίλιους δυο διαφορετικούς συνδυασμούς». Η ποικιλία των αντιδράσεων στους διάφορους πολιτισμούς, αποτελεί μέτρο του παγκόσμιου αντίκτυπου που έχει ο θάνατος. Δεν είναι όμως τυχαίες, οι αντιδράσεις αυτές έχουν πάντοτε ένα νόημα και εκφράζουν κάτι.

Θα μπορούσαν να είχαν προσθέσει ότι πάντοτε οι αντιδράσεις αυτές, τείνουν να είναι σταθερές σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη κοινωνία, τα έθιμα και οι δοξασίες γύρω από το θάνατο σε συγκεκριμένες κοινωνίες φυσικά και αλλάζουν, αλλά μια τέτοια αλλαγή συνήθως προκαλεί σημαντική συντηρητική αντίσταση.*(Ανδρικόπουλος Παντελής, 1999)*

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Το Θιβητιανικό βιβλίο των νεκρών περιέχει τα διδάγματα των σοφών που έζησαν στο Θιβέτ δεκάδες αιώνες πριν. Τα διδάγματα αυτά μεταδόθηκαν στις κατοπινές γενιές από στόμα σε στόμα, για να συγκεντρωθούν τελικά στο βιβλίο αυτό που γράφτηκε τον 8^ο π. Χ. αιώνα και φυλάχτηκε σχολαστικά για να μην γίνει γνωστό το περιεχόμενο τους στους ξένους.

Πρώτα-πρώτα, οι σοφοί που το 'γραψαν θεωρούσαν το θάνατο σαν μια τέχνη που μπορούσε κανείς να την κάνει είτε καλά είτε άσχημα, ανάλογα με το αν είχε ή όχι τις απαιτούμενες, για την άσκησή της, γνώσεις. Από τούτο το βιβλίο διάβαζαν αποσπάσματα στις κηδείες καθώς και στους ετοιμοθάνατους, στις τελευταίες τους στιγμές. Στην τελευταία αυτή περίπτωση, η ανάγνωση εξυπηρετούσε διπλή σκοπιμότητα:

- βοηθούσε το άτομο που πέθαινε να διατηρήσει στο νου του καθαρά κάθε καινούρια εμπειρία που δοκίμαζε στις ύστατες αυτές στιγμές του.
- βοηθούσε τους επιζώντες να κάνουν θετικές σκέψεις και να μην κρατάνε τον ετοιμοθάνατο στη ζωή με την αγάπη τους και τα συναισθηματικά τους ξεσπάσματα, ώστε να μπει στον άλλο κόσμο με καθαρό μυαλό και λεύτερος από τις έγνοιες του σώματος (B.G. Εβανς – Γουέντζ, 1970).

Το ότι οι ζωντανοί έρχονται πράγματι από τους νεκρούς, όπως ο Σωκράτης ενορατικά είχε αντιληφθεί, υποστηρίζει και η παραπάνω πραγματεία, όχι χάριν της παραδόσεως ή της πίστεως αλλά βασισμένη στην αναμφισβήτητη μαρτυρία των γιόγκις που ισχυρίζονται ότι πέθαιναν και ξαναγεννήθηκαν συνειδητά.

Ο πιο συνηθισμένος ίσως παραλληλισμός είναι εκείνος ανάμεσα στο θάνατο και στον ύπνο. Το να πεθαίνεις λέμε, είναι κοινότατο στις καθημερινές συζητήσεις και σκέψεις μας, μα και στην λογοτεχνία διαφόρων πολιτισμών και εποχών. Έτσι, το ίδιο συνηθισμένο, όπως και σήμερα, ήταν τούτο το λεκτικό σχήμα στην εποχή των Αρχαίων Ελλήνων. Στην «Ιλιάδα» για παράδειγμα ο Όμηρος, αποκαλεί το θάνατο «αδερφό του ύπνου» και ο Πλάτων στην «Απολογία» βάζει στο στόμα του δασκάλου του, τον Σωκράτη, που είχε καταδικαστεί σε θάνατο από τους Αθηναίους, τα παρακάτω λόγια:

«Αν λοιπόν ο θάνατος, δεν είναι παρά ένας ύπνος δίχως όνειρα, τότε τον θεωρώ θείο δώρο. Γιατί υποθέτω, πως αν ζητούσαμε από κάποιον, να ξεχωρίσει απ' όλες τις νύχτες της ζωής του, την νύχτα εκείνη στην διάρκεια της οποίας κοιμήθηκε τόσο βαθιά, ώστε δεν ονειρεύτηκε καθόλου και αν ύστερα του γυρεύαμε να μας πει, αφού πρώτα σκεφτεί καλά, πόσες καλύτερες και πιο ευτυχισμένες μέρες και νύχτες από τη νύχτα αυτή, είχε περάσει σ' ολάκερη τη ζωή του, τότε νομίζω πως (αυτός ο κάποιος) δεν θα δυσκολευόταν να ξεχωρίσει τούτες τις μέρες και νύχτες απ' όλες τις υπόλοιπες της ζωής του. Αν κάτι παρόμοιο είναι και ο θάνατος, ε λοιπόν τον θεωρώ θείο δώρο, αφού αντιμετωπίζοντας το ζήτημα μ' αυτόν τον τρόπο, η ζωή ολάκερη, μπορεί να θεωρηθεί σαν μια και μοναδική νύχτα».

Ο φιλόσοφος Πλάτων, ένας από τους μεγαλύτερους στοχαστές όλων των εποχών, έζησε στην Αθήνα από το 428 ως το 348 π. Χ. Μας άφησε είκοσι δύο φιλοσοφικά έργα ή διαλόγους στους περισσότερους από τους οποίους κύριος συνομιλητής είναι ο δάσκαλός του, ο σοφός Σωκράτης.

Ο Πλάτων πίστευε πολύ στην χρήση του αιτίου και του αιτιατού, σαν μέσων για να φτάσει κανείς στην αλήθεια και στη σοφία, αλλά μονάχα, ως ένα σημείο, γιατί συγχρόνως ο Πλάτων ήταν και ένας μεγάλος οραματιστής, που δίδασκε πως η αλήθεια μπορεί να αποκαλυφθεί σε

κάποιον, μέσα από μια μυστικιστική εμπειρία φώτισης. Τα έργα του Πλάτωνος, είναι γεμάτα από περιγραφές του θανάτου, για παράδειγμα, ο Πλάτων ορίζει το θάνατο, σαν τον αποχωρισμό του ασώματου στοιχείου του ανθρώπου, της ψυχής δηλαδή, από το φυσικό στοιχείο, το σώμα και θεωρεί πως η ψυχή υπόκειται σε πολύ λιγότερους περιορισμούς από όσους το σώμα. Τονίζει ακόμα, ότι ο χρόνος δεν είναι στοιχείο του κόσμου που υπάρχει πέρα από το φυσικό, επαίσθητο κόσμο. Ο άλλος κόσμος είναι αιώνιος και για να χρησιμοποιήσω τα λόγια του Πλάτωνος, «ο χρόνος δεν είναι παρά μια φανταστική αντανάκλαση της αιωνιότητας». Αναφέρει ακόμα, πως πολλοί την ώρα του θανάτου τους, μπαίνουν σε μια βάρκα που τους περνάει μέσα από μια υδάτινη έκταση στην «ανταπόκρινη όχθη», την όχθη της μεταθανάτιας ζωής τους. Κι ενώ, όπως αναφέραμε παραπάνω, ο Πλάτων (με το στόμα του Σωκράτη) κάνει λόγο στον «Φαίδωνα» για τον πανάρχαιο παραλληλισμό του θανάτου με τον ύπνο και τη λησμονιά, τελικά ο σκοπός του είναι, να αποδείξει το άτοπο και το άστοχο, τούτου του παραλληλισμού.

Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, η ψυχή σμίγει με το φυσικό σώμα, προερχόμενη από έναν κόσμο ανώτερο, θείο. Για τον αρχαίο αυτό φιλόσοφο η γέννηση και όχι ο θάνατος μοιάζει με τον ύπνο και την λησμονιά, αφού η ψυχή καθώς γεννιέται μέσα στο σώμα, περιορίζει σημαντικά το πεδίο της γνώσης της και στο μεταξύ ξεχνάει τις αλήθειες που γνώριζε όσο βρισκόταν έξω από το σώμα. Ο θάνατος συνεπώς, είναι «ξύπνημα». (*Raimont Mouny, 1975-77*).

ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Ο άνθρωπος, εφευρίσκοντας «Θεούς» και περιβάλλοντάς τους με τη δύναμη να διατηρούν τη ζωή έπ' άπειρον, εξασφάλιζε στον ίδιο του τον εαυτό την απαραίτητη ικανότητα να ενεργεί αποφασιστικά, αψηφώντας το θάνατο. Γιατί, ενώ δεν μπορούσε να ξεπεράσει το θάνατο, μπορούσε να εκτελεί ειδικές πράξεις-τελετές που σύμφωνα με τις παραδόσεις του, τον βοηθούσαν να επιζήσει πέρα απ' τον τάφο. Η θρησκεία προσφέρει μια «φόρμουλα δράσης» που ανακουφίζει αυτήν την πίεση του θανάτου, ενώ δεν συνεχίζει τη ζωή, εκπληρώνει τον αποφασιστικό ρόλο της διατήρησης του μύθου ότι συνεχίζει τη ζωή.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΤΕΡΑ ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ

➤ Ισλαμισμός

Η αντίληψη περί θανάτου στον Ισλαμισμό καθορίζεται από το Κοράνιο, και την πρακτική ερμηνεία του Κορανίου στα Χαντίθ. Τι λέει λοιπόν το Κοράνιο για το θάνατο; Ο θάνατος, όπως και καθετί στη δημιουργημένη τάξη, εξαρτάται από την επιθυμία του Θεού, και δεν μπορεί να συμβεί χωρίς την άδειά του. Το Κοράνι έχει την απόλυτη εξουσία η οποία ακολουθείται τυφλά. Ο Ισλαμισμός διατηρεί τη θυσία κυριολεκτικά ως θρησκευτικό καθήκον, αλλά σε σαφείς και περιορισμένες περιστάσεις, κυρίως τη θυσία κατά τη διάρκεια του προσκυνήματος στη Μέκκα-μια κατσίκα ή ένα πρόβατο για έναν άντρα ή μια οικογένεια. Αλλά η θυσία αυτή δεν σχετίζεται με την κατανόηση του θανάτου, περιλαμβάνεται στα καθήκοντα τα οποία, αν πραγματοποιηθούν, επιτρέπουν σε ένα Μουσουλμάνο να προσεγγίσει το θάνατο δίχως φόβο. (Παπαδήμας, 1996)

➤ Ιουδαϊσμός

Τα σχετικά δεδομένα της εβραϊκής κουλτούρας, όπως καθορίζονται από τον Ιουδαϊκό νόμο, που απαιτεί θάνατο με αξιοπρέπεια, αλλά και με κάποιο σκοπό που να επιτρέπει στον ετοιμοθάνατο να τακτοποιεί τα του σπιτιού του, να ευλογεί την οικογένεια του, να στέλνει μηνύματα σε πρόσωπα που θεωρεί σημαντικά και να μερεύει με το Θεό. Η σοβαρότητα εφαρμογής των σχετικών εντολών του Ιουδαϊκού νόμου εξαρτάται στην κάθε περίπτωση, από τα πρόσωπα που συμμετέχουν στις εκδηλώσεις, που μας ενδιαφέρουν καθώς κι από το βαθμό που σμίγει η ταυτότητα του ετοιμοθάνατου με την όλη ζωή του. Μα οι καθορισμένες διαδικασίες που συνοδεύουν το θάνατο ενός εβραίου, αν έχουν το ουσιαστικό τους νόημα, δίδουν την απαιτούμενη διέξοδο δ' όλες αυτές τις ανάγκες του.

Στην Ιουδαϊκή Παράδοση ο θάνατος του Μωυσή παριστάνεται σαν ο ιδεώδης θάνατος. Ξεψύχησε με ένα φίλημα. Και σαν από θεία δωρεά, απόφυγε την αγωνία του θανάτου. Φαίνεται ν' ανταποκρίνεται πλήρως στο γράμμα και στο πνεύμα της «Hallacha» η προσπάθεια του γιατρού και των δικών του ν' ανακουφίσουν από το φυσικό πόνο και την ψυχική στεναχώρια του ετοιμοθάνατου με παραλήψεις. Σαν έρθει ο θάνατος, το φυσικό τέρμα της ανθρώπινης υπόστασης, που είναι αναπόφευκτο, γίνεται αποδεκτό σαν καθαρισμός της ανθρώπινης μοίρας από τον Αιώνιο και ΔΙΚΑΙΟ ΚΡΙΤΗ. (Παπαδήμας, 1996)

➤ Χριστιανισμός

Ο Χριστιανισμός ενώ δεν απαξιώνει την εγκόσμια ζωή θεωρεί το θάνατο είσοδο σε μια υπέρτερη υπαρξιακή σφαίρα στην περιοχή της αιωνιότητας. Για το χριστιανικό δόγμα, η ψυχή είναι αθάνατη και έρχεται στον κόσμο για να δοκιμαστεί η ηθική της ποιότητα. Όταν με το θάνατο

ελευθερωθεί από τα δεσμά της ύλης μεταβαίνει στους ουρανούς όπου θα ζήσει με άλλο τρόπο, εντελώς διαφορετικό από τον «γήινο». Μια «είσοδος» υπάρχει για κάθε προσωπικό ων: η «γέννηση» και μια «έξοδος». Ο «θάνατος» που οδηγεί σε μια ζωή «αλλού» και «αλλιώς» στην αληθινή και ατελεύτητη. Η χριστιανική αντίληψη για το θάνατο δεν μας απαλλάσσει από την αντικειμενική πραγματικότητα και την οδύνη του θανάτου με κάποια αντισταθμιστική υπόσχεση για ανάσταση. (Λουπασάκης Θεόδωρος)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Ο θάνατος είναι ένα γεγονός με αμφιλεγόμενο χαρακτήρα, φυσικό και διαταξικό (όπως η γέννηση, η σεξουαλικότητα, η πείνα, η δίψα, το γέλιο), κοινωνικό (όπως οποιοδήποτε επεισόδιο της ανθρώπινης πράξης), πολιτισμικό γεγονός που γίνεται αισθητό και βιώνεται κάτω από μια επίφαση, η οποία οφείλει να το εξηγεί και να το δικαιολογεί συνάμα.

Φτάνουμε έτσι στο ζήτημα του πολιτισμικού μηχανισμού. Ο θάνατος συναντά όλους τους ανθρώπους, όλων των τάξεων και όλων των εθνών. Τους συναντά όμως, κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Ο θάνατος καθορίζεται, για κάθε άνθρωπο από την ένταξή του, σε ένα σύνολο φυλετικό, οικογενειακό, εθνικό, πολιτισμικό και θρησκευτικό.

Κάθε άνθρωπος, σκέφτεται το θάνατο το δικό του και των δικών του, και ο θάνατος αυτός, που δεν μπορεί να αναχθεί σε κανέναν άλλον, είναι σε μεγάλο βαθμό προκαθορισμένος.

Ακούς να λένε, ότι ο θάνατος είναι κάτι το φυσικό, ότι ενώπιον του, όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι. Μ' αυτόν τον τρόπο, ο λόγος προσδίνει στο θάνατο σημασίες οικουμενικές αλλά και υπερβατικές, σε σχέση, με τις πραγματικές πρακτικές του θανάτου, πρακτικές που επιδιώκουν να δικαιολογήσουν το θάνατο, ως φυσικό γεγονός και άρα να αποκρύψουν

την έλλειψη ισότητας απέναντι στο θάνατο, να συγκαλύψουν την ανισότητα των ευκαιριών που έχουν οι άνθρωποι όσο ζουν, να καταστήσουν παραδεκτό το καθεστώς αυτό, ως φυσικό (ως μοιραίο) δηλαδή σε τελευταία ανάλυση, να εμφανίσουν ως φυσικό και αναπόφευκτο, ένα σύστημα ζωής, θεμελιωμένο στην ανισότητα. (Zan Zingκέρ, 1985)

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Οι περισσότεροι από μας φοβόμαστε να πεθάνουμε, γιατί δεν ξέρουμε τι σημαίνει να ζούμε. Δεν ξέρουμε πώς να ζούμε, άρα δεν ξέρουμε πώς να πεθαίνουμε. Όσο φοβόμαστε τη ζωή, θα φοβόμαστε και το θάνατο. Ο άνθρωπος που δε φοβάται τη ζωή δεν φοβάται να 'ναι τελείως ανασφαλής, γιατί καταλαβαίνει ότι εσωτερικά, ψυχολογικά, δεν υπάρχει ασφάλεια. Όταν δεν υπάρχει ασφάλεια υπάρχει μια αδιάκριτη κίνηση και τότε ο θάνατος και η ζωή είναι το ίδιο. Ο άνθρωπος που ζει χωρίς συγκρούσεις, που ζει με αγάπη και ομορφιά, δε φοβάται το θάνατο γιατί το να αγαπάς είναι το να πεθαίνεις.

Αν πεθάνεις για όλα όσα ξέρεις, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειάς σου, της μνήμης σου, αν πεθάνεις για το κάθε τι που έχεις νιώσει, τότε ο θάνατος είναι κάθαρση, είναι μια διαδικασία που αναζωογονεί, τότε ο θάνατος φέρνει αγνότητα και μόνο οι αγνοί είναι γεμάτοι πάθος και όχι εκείνοι που πιστεύουν ή προσπαθούν να μάθουν τι γίνεται μετά θάνατον.

Για να ανακαλύψεις τι πραγματικά συμβαίνει όταν πεθαίνεις, πρέπει να πεθάνεις. Πρέπει να πεθάνεις, όχι φυσικά αλλά ψυχολογικά, εσωτερικά, να πεθάνεις για τα πράγματα που έχεις λατρέψει και για τα πράγματα που σε στεναχωρούν. Αν έχεις πεθάνει για μια από τις καταστάσεις που σου φέρνουν ευχαρίστηση, την πιο μικρή ή την πιο μεγάλη, φυσικά χωρίς

καμία ενίσχυση ή αντίρρηση, τότε ξέρεις τι σημαίνει να πεθάνεις. Το να πεθάνεις είναι το να 'χεις ένα μυαλό τελείως άδειο από τις καθημερινές επιθυμίες, ικανοποιήσεις και αγωνίες σου. Ο θάνατος είναι μια ανανέωση, μια μετάλλαξη, στην οποία η σκέψη δεν λειτουργεί καθόλου, γιατί η σκέψη είναι παλιά. Όταν υπάρχει θάνατος, υπάρχει κάτι τελείως καινούριο. Η ελευθερία από το γνωστό είναι ο θάνατος και μετά ζεις πραγματικά. (Κρισμαμούρτι, 1985)

ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Θάνατος καλείται: «η τέλεια και οριστική κατάπαυση πασών των λειτουργιών του σώματος, την οποίαν ακολουθεί αποσύνθεσης αυτού. Η κατάπαυση αυτή γίνεται δι' ανατροπής των συνθηκών της ζωής. Τα αίτια του κατά φύσιν θανάτου υπάρχουν εις αυτόν τούτον τον ζώντα οργανισμόν και δεν οφείλονται εις άθροισιν των εκ του εξωτερικού κόσμου βλαβερών επιδράσεων διότι εις τους γέροντας, ακόμη και εκείνους οι οποίοι κατά την ζωή των ουδεμία υπέστησαν βλάβη όπως και εις εκείνους οι οποίοι είχαν πολύ και συχνά νοσήσει, επιφαίνεται ατροφία σχεδόν των οργάνων.»(Μπεναρδής, 1985)

Ο θάνατος είναι: «συνέπεια στάσεως της θρέψεως των κυττάρων του οργανισμού, είτε διότι το πρωτόπλασμα των κυττάρων καθίσταται πλέον ανίκανον να εκτελέσει τας λειτουργίας της ανταλλαγής της ύλης είτε διότι το περιβάλλον των κυττάρων καθιστά αδύνατον την ταύτην ανταλλαγήν. Κατά τας στατιστικές ο θάνατος είναι συχνότερος από του μεσονυχτίου μέχρι της 7^{ης} πρωινής και ιδιαιτέρως από της 5^{ης} έως 6^{ης} πρωινής. Εις τας γυναίκας φαίνεται συχνότερος μεταξύ 6-7 το βράδυ.» (Μπεναρδής, 1985)

Ο θάνατος διακρίνεται: «εις φυσικόν, αιφνίδιον, εκ νόσου και βίαιον. Ο φυσικός ή φυσιολογικός θάνατος σπανίως απαντώμενος, νοείται

επί ατόμου υγιούς το οποίον αποθνήσκει ησύχως άνευ αγωνίας, λόγω γήρατος και βαθμιαίας τρόπων τινά μεταπτώσεως εκ της ζωής εις τον θάνατον».

«Ο αιφνίδιος θάνατος είναι η απρόοπτος και ταχεία λήξης της ζωής, προκαλούμενη πάντοτε υπό τίνος εσωτερικής αιτίας αγνώστου, παθολογικής φύσεως».

«Ο εκ νόσου θάνατος είναι ο συχνότερον επερχόμενος συνέπεια καταστροφής σημαντικού τινός οργάνου του σώματος, η αναστολής της λειτουργίας αυτού (καρδιά, αναπνοή) ή συνέπεια τοξικής διαποτίσεως και καταστροφής των κυτταρικών λειτουργιών».

«Βίαιος θάνατος είναι ο εκ διαφόρων ατυχημάτων ή επιδράσεων, σκοπίμως, εξωτερικής βίας επερχόμενος (έγκλημα, θανάτωσης, κατακεραύνωσης κ.λ.)».

«Η περιποίηση του νεκρού πρέπει να γίνει πριν παρέλθουν 5 ώραι από του θανάτου πριν επέλθει η πτωματική δυσκαμψία. Εκ του νόμου δεν επιτρέπεται ταφή προ της παρελεύσεως 24 ωρών και άνευ βεβαιώσεως θανάτου παρά ιατρού».(Μπεναρδής, 1985)

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Ένα ζωντανό πλάσμα είναι μια περίπλοκη χημική μηχανή. Κατά συνέπεια η επιβίωσή του, διέπεται από τους νόμους της φυσικής και της χημείας, και «η διάλυσις εις τα ανόργανα αυτά στοιχεία αυτού» είναι ο ορισμός του θανάτου σύμφωνα με τον Χρ.Ανδρούτσου στο «λεξικόν Φιλοσοφίας».(Ανδρούτσος Χρήστος, 1984)

Ο βιολόγος Reaney Darryl, τονίζει ότι πρέπει να εξετάσουμε το θάνατο από μια εξελικτική σκοπιά, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να μελετήσουμε τους βιολογικούς μηχανισμούς που διατηρούν την ζωή, αφηφώντας το θάνατο.

Τα στοιχεία αυτά δομούνται γύρω από μια μηχανική αρχή, που ονομάζεται αρνητικός κύκλος ανάδρασης, που κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι, σε κάθε ενόχληση που απειλεί να διαταράξει το σύστημα προκαλεί συνήθως μια συγκεκριμένη αντίδραση, που χρειάζεται το σύστημα για να αποκαταστήσει την αρχική του κατάσταση.

Ο αρνητικός κύκλος ανάδρασης είναι ένα «κίνητρο ζωής» και απαντάται από το επίπεδο των κυττάρων ως τα μεγάλα ζώα. Όμως ο άνθρωπος και μόνον αυτός ανάμεσα στα άλλα πλάσματα, ξέρει ότι δεν μπορεί ποτέ να ξεφύγει από τον θάνατο. *(Darryl Reanney, 1992)*

NΟΜΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

Ο θάνατος αφορά το ποινικό δίκαιο μόνο ως έγκλημα, δηλαδή ως προσβολή του έννομου αγαθού της ζωής που συγχωνεύει ταυτόχρονα την έννοια της «πράξης ή παράληψης άδικης και ακαταλόγιστης στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από τον νόμο».

Σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα, κεφ.15 εγκλήματα κατά της ζωής θεωρούνται τα: ανθρωποκτονία με πρόθεση, ανθρωποκτονία με συναίνεση, ανθρωποκτονία από αμέλεια, συμμετοχή σε αυτοκτονία, παιδοκτονία, τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, έκθεση-παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής .

Γι' αυτό ο θάνατος αποτελεί το νήμα που συνδέει δεκάδες συμπεριφορές και αντίστοιχες ποινικές προβλέψεις που είτε προκαλούν γενική διακινδύνευση περισσότερων έννομων αγαθών μεταξύ των οποίων και η ζωή, είτε δημιουργούν κίνδυνο για την ζωή, συγκεκριμένο ή αφηρημένο, είτε έχουν ως αποτέλεσμα την προσβολή της. Αυτές τις παρατηρήσεις αποτελούν βασικό εργαλείο για την κατανόηση των πολύπλοκων ερωτημάτων και απαντήσεων του δικαίου απέναντι στο

θάνατο αλλά και της πολύμορφης αμηχανίας του απέναντί
του.*(Α.Μαυρομάτη, 1996)*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

2.1 ΕΙΣΟΔΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, η παραμονή του σ' αυτό αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της. Ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο μικρός ή μεγάλος, δεν μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας προς αυτόν.

Από την εμφάνιση της νόσου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας κ.α. Επειδή ο ασθενής, από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων, δε μπορεί να κρίνει τη βαρύτητα της καταστάσεώς του, συχνά ανησυχεί και αγωνιά για ασήμαντα πράγματα. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο της ζωής του. Έρχεται στο νοσοκομείο όχι σαν μια απλή περίπτωση ασθένειας, αλλά σαν άτομο, μέλος μιας οικογένειας και πολίτης της κοινωνίας. Έρχεται βέβαια με ένα πρόβλημα υγείας, αλλά και με πολλές προσωπικές φροντίδες. Αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και τις ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σ' ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον. Επιπρόσθετα η εισαγωγή του στο νοσοκομείο τον υποχρεώνει σε αδράνεια και εξάρτηση από το προσωπικό και άλλοι τώρα αποφασίζουν για τα προσωπικά του θέματα.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, κάθε υπάλληλός του πρέπει να κατανοήσει ότι ο εισερχόμενος είναι άνθρωπος, άνθρωπος που πάσχει, και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι η ενδεδειγμένη. Κάθε λέξη, κάθε

έκφραση του προσώπου, κάθε κίνηση του σώματος κλπ μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή, για εύκολη προσαρμογή του στο νέο και δυσάρεστο περιβάλλον του νοσοκομείου ή να περιπλέξουν την κατάσταση.

Ο ασθενής που για πρώτη φορά μπαίνει στο νοσοκομείο αισθάνεται μόνος, είναι στενοχωρημένος, δεν έχει διάθεση και δοκιμάζει πολλούς φόβους. Για τον περιορισμό αυτών των συναισθημάτων επιβάλλεται να καταβληθεί προσπάθεια από όλο το προσωπικό υγείας. Τα συναισθήματα αυτά, δεν πρέπει να περνούν απαρατήρητα, πρέπει να γίνονται αντιληπτά και να καταβάλλεται προσπάθεια να τονωθεί ο ασθενής.

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κάθε πρόβλημα υγείας προκαλεί, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στρες στο άτομο που πάσχει. Μερικές φορές το στρες είναι υπερβολικά αυξημένο και έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχων να παραλύει και να αδυνατεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων· σε τέτοιες περιπτώσεις ο άρρωστος βιώνει μια τόσο έντονη ψυχική αναστάτωση, που συντελεί στην εμφάνιση μιας ψυχολογικής «κρίσης». Ξαφνικά η πεποίθηση του ατόμου ότι ο κόσμος στον οποίο ζει είναι ασφαλής, κλονίζεται. Συνειδητοποιεί ότι η αρρώστια, η αναπηρία, ο πόνος, η πιθανότητα θανάτου δε συμβαίνουν μόνο σε άλλους, αλλά μπορεί να συμβούν και στον ίδιο. Καλείται, λοιπόν, με «βίαιο» σχεδόν τρόπο να προσαρμοστεί σε μια νέα, άγνωστη και απειλητική πραγματικότητα. Στην πραγματικότητα της εισαγωγής του στο νοσοκομείο.

Ο W. T. Schraml (1982) αναφέρει ότι οι πιο συχνές ψυχολογικές διεργασίες και τα προβλήματα που εμφανίζει η συμπεριφορά του ατόμου που μπαίνει στο νοσοκομείο έχουν ως εξής:

α) Παλινδρόμηση: το άτομο υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς, που ταιριάζουν σε ηλικία, μικρότερη από τη δική του. Το ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι όλη μέρα ή πολλές φορές χρειάζεται βοήθεια ακόμη και για να κάνει τις φυσικές του ανάγκες ή είναι ανάγκη να κάνει ειδική διαίτα, όλα αυτά επαναφέρουν εικόνες της ζωής από τα παιδικά χρόνια και έτσι «μεταβάλλεται» σε παιδί.

β) Άλλη τυπική συμπεριφορά είναι ο εγωκεντρισμός: ο ασθενής έχει την τάση να θέλει να γυρίζουν όλα γύρω από τον εαυτό του, γίνεται πιο εγωιστικός, «ζηλεύει» όταν δοθεί προσοχή και φροντίδα σε άλλον, μιλά πολύ για τα συμβάντα στον οργανισμό του, εστιάζεται δηλαδή η προσοχή σε θέματα υγείας θεωρώντας άλλες συζητήσεις σαν έλλειψη αγάπης και ενδιαφέροντος. Μ' αυτόν τον τρόπο γίνεται κουραστικός και μονότονος.

γ) Συχνά συμβαίνει να παρατηρούμε το φαινόμενο της λεγόμενης «μαγικής σκέψης» που έρχεται σε αντίθεση με τη λογική σκέψη. Ασθενείς που πάσχουν από βαριές, μακροχρόνιες ασθένειες, νομίζουν π.χ. πως με ορισμένες σκέψεις ή πράξεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά μια κατάσταση και να φθάσουν σε ένα σκοπό. Όταν επίσης η ιατρική δεν μπορεί να αποδείξει την καθαυτό αιτιολογία (καρκίνος, κλπ), αρχίζουν οι ασθενείς οι ίδιοι να δίνουν διάφορες παράλογες ερμηνείες αυθαίρετα, ή δεν αποδέχονται τη σωστή θεραπεία και καταφεύγουν σε πρακτικές θεραπείες, κλπ. Λόγω της λεγόμενης «μαγικής σκέψης» μπορεί να δοθεί το ιστορικό της ασθένειας αλλοιωμένο και οι πληροφορίες που έχουμε να μην έχουν καμιά σχέση με την αντικειμενική πραγματικότητα.

δ) Η πιο συχνή αντίδραση είναι ο φόβος και το άγχος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μη νιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη δυνάμεων, κλπ, προκαλούν φυσιολογικό φόβο. Το άγχος είναι ένα διάχυτο δυσάρεστο συναίσθημα που αυξάνεται σε περιόδους ασθένειας, επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους όπως για παράδειγμα ο υγιής που δουλεύει, έχει ελευθερία κινήσεων, πλούσια ζωή σε ερεθίσματα και οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στις πιθανές επιλοκές της ασθένειας, στο θάνατο, κλπ.

Επιπλέον κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του, μοναδικό τρόπο στην εισαγωγή του στο νοσοκομείο αλλά και στη γνωστοποίηση της διάγνωσης της ασθένειάς του.

Οι αντιδράσεις ποικίλλουν ως προς την έκφραση αλλά και την έντασή τους. Άλλοτε έχουν εποικοδομητικές και άλλοτε αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις του με άλλους. Όταν επανειλημμένα παραγνωρίζει ή αρνείται τους φόβους, τις ανησυχίες, το θυμό, την κατάθλιψη του και αποξενώνεται από τον ίδιο του τον εαυτό, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το αμυντικό του σύστημα και τη γενικότερη

προσαρμογή του στην πραγματικότητα. Άλλες φορές, ενώ βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, διστάζει να τα εκφράσει είτε γιατί προσπαθεί να προστατεύσει τους ανθρώπους που αγαπά είτε γιατί το περιβάλλον του έχει δυσκολία να ακούσει και να αποδεχτεί όσα ο άνθρωπος μοιράζεται μαζί του.

Συχνά ο άρρωστος εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του· μερικές φορές σκέπτεται να αυτοκτονήσει ή βρίσκεται σε απόγνωση και νομίζει ότι θα «τρελαθεί». Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές, παρόμοιες με εκείνες που βιώνουν και άλλοι ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή τους αρρώστιας.

2.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Ως εκ τούτου κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού, έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και αντίστροφα, όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό.

Κατά την εισαγωγή ενός μέλους της οικογένειας στο νοσοκομείο, η οικογένεια επέρχεται σε κρίση. Κάθε κρίση που περνούν οι ασθενείς έχει άμεσο αντίκτυπο και στην οικογένειά του. Οι στενοί συγγενείς είναι και αυτοί κατά κάποιο τρόπο «ασθενείς» και χρειάζονται υποστήριξη. Σε πολλές περιπτώσεις έρχεται η δυστυχία ξαφνικά στην οικογένεια και οι συγγενείς δεν μπορούν να επεξεργαστούν ψυχολογικά το πρόβλημα μόνοι τους. Παρόλα αυτά προσπαθούν να βοηθήσουν και τον κύριο ασθενή, γιατί αυτά τα άτομα αποτελούν το συνδετικό του «κρίκο με τη ζωή». Όλη όμως η διαδικασία της επίσκεψης είναι συχνά μια τραυματική εμπειρία (απολύμανση χεριών, φόρεμα ειδικής ποδιάς και μετά να δουν το αγαπημένο τους πρόσωπο να είναι «προσδεμένο» σε μηχανήματα, πολλές φορές αναίσθητο ή με αλλοιωμένη από τραύματα μορφή).

Σ' αυτήν την περίπτωση χρειάζεται λεπτομερής πληροφόρηση:

- α) για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, την πορεία της ασθένειας και τη σημασία των ιατρικών εξετάσεων
- β) τι σημαίνει κάθε μηχανήμα, για ποιο λόγο γίνονται οι διάφορες μηχανικές επεμβάσεις, κλπ.

Η ψυχολογική κατάσταση των συγγενών του ασθενούς με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο βρίσκεται σε συνεχή εναλλαγή συναισθημάτων και κρίση. Στην αρχική φάση της εισαγωγής του αρρώστου, τα μέλη της οικογένειας βιώνουν μια διεργασία φόβου, έντονου άγχους και στρες, παρόμοια με εκείνη που βιώνει ο ασθενής κατά την

εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας περιλαμβάνουν:

α) αυξημένο άγχος, που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς των ανθρώπων να ανατρέψουν τις συνθήκες που βιώνει ο δικός τους άνθρωπος. Το άγχος αυτό συχνά συνοδεύεται από άρνηση, αγωνία, οργή, θυμό, ενοχές.

β) διαρκή ενασχόληση με σκέψεις που αφορούν την πορεία υγείας του αρρώστου αλλά και προβληματισμούς σχετικά με αρνητικά αποτελέσματα της υγείας του.

γ) έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα, άλλοτε ελπίδας και άλλοτε κατάθλιψης. Άλλοτε πάλι οι συγγενείς έχουν την τάση να προσεγγίζουν και να εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή, ενώ παράλληλα επιθυμούν να απομακρυνθούν εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί.

δ) προοδευτική συναισθηματική από- επένδυση από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το άτομο και τη σχέση τους μαζί του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η φυσιολογική από-επένδυση δεν οδηγεί απαραίτητα στην εγκατάλειψη του αρρώστου.

ε) έντονο προβληματισμό και προγραμματισμό, σχετικά με τις άμεσες ή απώτερες συνθήκες, που τυχόν προκύπτουν κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτές οι σκέψεις, ενώ προκαλούν ενοχές, αυξάνουν τον ψυχικό πόνο των συγγενών, στην ουσία, αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας του φόβου για το άγνωστο.

Όπως προαναφέρθηκε, με την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο, το οικογενειακό περιβάλλον βιώνει διάφορες ψυχολογικές διεργασίες και καλείται να αντιμετωπίσει καινούριες καταστάσεις, άγνωστες προς αυτό. Χρειάζεται έντονη ψυχολογική υποστήριξη, ώστε να μπορέσει να βοηθήσει το ασθενές μέλος της αλλά και να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα που βιώνει. (Παπαδάτου, 1995)

2.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ – ΦΟΒΙΕΣ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να βλέπει κανείς το θάνατο. Ο θάνατος μπορεί να αποτελεί την αρχή της αιώνιας ζωής ή την τιμωρία των αμαρτιών μας, τη λύτρωση ή το φυσιολογικό τέλος της πορείας της ζωής. Οι στάσεις αυτές επηρεάζονται από τις θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις του ατόμου αλλά και από τη στάση του ευρύτερου κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου, στο οποίο ζει. Συχνά η έμφαση στις δυνατότητες της ιατρικής μας κάνει να ξεχνούμε την ύπαρξη του θανάτου ή να αρνιόμαστε ότι ο θάνατος είναι η φυσιολογική κατάληξη της ζωής. Μια τέτοια στάση όμως μας κάνει να αποφεύγουμε να δούμε την πραγματικότητα του θνήσκοντος ανθρώπου και να μην του παραστεκόμαστε ή να μη συμπαραστεκόμαστε στους συγγενείς που βιώνουν την οδυνηρή εμπειρία της ασθένειας και του θανάτου ενός δικού τους ανθρώπου.

Οι Kastenbaum και Aisenberg (1972) όρισαν τέσσερις βασικούς τρόπους με τους οποίους βιώνουμε το θάνατο, τη θλίψη, το πένθος. Αυτοί οι βασικοί τρόποι ονομάζονται συστήματα θανάτου και μπορούν να συνυπάρχουν μέσα στην ίδια κοινωνία, παρόλο που ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρο μας, κάποια συστήματα είναι πιο κυρίαρχα έναντι των άλλων.

Ένα σύστημα θανάτου περιλαμβάνει γνωστικά, θυμικά και συμπεριφορικά στοιχεία, δηλαδή μας διδάσκει τι να σκεφτόμαστε για το θάνατο, πώς να αισθανόμαστε γι' αυτόν και τι να κάνουμε ως προς αυτόν. Το σύστημα θανάτου είναι το άθροισμα των προσώπων, τόπων, ιδεών, παραδόσεων, πράξεων, συναισθημάτων και τυπικών λεκτικών προτάσεων που μας έρχονται στο νου ή λέγονται σε μια τέτοια περίπτωση. (Morgan, 1995)

Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που διαμορφώνουν ένα σύστημα θανάτου:

1) Η έκθεση στο θάνατο, δηλαδή η προσωπική εμπειρία που έχουμε για το θάνατο ενός δικού μας προσώπου ή του περιγύρου μας. Οι στάσεις μας και τα συναισθήματά μας, συχνά αλλάζουν, όταν ζήσουμε από κοντά το θάνατο και τις τελετουργίες της ταφής και του πένθους που τον συνοδεύουν.

2) Το προσδοκώμενο όριο ζωής, καθώς το όριο ζωής μεγαλώνει, μειώνονται συνεχώς οι πιθανότητες να εκτεθούμε σε μικρή ηλικία στο θάνατο

3) Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στις δυνάμεις της φύσης. Όσο περισσότερο πιστεύουμε στις δυνάμεις μας για τον έλεγχο της φύσης, τόσο λιγότερο μαθαίνουμε να αποδεχόμαστε το θάνατο

4) Η αντίληψη του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος. Σε μια ατομοκεντρική κοινωνία η στάση απέναντι στο θάνατο είναι διαφορετική από ότι σε μια συλλογική κοινωνία ή ομάδα, όπου το άτομο δεν έχει την ίδια βαρύτητα ως μοναδικό αυτόνομο πρόσωπο.

Ο Γάλλος φιλόσοφος Aries (1981) διέκρινε τέσσερα συστήματα θανάτου:

1) Ο ήμερος θάνατος ο οποίος αντανάκλα την άποψη ότι είναι φυσικό οι άνθρωποι να πεθαίνουν. Το σύστημα αυτό υπήρχε από παλιά στην ιστορία μέχρι και την εποχή μας. Αντανάκλα την εξοικείωση, προς την ιδέα του θανάτου. Αυτή η εξοικείωση ήταν συνέπεια των συχνών θανάτων στους ανθρώπους λόγω ασθενειών, πολέμων και άλλων φυσικών καταστροφών. Ένα τέτοιο σύστημα θανάτου κάνει τους ανθρώπους να εκτιμούν την αξία της ζωής και ταυτοχρόνως να αισθάνονται πιο υπεύθυνοι σε αυτό που κάνουν, διότι σύντομα θα φύγουν από αυτήν.

Γενικά η αποδοχή ή συνείδηση του θανάτου κάνει το θάνατο κυρίαρχο γεγονός της ζωής, το οποίο οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν, να αντιμετωπίζουν, προσφέροντας φροντίδα στο θνήσκοντα άνθρωπο και αναλαμβάνοντας οι ίδιοι με την οικογένεια όλη την ευθύνη της κηδείας.

2) Ο θάνατος του εαυτού. Κατά τον Agies (1981) στην περίοδο μεταξύ του 12^{ου} και 15^{ου} αιώνα, ο άνθρωπος άρχισε να αποκτά συνείδηση του εαυτού του. Αυτό επηρέασε και τις αντιλήψεις περί του θανάτου, που έγινε πλέον ο θάνατος ενός προσώπου. Το πρόσωπο αυτό είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του και κρίνεται για τις πράξεις του μετά θάνατο, πράγμα που σημαίνει ότι ο θάνατος δεν είναι πλέον μια αιώνια ανάπαυση, μια και το άτομο μπορεί να πάει είτε στον παράδεισο είτε στην κόλαση.

Η επιβίωση του προσώπου μετά το θάνατο, ανεξάρτητα από το διαχωρισμό της ψυχής από το σώμα, διασφαλίζεται με την αθανασία της ψυχής. Η ιδέα της αθανασίας οδηγεί ταυτοχρόνως στην προσπάθεια να παραμείνει η μνήμη του νεκρού ζωντανή και μετά θάνατο μεταξύ των ανθρώπων. Αυτό πετυχαίνεται μέσα από επιβλητικά ταφικά μνημεία που έχουν διάρκεια στο χρόνο.

3) Ο θάνατος του άλλου. Αυτό το σύστημα θανάτου κυριάρχησε κατά το 19^ο αιώνα. Ο φόβος αλλά και η περιέργεια για το θάνατο μεταφέρθηκαν από το θάνατο του εαυτού, στον θάνατο του άλλου. Ο άλλος μπορεί να είναι δικό μας πρόσωπο ή κάποιος ξένος. Ο θάνατος θεωρείται ως η τελευταία πράξη μιας σχέσης η οποία θα συνεχιστεί με την επανένωση του ζεύγους στον ουρανό. Ο θρήνος με άλλα λόγια δεν είναι για τον νεκρό αλλά γι' αυτόν που ζει και πονά για το θάνατο του άλλου, μέχρι που να «ξανασυναντηθούν».

4) Ο δικός μας θάνατος. Το σύστημα αυτό αρχίζει να αναδύεται στην εποχή μας και είναι απόρροια της ιατρικής προόδου και της μακροβιότητας. Η μακροβιότητα δημιουργεί μια νέα κατάσταση με νέες ασθένειες και εμπειρίες, που οδηγεί σε αναθεώρηση των προηγούμενων συστημάτων θανάτου. Έτσι οι άνθρωποι αρνούνται να δεχθούν το θάνατο ως κάτι φυσικό και εξετάζουν σοβαρά το θέμα της ευθανασίας όταν η ποιότητα ζωής του ατόμου είναι κακή και μη αναστρέψιμη.

Οι άνθρωποι αποστασιοποιούνται επίσης από τις τελετουργίες της ταφής και μειώνεται η συμβολή της ευρύτερης οικογένειας ή κοινωνικού περιγύρου στο πένθος των άλλων. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η έκθεση στο θάνατο, ενώ οι πενθούντες αποποιούνται τις αποφάσεις που αφορούν το θάνατο και βοηθούν στην αντιμετώπισή του κατά τη διάρκεια του πένθους.

Παράλληλα, κυρίως μετά τη μέση ηλικία αυξάνει η ευαισθησία μας σε παράγοντες που ενδεχομένως θα απειλήσουν την υγεία και τη ζωή μας ανεξάρτητα από το τι κάνουν οι άλλοι για τη δική τους ζωή. Ο θάνατος, με άλλα λόγια, αντιμετωπίζεται ως προσωπικό ζήτημα και όχι ως μια κοινή μοίρα που απαιτεί κοινή αντιμετώπιση. Η ελπίδα των ανθρώπων είναι ότι ελέγχοντας οι ίδιοι τη ζωή τους και αυτά που βλάπτουν την υγεία θα «αποφύγουν» ή θα αναβάλουν το θάνατο.

Ωστόσο η επιδημία του AIDS και οι εξαρτήσεις από ουσίες οδηγούν σε θάνατο νέα άτομα, διότι επέλεξαν να ζήσουν με έναν τρόπο που είναι ενδεχομένως σύμφωνος με τις επιθυμίες τους «ελέγχουν τη ζωή τους», όπως είναι η κυρίαρχη αντίληψη της εποχής. Τα φαινόμενα αυτά κάνουν τους ανθρώπους να συνειδητοποιούν ότι ο έλεγχος που έχουμε στη ζωή μας δεν εξοστρακίζει αυτομάτως το θάνατο. Αυτό τους δημιουργεί άγχος

ως προς το θάνατο. Ο θάνατος πλέον αντιμετωπίζεται ως ένα εμπόδιο στην επιδίωξη της ζωής και όχι ως ένας μετασχηματισμός της ζωής και μια μετάβαση σε μια νέα κατάσταση. Οι άνθρωποι επιπλέον δε βλέπουν το θάνατο με ήρεμη αποδοχή ούτε τον βιώνουν ως μια δύσκολη στιγμή του παρόντος που όμως εμπερικλείει μέσα της την ελπίδα, όπως διδάσκει η θρησκεία. Ο περιορισμός της προοπτικής μας μόνο στη ζωή και η άρνηση της πραγματικότητας του θανάτου μας κάνει να αψηφούμε το θάνατο ή να τον προκαλούμε με τις ενέργειές μας (κυρίως στις νέες ηλικίες). Αυτό συμβάλλει στα αυξημένα ατυχήματα των νέων, στις εξαρτήσεις από ουσίες, στην ανεξέλεγκτη βία, και στους βίαιους θανάτους, που απορρέουν από την άποψη ότι η ζωή η δική μου επιβεβαιώνεται μέσα από την επιβολή στους άλλους και ενδεχομένως μέσα από το θάνατο του άλλου.

Έτσι η εποχή μας ζει μια σχιζοφρενική κατάσταση που από τη μια αρνείται το θάνατο και από την άλλη τον προκαλεί· οι άνθρωποι φοβούνται το θάνατο και ταυτοχρόνως θέλουν να μπορούν να τερματίσουν τη ζωή τους (και ενδεχομένως τη ζωή των άλλων) κατά βούληση. Οι συνέπειες αυτού του συστήματος θανάτου αρχίζουν να διακρίνονται και αυτό ίσως μακροπρόθεσμα οδηγήσει σε κάποιες μεταβολές του. Αυτό μπορεί να συμβεί διότι το σύστημα αυτό συνυπάρχει με απόψεις των προηγούμενων συστημάτων, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν σε μια πιο θετική αντιμετώπιση του θανάτου, του δικού μας και των άλλων.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι άνθρωποι, σήμερα, αντιμετωπίζουν συχνά το θάνατο με άγχος, λύπη, θυμό ή και καρτερία. Μερικές φορές ο θάνατος μπορεί να θεωρείται και λύτρωση για το άτομο που πεθαίνει. Άλλοι άνθρωποι αμύνονται και αρνούνται ότι πονούν για το θάνατο του δικού τους ή ότι φοβούνται το θάνατο, ενώ άλλοι συζητούν και φαίνονται να αποδέχονται την ιδέα του θανάτου. Ωστόσο ο θάνατος δε γίνεται αντιληπτός το ίδιο από όλους τους ανθρώπους ή τις ηλικίες.

ΦΟΒΙΕΣ

Το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου, σε σχέση με το θάνατο, αυξάνονται. Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Οι Leming και Dickinson (1985) διακρίνουν δύο κατηγορίες φόβων: στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι, με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο, ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού.

Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν οι εξής φόβοι:

- 1) Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας. Χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητά του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του.
- 2) Ο φόβος της εξάρτησης. Είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτόρκει στη ζωή του. Αντιμέτωπο με την απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» για τους άλλους
- 3) Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε άλλης οργανικής δυσφορίας, αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.
- 4) Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς είναι ιδιαίτερα συχνός, όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι δεν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στον

ασθενή και οι συγγενείς απομακρύνονται ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα, επειδή υποφέρουν όταν βλέπουν τον αγαπημένο τους να πεθαίνει

5) Ο φόβος του αποχωρισμού, ο οποίος εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό του ατόμου, σχετικά με το τι θα απογίνουν οι συγγενείς του, πώς θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα εάν ο ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλε στη συνοχή της.

Στη δεύτερη κατηγορία υπάγονται οι εξής φόβοι:

1) Ο φόβος για τη μεταθάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση. Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς μπορεί να φοβούνται τη «θεία δίκη» που τους περιμένει στη μετέπειτα ζωή, άλλα μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέψη, ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

2) Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου. Συνοδεύεται από υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: «τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και στόχοι που έχω βάλει στη ζωή μου;», «θα χάσω την ταυτότητά μου;», «υπάρχει ζωή μετά το θάνατο;», «και όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;».

3) Ο φόβος για την τύχη του σώματος, η ταφή και η αποσύνθεσή του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα.

Χωρίς αμφιβολία η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

3.1. ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τον DOKA (1993) η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας που δεν αποβλέπει πλέον στη θεραπεία ή στον έλεγχο της αρρώστιας, αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του αρρώστου εν όψει του επικείμενου θανάτου. Η διάρκεια και πορεία της τελικής φάσης ποικίλλουν και συχνά εξαρτώνται από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Οι προκλήσεις σε αυτή τη φάση είναι πολλαπλές και συχνά επηρεάζουν βαθιά όσους συμμετέχουν στη φροντίδα του αρρώστου στο τελικό στάδιο της ζωής του.

Ο βασικός στόχος της φροντίδας του αρρώστου είναι η εξασφάλιση συνθηκών, που προωθούν την ποιότητα ζωής όταν καμιά ιατρονοσηλευτική παρέμβαση δεν είναι πλέον σε θέση να θεραπεύσει ή να ελέγξει την αρρώστια ενός ατόμου που πεθαίνει. Υπάρχει μια περίοδος όπου πρωταρχικός στόχος είναι η δυναμική αντιμετώπιση και θεραπεία της ασθένειας. Όταν εξαντλούνται τα διαθέσιμα μέσα χωρίς να υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα ακολουθεί μια νέα περίοδος, όπου στόχος κάθε παρέμβασης είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η ανακούφιση του αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του.

Ενώ γνωρίζουμε από τη στιγμή της διάγνωσης ότι ο άρρωστος κατά κανόνα θα πεθάνει, είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε πότε ακριβώς πρέπει να σταματήσουν οι ηρωικές προσπάθειες ελέγχου και

αντιμετώπισης της αρρώστιας ώστε να παρέχουμε μια ανακουφιστική φροντίδα που αποβλέπει στην εξασφάλιση της άνεσης και ποιότητας ζωής του αρρώστου. Η δυσκολία αυτή οφείλεται στην απρόβλεπτη εξέλιξη της πορείας της υγείας του αρρώστου που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές και επιδείνωση.

Μια σύγχρονη θεώρηση σχετικά με την αντιμετώπιση της πορείας του ατόμου προς το θάνατο είναι αυτή που προτείνει ο Charles Corr (1992) σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο που πεθαίνει καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένα καθήκοντα/ έργα ή στόχους σε τέσσερις βασικούς τομείς:

A) τον οργανικό τομέα, στον οποίο καλείται να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες (π.χ. διατροφή, ενυδάτωση, κλπ), αλλά και τον ενδεχόμενο πόνο ή άλλη οργανική δυσφορία (π.χ. ναυτία, εμετό, κλπ) που παρεμβαίνουν επηρεάζοντας τις παράλληλες ανάγκες του στον ψυχοκοινωνικό και πνευματικό τομέα. Η ικανοποίηση των οργανικών του αναγκών εξαρτάται από τις αξίες και τις προτεραιότητές του. Για παράδειγμα ένας άρρωστος μπορεί να ανεχθεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσφορία ή τον πόνο όταν πιστεύει ότι τα παραπάνω συμβάλλουν στην εξιλέωσή του από αμαρτήματα που διέπραξε κατά τη διάρκεια της ζωής του ή όταν επιλέγει να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι του αντί να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο.

B) τον ψυχολογικό τομέα, στον οποίο οι στόχοι που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει, συχνά αφορούν την εξασφάλιση, στο μέτρο του εφικτού, της αίσθησης της ασφάλειας, της αυτονομίας και της ικανοποίησης από μικροχαρές της καθημερινής ζωής που ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.

Γ) τον κοινωνικό τομέα, στον οποίο οι στόχοι περιλαμβάνουν την εξασφάλιση, διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων που είναι σημαντικές για το συγκεκριμένο άτομο στη φάση αυτή της ζωής του. Παράλληλα καλείται να ανταποκριθεί σε ορισμένες προσδοκίες ή απαιτήσεις που προβάλλει το

κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο ζει και ταυτόχρονα να ωφεληθεί από τις παροχές που του προσφέρει το σύστημα.

Δ) τον πνευματικό τομέα, οι στόχοι του είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την άντληση ελπίδας και ενέργειας από πηγές που βοηθούν τον άρρωστο να δώσει νόημα στη ζωή του καθώς και στις εμπειρίες που βιώνει στην τελική αυτή φάση.

Η παραπάνω προσέγγιση ουσιαστικά υποστηρίζει ότι το άτομο που πεθαίνει είναι ενεργό, ικανό να αποφασίσει ποιους στόχους θα θέσει, πότε και πώς θα διευθετήσει τις προκλήσεις που προβάλλουν, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αναγκών του αρρώστου.

Ο Corr (1992) υποστηρίζει ότι ο άρρωστος δεν είναι υποχρεωμένος να αντιμετωπίσει τους συγκεκριμένους στόχους. Απλώς περιγράφει μερικούς από αυτούς παρέχοντας έτσι ένα πλαίσιο κατανόησης των συναισθημάτων, σκέψεων και ενεργειών ενός ατόμου που μέχρι τελευταία στιγμή της ζωής του συμμετέχει ενεργά και επιλέγει πως θα βιώσει την πορεία του προς το θάνατο. Ουσιαστικά αυτό το μοντέλο προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές, καθώς εντοπίζει πιθανούς στόχους και προκλήσεις που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα με την υποστήριξη ενός περιβάλλοντος ευαισθητοποιημένου στις ανάγκες του αρρώστου.

Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο άνθρωπος πεθαίνει επηρεάζει τη φύση των εμπειριών που βιώνει και τις ερμηνείες που δίνει σε αυτές. Καθώς βρίσκεται σε διαρκή συνδιαλλαγή και επικοινωνία με το περιβάλλον, επηρεάζεται από τον τρόπο που τον αντιμετωπίζουν συγγενείς, φίλοι, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα τους επηρεάζει με τη δική του στάση. Οι πρακτικές και οι συμπεριφορές τις οποίες υιοθετεί το σύστημα υγείας, που του παρέχει φροντίδα αντανακλούν σε ευρύτερες κοινωνικές αξίες, πεποιθήσεις και

συμπεριφορές απέναντι στο άτομο που πεθαίνει και στο θάνατο γενικότερα.

3.1.1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΠΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η ελπίδα και η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής του. Χωρίς ελπίδα το άτομο παραιτείται από τη ζωή και πολύ γρήγορα πεθαίνει (Siegel, 1986). Στην πορεία της αρρώστιας το περιεχόμενο των ελπίδων του αρρώστου συχνά τροποποιείται. Στην προδιαγνωστική φάση η ελπίδα επικεντρώνεται στη φύση και στην ερμηνεία των συμπτωμάτων. Το άτομο ελπίζει ότι τα συμπτώματα θα εξαφανιστούν ή ότι δεν αποτελούν ένδειξη σοβαρής οργανικής διαταραχής. Στη φάση της διάγνωσης, η ελπίδα είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την αποτελεσματική επίδραση της θεραπείας, ενώ στη χρόνια φάση επικεντρώνεται στην ύφεση της αρρώστιας.

Όταν η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδεινώνεται, η ελπίδα του μπορεί να αφορά την καθυστέρηση του επικείμενου θανάτου, την ολοκλήρωση ορισμένων στόχων ή έργων, την ανακούφιση από ενδεχόμενο πόνο ή και την επιδίωξη ενός «καλού θανάτου». Ενώ στα αρχικά στάδια της αρρώστιας οι ελπίδες του ατόμου είναι άμεσα συνδεδεμένες με μακροπρόθεσμους στόχους, στα τελικά στάδια επικεντρώνονται στο παρόν ή άμεσο μέλλον και συχνά αφορούν τη μεταθάνατο ζωή ή την εξασφάλιση μιας συμβολικής αθανασίας μέσα από απογόνους, έργα ή και επιτεύγματα. Η διατήρηση της ελπίδας επηρεάζει το νόημα που αποδίδει ο άρρωστος στις εμπειρίες που βιώνει και ενισχύει την αυτοεκτίμησή του.

Ο Hutchenecker (1981) διακρίνει δύο μορφές ελπίδας που έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην αντιμετώπιση της αρρώστιας.

- α) την ενεργητική ελπίδα και
- β) την παθητική ελπίδα

Ορίζει την ενεργητική ελπίδα ως την εσωτερική ενέργεια που κινητοποιεί το άτομο για δράση. Ο άρρωστος κινείται προς ένα συγκεκριμένο άμεσο ή απώτερο στόχο έχοντας πεποίθηση στις ικανότητές του. Η ενεργητική ελπίδα αποτελεί πηγή έμπνευσης και δύναμης. Σε αντίθεση η παθητική ελπίδα χαρακτηρίζει τον ασθενή που βασίζεται σε όνειρα ελπίζοντας ότι θα συμβούν «θαύματα» και οι δυσκολίες θα εξαφανιστούν ως δια μαγείας. Το άτομο που χαρακτηρίζεται από παθητική ελπίδα, αποφεύγει να δραστηριοποιηθεί και ζει περισσότερο σε ένα φανταστικό παρά πραγματικό κόσμο.

Η δύναμη της ενεργητικής ελπίδας και της θέλησης του ατόμου να ζήσει επηρεάζουν ουσιαστικά την πορεία της ασθένειάς του. Δεν είναι λίγα τα παραδείγματα των ατόμων που η αρρώστια τους περνά σε φάση ύφεσης ακόμα και όταν η κατάσταση της υγείας τους είναι κρίσιμη. Το προσωπικό υγείας έκπληκτο διαπιστώνει ότι οι ασθενείς γνωρίζουν καλύτερα τις εσωτερικές τους δυνάμεις τις οποίες ενεργοποιούν για να πετύχουν κάποιο στόχο και να ζήσουν μια ζωή με νόημα. *(Hutchenecker, 1981)*

3.1.2. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1) Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια,

2) Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης της φροντίδας και προσοχής των μελών του προσωπικού υγείας, ακόμα και όταν ο στόχος δεν είναι η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση και η υποστήριξη,

3) Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης εξειδικευμένης φροντίδας που του παρέχει ικανό προσωπικό, ευαισθητοποιημένο τόσο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει όσο και στις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος,

4) Το δικαίωμα να ανακουφίζεται όσο είναι εφικτό από ενδεχόμενο οργανικό πόνο,

5) Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος,

6) Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητά του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο, χωρίς να κρίνεται για αυτά,

7) Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που υποβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν,

8) Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του οποιαδήποτε και αν είναι η μορφή και το περιεχόμενό της,

9) Το δικαίωμα να βρίσκει κατάλληλη ανταπόκριση στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες,

10) Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ΖΕΙ, που έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία του στιγμή της ζωής του.

3.2. ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του ατόμου. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. Για παράδειγμα μερικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από μία αργή, προοδευτική επιδείνωση της ασθένειας (νόσος του ALZHEIMER). Άλλες σηματοδύονται από αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις (καρκίνος), ενώ μερικές διακρίνονται από μια ελεγχόμενη σταθερότητα πριν το άτομο υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων που θα τροποποιήσει, θετικά ή αρνητικά, την εξέλιξη της υγείας του (νεφρική ανεπάρκεια).

Κατά συνέπεια οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνουν κατά τη χρόνια φάση εξαρτώνται από τη φύση της αρρώστιας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας του ατόμου. Η χρόνια φάση είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύονται από χρόνιο άγχος. Παρόλα αυτά μπορεί να αποτελέσει μια περίοδο προκλήσεων, καθώς άρρωστος και οικογένεια μαθαίνουν να «ζουν» με την ασθένεια, την εντάσσουν στη ζωή τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή που έχει νόημα και ουσία για τους ίδιους.

Χρόνιες παθήσεις είναι το άσθμα, ο διαβήτης, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο καρκίνος, η μεσογειακή αναιμία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το AIDS, κλπ. Μερικές από τις χρόνιες παθήσεις ελέγχονται με την κατάλληλη θεραπεία, διαίτα ή φυσιοθεραπεία, άλλες απειλούν περισσότερο τη ζωή του ασθενή και χαρακτηρίζονται από αβέβαιη εξέλιξη. Κάθε χρόνια αρρώστια παρουσιάζει ιδιαιτερότητες οι οποίες δεν επηρεάζουν μόνο τον ασθενή, αλλά ολόκληρη την οικογένειά του. Η

χρόνια αρρώστια παρεμβαίνει στη γενικότερη συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη του ασθενή, γεγονός που απαιτεί την παροχή φροντίδας σε πολλά επίπεδα συγχρόνως.

Συγκεκριμένα, ο καρκίνος στα τελικά του στάδια κάθε άλλο παρά διασφαλίζει ανώδυνα και ανεπαίσχυντα το τέλος του ασθενούς. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού, παράλληλα με την ανικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση, φορτίζουν συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Ψυχική κόπωση από τη μακροχρόνια πορεία της νόσου μαζί με την αγωνία για την αναμενόμενη απώλεια, επιβάλλουν και από συναισθηματικής πλευράς να έχει ο ασθενής και η οικογένειά του τη δυνατότητα επιλογής ως προς την τελική φροντίδα του αρρώστου. Καρκινωμάτωσης καχεξία, δύσπνοια, αφόρητος πόνος, χρήση ναρκωτικών, οροί, καθετήρες, κ.α. πέραν της σωματικής φθοράς προϋποθέτουν γνώση και δυνατότητα εφαρμογής από ειδικούς και όχι περιστασιακή φροντίδα καλοπροαίρετων συγγενών.

Οι χρόνιες παθήσεις, όπως συγκεκριμένα προαναφέραμε συμβολικά για τον καρκίνο, είναι άμεσα συνδεδεμένες με το θάνατο. Ο άρρωστος γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές του λειτουργίες. Ανάλογα με τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ασθενής και οικογένεια είναι και τα κοινωνικά. Πρέπει να τονιστεί ότι οι χρόνιες παθήσεις με την εκδήλωσή τους επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια, διασπούν την αρμονική ζωή και δημιουργούν ποικιλόμορφα προβλήματα σχέσεων. Κυρίαρχο πρόβλημα το οικονομικό, αλλαγή ρόλων, η οικογένεια χάνει το ρυθμό της, επικρατεί υπερένταση και δυσαρμονία, και τέλος η αλλαγή κατοικίας πολλές φορές επιβάλλεται για να βρίσκεται ο ασθενής κοντά στο νοσοκομείο.

Οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν εξαιτίας μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα και στενή συνεργασία με το

προσωπικό υγείας. Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και την οικογένειά του.

Στην εποχή μας το AIDS, για παράδειγμα, αποτελεί μια «κακιά» αρρώστια που συμβολίζει το θάνατο και την τιμωρία για την παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα. Στην αρρώστια αυτή προβάλλονται κοινωνικά προβλήματα που δεν προέρχονται από το χώρο της ιατρικής, με αποτέλεσμα να αποδίδεται στο AIDS μια συμβολική και μεταφορική ερμηνεία, ανεξάρτητη από τις βιολογικές διαστάσεις της ασθένειας (Sontag, 1993). Έτσι στην αντίληψη των περισσότερων το AIDS ισοδυναμεί με θάνατο, ένα θάνατο καταστροφικό, συνοδευόμενο από πόνο, φθορά και έλλειψη αξιοπρέπειας. Η αρρώστια γίνεται αντιληπτή ως «τιμωρία» για την αλόγιστη ή «μη ηθική» σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές που υιοθετούν συγκεκριμένες ομάδες ατόμων.

Οι πάσχοντες κατηγορούνται ως «ένοχοι», γιατί με τις πράξεις τους προκάλεσαν την αρρώστια και απειλούν το περιβάλλον τους, ενώ παιδιά και αιμορροφιλικοί θεωρούνται αθώοι και θύματα της απερίσκεπτης συμπεριφοράς άλλων. Οι ερμηνείες και προκαταλήψεις που συνοδεύουν το AIDS προκαλούν έντονο άγχος που συχνά εκδηλώνεται με πανικό και άλλες ακραίες κοινωνικές αντιδράσεις. Κι ενώ στην περίπτωση οποιασδήποτε άλλης σοβαρής και απειλητικής αρρώστιας οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με συμπάθεια, κατανόηση ή και οίκτο, οι φορείς και ασθενείς με AIDS αντιμετωπίζονται εχθρικά και με φόβο με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται. Δυστυχώς έτσι αντιμετωπίζεται και ο θάνατός τους.

Στις περιπτώσεις θανάτου από χρόνιες παθήσεις, οι συγγενείς δεν προσδοκούν ότι ο ασθενής θα σωθεί, αλλά εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Θέτουν βραχυπρόθεσμους στόχους και μαθαίνουν να ζουν «μέρα με τη μέρα».

Επιστήμονες παρατηρούν ότι η διεργασία του θρήνου μειώνει την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων των συγγενών τη στιγμή του θανάτου. Με άλλα λόγια, παρατηρούνται λιγότερο δραματικές και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Παρότι η διεργασία του θρήνου προετοιμάζει ψυχολογικά τους συγγενείς και φίλους για το θάνατο του αρρώστου, μερικές φορές μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει όταν ο θρήνος εκδηλώνεται πρώιμα ή με μεγάλη ένταση και φόρτιση. Άλλες φορές πάλι η έλλειψη της διεργασίας θρήνου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής τόσο κατά την περίοδο της πορείας προς το θάνατο όσο και κατά την περίοδο του πένθους.

Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν στον άρρωστο οι συγγενείς είναι ανεκτίμητη, όταν τον ενθαρρύνουν να ζήσει «ολοκληρωμένα» τις σχέσεις του με τους ανθρώπους που αγαπά μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Σημαντική επίσης είναι η συμβολή τους όταν αποδέχονται τον οριστικό επικείμενο αποχωρισμό με τον άρρωστο, χωρία να του δημιουργούν ενοχές επειδή πεθαίνει αφήνοντάς τους μέσα στη θλίψη και στην οδύνη. Η σχέση και επικοινωνία με τον άρρωστο επηρεάζουν τις συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει.

3.3 ΑΠΡΟΣΜΕΝΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο απρόσμενος θάνατος ορίζεται ως ξαφνικός, μικρής χρονικής διάρκειας θάνατος που είναι αποτέλεσμα ατυχήματος, ξαφνική εκδήλωση ασθένειας ή ιατρικής αμέλειας.

Συγκεκριμένα το ατύχημα διακρίνεται:

A. Ανάλογα με τον τόπο στον οποίο συνέβη σε:

- τροχαίο ή οδικό
- οικιακό
- εργατικό ή επαγγελματικό

B. Ανάλογα με τους παράγοντες που το προκάλεσαν σε:

1. Προσωπικούς παράγοντες

- αδυναμία προσαρμογής
- σωματική αδυναμία
- άγνοια
- κόπωση
- μια απροσεξία στιγμής
- χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- λήψη οινοπνευματωδών ποτών

2. Εξωτερικούς παράγοντες

α) Τροχαία ατυχήματα (με τις παρακάτω επιμέρους αιτίες)

- κακή σήμανση των οδών
- κακή κατασκευή και συντήρηση των οδών
- μηχανική βλάβη αυτοκινήτου ή άλλων τροχοφόρων
- έλλειψη συντήρησης των οχημάτων και πλημμελής έλεγχος της συντήρησης αυτών

- υπερβολική ταχύτητα

β) Εργατικά ατυχήματα

- κακή κατασκευή μηχανημάτων
- έλλειψη προφυλακτικών μηχανημάτων
- έλλειψη ελέγχου καταστάσεως μηχανημάτων
- έλλειψη συντηρήσεως μηχανημάτων και ελέγχου της συντήρησης αυτών
- έλλειψη διαφώτισης εργατών

Γ. Ανάλογα με την επίδραση του εξωτερικού αιτίου. Η κατάταξη των ατυχημάτων ανάλογα με την επίδραση του εξωτερικού αιτίου που τα προκάλεσαν και του αποτελέσματος που επήλθε είναι η ακόλουθη:

- θερμότητα: η επίδρασή της προκαλεί τα εγκαύματα στα οποία περιλαμβάνονται εκείνα που προκαλούνται από τη θερμική επίδραση χημικών παραγόντων.
- πτώση, αποτέλεσμα: κάταγμα, θλάση, κάκωση
- επίδραση δυνάμεως επί μέλους, που προκαλεί: εξαρθήματα, διαστρέμματα.
- είσοδος ξένου σώματος σε φυσική κοιλότητα ή γενικά στην αναπνευστική οδό και πνιγμός
- χημικές φαρμακευτικές ουσίες, δηλητηριάσεις
- βίαιο πλήγμα, κακώσεις, ρήξεις
- αιχμηρά αντικείμενα που προκαλούν ανοιχτά τραύματα
- πτώση βάρους υπεύθυνη για επί πολλές κακώσεις, συνθλίψεις, θλάσεις
- λοιπά εξωτερικά αίτια, η επίδρασή τους προκαλεί διάφορες κλινικές εικόνες μικτές με ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω αποτελέσματα ή ασαφείς. (Σταυριανός, Μαραγκουδάκη, 1985)

Ο θάνατος από ξαφνική εκδήλωση ασθένειας πολλές φορές σχετίζεται με το θάνατο από χρόνια ασθένεια. Μπορεί να προέλθει ξαφνικά χωρίς το αίτιο που το προκάλεσε να έχει εκδηλωθεί πριν (π.χ. έμφραγμα). Η πορεία του προς το θάνατο διαρκεί χρονικά ελάχιστα, δηλαδή, το μεσοδιάστημα μεταξύ ζωής και θανάτου είναι ακαριαίο και αναπάντεχο.

Οι φάσεις της οξείας κρίσης, της μετάβασης από τη ζωή στο θάνατο και την τελική φάση που οδηγεί στο θάνατο λειτουργούν ταυτόχρονα χωρίς περιθώρια πρόληψης και αντιμετώπισης της επικείμενης ασθένειας. Ο θανών αγνοώντας την ίσως επικίνδυνη κατάσταση της υγείας του, μην έχοντας πληροφορηθεί ή ανατρέξει σε τυχόν συμπτώματα της ασθένειάς του οδηγείται στο θάνατο.

Στις περιπτώσεις θανάτου από ξαφνική εκδήλωση ασθένειας, δυστυχώς ο θανών δεν είχε την ευχέρεια να έχει έναν «καλό» θάνατο τον οποίο ορίζει ο ίδιος, όπως ο ασθενής, στις περιπτώσεις από χρόνια ασθένεια. Θεωρείται «καλός» ή «κατάλληλος» ο θάνατος, όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του μέσα σε συνθήκες που είναι σύμφωνες με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι «αξιοπρεπής», όταν επέρχεται στο χώρο του σπιτιού, για άλλους όταν επέρχεται στο χώρο του νοσοκομείου, για ορισμένους όταν περιβάλλονται από συγκεκριμένα αγαπημένα πρόσωπα, κλπ.

Και ενώ πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πώς θα ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του, ο Nuland (1994) υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και αποφάσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες, ανάλογα με την κλινική και βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας από την οποία πεθαίνει.

Όπως προαναφέραμε, ο απρόσμενος θάνατος μπορεί να είναι αποτέλεσμα και ιατρικής αμέλειας.

Σύμφωνα με το άρθρο του Π.Κ.: Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε, όμως ότι δεν θα επερχόταν.

Κατά συνέπεια, η ιατρική αμέλεια στοιχειοθετείται από την επέλευση κάποιου απαράδεκτου αποτελέσματος στα έννομα αγαθά του αρρώστου από έλλειψη προσοχής εκ μέρους του γιατρού, την οποία όφειλε και μπορούσε να καταβάλει. Είναι προφανές ότι ο νόμος περιμένει από το γιατρό να εκτελέσει το έργο του τουλάχιστον με τον τρόπο που θα το εκτελούσε ο μέσος γιατρός με την αντίστοιχη εκπαίδευση και εμπειρία. (Αλεβιζόπουλος Γιώργος, 1984)

Βέβαια ιατρική αμέλεια δεν είναι η αποτυχία ικανοποίησης των προσδοκιών του ασθενή, όταν αυτός αναπτύσσει μια παράλογη ή ναρκισσιστική συμμαχία με το γιατρό μέσα από την οποία τον προσεγγίζει σαν παιδί προς γονιό παρά ως ενήλικος προς ενήλικο (Gatheil & Havens, 1979).

Πριν από μερικές δεκαετίες πολύ λίγες μηνύσεις για ιατρική αμέλεια οδηγούσαν στη δικαίωση του μηνυτή. Τις περισσότερες φορές η αποτυχία ήταν αποτέλεσμα της άγνοιας των δικηγόρων του ασθενούς να κατανοήσουν το πραγματικό αντικείμενο της αμέλειας, να έχουν στη διάθεσή τους ιατρικές συμβουλές και πραγματογνώμονες και τέλος να αποδείξουν την αιτιώδη συνάφεια της αμελούς ιατρικής συμπεριφοράς με το αρνητικό αποτέλεσμα που προέκυψε.

Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση αυτή αλλάζει ουσιαστικά. Τις περισσότερες μάλιστα από τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών φαίνεται ότι υφίσταται η Ευρωπαϊκή Ένωση, λόγω της αθροιστικής κατά κάποιο τρόπο

30. Λαζαράτου Ε., Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου, Εκδόσεις Ιατρική, Αθήνα 1990
31. Παπαδάτου, Ο άρρωστος που πεθαίνει και η οικογένειά του , Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1986
32. Morgan J., Death and bereavement: Spiritual, ethical and pastoral issues, 1988
33. Leming M.R. & Dickinson, G.E., Understanding Dying, Death and bereavement, Rinehart and Wiston Press, New York 1985

εφαρμογής των νομοθεσιών των κρατών μελών. Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι η ευθυγράμμιση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς τις διευρυμένες αυτές απαιτήσεις είναι αναγκαίες αφ' ενός μεν, για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες των κρατών μελών, αφ' ετέρου δε, για την αποτελεσματικότερη προστασία των στελεχών των υπηρεσιών υγείας.

Στις περιπτώσεις απρόσμενου θανάτου, η οικογένεια του θανόντος πρέπει να προσαρμοστεί βίαια σε νέες συνθήκες με διαφορετικές προσδοκίες πια από τους εαυτούς τους. Τα στάδια που ακολουθεί η οικογένεια είναι τα εξής:

A το στάδιο του σοκ: που νιώθουν, όταν μαθαίνουν για το θάνατο του δικού τους ανθρώπου και εκδηλώνεται με συναισθηματική αποδιοργάνωση, δυσπιστία και σύγχυση. Μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά ως αρκετές μέρες. Η πρωταρχική ανάγκη στο στάδιο αυτό είναι η συμπόνια και η υποστήριξη.

B το στάδιο της αντίδρασης: η οικογένεια εκφράζει λύπη, θλίψη, απελπισία καθώς αρχίζουν να αναδιοργανώνονται μέσα από συζήτηση. Νιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον που θα τους ακούσει με συμπάθεια και θα τους δώσει ειλικρινείς πληροφορίες, γιατί ψάχνουν τις αιτίες θανάτου, το πώς και το γιατί.

Γ το στάδιο του πένθους: στο στάδιο αυτό ο θρήνος, ο πόνος και η θλίψη είναι αβάσταχτοι. Ακολουθούνται όλες εκείνες οι διεργασίες του πένθους και της απώλειας, που εξετάζουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

4.1. ΠΕΝΘΟΣ

Η εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα σε κατάσταση πένθους είναι ομοιόμορφη σε αξιοσημείωτο βαθμό. Το σύνδρομο αυτό είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις:

Αίσθημα σωματικής δυσφορίας που παρουσιάζεται κατά κύματα διάρκειας από 20' έως 1 ώρα.

Αίσθημα σφιξίματος στο λαιμό, ασφυξία και κόψιμο της αναπνοής, έντονη τάση για αναστεναγμό, αίσθημα κενού στο στομάχι, έλλειψη μυϊκής δύναμης και μια έντονη υποκειμενική δυσφορία που περιγράφεται από τον πενθούντα σαν υπερένταση ή ψυχικός πόνος.

Παρατηρείται επίσης σε όλους μια αίσθηση μη πραγματικότητας. Νιώθουν πώς απομακρύνονται συναισθηματικά από τους άλλους ανθρώπους και τους κατέχει η εικόνα του αποβιώσαντος, με την οποία ασχολούνται διαρκώς.

Το τελευταίο αυτό σύμπτωμα ανησυχεί πολύ ορισμένα άτομα, γιατί το θεωρούν ως ένδειξη σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Μια άλλη συνεχής ενασχόληση αφορά τα συναισθήματα ενοχής. Το άτομο που πενθεί, ψάχνει να ανακαλύψει αποδείξεις της ενοχής του για το θάνατο του άλλου προσώπου.

Κατηγορεί τον εαυτό του για αμέλεια και μεγεθύνει υπέρμετρα και τις μικρότερες παραλείψεις του, π.χ. ένας άνδρας που η γυναίκα του πέθανε κατά τη διάρκεια μιας πυρκαγιάς κατηγορούσε αδιάκοπα τον εαυτό του γιατί λιποθύμησε πολύ νωρίς και δεν μπόρεσε να τη σώσει.

Επίσης παρουσιάζεται συχνά μια δυσάρεστη για το άτομο απώλεια θερμής και οικειότητας, στις σχέσεις με τους άλλους. Αντιδρά

προς τους άλλους με θυμό, γίνεται ευέξαπτος, και ενώ φίλοι και συγγενείς καταβάλλουν ιδιαίτερες προσπάθειες να του συμπαρασταθούν το άτομο προτιμά να τον αφήσουν ήσυχο.

Αυτά τα συναισθήματα εχθρότητας του είναι απροσδόκητα και ανεξήγητα, τον ενοχλούν και τα θεωρεί σαν ενδείξεις ψυχικής αρρώστιας.

Οι ασθενείς καταβάλλουν πολλές προσπάθειες να ελέγξουν αυτά τα συναισθήματα, αλλά το αποτέλεσμα συχνά είναι μία άκαμπτη και τυποποιημένη κοινωνική συμπεριφορά.

Αυτά τα πέντε σημεία είναι:

1. σωματική δυσφορία,
2. απασχόληση με τη σκέψη του αποθανόντος,
3. ενοχή,
4. επιθετικότητα,
5. και απώλεια

είναι οι πιο συνηθισμένοι τρόποι συμπεριφοράς και φαίνεται να έχουν παθολογική σημασία για το πένθος.

Μπορεί να προστεθεί και ένα έκτο σημείο που απαντάται σε άτομα που αντιδρούν στο πένθος με παθολογικό τρόπο και το οποίο δεν είναι τόσο φανερό όπως τα άλλα, όμως είναι αρκετά έντονο για να χρωματίσει την όλη εικόνα του πένθους.

Είναι η εμφάνιση στην συμπεριφορά του πενθούντος, των ιδιοτήτων του αποθανόντος. Ειδικότερα των συμπτωμάτων της ασθένειάς του, η συμπεριφορά που μπορεί να είχε εκδηλώσει ο αποθανών κατά τη διάρκεια μιας κρίσης η οποία μπορεί να προκάλεσε το θάνατό του, π.χ. ο πενθών εμφανίζεται ξαφνικά να βαδίζει με τον τρόπο που βάδιζε ο αποθανών πατέρας του ή κοιτάζει το πρόσωπό του στον καθρέπτη και νομίζει ότι μοιάζει του πατέρα του.

Μπορεί ακόμα να αλλάξει ενδιαφέροντα και να ασχοληθεί με τις δραστηριότητες του αποθανόντος και να αρχίσει ένα επάγγελμα εξ'

ολοκλήρου διαφορετικό από τις μέχρι τότε επιδιώξεις του.(Αγαπητός,
1990)

4.2. ΑΠΩΛΕΙΑ

Με την απώλεια λόγω θανάτου το άτομο χάνει δύο πράγματα:

- την πηγή μιας μοναδικής ικανοποίησης των ψυχικών αναγκών του, το νόημα της ζωής, όπως το έβλεπε μέχρι τότε, καθώς και εκείνους από τους οποίους αντλούσε δύναμη. Πραγματικά ο θάνατος του αγαπημένου προσώπου διαταράσσει το σχήμα που είχε διαμορφώσει το άτομο για τη ζωή του και το οποίο περιλαμβάνει το αγαπημένο πρόσωπο, τις προσδοκίες από τη ζωή, τις πεποιθήσεις, τις επιθυμίες, τις πηγές ικανοποίησης, κ.α.
- το άτομο χάνει τη φυσική παρουσία του άλλου, ιδιαιτέρως όταν ήταν πολύ συνδεδεμένοι στη ζωή τους (*Rando, 1995*). Οι σύζυγοι για παράδειγμα παίζουν πολλούς ρόλους ο ένας στη ζωή του άλλου. Είναι οι αγαπημένοι, οι καλύτεροι φίλοι, ο βοηθός, ο συν-γονέας, ο κοινωνικός σύντροφος, ο συνταξιδιώτης, ο υποστηρικτής της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας, το άλλο «μισό». Με την απώλεια του/ της συζύγου το άτομο πενθεί πρέπει να γεμίσει αυτά τα κενά που άφησε πίσω του ο άλλος και να ανασυγκροτήσει τον κόσμο του/ της σε μια νέα βάση.

Στην αντίληψη της απώλειας, η βαθιά θλίψη και η οδύνη είναι τα συναισθήματα που βιώνουν οι πενθούντες. Είναι η διεργασία μέσα από την οποία το άτομο εκφράζει τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και σωματικές αντιδράσεις του (*Rando, 1995*).

Αυτός ο ορισμός της θλίψης με βάση όσα αναφέραμε για την απώλεια συνεπάγεται ότι η θλίψη βιώνεται ή εκδηλώνεται σε τέσσερα επίπεδα (ψυχολογικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό και σωματικό), ότι είναι

μια πορεία που περιλαμβάνει πολλές αλλαγές στο χρόνο, ότι είναι μια αναμενόμενη αντίδραση και ότι είναι μια αντίδραση σε κάθε απώλεια και όχι μόνο στο θάνατο. Ταυτοχρόνως, η εμπειρία της θλίψης εξαρτάται από το μοναδικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο την απώλεια, ανεξάρτητα από το πώς τη βλέπουν οι άλλοι.

Οι αντιδράσεις της θλίψης εκφράζουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία:

A) τα αισθήματα του ατόμου που θρηνεί για την απώλεια (λύπη, ενοχή, κλπ)

B) τη διαμαρτυρία του πενθύντος για την απώλεια και την επιθυμία του να την αναιρέσει (π.χ. θυμό ή ενασχόληση με το νεκρό)

Γ) τα αποτελέσματα της επίθεσης που δέχθηκε το άτομο από την ίδια την απώλεια (π.χ. σύγχυση ή σωματικά συμπτώματα)

Δ) τις πράξεις που προκαλούν τα προηγούμενα στάδια της συμπεριφοράς του πενθύνοντα (π.χ. κοινωνική απόσυρση). Ωστόσο ο υγιής θρήνος και το πένθος μιας απώλειας απαιτεί πολύ περισσότερο τις παραπάνω εκφράσεις της θλίψης. Απαιτεί μια σειρά αναπροσαρμογών που θα αντισταθμίσουν την απώλεια έτσι που το άτομο να ξεπεράσει τη θλίψη και να συνεχίσει τη ζωή του. (Παπαδάτου, 1986)

Ο Lindemann (1944) ήταν μια ακόμη σημαντική μορφή πέρα από τον Freud, που συνείσφερε στην κατανόηση του πένθους. Μελέτησε τις επιπτώσεις της βαριάς θλίψης και οδύνης από ψυχοσωματική άποψη και αναφέρθηκε σε τρία στοιχεία της θλίψης: το σπάσιμο του δεσμού με τον/την νεκρό/ή, την αναπροσαρμογή στο περιβάλλον, στο οποίο δεν υπάρχει πλέον ο/η νεκρός/ή και τη δημιουργία νέων σχέσεων. Η διάρκεια του πένθους κατά τον Lindemann είναι συνάρτηση της επιτυχίας με την οποία ανταποκρίνεται το άτομο στα στοιχεία του πένθους.

Άνθρωποι που επιζητούν να αποφύγουν τη βαθιά οδύνη που συνδέεται με την απώλεια του αγαπημένου προσώπου δημιουργούν εμπόδια στην εκπλήρωση του πένθους.

- Ο Lindemann διέκρινε πέντε χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν παθολογική αντίδραση στη θλίψη:
- σωματική κατάπτωση
- συνεχή ενασχόληση με τη μορφή του νεκρού
- ενοχή
- επιθετικές αντιδράσεις και
- απώλεια συμπεριφορών κοινωνικής επαφής

Είναι σημαντικό όμως ότι με σχετικά απλή και σύντομη παρέμβαση οι στρεβλώσεις του κανονικού πένθους μπορούν να περάσουν.

Δείκτες στρεβλωμένης θλίψης είναι οι παρακάτω:

- υπερδραστηριότητα χωρίς αίσθηση απώλειας
- εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν στην ασθένεια του νεκρού
- ψυχοσωματική ασθένεια
- εμφανής μεταβολή στις σχέσεις με φιλικά πρόσωπα και συγγενείς
- μανιακή επιθετικότητα προς ορισμένα πρόσωπα
- κατάθλιψη

4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΛΙΨΗ

Όπως αναφέραμε, το πένθος και η θλίψη του κάθε ανθρώπου βιώνονται σε συγκεκριμένα κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια που επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες, έτσι που ο τρόπος έκφρασης του πένθους στον καθένα να μοιράζεται ορισμένα χαρακτηριστικά με το πένθος των άλλων αλλά και να διαφέρει έτσι που να βιώνεται ως κάτι μοναδικό. Αν και ήδη έχουν αναφερθεί οι παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη, εδώ θα κάνουμε μια αναλυτικότερη περιγραφή των παραγόντων αυτών:

Α) ψυχολογικοί παράγοντες: αφορούν τα χαρακτηριστικά της ίδιας της απώλειας τα οποία έχουν ως εξής:

- η μοναδικότητα και το νόημα που είχε το αντικείμενο της απώλειας
- η ποιότητα της σχέσης που χάθηκε
- ο ρόλος που κατείχε το άτομο που πέθανε στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύστημα
- τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πέθανε
- το μέγεθος των μη ολοκληρωμένων συναλλαγών (υποχρεώσεων) μεταξύ του νεκρού και του ατόμου που πενθεί
- η φύση της τρέχουσας σχέσης του αποθανόντα με το άτομο που πενθεί

Επίσης αφορούν τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πενθεί και επηρεάζουν το πένθος:

- οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί στη ζωή, στις δύσκολες καταστάσεις, η προσωπικότητα και η ψυχική υγεία

- το επίπεδο ωριμότητας και νοημοσύνης
- ο κόσμος του: των ιδεών, πεποιθήσεων και προσδοκιών, δηλαδή το σύστημα θανάτου που διαθέτει
- οι προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του, ιδιαιτέρως οι εμπειρίες που είχε σχετικά με απώλειες και τον θάνατο δικών του ανθρώπων
- οι προσδοκίες για το πένθος και τη θλίψη
- η εξάρτηση από το ρόλο του φύλου
- η ηλικία

Τέλος αφορά τα χαρακτηριστικά του ίδιου του θανάτου:

- το αν ο θάνατος «ήρθε στην ώρα του»
- το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα ο θάνατος
- ο βαθμός της προβλεψιμότητας του θανάτου
- το αιφνίδιο ή μη του θανάτου
- η αντίληψη του ατόμου που πενθεί για το αν ήταν δυνατό να προβλεφθεί ο θάνατος
- η χρονική διάρκεια της ασθένειας πριν από το θάνατο
- ο τύπος και η ποιότητα της προπαρασκευαστικής θλίψης και η σχέση με το ετοιμοθάνατο άτομο

B) κοινωνικοί παράγοντες: οι παράγοντες αυτοί αφορούν τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιγύρου του ατόμου που πενθεί.

Πρόκειται για τους εξής:

- το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα του ατόμου που πενθεί και η αναγνώριση, αποδοχή, κύρος και βοήθεια που προσφέρουν τα μέλη του κοινωνικού περιγύρου σε αυτό
- το μορφωτικό, οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο του ατόμου που πενθεί

- οι μεταθανάτιες τελετές
- η εμπλοκή του ατόμου που πενθεί με το διοικητικό και νομικό σύστημα
- ο χρόνος που παρήλθε από το θάνατο

Γ) φυσιολογικοί παράγοντες: οι φυσιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη είναι:

- τα φάρμακα που λαμβάνει το άτομο που πενθεί (συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, της καφεΐνης και της νικοτίνης)
- η διατροφή
- η ξεκούραση και ο ύπνος
- η σωματική άσκηση
- και η φυσική του υγεία

4.4. ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Η πορεία του πένθους ακολουθεί ορισμένες φάσεις:

A) Η πρώτη φάση είναι η φάση της αποφυγής, η οποία ξεκινά με το θάνατο του αγαπημένου μας προσώπου.

Ο πενθώντας αισθάνεται ένα σοκ και αρνείται ή δυσκολεύεται να το πιστέψει. Αισθάνεται αποπροσανατολισμένος ότι όλα αυτά συμβαίνουν σε κάποιον άλλο. Μερικοί άνθρωποι προσπαθούν να αποκτήσουν τον έλεγχο της κατάστασης, προσπαθώντας να προσδιορίσουν τις αιτίες του θανάτου και επικεντρώνοντας τις ενέργειές τους, στις προετοιμασίες για την κηδεία. Κάποιοι άλλοι φαίνονται να δέχονται τα νέα του θανάτου χωρίς αμφισβήτηση και στρέφονται αμέσως σε παρηγόρηση των άλλων. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει ανάγκη να φροντίσουν άλλους, που μπορεί να επηρεαστούν πιο έντονα από τα νέα του θανάτου ή όταν υπάρχουν πιεστικές ευθύνες που πρέπει να αναλάβει το άτομο που πενθεί.

Αυτά τα αρχικά αισθήματα υποχωρούν σε λίγες μέρες και δίνουν τη θέση τους στο βαθύ πόνο, κλάμα και λυγμούς, φόβο και γενικευμένο άγχος. Ο πενθώντας νομίζει ότι δεν μπορεί να το αντέξει και πως θα τρελαθεί, ενώ δυσκολεύεται να κοιμηθεί και να φάει. Μετά από περίπου τρεις εβδομάδες, τα συμπτώματα αυτά αρχίζουν να υποχωρούν. Σημαντικό εδώ είναι τα συμπτώματα να εκφραστούν και να αντιμετωπιστούν στην πραγματικότητα οι απώλειες, γιατί όσο αναβάλλονται τόσο επιβαρύνεται η διαδικασία προσαρμογής στο πένθος (*Rando, 1995*).

B) Η δεύτερη φάση είναι η φάση της συνειδητοποίησης της απώλειας και της αντιμετώπισης. Αρχίζει περίπου τρεις εβδομάδες μετά το θάνατο και διαρκεί περίπου ένα χρόνο.

Στο διάστημα αυτό ο πενθώντας πρέπει να φροντίσει τα κληρονομικά και άλλες διοικητικές διαδικασίες που ακολουθούν το

θάνατο ενός ανθρώπου. Το άτομο που πενθεί αισθάνεται όλο και περισσότερο τη βεβαιότητα του θανάτου και θυμώνει και κατά του νεκρού και κατά του θεού, που επέτρεψε να γίνει κάτι τέτοιο και κατά των άλλων που φαίνονται ευτυχισμένοι. Αισθάνεται παράλληλα ενοχή, νοσταλγία, και μοναξιά. Σκέφτεται πώς θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί ο θάνατος και γιατί συνέβη. Η σκέψη του γυρίζει συνεχώς γύρω από τον/τη νεκρό/ή και αισθάνεται την παρουσία του έντονη.

Κατά τη δεύτερη φάση ο πενθώντας μπορεί να βιώσει μια σειρά ψυχολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και σωματικών αντιδράσεων οι οποίες έχουν ως εξής:

Ψυχολογικές αντιδράσεις

- πόνος χωρισμού, λύπη, οδύνη, αγωνία
- άγχος, πανικός, φόβος, ανασφάλεια, αίσθημα ότι είναι ευάλωτος
- πόθος, λαχτάρα, επιθυμία
- ανημποριά, αδυναμία, έλλειψη ελέγχου, αίσθημα ότι είναι θύμα καταπίεσης
- θυμός, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, έλλειψη ανοχής, ανυπομονησία
- ενοχή, απέχθεια για τον εαυτό του, μετάνοια
- κατάθλιψη, απογοήτευση, απελπισία
- αδιαφορία, απάθεια, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων
- ματαίωση
- φόβος ότι τρελαίνεται
- συναισθηματική αστάθεια, υπερευαισθησία
- αποστέρηση, παραβίαση
- μοναξιά
- εγκατάλειψη

- αμφιθυμία
- ανακούφιση
- σωματικοί πόνοι
- κόπωση
- πονοκέφαλος
- συνεχώς κινητικότητα, αναζήτηση να κάνει κάτι
- αυτόνομη υπερδραστηριότητα
- άγχος ένταση, νευρική
- ταχυκαρδία
- κόψιμο της αναπνοής
- μούδιασμα, σουβλεροί πόνοι
- αίσθημα πνιγμού
- ζάλη, αστάθεια αισθημάτων, λιποθυμία
- ξηροστομία
- εφίδρωση, κρύα χέρια
- κοκκίνισμα, «άναμμα»
- πόνοι στο στήθος, πίεση, έλλειψη ανάπαυσης
- πνιγμός
- ναυτία, διάρροια, συχνουρία
- δυσκολία κατάποσης, διαταραχές πέψης
- επαγρύπνηση και διερεύνηση
- αυξημένη διέγερση
- ευερεθιστότητα
- υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος
- ξέσπασμα θυμού, οξυθυμία
- δυσκολία χαλάρωσης για ύπνο, αϋπνία
- μειωμένη συγκέντρωση
- επαγρύπνηση

- φυσιολογικής μορφής αντίδραση, όταν εκτίθεται σε γεγονότα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με το θάνατο

Με την πάροδο του χρόνου όλες αυτές οι συμπεριφορές και τα αισθήματα σιγά-σιγά αρχίζουν να υποχωρούν.

- ταύτιση με το νεκρό άτομο
- όνειρα που αφορούν το νεκρό άτομο
- αποπροσωποποίηση, μη αποδοχή της πραγματικότητας,

Συμπεριφορικές αντιδράσεις

- αναζήτηση του νεκρού ατόμου
- αναζήτηση του να κάνει κάτι, υπερβολική διέγερση, ευερεθιστότητα, μανιακή συμπεριφορά
- κοινωνική απόσυρση
- αποδιοργανωμένη δραστηριότητα- αφηρημάδα
- αυξημένη λήψη φαρμάκων, ψυχοδραστικών ουσιών
- απώλεια των τρόπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- κλάμα και δάκρυα
- ανορεξία ή υπερφαγία
- διαταραχή ύπνου
- τάση να αναστενάζει
- μείωση ενδιαφέροντος, κινήτρων, πρωτοβουλίας και ενέργειας για σχέσεις και οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας
- μείωση αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας
- αποφυγή ή προσκόλληση σε ανθρώπους, τόπους και καταστάσεις που θυμίζουν το νεκρό
- αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές
- επιδεικτικές, παρορμητικές συμπεριφορές

- υπό ή υπερσεξουαλικότητα
- αλλαγή στον τρόπο ζωής
- απόκρυψη της θλίψης από φόβο μήπως απομακρυνθούν οι άλλοι
- ξέσπασμα θλίψης

Κοινωνικές αντιδράσεις

- έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους ανθρώπους, και τις συνήθειες δραστηριότητες λόγω συνεχούς ενασχόλησης με τον θανόντα
- κοινωνική απόσυρση
- μείωση ενδιαφέροντος, κινήτρων, δραστηριότητας, κατεύθυνσης και ενέργειας για σχέσεις και οργανωμένα πρότυπα δραστηριοτήτων
- ανία
- εκρηκτικότητα, άλλες εκδηλώσεις θυμού ή ενόχλησης προς τους άλλους
- ζήλια για τους άλλους που δεν έχουν ζήσει εμπειρία απώλειας
- εξάρτηση από άλλους, προσκόλληση, αποφυγή να μένει μόνος

Σωματικές αντιδράσεις

Συμπτώματα ενδεικτικά βιολογικών δεικτών κατάθλιψης.

- ανορεξία, διαταραχές όρεξης που οδηγούν σε μείωση ή αύξηση του βάρους
- μείωση ενδιαφέροντος, κινήτρων, δραστηριότητας, κατεύθυνσης και ενέργειας για σχέσεις και οργανωμένα πρότυπα δραστηριότητας
- καταθλιπτική διάθεση
- ανηδονία, απάθεια, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων
- μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος

- διαταραχή ύπνου
- κλάμα, δάκρυα
- τάση για αναστεναγμό
- κόπωση, λήθαργο
- αδυναμία
- σωματική εξάντληση
- αίσθημα κενού, βάρους
- ψυχοκινητική στέρηση

Συμπτώματα ενδεικτικά άγχους και υπερδιέγερσης

- τρεμούλιασμα
- ζάλη
- αποδιοργάνωση, σύγχυση, διάσπαση προσοχής
- συνεχής καταναγκαστική ενασχόληση με τον/τη νεκρό/ ή και το θάνατο
- μειωμένη συγκέντρωση, κατανόηση, νοητική λειτουργία, μνήμη, λήψη αποφάσεων
- γνωστική ασυμφωνία, έλλειψη νοήματος στη ζωή, αίσθημα ότι όλα είναι άχρηστα, έλλειψη στόχων
- πνευματική σύγχυση, αίσθηση αποξένωσης/ απόρριψης από το θεό, αυξημένη πνευματικότητα
- πτώση της αυτοεκτίμησης, αίσθημα ανεπάρκειας
- απαισιοδοξία
- έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εαυτό
- μείωση ενδιαφέροντος, κινήτρων, πρωτοβουλίας, κατεύθυνσης

Αντιλήψεις

- αίσθημα ότι δεν είναι αυτή η πραγματικότητα, αποπροσωποποίηση, έλλειψη αποδοχής της πραγματικότητας, διαχωρισμός
- ανάπτυξη αντιληπτικής τάσης για τον/τη νεκρό/ ή
- μη φυσιολογικές εμπειρίες που έχουν σχέση με το νεκρό άτομο
- αίσθηση ότι κάτι πρόκειται να συμβεί

Άμυνες και Προσπάθειες Αντιμετώπισης

- σοκ, μούδιασμα, έλλειψη συναισθημάτων
- αποφυγή ή απόθεση των σκέψεων, αισθημάτων ή αναμνήσεων που συνδέονται με το νεκρό άτομο ή αντιδράσεις πόνου στην απώλεια
- άρνηση
- αναζήτηση του/της νεκρού/ ής
- διαμαρτυρία
- παλινδρόμηση
- αναζήτηση νοήματος

Γ) Η τρίτη φάση είναι η φάση της ανάκαμψης. Ο ύπνος και η όρεξη επανέρχονται στο κανονικό τους επίπεδο και το άτομο αρχίζει να βλέπει προς το μέλλον. Το πένθος δεν έχει λήξει τελείως, αλλά το άτομο έχει πλέον προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Η μνήμη του νεκρού παραμένει ζωντανή και μπορεί να έρχεται στο νου του πενθούντα σε τελείως απρόσμενες στιγμές χωρίς όμως τον αρχικό πόνο. Αυτό αρχικά μπορεί να προκαλεί πόνο στον πενθούντα, όταν πιστεύει ότι ο πόνος της απώλειας πρέπει να είναι συνεχής, γιατί έτσι διατηρείται ο δεσμός με το νεκρό άτομο. Προοδευτικά όμως γίνεται κατανοητό ότι η ανάμνηση και ο δεσμός με το νεκρό μπορεί να υπάρχει χωρίς την έντονη οδύνη ή θλίψη του πρώτου καιρού.

Στη φάση αυτή αρχίζουν να υποχωρούν τα συμπτώματα της έντονης θλίψης και αρχίζει η κοινωνική και συναισθηματική επάνοδος στην καθημερινή ζωή. Αυτό συχνά απαιτεί ανάληψη νέων ρόλων, καθώς το άτομο που πενθεί προσαρμόζεται σε μια νέα πραγματικότητα. Η προσαρμογή σε αυτή τη φάση δεν είναι τίποτα άλλο από την αποδοχή του γεγονότος του θανάτου, ως κάτι αναπόφευκτο στη ζωή (*Rando, 1995*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Οι υποχρεώσεις του ιατρού θεωρητικά αρχίζουν από τα φοιτητικά του χρόνια. Φυσικά αφορούν τον σπουδαστή που από αγάπη προς τον συνάνθρωπό του, στρέφεται προς το επάγγελμα αυτό. Το καθαρό πνεύμα, η αγάπη προς τον συνάνθρωπο, η προσπάθεια να πλουτίσει τις γνώσεις του, ώστε να γίνει μύστης της επιστημονικής και της κοινωνικής αποστολής του, τόσο υψηλής, πρέπει στο σύνολο αυτό να είναι ο στόχος του.

Η ηθική του ιατρού ξεκινάει από την ιερή υποχρέωση στον όρκο του, να είναι αγνός και καθαρός ο βίος και η τέχνη του. Με αυτόν τον ιερό σκοπό, αδιαφορώντας για το αν ο άρρωστος είναι Έλληνας ή ξένος, πλούσιος ή φτωχός, φίλος ή εχθρός θα πρέπει, με τον ίδιο πάντα ζήλο, με την ίδια αφοσίωση, να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Ίσως απ' αυτόν και μόνο τον λόγο να αντλεί η ιατρική, την ιερότητα, την ομοιομορφία και την δύναμή της.

Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνά ο ιατρός, ότι παραβιάζοντας τους κανόνες του ανθρωπισμού και βάζοντας πάνω απ' όλα το προσωπικό του συμφέρον, παραβαίνει τον όρκο του και θυσιάζει την ανθρώπινη ζεστασιά και το ενδιαφέρον που ζητά ο άρρωστος από αυτόν. Πολύ περισσότερο όταν εκμεταλλεύεται την άγνοια και την εμπιστοσύνη που του δείχνει. Ο ιατρός λοιπόν πρέπει με ψυχή και σκέψη, με ειλικρίνεια και συνέπεια να είναι αφοσιωμένος στον άρρωστό του, αφού εκείνος του

εμπιστεύεται το υπέρτατο αγαθό την υγεία και τη ζωή του. Κι ακόμα του εμπιστεύεται όλα τα μυστικά του και την τιμή του.

Έτσι ο γιατρός θα εκπληρώνει συγχρόνως τις υπηρεσίες στον εαυτό του, διατηρώντας τον αυτοσεβασμό αλλά και το καθήκον του στους αρρώστους. Ακόμα έχει υποχρέωση στους συναδέλφους του. Η συμπεριφορά του πρέπει να είναι ευγενική, ταπεινή και πρέπει να τη χαρακτηρίζει η προσήνεια και η αβρότητα.

Σύμφωνα λοιπόν με τις αρχές και το ρόλο του ο ιατρός πρέπει να ακολουθεί εκείνα τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες που δεν είναι τίποτε περισσότερο από αυτούσια την υποκρατική ηθική. Σ' αυτή βασίζονται οι θεμελιώδεις νόμοι και τα κλασσικά δόγματα την ιατρικής επιστήμης

Αναλυτικότερα οι αρμοδιότητές του είναι:

1. Να ασκεί το επάγγελμά του με ευσυνειδησία και αξιοπρέπεια.
2. Η υγεία του ασθενή είναι το πρώτο μέλημά του.
3. Ακολουθεί όλες τις απαραίτητες εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις για το όφελος του ασθενούς.
4. Συνιστά την ενεργό συμμετοχή του αρρώστου στη θεραπεία του.
5. Δίνει κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία του αρρώστου.
6. Είναι υπεύθυνος για την διεξαγωγή κλινικών φαρμάκων και προστασία του ανθρώπου.
7. Ο ιατρικός φάκελος του αρρώστου είναι απόρρητος εφ' όσον πρέπει να προστατευθεί η ιδιωτική του ζωή και τα έννομα συμφέροντά του.

8. Οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάστασή της υγείας του, ώστε μόνος να αποφασίσει για το προσωπικό του συμφέρον.
9. Οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για κάθε παροχή διάγνωσης ή θεραπείας, αφού προηγουμένως πληροφορηθεί για τις ενδεχόμενες συνέπειες.
10. Είναι υπεύθυνος για τα δικαιώματα του αρρώστου όπου σε καθορισμένες περιπτώσεις περιορίζονται, όταν βάζουν σε κίνδυνο την δημόσια υγεία.
11. Πρέπει να εξασφαλίζει την αρμονική σχέση με τους αρρώστους και τη συνύπαρξη με τους συναδέλφους του.
12. Οφείλει να συνεργάζεται με τις Αρχές, όπως ακόμα με οργανισμούς, ιδρύματα, υπηρεσίες δημόσιες ή ιδιωτικές.
13. Ο ιατρός από λόγους αξιοπρέπειας δεν πρέπει να παίρνει αμοιβές από συναδέλφους, ασθενής ή συγγενείς τους και από φοιτητές της ιατρικής. Ακόμα από αρρώστους που νοσηλεύονται μέσα σε ιδρύματα δημόσια ή ιδιωτικά, όταν πρόκειται για πραγματικά απόρους. (Μπεναρδής, 1985)

Καταλήγοντας, πρέπει να επισημανθεί ότι η ιατρική είναι βέβαιο ότι μπορεί να ασκείται οπουδήποτε μέσα σε νομικά πλαίσια, αλλά η ηθική και η δεοντολογία δεν μπορεί να περιχαρακωθεί και δεν είναι επιδεκτική να υποταχθεί στο νόμο. Είναι άλλωστε φανερό, ότι επηρεάζεται από την λογική και τα κανονικά πρότυπα και κυρίως κατευθύνεται και μεγαλουργεί στη συνείδηση κάθε έντιμου ιατρού.

5.1.1 ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

Βασικό μέλημα και καθήκον των ιατρών , σύμφωνα με το οποίο έχουν διαπαιδαγωγηθεί , είναι να αγωνίζονται για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών τους . Το καθήκον τους όμως αυτό , δεν περιλαμβάνει τους ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους , διότι η προσοχή τους εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην υγεία του ασθενή . Εδώ ανακύπτει ένα άλλο προωθημένο καθήκον . Το καθήκον της συντρόφευσης ή συμπόρευσης του ασθενούς στο τελευταίο στάδιο της ζωής του , δηλαδή μέχρι το θάνατο .

Το πρώτο αίσθημα που βιώνει ο γιατρός κατά την επαφή του με τον ετοιμοθάνατο , είναι η απώλεια της παντοδυναμίας του και της υλοποίησης του έργου του . Μη έχοντας να προσφέρει κάτι άλλο στον ασθενή απομακρύνεται .

Μόλις χειροτερέψει η κατάσταση του ασθενούς ο γιατρός σταματά να είναι φιλικός και ζεστός και οι επισκέψεις του γίνονται όλο και πιο σύντομες . Η συμπεριφορά του γίνεται απόμακρη σχεδόν εχθρική. Η θανατηφόρα διαδικασία απελευθερώνει καταλυτικά συναισθήματα και από τη μεριά των ασθενών αλλά και από την μεριά των ιατρών. Ο γιατρός μπορεί να μην είναι προετοιμασμένος να χειρισθεί μια τέτοια κατάσταση σαν ειδικός επιστήμονας αλλά και σαν απλός άνθρωπος. Ίσως σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσης και της θέσης του, όπως την θέλει η κοινωνία, ο γιατρός φοβάται τελικά να αισθανθεί ανήμπορος να παράσχει βοήθεια και να εκδηλώσει αυτή του την ανικανότητα στον άρρωστο.

Τέλος η επίκληση της ιατρικής συνειδήσεως, δεν αρκεί για να καλύψει την ανθρώπινη πλευρά του ιατρού. Επηρεασμένος από τις προσωπικές του πεποιθήσεις και από τα προσωπικά του βιώματα σε

σχέση με το θάνατο, αισθάνεται μόνος και αβοήθητος όπως ο ασθενής που καλείται να σώσει.

5.2 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει αναγνωρισθεί σήμερα από την κοινωνία, η άσκηση όμως του επαγγέλματος αυτού, απαιτεί ειδική εκπαίδευση και πολλές γνώσεις.

Η νοσηλευτική αποβλέπει να βοηθήσει τον ασθενή, να βελτιώσει ή να αποκτήσει την υγεία του, να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή που έχει καθορισθεί, να τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου και να βοηθήσει το υγιές άτομο στην οικογένεια και στην κοινότητα να διατηρήσει και να βελτιώσει την υγεία του και έτσι να προλάβει την ασθένεια.

Βασικές αρχές της νοσηλευτικής, τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να τηρεί κατά την άσκηση του νοσηλευτικού του έργου είναι:

- Να σέβεται την προσωπικότητα και να διατηρεί την ατομικότητα του αρρώστου.
- Να στηρίζει τη νοσηλεία του σε επιστημονικά δεδομένα.
- Να προστατεύει τον ασθενή από ενδονοσοκομειακές δυσμενείς επιδράσεις.
- Να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα, με τα οποία θα βοηθεί στην αποφυγή λάθους, ατυχήματος και την πρόληψη ανεπιθύμητων καταστάσεων και
- Να διατηρεί τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού

Ειδικότερα οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή είναι:

1. Να πληροφορεί και να εξηγεί στον ασθενή, τι πρόκειται να του συμβεί, χωρίς να δίνει εξηγήσεις και πληροφορίες τις οποίες μόνο ο ιατρός μπορεί να δώσει. Αυτό συντελεί στην επιτυχία συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και αδελφής.

2. Να ετοιμάζει στο δωμάτιο προετοιμασίας, το υλικό νοσηλείας και να το ελέγχει, πριν το φέρει κοντά στον ασθενή.
3. Να απομακρύνει τους επισκέπτες με καλοσύνη και ευγένεια.
4. Να προστατεύει το κρεβάτι του αρρώστου με παραβάν, όταν πρόκειται να ξεσκεπάσει τον ασθενή και να κλείνει την πόρτα και τα παράθυρα του θαλάμου.
5. Να δίνει στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση.
6. Να μην εκθέτει τον ασθενή περισσότερο από όσο απαιτείται για την ασφαλή εκτέλεση της νοσηλείας.
7. Να εργάζεται σύμφωνα, με όσα έχει διδαχθεί, με σταθερές, γρήγορες και ήρεμες κινήσεις, για να μην κουράζει τον άρρωστο ή και επιβαρύνει την κατάστασή του.
8. Να γνωρίζει ικανοποιητικά την τεχνική της νοσηλείας καθώς και το σκοπό εκτελέσεως της και να διατηρεί συγκεντρωμένη την προσοχή της κατά τη διάρκεια της εργασίας της.
9. Να προστατεύει τον ασθενή από τυχόν ατυχήματα κατά τη νοσηλεία π.χ. μόλυνση, τραυματισμό και ψύξη.
10. Να εμπνέει την εμπιστοσύνη και το σεβασμό στον ασθενή.
11. Να προσφέρει την απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε άρρωστο αδιάκριτα από φυλή, θρήσκευμα, μόρφωση, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.
12. Να έχει γραπτή ιατρική εντολή για την εκτέλεση νοσηλειών, όταν αυτή είναι απαραίτητη.
13. Να έχει καθαρά χέρια αλλά και να τηρεί αυστηρά, τους όρους υγιεινής, πριν και μετά από κάθε νοσηλεία.
14. Να θυμάται ότι η νοσηλευτική είναι τέχνη και ότι νοσηλεύει τον ασθενή και όχι την ασθένεια.
15. Να παρακολουθεί τις τυχόν αντιδράσεις του ασθενούς, κατά την εφαρμογή της νοσηλείας καθώς και τα αποτελέσματά της.

16. Να είναι στην διάθεση του ασθενή, οποιαδήποτε στιγμή με ευγένεια και προθυμία. *(Μαλγαρινού- Κωνσταντινίδου, 1994)*

Ο νοσηλευτής δεν είναι πάντα σε θέση να ικανοποιήσει όλες τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενούς, ούτε θεωρείται πάντοτε υπεύθυνος όταν αυτές, δεν ικανοποιούνται. Η φροντίδα όμως κάθε αρρώστου, πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές ανάγκες του, οι οποίες και πρέπει να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης σε αυτόν, φροντίδας. Επειδή οι ανάγκες του αρρώστου σπάνια παραμένουν οι ίδιες, απαραίτητη είναι η συχνή επανεκτίμηση τόσο των υπάρχουσων αναγκών, όσο και του σχεδίου της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

5.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ένα μέρος της εργασίας του νοσηλευτή, είναι η βοήθεια και ανακούφιση των ετοιμοθάνατων ασθενών. Ο νοσηλευτής όπως και κάθε άνθρωπος, είναι άτομο με ποικίλες ευαισθησίες, αντιλήψεις, πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στον άνθρωπο, οι οποίες δεν μεταβάλλονται απότομα, ούτε και διαγράφονται μόλις το άτομο ενταχθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής πολλές φορές, δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει τον ετοιμοθάνατο ασθενή, γιατί δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις και εκπαίδευση για την στάση που πρέπει να τηρήσει απέναντι του. Αναρωτιέται τι πρέπει να πει ή τι πρέπει να κρύψει, τι πρέπει να ρωτήσει ή τι πρέπει να απαντήσει.

Ένας άλλος λόγος που κάνει τον νοσηλευτή να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τον ετοιμοθάνατο, είναι τα συναισθήματα που του προκαλεί. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να προκληθούν είτε από την ηλικία του ασθενή, είτε από τη φύση της ασθένειας, είτε από το δέσιμο που έχει δημιουργηθεί μεταξύ τους, είτε γιατί στο πρόσωπο του άρρωστου που υποφέρει βλέπει πιθανόν τον εαυτό του ή κάποιο προσφιλές του πρόσωπο.

Οι παραπάνω λόγοι, δημιουργούν στον νοσηλευτή ποικίλες αντιδράσεις και συναισθήματα, τα οποία έχουν ως εξής

- Αίσθημα ανικανότητας και αδυναμίας μπροστά στο κάλεσμα του θανάτου.
- Νιώθει ανασφάλεια για το ρόλο του και αναρωτιέται για το πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά, από την οποία, δεν την αντλεί ικανοποίηση που προσδοκούσε .

- Απομακρύνεται και αρνείται να έρθει σε επαφή με τον ετοιμοθάνατο.
- Ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του κάθε νοσηλευτή, εμφανίζεται σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, απογοήτευση, ματαιίωση, φόβος, θυμός και ένοχη για την ίδια του τη ζωή.

Όλες οι παραπάνω αντιδράσεις και συναισθήματα, συμβάλλουν στη συναισθηματική εξουθένωση του νοσηλευτή και στην ικανότητα του, να κρίνει και να λειτουργήσει ως επαγγελματίας.

5.3 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η κοινωνική εργασία, σε ιατρικό πλαίσιο περίθαλψης πρέπει να μπορέσει να κατανοήσει τη σημασία των συμπτωμάτων, την πορεία της αρρώστιας και τις επιδράσεις της, στο ίδιο το άτομο αλλά και τις επιρροές αυτής της «μειονεξίας» στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και ακόμη τις τυπικές ενδείξεις αγωνίας ή και εξάρτησης που φέρνει η αρρώστια.

Ενώ ο γιατρός θεωρεί τον ασθενή ως άτομο, ο κοινωνικός λειτουργός βλέπει το άτομο ως ασθενή. Η ψυχοκοινωνική αυτή ενότητα, πρέπει να κατανοηθεί, να αναγνωριστεί η πορεία και η θεραπεία σοβαρών παθολογικών συμπτωμάτων, οργανικών, πνευματικών ή ψυχικών, να αξιολογηθούν οι πιθανότητες διατήρησης ή επανάκτησης της υγείας, η ειδική αγωγή, οι υπηρεσίες στο χρόνιο ή ετοιμοθάνατο ασθενή και την οικογένεια του καθώς και οι απόψεις της κοινότητας για την αρρώστια και τη δημόσια υγεία.

Η αγωνία του αρρώστου, ο τρόπος που η ασθένεια μπορεί να εμπλακεί στις ανάγκες του, ο ρόλος του " εγώ " στην άρνηση αλλά και στη συνεργασιμότητα του με την αρρώστια, η χρησιμοποίηση της αρρώστιας σαν επίκεντρο της οικογενειακής ομάδας καθώς και οι υποστηρικτικοί ή ανασχετικοί ρόλοι που μπορεί να παίξουν οι συγγενείς στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο και την οικογένεια του ώστε να προσαρμοστούν στις δυσκολίες που φέρνει η αρρώστια, έγιναν βαθμιαία ο πυρήνας για γνώσεις και τεχνικές.

Ο κοινωνικός λειτουργός όχι μόνο πρέπει να έχει γνώσεις και τεχνικές χειρισμού του περιβάλλοντος αλλά να είναι ευαισθητοποιημένος στις συναισθηματικές αντιδράσεις οργανικών ή ψυχικών ασθενειών χωρίς βέβαια αυτό να μειώνει τη σημασία των υπηρεσιών που

προσφέρονται σε συγκεκριμένες αρρώστιες καρδιοπάθειες, διαβήτη, καρκίνος, κ.τλ.

Συνεπώς ο κοινωνικός λειτουργός δεν παίρνει μόνο υπόψη του την αρρώστια, αλλά προβαίνει και σε νέα αξιολόγηση του ρυθμού που το "εγώ" του άρρωστου, εξασθενεί και οι ανάγκες εξάρτησης οξύνονται. Θα πρέπει να δεχθεί την παλινδρόμηση του ασθενή χωρίς λόγους αντιμεταβίβασης και χωρίς να ταυτιστεί ή να απορρίψει τον ασθενή.

Είναι απαραίτητο να μπορεί να δει και την άλλη όψη, δηλαδή, τις τραυματικές επιδράσεις που έχει στην εργασία του, ο φόβος της αναπηρίας του ή και του θανάτου του. Πως μπορεί ο ασθενής να συνδεθεί με τα ενδιαφέροντα της ζωής γύρω του, πως μπορεί να αποκτήσει ή να διατηρήσει σχέσεις και να αντικαταστήσει ικανότητες που έχασε με καινούργιες.

Όλα αυτά τα στοιχεία, δεν διαφέρουν καθόλου από τους στόχους του κοινωνικού λειτουργού και σε άλλους τομείς της κοινωνικής εργασίας εκτός του ότι στο χώρο του νοσοκομείου θα πρέπει να αναπροσαρμόζονται συνεχώς, σύμφωνα με το σκοπό της ιατρικής αγωγής και κατευθύνσεως.

5.3.1 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Όσον αφορά τις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι:

- 1) Να ασχολείται με περιπτώσεις που πέφτουν στην αντίληψη του ή παραπέμπονται από το προσωπικό του νοσοκομείου ή από οπουδήποτε αλλού.
- 2) Να παίρνει το ιστορικό του ασθενούς , για να βοηθήσει τον ιατρό όσον αφορά την διάγνωση της αρρώστιας , άλλα και ο ίδιος να κατέχει μια κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ασθενούς .
- 3) Προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια του , για την παραδοχή της ανάγκης εισαγωγής του στο νοσοκομείο .
- 4) Βοηθάει τους νεοεισερχόμενους ασθενείς για την ομαλή προσαρμογής τους στο περιβάλλον του νοσοκομείου .
- 5) Να επιλαμβάνεται των οικογενειακών προβλημάτων , τα οποία απασχολούν τον ασθενή και τον επηρεάζουν αρνητικά όσο αφορά τη θεραπεία της αρρώστιας .
- 6) Βοηθάει τον ασθενή σε θέματα πρακτικής φύσεως , εφόσον δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον .
- 7) Να λειτουργεί σαν συνδετικός κρίκος , μεταξύ ασθενή οικογένειας και προσωπικού υγείας .
- 8) Να μέριμνα για την εισαγωγή του ασθενούς σε ειδικό θεραπευτήριο μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο .
- 9) Να μεριμνά για την επαγγελματική προσαρμογή του αρρώστου .
- 10) Να συμπαραστέκεται στον ασθενή του οποίου η κατάσταση της υγείας επιδεινώνεται .
- 11) Να προετοιμάζει τους συγγενείς, για τυχόν άσχημη κατάληξη του ασθενούς .

Ο κοινωνικός λειτουργός για να σταθεί στο ύψος της ειδικότητας του, έχει ανάγκη από την ύπαρξη ενός σαφώς καθορισμένου περιγράμματος του έργου του. Ίσως οι παραπάνω αρμοδιότητες του να παρουσιάζουν μέσα στο χρόνο κενά και ατέλειες, διότι η εργασία του συνεχώς διευρύνεται και διαφοροποιείται, δεχόμενη τις επιδράσεις των εξελίξεων της κοινωνικής ζωής και τις νέες τάσεις και αναπροσαρμογές του ίδιου του επαγγέλματος.

5.3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ένα μεγάλο κεφάλαιο για τον κοινωνικό λειτουργό στην εργασία του με ετοιμοθάνατους ασθενείς, είναι ο ίδιος του ο εαυτός. Μια προσωπικότητα λοιπόν, δομημένη μέσα σε τέτοιες συνθήκες, έχει να εργασθεί πολύ με τον εαυτό της, με τους φόβους και τις ανασφάλειες με την έννοια του θανάτου. Κάθε περίπτωση που εκτυλίσσεται μπροστά στον κοινωνικό λειτουργό είναι ικανή να τον φέρει αντιμέτωπο με τον ίδιο του τον εαυτό. Και είναι φυσικό η συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου, να φέρει στην επιφάνεια ότι έχει εσωτερικά ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός για τον δικό του θάνατο ή το θάνατο κάποιου αγαπημένου του προσώπου.

Στην τελική φάση της ζωής του ασθενούς, εκείνο που μπορεί να κάνει ο κοινωνικός λειτουργός είναι να σταθεί κοντά στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή αλλά και στον ίδιο.

Προς το περιβάλλον του, έχει τη μορφή της στήριξης, ώστε να μπορέσουν να δεχθούν την πραγματικότητα του τέλους της ζωής του ανθρώπου τους. Να δεχθούν ότι έχει δικαίωμα να φύγει ειρηνικά. Να εκτοπίσουν τη δική τους ανάγκη να παρατείνουν τη ζωή του. Στο βαθμό που ο κοινωνικός λειτουργός πετυχαίνει να καταλάβουν οι συγγενείς τα παραπάνω σημεία, τότε απαλλάσσονται οι ίδιοι από την αγωνία τους και αυτόματα παύουν να μεταδίδουν την αγωνία τους στον ετοιμοθάνατο.

Ως προς τον ασθενή η θέση του κοινωνικού λειτουργού διαφοροποιείται. Μπορεί να κάθεται δίπλα του αρκετό χρόνο, με ελάχιστα λόγια και πολύ σιωπή. Αυτή η σιωπή είναι ότι πιο πολύτιμο υπάρχει και προσφέρεται προς τον ασθενή. Αρκεί να αισθανθεί από τις πρώτες επαφές μαζί του εμπιστοσύνη και να νιώσει την κατανόηση του κοινωνικού λειτουργού στην παρούσα φάση. Η υποστήριξη της αξιοπρέπειας του ασθενή από την πλευρά του κοινωνικού λειτουργού

είναι το κλειδί της γνήσιας και καθαρής επικοινωνίας. Φυσικά, αυτό ισχύει για την εργασία του κοινωνικού λειτουργού, σε όλα τα πλαίσια, όμως εδώ έχει την άμεση σχέση με το θάνατο και οι ισορροπίες είναι πιο ευαίσθητες και θέλουν μεγαλύτερη προσοχή. Είναι η άμεση επαφή με την αλήθεια του τέλους της ζωής.

Η επαφή του αυτή, δημιουργεί και στον ίδιο τον κοινωνικό λειτουργό ποικίλα συναισθήματα. Αισθάνεται ανίκανος μπροστά στο θάνατο και δυσκολεύεται να συνέλθει από τον πόνο και τη θλίψη που αντιμετωπίζει. Νιώθει πεσμένο το ηθικό του και αδυναμία να επενδύσει συναισθηματική ενέργεια σε άλλα άτομα. Επίσης, νιώθει ανήμπορος να συντροφεύει τον ετοιμοθάνατο και να αντεπεξέλθει πλήρως στις ανάγκες του ασθενούς.

Τέλος, η εξουθένωση είναι σωματική και συναισθηματική δηλαδή ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του αυτή μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα σωματικής κόπωσης και ψυχολογικής φθοράς.

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι ο κοινωνικός λειτουργός να διατρέχει έναν επαγγελματικό κίνδυνο, το BURNOUT, στο οποίο αναφερόμαστε στο επόμενο υποκεφάλαιο.

5.3.3. BURNOUT ΕΝΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

Ο Maslach (1982) ορίζει το burnout ως:

«Το σύνδρομο της συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης, και μείωσης των προσωπικών επιτευγμάτων που συμβαίνει στα άτομα που ασχολούνται με τα «ανθρώπινα επαγγέλματα» όλων των ειδών. Είναι η απόκριση σε μια χρόνια συναισθηματική εξουθένωση από την διαρκή εργασία με άλλα άτομα και ειδικότερα άτομα με προβλήματα » .

Το σύνδρομο του burnout στοιχίζει πολύ στους κοινωνικούς λειτουργούς, στους πελάτες και στις οργανώσεις .

Για τον κοινωνικό λειτουργό η εξουθένωση είναι φυσική και συναισθηματική. Κατάθλιψη, γενική αδιαθεσία, συναισθήματα απόγνωσης και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, πονοκέφαλοι, υπέρταση, χρόνια κόπωση και πόνους στη πλάτη. Πιθανόν, να δημιουργηθούν και προσωπικά προβλήματα όπως χρήση ουσιών και αλκοόλ, οικογενειακές συγκρούσεις, κ.λπ.

Από την μεριά της οργάνωσης, το σύνδρομο του burnout καταλήγει σε ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς κοινωνικούς λειτουργούς με χαμηλό ηθικό, αδικαιολόγητες απουσίες και παραιτήσεις.

Από την μεριά των πελατών το σύνδρομο αυτό καταλήγει σε απρόσωπες, απάνθρωπες και χωρίς φροντίδα υπηρεσίες.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, τις προσωπικές, οργανωτικές, και κοινωνικές μεταβλητές που συντελούν στη δημιουργία του burnout, είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για να το αντιμετωπίσουν και να το εξαλείψουν .

Οι μεταβλητές που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για τη δημιουργία του συνδρόμου είναι:

- Τα ατομικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού λειτουργού.
- Η οργάνωση από την άποψη της εποπτείας, συναδελφικής υποστήριξης και κανονισμών.
- Το πραγματικό αντικείμενο της εργασίας με τους πελάτες.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ BURNOUT

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στο burnout συμπεριλαμβάνουν μεταβλητές που σχετίζονται με το άτομο, την σχέση με τον πελάτη, το εργασιακό περιβάλλον και την κοινωνία. Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του burnout αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα κι όχι στις αιτίες. Μερικές στρατηγικές πρόληψης που θεωρούνται αποτελεσματικές είναι οι εξής :

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί δημιουργούν μια θετική σχέση με την εργασία τους όταν έχουν τη βεβαιότητα ότι αυτό που κάνουν είναι σημαντικό και ότι είναι σε θέση να φέρουν αλλαγή στη ζωή των πελατών τους. Άρα χρειάζονται βοήθεια για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και να χρησιμοποιούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά.
- Η δημιουργία και η επέκταση ενός δυνατού θεωρητικού υπόβαθρου είναι μια συνεχής διεργασία και μια σημαντική ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού.
- Οι ρεαλιστικοί στόχοι είναι μια πολύ σημαντική στρατηγική για την ανάπτυξη ικανοτήτων του κοινωνικού λειτουργού. Με τους ρεαλιστικούς στόχους, θα είναι σε θέση να μετρήσει την πρόοδο του πελάτη, να αποκτήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης και κυριαρχίας στο περιβάλλον του.

- Αν ο κοινωνικός λειτουργός συγκεντρωθεί στα δυνατά σημεία, στις ικανότητες και στους πόρους του πελάτη, μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο του συνδρόμου .
- Με την ανάπτυξη της αυτογνωσίας του κοινωνικού λειτουργού μειώνεται επίσης ο κίνδυνος του συνδρόμου . Η αυτογνωσία τον βοηθά να κατανοήσει τις προσωπικές του ανάγκες και τον βαθμό στον οποίο εμπλέκονται στην δουλειά του με τους πελάτες. Γνωρίζοντας καλά τον εαυτό του και τις υποκειμενικές του αντιδράσεις σε σχέση με τους πελάτες, οι οποίοι, καμιά φορά παρεμποδίζουν την αποτελεσματική έκβαση, θα είναι σε θέση να τις αναγνωρίσει και να τις διαπραγματευθεί.
- Επικοδομητική κριτική από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους είναι πολύ χρήσιμη και πρέπει να καλλιεργείται, καθώς επίσης συστηματική και διαρκής αξιολόγηση των στόχων.
- Δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος στήριξης στους χώρους εργασίας είναι πολύ σημαντική και μειώνει τις πιθανότητες του συνδρόμου. (Τεχνική και ηθική υποστήριξη, έκφραση απόψεων για την κοινωνική πραγματικότητα, ενεργητική ακρόαση χωρίς κακόβουλη κριτική κ.λπ.).
- Η πλούσια και ενδιαφέρουσα προσωπική ζωή συντελεί στη θετική στάση απέναντι στην εργασία καλές προσωπικές σχέσεις , πολλά ενδιαφέροντα , κλπ.
- Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να θέτει τα όρια στην εργασία του ώστε η προσωπική του ζωή να του αποδίδει και στην δουλειά του.
- Η οργάνωση ευθύνεται για την δημιουργία τέτοιων εργασιακών συνθηκών που να μειώνεται η ευπάθεια των

κοινωνικών λειτουργιών προς το συγκεκριμένο σύνδρομο.
Μια συνήθης στρατηγική είναι η ανάπτυξη εκπαιδευτικών
προγραμμάτων.

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ερευνητικό ενδιαφέρον των ψυχολόγων στο χώρο της υγείας είχε στραφεί προς τις ψυχοβιολογικές διαστάσεις της υγείας. Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία, οι ψυχοσωματικές διαταραχές και η αιτιολογία τους, οι επιπτώσεις της αρρώστιας στον ψυχισμό και στη συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και οι επιδράσεις των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία αποτέλεσαν τα κυριότερα αντικείμενα έρευνας.

Ένα μικρό μόνο ποσοστό των ερευνών επικεντρώνονταν στη μελέτη της παροχής υπηρεσιών υγείας, στις σχέσεις επικοινωνίας ιατρού – αρρώστου, στις πηγές υποστήριξης που συμβάλλουν στη διατήρηση της υγείας, στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος καθώς και στις στάσεις του γενικού πληθυσμού σε θέματα υγείας.

Το 1969, ένα άρθρο του Αμερικανού ψυχολόγου Schofield, επισήμανε τις δυνατότητες επέκτασης της ψυχολογικής έρευνας και σε νέους τομείς υγείας. Το 1976, η ομάδα εργασίας για την έρευνα στο χώρο της υγείας, της Αμερικανικής Ψυχολογικής Έρευνας, επισήμανε την ανάγκη ουσιαστικότερης συμβολής των ψυχολόγων, τόσο στη μελέτη των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο υγείας και συμβάλουν στη διατήρηση της, όσο και στη διαμόρφωση και αξιολόγηση προγραμμάτων φροντίδας της υγείας (Stone, 1979).

Ο Joseph Matarazzo (1980), έχει δώσει έναν αρχικό ορισμό της ψυχολογίας που εξειδικεύεται σε θέματα υγείας.

Τη θεωρεί ως το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία της αρρώστιας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Στον αρχικό αυτό

ορισμό, η ομάδα εργασίας των επιστημόνων που ασχολήθηκαν με το ρόλο της ψυχολογίας στο χώρο του υγείας, της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης, πρόσθεσε και την ανάλυση και βελτίωση του συστήματος φροντίδας της υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας (Matarazzo, 1982).

Έτσι λοιπόν, σήμερα, πρώτος στόχος της ψυχολογίας που ασχολείται σε θέματα υγείας θεωρείται

- Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, καθώς και η ανάπτυξη συνηθειών και συμπεριφορών που την προστατεύουν. Οι ψυχολόγοι μελετούν θέματα όπως τους λόγους που οι άνθρωποι καπνίζουν, κάνουν κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ή ακολουθούν ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής. Επίσης οι επιστήμονες αυτοί συμβάλλουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία και στην εκστρατεία ενημέρωσης, από τα M.M.E., ώστε να καλλιεργηθούν στο ευρύ κοινό υγιεινές συμπεριφορές και συνήθειες.
- Ένας δεύτερος στόχος είναι η πρόληψη και η ολιστική θεραπεία των ασθενειών. Ποικίλες ψυχολογικές παρεμβάσεις και τεχνικές χρησιμοποιούνται για τη μείωση των διαταραχών της υγείας όπως για παράδειγμα την πρόληψη της υψηλής αρτηριακής πίεσης. Οι ψυχολόγοι προτείνουν συγκεκριμένα μέτρα που αποσκοπούν στην αποτελεσματική προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες που επιβάλλει η πάθηση τους. Επίσης στις περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων, αναπτύσσουν προγράμματα αποκατάστασης που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής του αρρώστου και της οικογένειάς του αλλά και στον επικείμενο θάνατο του.

- Ο τρίτος στόχος επικεντρώνεται στις αιτίες των ασθενειών και στη διάγνωση τους, για παράδειγμα, η συμπεριφορά τύπου A έχει σχετιστεί με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Τέλος, η ψυχολογία στο χώρο της υγείας μελετά τα φαινόμενα που αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα υγείας, όπως είναι οι σχέσεις του προσωπικού υγείας με τον άρρωστο, οι παράγοντες που επηρεάζουν την τήρηση των ιατρικών οδηγιών και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, η καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας κ.λπ.

Η ειδικότητα της ψυχολογίας σε θέματα υγείας διαφοροποιείται από άλλες ειδικότητες στο χώρο της υγείας.

Η ψυχοσωματική ιατρική, θεωρείται μια ειδίκευση στα πλαίσια της βιοιατρικής επιστήμης που ασχολείται κυρίως με το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη και πορεία των σωματικών ασθενειών. Κατά την δεκαετία του 1950, ψυχίατροι, ψυχαναλυτές επικεντρώθηκαν στη μελέτη των άλυτων, μη συνειδητών συγκρούσεων που ευθύνονται για ορισμένες διαταραχές της υγείας (έλκος, υπέρταση, ημικρανίες κ.λπ.) και με τη βοήθεια ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, επιδίωξαν να συμβάλλουν στη θεραπεία αυτών των ψυχικών συγκρούσεων. Η σύγχρονη Ψυχοσωματική Ιατρική δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε ένα ψυχαναλυτικό μοντέλο μελέτης της σχέσης ψυχολογίας και υγείας.

Η συμπεριφορική ιατρική, αποτελεί ένα διεπιστημονικό χώρο που ασχολείται με την ανάπτυξη γνώσεων και τεχνικών της επιστήμης της συμπεριφοράς που συμβάλλουν τόσο στην κατανόηση της σωματικής υγείας και ασθένειας, όσο και στη διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση (*Schwartz & Weiss, 1978*). Ωστόσο ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πειραματική ανάλυση της συμπεριφοράς και στη χρήση συμπεριφορικών τεχνικών παρέμβασης.

Ο Pomerleau (1982), πρότεινε την επέκταση του ορισμού της συμπεριφορικής ιατρικής ώστε να περιλάβει τη μελέτη δραστηριοτήτων της «τέχνης της ιατρικής». Η τέχνη αυτή, περιλαμβάνει, για παράδειγμα, την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών από τον άρρωστο, την τροποποίηση της συμπεριφοράς του, όταν αυτή απειλεί την υγεία του και την ανάπτυξη νέων συμπεριφορών που συμβάλλουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η ιατρική ψυχολογία, κατά τον Rachman, συμπεριλαμβάνει την εφαρμογή ψυχολογικών εννοιών και μεθόδων ακόμα και σε μη ψυχιατρικά προβλήματα. Ανέφερε ότι «... οι ψυχολόγοι μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά σε θέματα υγείας όπως είναι η μείωση του πόνου, οι διαταραχές του ύπνου, η ψυχολογική προετοιμασία της εισαγωγής του ατόμου στο νοσοκομείο, οι σχέσεις προσωπικού υγείας και άρρωστου, η ψυχολογική προετοιμασία του επικείμενου θανάτου, κ.λπ. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ψυχολόγοι, μπορούν να ελαφρύνουν τους γιατρούς από μέρος των απαιτητικών κλινικών υποχρεώσεων τους και να τους απελευθερώσουν ώστε να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο με κάθε άρρωστο».

Ο Ratchman επίσης σημειώνει ότι οι ασθενείς θα ωφεληθούν από την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας καθώς θα έχουν ενταχθεί σ' αυτή νέες ψυχολογικές γνώσεις και τεχνικές.

Η Marteau και Johnston (1987) τονίζουν την αναγκαιότητα να αξιοποιούν οι ψυχολόγοι που εργάζονται στο χώρο της υγείας τα ψυχολογικά μοντέλα και την ψυχολογική γνώση στην ερμηνεία και παρέμβαση τους. Διαφορετικά, η ιατρική «οπτική» και το σύστημα υγείας θα τους απορροφήσει.

5.4.1. ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

Η παρέμβαση του ψυχολόγου, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους, είναι καθοριστική και για τους ασθενείς αλλά και για τους οικείους τους.

Καθώς ο ασθενής, διανύει την τελική φάση της ζωής του επέρχεται κατάθλιψη και ως αποτέλεσμα είναι να βλέπει τον εαυτό του με θλίψη. Σε αυτό το στάδιο αποσύρεται και απομονώνεται από τους άλλους. Εδώ ο ψυχολόγος ερευνώντας, τα συναισθήματα, τις ιδέες και τις επιθυμίες του, καθώς και την προσωπική του στάση απέναντι στο θάνατο, έρχεται αντιμέτωπος με ζητήματα υπαρξιακά και πνευματικά. Η εργασία του με το ετοιμοθάνατο άτομο περιλαμβάνει:

- Την υποστήριξη και συντήρηση, της αυτοαξίας και αυτοεκτίμησης του ατόμου, της ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της αυτοεμπιστοσύνης.
- Την αποδοχή των απωλειών, την εξάλειψη των φόβων και προαγωγή της ελπίδας για την καθησύχαση της ψυχής.
- Τον βοήθα να ξεπεράσει το άγχος του και του προσφέρει την ανακούφιση που ζητά επιλύοντας τις ανησυχίες του.

Κατά την εργασία του ψυχολόγου, με την οικογένεια του ασθενή, στόχος του είναι να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την σκληρή πραγματικότητα και να συνειδητοποιήσουν ότι έχουν ένα διπλό καθήκον να φέρουν σε πέρας

1) Να αντιμετωπίσουν την προοπτική του θανάτου και να την αποδεχτούν .

2) Να κατανοήσουν τις ανάγκες του ετοιμοθάνατου .

Έχουν με άλλα λόγια διπλή πηγή στρες, με αποτέλεσμα να μην μπορούν συχνά να αντιμετωπίσουν με επιτυχία και να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει. Εδώ ο ψυχολόγος τους βοηθά να ξεπεράσουν το δικό τους φόβο για το θάνατο, να αναλογιστούν τι σημαίνει αυτό γι' αυτούς και να σκεφτούν τι θα σήμαινε και ο δικός τους θάνατος. Με βάση τα παραπάνω, ο ψυχολόγος επικεντρώνει την προσοχή του, στο να μπορέσουν οι συγγενείς, να αφήσουν στην άκρη τη δική τους άποψη, για να μπορέσουν να βοηθήσουν το δικό τους άνθρωπο που πεθαίνει.

Ο ίδιος καθώς έρχεται αντιμέτωπος με την ψυχοσύνθεση του ετοιμοθάνατου ατόμου και όλες εκείνες τις διεργασίες του πρώιμου θρήνου και πένθους της οικογένειας, καταλαμβάνεται από συναισθήματα θυμού, απόγνωσης και προσωπικής ανεπάρκειας. Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω και σε συνδυασμό, με τις προσωπικές του πεποιθήσεις και εμπειρίες θανάτου, αδυνατεί ορισμένες φορές να ολοκληρώσει τη θεραπευτική διαδικασία και έτσι απομακρύνεται. Είναι φυσικές και αναμενόμενες αντιδράσεις οι οποίες τον οδηγούν στην επαγγελματική και συναισθηματική του εξουθένωση.

5.5 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Τα μέλη του προσωπικού υγείας, φροντίζοντας άτομα των οποίων η ζωή απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια, βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες. Ιδιαίτερα όταν δένονται με τον άρρωστο συναισθηματικά, εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και οι φίλοι που θρηνούν. Έτσι με την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή με το θάνατο του, μπορεί να αισθανθούν την ανάγκη να κλάψουν, νιώθουν θλίψη, δυσκολεύονται να αυτό-συγκεντρωθούν, βιώνουν θυμό, αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους, κ.λπ.

Το σημαντικό σημείο, που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας, από εκείνων των συγγενών, είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μόνο από την κοινωνία αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Αυτό συμβαίνει, γιατί ο ίδιος πιστεύει ή έχει διδαχθεί ότι δεν πρέπει να έχει προσωπικές αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο.

Αντίθετα πρέπει να είναι δυνατός, να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και στο θάνατο και να διατηρεί τις αποστάσεις του, ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές. Ακόμα όμως και αν επηρεάζεται, επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματα του, έτσι ώστε να μην εκτεθεί ούτε στους συναδέλφους του, ούτε στον ίδιο του τον εαυτό. Οι παράλογες αυτές προσδοκίες, δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου, που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που έχουν συχνά ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο (*Παπαδάτου 1995*).

Κάθε θάνατος οδηγεί σε σκέψεις – φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου και προκαλεί την αναβίωση παλαιότερων εμπειριών – άμεσα

συνδεδεμένων με την απώλεια, το θάνατο και το πένθος – που παραμένουν άλυτες (*Λαζαράτου, 1990*) .

Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας, ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφορές. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο.

Ο μηχανισμός της άρνησης συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχός του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα , αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάστασή του, ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν την φροντίδα του.

Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του . Για παράδειγμα αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα « Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτα άλλο » , « Δεν έχει νόημα σύντομα θα πεθάνει » κ.λπ.

Ο μηχανισμός της προβολής αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, όταν το προσωπικό υγείας αδύναμο και αμήχανο μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα αισθήματά του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.

Ο μηχανισμός της μετάθεσης επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για το άδικο της υπότροπης ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή/και στα μέλη της οικογένειάς του.

Οι προαναφερόμενοι μηχανισμοί χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη του προσωπικού υγείας που επιδιώκει να προστατευθεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητά τους προς κάποιο στόχο. Αναζητούν διαρκώς έναν «αποδιοπομπαίο τράγο» που εναλλακτικά μπορεί να είναι ένας «δύσκολος» συγγενής, άλλοτε ένας συνάδελφος, η διοίκηση, η πολιτεία ή οποιοσδήποτε άλλος. Ο στόχος αυτός, στην ουσία, τους επιτρέπει να εκφορτίσουν τα έντονα συναισθήματά τους αυτά όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα, γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη φύση μιας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή της αναπηρίας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα (Παπαδάτου, 1991).

Μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης είναι το χιούμορ. Όταν όμως γίνεται σε βάρος του ασθενούς, είναι κυνικό ή μακάβριο, εκφράζει μια βαθύτερη επιθετικότητα. Η λεκτική αυτή βία χρησιμοποιείται από το προσωπικό που επιδιώκει να αντεπεξέλθει στην πραγματική βία του θανάτου και συμβάλλει στη «διασκέδαση» των αισθημάτων αδυναμίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, όταν δεν μπορούν να ανατρέψουν το αναπόφευκτο του θανάτου.

5.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης, που είναι ευρέως διαδεδομένο σε χώρους εργασίας όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους.

Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986), οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι:

α) Η συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του

β) Η αποπροσωποίηση, που εκδηλώνεται με την απομάκρυνσή του από τους αρρώστους και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους και,

γ) Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, εκδηλώνεται με την μείωση της απόδοσής του και την παραίτησή του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών.

Η επαγγελματική εξουθένωση, επηρεάζεται από την συχνή επαφή των επαγγελματιών με άτομα που παθαίνουν κάτι που προκαλεί υπερβολικό στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου. Οι παραπάνω θεωρητικά περιγράφουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα στάδια:

- Κατά το πρώτο στάδιο, του ενθουσιασμού, ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους αρρώστους που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και από τις συνθήκες εργασίας.

Αφιερώνει ώρες και ενέργεια, και υπερεπενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Ο μικρόκοσμος της δουλειάς γίνεται ολόκληρος ο κόσμος του, με αποτέλεσμα να προσδοκά ότι θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή.

- Σ'ένα δεύτερο στάδιο, αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία του δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει να αναρωτιέται μήπως φταίει ο ίδιος και προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευση του δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερο στις σχέσεις με τους αρρώστους και αυξάνοντας τις γνώσεις και δεξιότητες του μέσα από τη συμμετοχή σε σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης. Με την πάροδο όμως του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσής του έξω από τον εαυτό του, στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο και από-ιδανικοποιεί θέματα που δεν το απασχολούσαν στο παρελθόν αρχίζουν να προβάλλουν σημαντικά προβλήματα. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κ.λ.π. Στη διαδικασία αυτή αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλές ή παράλογες προσδοκίες του.

- Κατά το τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαιώσης, ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά που του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη ερχόμενος σε καθημερινή επαφή με το θάνατο και πιστεύει ότι οι προσπάθειές του είναι μάταιες. Αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νιώθει παγιδευμένος μέσα σ'αυτή. Στην ουσία, αυτό το στάδιο θεωρείται μεταβατικό, καθώς

η απογοήτευση τον ωθεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει την συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους αρρώστους, και το χώρο εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες.

- Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας της υγείας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στην δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών και ειδικότερα των ετοιμοθάνατων καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σε αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο εργασίας και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης.

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται συνήθως αντιληπτά κατά τα δύο τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο (*Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1986*).

α) Τα οργανικά συμπτώματα αφορούν συνήθως μικροενοχλήσεις, όπως έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου κ.τ.λ. Άλλοτε πάλι, αφορούν σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, παρατεταμένες ημικρανίες ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές.

β) Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μια υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Κάθε ασθενής στην τελική φάση της ζωής του γίνεται αντιληπτός στον επαγγελματία ως «βάρος». Βαθμιαία περιορίζει την επαφή του με τους ασθενείς και τους συγγενείς. Αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά μαζί τους, ελαττώνει τις επισκέψεις στους θαλάμους και μοιάζει διαρκώς απασχολημένος και μη διαθέσιμος. Η στάση του και η συμπεριφορά του γίνονται απρόσωπες. Αναφέρεται στον άρρωστο ως «περίπτωση», «αρρώστια» ή «αριθμό θαλάμου».

Μερικές φορές γίνεται ειρωνικός, κυνικός, επιθετικός, απότομος και ευερέθιστος.

Στην ουσία, η συμπεριφορά αυτή λειτουργεί ως αυτοπροστασία, όταν το στρες και η συναισθηματική φόρτιση που βιώνει ο επαγγελματίας υπερβαίνουν τα αποθέματά του. Με την σειρά του, ο επαγγελματίας, νιώθει ενοχές, πιστεύει ότι έχει χάσει την ανθρωπιά του και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους ασθενείς και τους συναδέλφους του.

γ) Τέλος έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική και προσωπική ζωή του με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα και να ελαττώνεται η διάθεσή του.

5.6.1. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης τα αίτια αναζητούνται στην δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια «ζήτηση» και μια «προσφορά» τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία.

Σύμφωνα με την Vanchoy(1987), ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίστασή του στο στρες. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

α) ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.τ.λ.)

β) ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες, στρατηγικές αντιμετώπισης κ.λ.π.),

γ) διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο)

δ) κοινωνικό – πολιτισμούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες από το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια, τον άρρωστο, το θάνατο κ.λ.π.)

Παρόλο που τα σύγχρονα μοντέλα επιδιώκουν να κατανοήσουν το φαινόμενο της εξουθένωσης λαμβάνοντας άποψη τη συμβολή ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, μερικοί επικεντρώνουν τις μελέτες τους στις στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες εργασίες. Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια όσον αφορά το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος η άκαμπτη και αυταρχική

διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των οικογενειών τους, καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία της υγείας στο θάνατο ασθενών.

Στις μελέτες έχει περιληφθεί και το στρες που βιώνει το προσωπικό υγείας το οποίο δουλεύει κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας, συγκεκριμένα υπάρχουν μονάδες ή τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα ογκολογικά νοσοκομεία, οι ξενώνες φροντίδας ατόμων του βρισκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους, τα ψυχιατρικά τμήματα, τα τμήματα στα οποία νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από AIDS.

Άλλοι επιστήμονες τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (Lazarus κ' Folkman, 1984), από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας, από τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Η Kobasa και οι συνεργάτες της υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που διακρίνονται από ανθεκτικότητα στο στρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα υγείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο θάνατος είναι κάτι που όλοι συναντάμε σε κάποια στιγμή της ζωής μας. Αφορά όλες τις ηλικίες, μια και ο θάνατος μπορεί να προέλθει απ' ό διάφορες αιτίες και να πλήξει την ζωή από την γέννηση μέχρι το γήρας. Η επαφή με το θάνατο, είναι μια επώδυνη εμπειρία, που θέτει ερωτήματα για την ίδια την ζωή και το νόημά της και ταυτοχρόνως αναγκάζει τους ανθρώπους, σε μια ανασκόπηση της δικής του ζωής υπό το πρίσμα του παρελθόντος και του μέλλοντος. Αυτό, βοηθά στο να βλέπουμε τα όρια μας και ενδεχομένως να γινόμαστε πιο πλούσιοι σε εμπειρία και σοφία.

Μολονότι οι περισσότερες αρρώστιες αποκρίνονται ευνοϊκά στην θεραπεία, μερικές δεν αποκρίνονται. Αν και με την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην θεραπεία πολλές ασθένειες που άλλοτε ήταν θανατηφόρες σήμερα παρουσιάζουν κάποια ύφεση ή και πιθανώς θεραπεία, τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικογένειές τους, ζουν σταθερά κάτω από την απειλή ενδεχόμενης απώλειας. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας, αντιμετωπίζουν την πρόκληση της παροχής της καλύτερης δυνατής φροντίδας για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και συγκινησιακών αναγκών των ασθενών και της οικογένειάς τους, κατά τη διαδρομή της αρρώστιας όσο και κατά την ώρα του θανάτου.

Η εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο, σταματά ξαφνικά και αναπάντεχα τις καθημερινές του ασχολίες. Τον βγάζει από τον φυσιολογικό ρυθμό και ρόλο του. Αρχίζει να εξαρτάται από τους άλλους και αυτό τον κάνει να αισθάνεται χαμένος, αδύνατος και ανασφαλής.

Επιπλέον, εξαιτίας της αρρώστιας του, δημιουργούνται ποικίλα συναισθήματα φόβου άγχους, θυμού ακόμα και κατάθλιψης.

Παρόμοια, είναι και τα συναισθήματα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή. Η οικογένεια, περιμένει μια απάντηση σε πολλά ερωτηματικά και πληροφορίες για τα σημεία εκείνα, που δεν τους είναι ξεκαθαρισμένα. Όμως φόβος για την κατάσταση του αγαπημένου τους προσώπου, συχνά εμποδίζει να διατυπώσουν και να εκθέσουν τα προβλήματά τους με σαφήνεια. Αυτό κάνει φανερό την ανάγκη που έχουν όχι μόνο οι ασθενείς, αλλά και τα μέλη της οικογένειάς τους για ψυχολογική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας.

Στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου, οι διεργασίες του πένθους, επέρχονται πολύ πριν καταλήξει τελικά ο ασθενής. Είναι ένα κρίσιμο και σημαντικό σημείο, διότι προκαταβάλλεται η πορεία του ασθενούς και οδηγείται στον ψυχολογικό θάνατό του. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να τονισθεί ότι, σε αυτές τις περιπτώσεις η ψυχική υγεία του αρρώστου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, εξίσου σημαντική με την κλινική του υγεία.

Σε αυτές τις κρίσιμες στιγμές, καθοριστική είναι η συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενσωμάτωση του ασθενούς στο νοσοκομείο. Εδώ, σημαντική είναι η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και αρρώστου, η αποτελεσματικότητα της οποίας, προϋποθέτει την κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα την ειλικρινή πρόθεση του επαγγελματία της υγείας, να καταλάβει όσα απασχολούν τον άρρωστο. Δεν αρκεί όμως μόνο να τον καταλάβει, αλλά ταυτόχρονα πρέπει να του μεταδώσει και το μήνυμα, ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός.

Στην εργασία και επαφή τους, με άτομα στο τελικό στάδιο της ζωής τους, οι επαγγελματίες υγείας συχνά αδυνατούν να προσφέρουν την απαιτούμενη βοήθεια. Αυτό οφείλεται στη συναισθηματική και

επαγγελματική εξουθένωση, που αποκτούν βιώνονται καθημερινά
στρεσογόνες καταστάσεις.

••

6.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ύστερα από όλα αυτά, καταλήγουμε στις εξής προτάσεις με την ελπίδα ότι θα γίνει κάτι καλύτερο τόσο για τους ανθρώπους στην τελική φάση της ζωής τους και τους οικείους τους όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες στον χώρο του νοσοκομείου. Οι προτάσεις μας, έχουν ως εξής:

1) Η εισαγωγή ειδικού μαθήματος, για την αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου ασθενή και των οικείων του, σε όλες τις σχολές των επαγγελματιών υγείας. Στόχος του μαθήματος αυτού, θα είναι η αύξηση γνώσεων και κατανόησης, γύρω από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, του επικείμενου θανάτου.

2) Εξειδίκευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των ετοιμοθάνατων και των οικείων τους. Παρόλο που πρωταρχικός σκοπός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι η αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, σκοπός της εξειδίκευσης αυτής, είναι η ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου και της οικογένειάς του.

3) Ειδικό επιστημονικό προσωπικό για την υποστήριξη:

- α) ασθενών στην τελική φάση της ζωής τους και
- β) οικογενειακού περιβάλλοντος

4) Δημιουργία ομάδων υποστήριξης των επαγγελματιών. Λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού, αναγκαία είναι η συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας που θα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και θα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου.

5) Αναγκαία εποπτεία και έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί ευθύνη του κράτους για την τήρηση και προστασία των ήδη υπάρχουσων υπηρεσιών.

6) Ιδιαίτερα δωμάτια για τους ετοιμοθάνατους. Η «απομόνωση» αυτή, θα είναι ευεργετική όχι μόνο για τον ετοιμοθάνατο αλλά και τους συγγενείς του, δίνοντας έτσι, κάποια άνεση κατά τις τελευταίες ώρες. Αλλά και για τους άλλους ασθενείς του θαλάμου, που θα αποφεύγουν έτσι, να αντικρίσουν σκληρές θανάτου.

7) Θεραπευτικά και υποστηρικτικά κέντρα: Τα κέντρα αυτά, θα λειτουργούν στον χώρο του νοσοκομείου με σκοπό όχι μόνο την ψυχολογική στήριξη των ετοιμοθάντων ασθενών και των οικείων τους, αλλά θα καλύπτουν και ένα ευρύ φάσμα αναγκών τους.

8) Κέντρα φιλοξενίας: Τα κέντρα αυτά, θα λειτουργούν με σκοπό να παρέχουν τις τελευταίες φροντίδες στον ετοιμοθάνατο ασθενή και ταυτόχρονα να φιλοξενούν τους οικείους του. Θα απαρτίζονται από ανθρώπους με ειδική κατάρτιση και θα αποσκοπούν σε εκείνο τον πληθυσμό, ο οποίος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα και διαμένει μακριά από το νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγαπητός Ιωσήφ, Πως αντιμετώπισαν το πένθος, ΦΩΣ Χ.Ε.Ε.Ν. Αθήνα 1990
2. Αλεβιζόπουλος Γιώργος, Δικαστική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1998
3. Βείκος Θεόφιλος, Εισαγωγή στην φιλοσοφία, Εκδόσεις Θεμέλειο, Αθήνα 1989
4. Γκουρνέλης Θωμάς, Υγιεινή, Εκδόσεις Φαιστός, Θεσ/νίκη 1992
5. Έβανς Γουέντζ, Η Οιβετιανική Βίβλος των νεκρών, Εκδόσεις Πύρινος κόσμος, Αθήνα 1970
6. Καλαντζή Αζίζι, Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις Καραβία, Αθήνα 1983
7. Κονδύλης Φόντας, Θησαυρός σοφίας της αρχαίας Ελλάδας, Εκδόσεις Ορφανίδης, Αθήνα
8. Λαζαράτου Ε., Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου, Εκδόσεις Ιατρική, Αθήνα 1990
9. Μαλγαρινού Μ.Α.- Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική Τόμος Α. Εκδόσεις Ταβίθα, Αθήνα 1989
10. Μπακογιάννης Βασίλειος, Φως στο τούνελ, Πάτρα 1993
11. Μπενάρδης Νικόλαος, Εγχειρίδιο ιατροδικαστικής, Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1985
12. Παπαδάτου Δανάη, Αναγνωστόπουλος Φώτης, Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
13. Παπαδάτου, Ο άρρωστος που πεθαίνει και η οικογένειά του , Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1986
14. Ποταμιανός Γρηγόρης, Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995

15. Σταυριανός Βασίλειος, Μαραγκουδάκη Μαρία, Το κοινωνικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα κατά το έτος 1980, Κ.Ε.Π.Ε, Αθήνα 1985
16. Τζαβάρας Γιάννης, Το βέβαιο του θανάτου, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1982
17. Aries P., μετ. Λάμψα Κ., Δοκίμια για τον θάνατο στην δύση: από το μεσαίωνα ως τις μέρες μας, Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1988
18. Bowker John, μετ. Κονομή Μαρία – Λογιάκη Αμαλία, Ο θάνατος και οι θρησκείες, Εκδόσεις Παπαδήμας, Αθήνα 1996
19. Burckhardt Jacob, μετ. Λουπασάκης Θεόδωρος, Οι Έλληνες και οι Θεοί τους, Αθήνα 1982
20. Corr, A task – based approach to coping with dying, Εκδόσεις Omega, Αθήνα 1992
21. Doka K.J., Living with Life Threatening Illness, New York 1993
22. Goldman Emily, μετ. Μαστακούρης Θωμάς, Ζωή μετά τη ζωή, Εκδόσεις Εσόπτρου, Αθήνα 1997
23. Griffin Jospet, μετ. Ανδρικόπουλος Παντελής, Ο Όμηρος για τη ζωή και το θάνατο, Εκδόσεις Εικοστός Πρώτος, Αθήνα 1999
24. Hutchbecker, The Dynamics of Self-Fulfillment, New York
25. Jung Carl, μετ. Ζορμπάς Κώστας, Παχύδης Κώστας, Ψυχολογία και απόκρυφα, Εκδόσεις Ιάμβλιχος, Αθήνα
26. Krishnamourti Jo, μετ. Λασκαράτος Πέτρος, Η απελευθέρωση από το γνωστό, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1985
27. Kubler Ross, μετ. Βράχας Φρίξος, Θάνατος - Το τελικό στάδιο της εξέλιξης, Εκδόσεις Ταμασός, Αθήνα 1988
28. Leming M.R. & Dickinson, G.E., Understanding Dying, Death and bereavement, Rinehart and Wiston Press, New York 1985
29. Moody Raymond, μετ. Κρίμπας Γιώργος, Τι είδα στον άλλο κόσμο, Εκδόσεις Μπουκουμάνες, Αθήνα 1982

30. Morgan J., *Death and bereavement: Spiritual, ethical and pastoral issues*, 1988
31. Reaney Darryl, μετ. Σκαρβέλη Ιωάννα, *Ο θάνατος του αιωνίου*, Εκδόσεις Κωσταράκης, Αθήνα 1992
32. Swartzenberg Leon, μετ. Μπουκουβάλα Ελένη, *Να αλλάξουμε τον θάνατο*, Εκδόσεις Πύλη, Αθήνα 1982
33. Szent Gyorgyi, μετ. Σεφεριάδη Λία, *Ο τρελός πίθηκος*, Εκδόσεις Γραμμή, Αθήνα 1978

