

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Ο θάνατος ως ψυχοσωματικό φαινόμενο και ο ρόλος του νοσηλεύτη στην αντιμετώπιση των φυσικών, συναισθηματικών και πνευματικών αναγκών του ετοιμοθάνατου».



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΚΑΡΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1916
----------------------	------

Στους γονείς μου

Στους καθηγητές του Τ.Ε.Ι. Πατρών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	4
ΘΑΝΑΤΟΣ.....	5
1.1. Ορισμός	5
1.2. Διαχωρισμός κυτταρικού - σωματικού θανάτου.....	6
1.3. Πως ταξινομούνται ιατροδικαστικά οι θάνατοι.....	6
1.4. Σημεία εμφάνισης θανάτου	7
1.5. Διαπίστωση θανάτου.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	9
ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	10
2.1. Φυσικές ανάγκες	10
2.2. Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες.....	11
2.3. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου στο τελευταίο στάδιο της ζωής του.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	15
Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	16
3.1. Στάδιο ανάπτυξης της αντίληψης του θανάτου από το παιδί	17
3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση.....	19
3.3. Παροχή πληροφοριών στους γονείς, που θα τους βοηθήσουν να παίξουν υποστηρικτικό ρόλο.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	27
Ο ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ.....	28
4.1. Στον ετοιμοθάνατο υπερήλικα, η νοσηλεύτρια,.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	30
ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	31
5.1. Ευθανασία.....	31
5.2. Τα διλήμματα των μεταμοσχεύσεων	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	44
6. Υλικό	45
6.1. Ερωτηματολόγιο.....	45
7. Αποτελέσματα	46
8. Περίληψη - Συμπεράσματα	
Αντί επιλόγου	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σήμερα που τόση έμφαση δίνεται στη νεότητα και τη ζωή, η αποφυγή και η άρνηση του θανάτου είναι κοινό φαινόμενο⁽¹⁾.

Ο θάνατος ενός ασθενούς έρχεται σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό του νοσοκομείου, «διατήρηση της ζωής». Θεραπεία σημαίνει κατά κάποιο τρόπο επιτυχία, ενώ αντίθετα ο θάνατος θεωρείται αποτυχία. Βέβαια κανείς δεν αρνείται ότι σήμερα πλεονεκτούμε από άποψη προόδου στη θεραπευτική και την καταπολέμηση της αρρώστιας.

Χάρη στην επιστημονική πρόοδο έχει εξασφαλιστεί ακόμα και η επιβράδυνση του θανάτου από πολλά σοβαρά νοσήματα. Κι όμως ο άνθρωπος, μ' όλη την ευφυΐα και το πνεύμα που διαθέτει, παρουσιάζεται αδύναμος μπροστά στο φαινόμενο του θανάτου. Μπορεί να αναβάλει το θάνατο, να ανακουφίσει το άτομο από τους φυσικούς πόνους της ασθένειας, να χρησιμοποιήσει τη λογική για να τον διώξει μακριά, ή να αρνηθεί την άμεση ύπαρξή του, αλλά να αποφύγει το θάνατο δεν μπορεί. Ο θάνατος είναι μια πραγματικότητα δύσκολη να την παραδεχτούμε, αλλά όμως η πιο βέβαιη στη ζωή μας.

Όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα η οικογενειακή και η κοινωνική ζωή, ο άνθρωπος σπάνια πεθαίνει στην άνεση του σπιτιού του, κοντά σε συγγενείς και φίλους, οι οποίοι είναι έτοιμοι να εκπληρώσουν τις τελευταίες του επιθυμίες. Τις περισσότερες φορές βρίσκεται σ' ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, συχνά περιτριγυρισμένος από διάφορα μηχανήματα και άγνωστα πρόσωπα.

Είναι φανερό ότι περισσότερα άτομα πεθαίνουν σήμερα στα νοσοκομεία και επομένως η οικογένεια προστατεύεται κατά κάποιο τρόπο από το γεγονός του θανάτου, ενώ αντίθετα το προσωπικό του νοσοκομείου ζει καθημερινά την ύπαρξη του.

Ένα μέρος της εργασίας της αδελφής είναι η βοήθεια και ανακούφιση των βαριά ασθενών οι οποίοι, καθώς γνωρίζει, έχουν λίγες πιθανότητες να βγουν υγιείς από το νοσοκομείο. Αυτός ο τομέας της αδελφής έχει κάπως παραμεληθεί, ενώ συγχρόνως είναι μια οδυνηρή εμπειρία για τη νέα αδελφή, που δεν έχει αρκετή πείρα για να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΘΑΝΑΤΟΣ

Τι είναι θάνατος; Μήπως η διακοπή των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας;

Το πρόβλημα αυτό συζητήθηκε πολύ στους επιστημονικούς κύκλους πολλών χωρών ένεκα της εφαρμογής της μεταμοσχεύσεως οργάνων από νεκρό σε ζωντανούς οργανισμούς. Πότε δηλαδή ένας άνθρωπος είναι πραγματικά νεκρός κι έχουμε το δικαίωμα ν' αφαιρέσουμε ένα όργανο από το σώμα του;

Εφόσον γνωρίζουμε ότι ο άνθρωπος αποτελείται από σώμα και πνεύμα και αν παραδεχτούμε ότι ο βιολογικός θάνατος είναι η κατάπαυση των σωματικών και διανοητικών λειτουργιών, τι είναι ο θάνατος για το πνεύμα; Είναι μήπως ο χωρισμός της ψυχής από το σώμα; Είναι η γέννησή της, σε μια νέα ζωή που συνοδεύεται όπως και η σωματική γέννηση από πόνους και οδύνες;

Πράγματι ο θάνατος είναι μεγάλο μυστήριο μπροστά στο οποίο σταμάτησαν με έκσταση και δέος πολλά από τα ευγενέστερα πνεύματα της ανθρωπότητας. Ότι κι αν είναι όμως ο θάνατος, κανείς δε μένει ανεπηρέαστος από αυτόν. Γεγονός είναι ότι όλοι επηρεαζόμαστε από την εμφάνισή του, και μολονότι αποτελεί τη βεβαιότερη πραγματικότητα της ζωής μας, δεν μπορούμε να εξοικειωθούμε με την έννοια του θανάτου.

1.1.Ορισμός

Η παύση της ζωής ενός ατόμου διαφέρει χρονικά από τον βιολογικό θάνατο ενός οργανισμού, δηλ. την ανεπανόρθωτη απώλεια των ιδιοτήτων της ζωντανής ύλης⁽²⁾.

Στην πράξη, και νομικά έτσι ορίζεται, η ζωή ενός ατόμου παύει όταν πάψουν οι λειτουργίες της αναπνοής και κυκλοφορίας. Στην πραγματικότητα όμως η κατάργηση της ζωής ενός ατόμου δεν γίνεται απότομα, αλλά σταδιακά με την νέκρωση των κυττάρων των ιστών του, γεγονός που εκδηλώνεται με το σταμάτημα της λειτουργίας τους.

1.2. Διαχωρισμός κυτταρικού - σωματικού θανάτου

Αν αναφέρουμε ότι ο κυτταρικός θάνατος έρχεται αργότερα από τον σωματικό, είναι για να τονισθεί ότι ορισμένοι ζωτικοί ιστοί όπως οι μύες, μπορούν να διατηρήσουν για αρκετές ώρες - μετά τον επιστημονικά διαπιστωμένο θάνατο - και τη ζωτικότητά τους και την ικανότητά τους να αντιδράσουν σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Είναι αυτονόητο πως τέτοια φαινόμενα μπορούν να οδηγήσουν σε τραγικές παρεξηγήσεις, αλλά και να τροφοδοτήσουν με επιχειρήματα τους μη ειδικούς, που επικρίνουν τη μεταμόσχευση οργάνων.

Ο ορισμός του σωματικού θανάτου στην περίπτωση της μεταμόσχευσης, φαίνεται ανεπαρκής. Δηλαδή, ενώ με τη διαπίστωση ότι η αναπνοή και η καρδιά (μέσω Η.Κ.Γ) έπαψε να πάλλει, δεν πιστοποιείται ως γεγονός ότι και ο εγκέφαλος έπαθε ανεπανόρθωτες βλάβες, δηλ. δεν διαπιστώνεται ο εγκεφαλικός θάνατος.

1.3. Πως ταξινομούνται ιατροδικαστικά οι θάνατοι

Ιατροδικαστικά οι θάνατοι διακρίνονται, ανάλογα με το αίτιο που τους προκάλεσε, σε φυσικούς και βίαιους και ανάλογα με την ταχύτητα την οποία επήλθαν, σε βραδείς και αιφνίδιους.

• Με τον όρο «θάνατος από φυσικό αίτιο» νοούμε εκείνον που επήλθε ως αποτέλεσμα της μοιραίας φθοράς ή από κάποια ασθένεια, άσχετη όμως με την επίδραση ενός εξωτερικού παράγοντα που συνέβαλε στην έναρξή της, στην εξέλιξη ή τη μοιραία έκβασή της.

Στους θανάτους από βίαια αίτια περιλαμβάνονται όχι μόνο εκείνοι που προέρχονται από προφανή βίαιη δράση: μηχανική, φυσική, χημική, αλλά και όσοι οφείλονται σε εξωγενή παράγοντα που έδρασε αιφνίδια ή χρόνια και σταθερά.

• **Βραδύς** χαρακτηρίζεται ο θάνατος όταν προηγήθηκε νόσημα ή νοσηρή συνδρομή τέτοια ώστε να επιτρέψει σε θεράποντα ιατρό να συμπληρώσει την κλινική εξέταση του αρρώστου και να κάνει διάγνωση, η οποία δικαιολογεί το μοιραίο αποτέλεσμα.

Αιφνίδιος καλείται ο θάνατος που επέρχεται απότομα και απροσδόκητα από άγνωστη εσωτερική αιτία -παθολογική ή λειτουργική- και γενικότερα από αίτιο που δεν δόθηκε καιρός να διαγνωσθεί όσο το άτομο αυτό ζούσε.

1.4.Σημεία εμφάνισης θανάτου

Ορισμένα σημεία που δείχνουν ότι η ζωή πλησιάζει στο τέλος της είναι τα εξής⁽¹⁾:

- Πτώση της Α.Π. και ελάττωση της κυκλοφορίας (άκρα ψυχρά).
- Μείωση αίσθησης και κίνησης.
- Δέρμα κυανωτικό ή ωχρο.
- Η ομιλία καθίσταται αδύνατη.
- Βαθμιαία εξαφάνιση αντανακλαστικών.
- Μείωση μυϊκού τόνου (θέση σώματος: υπτία).
- Αναπνοή θορυβώδης, εμφάνιση «προθανάτιου ρύγχου», ο οποίος οφείλεται στη συλλογή βλέννας στην αναπνευστική οδό, την οποία ο ασθενής δεν μπορεί να αποβάλλει ή να καταπιεί.
 - Αναπνοές σύντομες και επιπόλαιες.
 - Σφυγμός άρρυθμος, λεπτός και γρήγορος.
 - Υποβαθμισμένη οξύτητα της ακοής.

Ο άρρωστος μπορεί να χάσει ή όχι την επαφή του με το περιβάλλον. Ο βαθμός της διανοητικής εγρηγόρσεως ποικίλλει στους διάφορους ασθενείς πράγμα το οποίο είναι απαραίτητο να έχουμε υπόψιν, όταν προσφέρουμε νοσηλευτική φροντίδα⁽³⁾.

1.5.Διαπίστωση θανάτου

Αφού κληθεί, τη διαπίστωση του θανάτου την κάνει ο ιατρός⁽²⁾. Για την διαπίστωση του θανάτου χρησιμεύουν οι μεταβολές που προοδευτικά εμφανίζονται στο πτώμα τα λεγόμενα «σημεία του θανάτου».

Μερικά εμφανίζονται **πρώιμα** ενώ άλλα με την πάροδο κάποιου χρόνου και καλούνται **υστεροφανή**.

Για την έγκαιρη διάγνωση και βεβαίωση του θανάτου, σημασία έχει η αναζήτηση των πρώιμων σημείων.

Πρώιμα σημεία: Παύση αναπνοής και κυκλοφορίας.
Απώλεια αισθήσεων.
Χαλάρωση μυϊκού τόνου.
Παραμόρφωση κόρης οφθαλμού (μετά από πίεση του βολβού).

Τα παραπάνω σημεία δεν είναι αρκετά για να διαφορήσουν τον θάνατο από τη νεκροφάνεια, δηλ. την κατάσταση κατά την οποία ζωντανό άτομο παρουσιάζει χαρακτηρισες πεθαμένου.

Γι' αυτό για τη διάγνωση του θανάτου, ασφαλέστερο είναι να περιμένει κανείς να εμφανιστούν τα υστεροφανή σημεία. Την σκοπιμότητα της αναμονής αυτής εξυπηρετούσε η απαγόρευση της ταφής πριν περάσει ένα 24ωρο από το θάνατο. Με τα σημερινά όμως μέσα, το 24ωρο είναι υπερβολικό και ο χρόνος αναμονής περιορίστηκε στις 12 ώρες από τη στιγμή που βεβαιώνει ο ιατρός ότι επήλθε ο θάνατος (Α.Ν. 445/68, Φ.Ε.Κ. 130 Τ.Α'). Πολλές φορές, το καλοκαίρι κυρίως, η σήψη έχει αρχίσει το πρώτο 24ωρο και η άσκοπη αναμονή ενδεχομένως να βάλει σε κίνδυνο τη Δημόσια Υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι ανάγκες του ετοιμοθάνατου διακρίνονται σε φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές⁽⁴⁾.

2.1.Φυσικές ανάγκες

Όταν ο θάνατος δεν επέρχεται ξαφνικά, υπάρχουν μερικά νοσηλευτικά προβλήματα, τα οποία έχουν σχέση με τις φυσιολογικές ανάγκες του ασθενούς και τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η αδελφή:

- Μειωμένη όρεξη: η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει ο ασθενής είναι μεγάλη. Η προσπάθεια αυτή όμως είναι σημαντική για τη ζωτικότητα των ιστών και την πρόληψη επιπρόσθετων επιπλοκών. Μπορεί να τραφεί είτε με ρινογαστρικό σωλήνα, είτε με ενδοφλέβια έγχυση ορού.

- Φροντίδα στόματος, ωτών, ρινός: όσο ο θάνατος πλησιάζει τόσο η φροντίδα του στόματος πρέπει να αυξάνεται. Συνήθως η σίελος και βλέννα - είναι αδύνατον να καταποθούν και γι' αυτό συχνά χρησιμοποιούμε τεχνητά μέσα, όμως η αναρροφητική αντλία.

- Δέρμα: παρουσιάζεται έντονη εφίδρωση, λόγω αύξησης της θερμοκρασίας, ενώ παράλληλα μειώνεται η περιφερική κυκλοφορία ο ασθενής κρυώνει. Μέλημά μας είναι η διατήρηση του σώματός του, στεγνού και καθαρού.

- Δύσπνοια: τοποθετούμε τον άρρωστο σε ημικαθιστική θέση ή και πλάγια ώστε να μένει ελεύθερη η αναπνευστική οδός.

Επίσης καλό θα ήταν η απομόνωση του ετοιμοθάνατου με τοποθέτηση ενός παραβάν. Έτσι όχι μόνο δίνεται άνεση στους συγγενείς κατά τις τελευταίες ώρες αλλά αποφεύγονται οι σκληρές θανάτου, από τους άλλους ασθενείς του θαλάμου.

Μ' όλη την προσπάθεια της αδελφής να ικανοποιήσει τις ανάγκες του αρρώστου και να τον ανακουφίσει είναι δυνατόν να μην ανακουφίζεται και να υποφέρει. Τότε η αδελφή σε συνεννόηση με το γιατρό θα προχωρήσει στη χρήση φαρμάκων που ελαττώνουν τον πόνο

και την ανησυχία. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το βαθμό της ανησυχία του ασθενούς σε σχέση με την ασθένειά του, την κοινωνική του θέση, την πείρα του παρελθόντος και ακόμη από την εμπιστοσύνη που έχει στον ιατρό και την αδελφή που τον νοσηλεύουν.

2.2.Συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες

Κάποτε ο ασθενής αρχίζει να καταλαβαίνει ότι πλησιάζει ο θάνατος. Ο τρόπος της αντιμετώπισεώς του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες⁽¹⁾. Η κοσμοθεωρία περί ζωής και θανάτου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο ένας φοβάται τον θάνατο, ο άλλος τον βλέπει σαν λύτρωση και απαλλαγή από τον επίγειο πόνο και τη δυστυχία. Υπάρχει και μια μερίδα ασθενών που προσμένει τον θάνατο αποβλέποντας στη χαρά μιας άλλης ζωής. Η ηλικία επίσης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής δέχεται και αντιμετωπίζει τον θάνατο π.χ. τα παιδιά δεν φοβούνται ή βλέπουν τον θάνατο χωρίς πολύ φόβο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες λυπούνται να εγκαταλείψουν τη ζωή. Τα πιο ηλικιωμένα άτομα συχνά περιμένουν το θάνατο σαν φίλο. Ακόμη η αντίδραση του ανθρώπου ο οποίος εγκαταλείπει τη ζωή, μεταβάλλεται από μέρα σε μέρα. Μερικές φορές είναι δυνατό να θέλει κανείς να κρύψει τα αληθινά του αισθήματα ή να μη θέλει να πιστέψει την αλήθεια. Άλλοτε παρουσιάζεται γενναίος, προσποιείται ότι δεν φοβάται το θάνατο, με κύριο σκοπό να δει ποιά είναι τα συναισθήματα των άλλων.

Ο φόβος είναι από τα πιο οδυνηρά συναισθήματα του ανθρώπου. Τι φοβάται ο άρρωστος; Φοβάται τον πόνο, ο φόβος του επερχόμενου θανάτου, είναι ο πιο έντονος ή που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Ο άνθρωπος είναι στενά δεμένος με τη ζωή, δεν θέλει να την αφήσει, όσο κουραστική και αν είναι. Αυτό οφείλεται στο αίσθημα της αυτοσυντήρησης που υπάρχει μέσα του, και στο φόβο του αγνώστου. Ο άρρωστος διακατέχεται από αίσθημα ανασφάλειας, θέλει όλους τους δικούς του γύρω του, αλλά δυστυχώς στο περιβάλλον του νοσοκομείου δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί αυτή η ανάγκη και επιθυμία του. Ένα, δυο ή σπάνια περισσότερα άτομα μπορούν να μείνουν κοντά του.

Αναμφίβολα, παρά τη συμμετοχή του περιβάλλοντος, η πραγματικότητα του θανάτου αντιμετωπίζεται από τον ίδιο τον άρρωστο μόνο του⁽⁵⁾.

Είναι δυνατό τις τελευταίες αυτές στιγμές της ζωής του να βλέπει ολόκληρη τη ζωή που έζησε. Είναι δυνατό να βλέπει ότι πέρασε μια ζωή η οποία του άφησε τύψεις και πίκρα. Μπορεί να θυμάται όνειρα που δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ, προσπάθειες που δεν καρποφόρησαν, χαρές που σύντομα χάθηκαν, υποχρεώσεις που δεν εκπληρώθηκαν, επιθυμίες που έμειναν ανικανοποίητες, παραβάσεις του καθήκοντος άγνωστες στους άλλους, ωστόσο όμως ζωηρές στη δική του μνήμη αυτή τη στιγμή.

Άραγε να είναι αυτές οι σκέψεις που φέρνουν τα δάκρυα στα μάτια των ετοιμοθάνατων ασθενών, τα οποία τόσες φορές έχουμε δει και μας έμειναν ανεξήγητα;

Γι' αυτό η Νοσηλεύτρια αποδέχεται τον άρρωστο που πεθαίνει όπως κι αν συμπεριφέρεται, αποδέχεται δηλαδή την σιωπή του, την απόσυρση, την πλήρη εξάρτηση από τη φροντίδα της ή την απόρριψη της βοήθειάς της, τη λύπη και τις αντιδράσεις του, τη συναισθηματική αποσύνδεση από ανθρώπους και πράγματα⁽⁶⁾.

Αν ο άρρωστος ζητήσει μια πνευματική επικοινωνία με τον Ιερέα του νοσοκομείου η Νοσηλεύτρια τον διευκολύνει. Κι αυτό γιατί οι τελευταίες στιγμές της ζωής ενός ανθρώπου έχουν ύψιστη σημασία για την αιώνια αποκατάσταση της ψυχής του. Μια ειλικρινής μετάνοια σ' αυτό, έστω, το κατώφλι του θανάτου, ακολουθούμενη από ειλικρινή εξομολόγηση, είναι δυνατό να ανοίξει τον Παράδεισο, όπως τον άνοιξε το «Μνήσθητί μου Κύριε», το οποίο με πίστη και συντριβή πρόφερε ο ληστής πάνω στο σταυρό⁽¹⁾.

2.3.Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου στο τελευταίο στάδιο της ζωής του

Πως όμως αισθάνεται ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια όταν ο άρρωστος πεθαίνει; Συνήθως λύπη και υπερένταση. Ίσως να δοκιμάζουν αισθήματα ενοχής διότι δεν έκαναν ότι έπρεπε όταν τον νοσήλευαν⁽⁷⁾.

Ο άρρωστος που πεθαίνει πολλές φορές γίνεται αφορμή να εγερθούν στην ψυχή των νοσηλευτών μερικά καίρια ερωτήματα: Ποιά η αξία της ζωής; Γιατί ο πόνος; Ποιό το νόημα του θανάτου; Τι υπάρχει μετά θάνατον;⁽⁸⁾

Μετά την εξακρίβωση λοιπόν του θανάτου από τον ιατρό, ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του νεκρού, μια πράξη ιερή, που είναι δικαίωμα του αρρώστου να γίνει σεβαστή η ιερότητα του σώματός του μετά θάνατον^{(3) (9)}.

Ετοιμασία νεκρού

Υλικό νοσηλείας: 2 κάρτες νεκρού.

1 σεντόνι.

Επίδεσμος, βαμβάκι.

Ψαλίδι, τολυπολαβίδα.

Λεκάνη, κανάτα με νερό, τρίφτης.

Εκτέλεση νοσηλείας

Αμέσως μετά το θάνατο ενεργείστε τα παρακάτω:

- Ειδοποιήστε να έλθει ο καρδιογράφος για λήψη Η.Κ.Γ.
- Εξασφαλίστε μοναχικότητα με παραβάν.
- Καλέστε τον ιατρό για τη διαπίστωση του θανάτου.
- Τοποθετείστε το σώμα του νεκρού σε ύπτια θέση, αφήνοντας μόνο ένα μαξιλάρι.

- Αφαιρέστε τυχόν ορό, μετάγγιση, καθετήρα, παροχετεύσεις, Levin με ήπιους χειρισμούς, αποδίδοντας έτσι τον απαιτούμενο σεβασμό στην ιερότητα του σώματος.
- Αφαιρέστε ενδύματα, τιμαλφή, δακτυλίδια, βέρα, σταυρό, κ.λ.π.
- Πλένετε τον άρρωστο αν ήταν λερωμένος.
- Κρατείστε το δεξιό χέρι του νεκρού και κάνετε 3 φορές το σταυρό του. Κατόπιν τοποθετείστε τα χέρια σταυροειδώς και στερεώστε τα με επίδεσμο στον οποίο στερεώνεται και η μια κάρτα.
- Τοποθετείστε τα πόδια σε ευθεία θέση και ενώστε τα στο κάτω μέρος με επίδεσμο.
- Τυλίξτε τον νεκρό με καθαρό σεντόνι. Ειδοποιήστε τον τραυματιοφορέα για την μεταφορά του στο νεκροφυλάκιο.
- Η μεταφορά γίνεται με τρόπο ήρεμο και αθόρυβο για να μην επηρεαστούν οι άλλοι άρρωστοι.
- Συγκεντρώστε όλα τα προσωπικά είδη του αρρώστου, καταγράψτε ιδιαίτερα τιμαλφή, ρολόι, χρήματα και παραδώστε τα σε στενό συγγενή - αν υπάρχει - αφού υπογράψει. Αν δεν υπάρχει συγγενής, τα παραδίνετε στην προϊσταμένη του τμήματος.

Σε περίπτωση νοσηλευόμενου αρρώστου με μεταδοτικό νόσημα (AIDS, ηπατίτιδα, κ.α.) ακολουθούνται τα παρακάτω⁽¹⁰⁾:

ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

- Δωμάτιο μοναχικό - κλειστή πόρτα.
- Μάσκα, μπλούζα, γάντια για τους εισερχόμενους.
- Πλύσιμο χεριών πριν και μετά την είσοδο.
- Απόρριψη υλικού μιας χρήσεως - το αποστειρωμένο υλικό ή και πολλαπλής χρήσεως απομακρύνεται σε ειδικό σάκο.
- Ενημερώνεται ο νοσηλευτής πριν οποιαδήποτε επίσκεψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το παιδί που πεθαίνει

Μολονότι οι περισσότερες παιδικές αρρώστιες αποκρίνονται ευνοϊκά στη θεραπεία, μερικές δεν αποκρίνονται. Ωστόσο, με την πρόοδο που σημειώθηκε στη θεραπεία, πολλά νοσήματα που άλλοτε ήταν θανατηφόρα, σήμερα παρουσιάζουν μακρά ύφεση και πιθανώς θεραπεία⁽¹¹⁾.

Ανεξάρτητα όμως από αυτό, οι οικογένειες σταθερά ζουν κάτω από την απειλή ενδεχόμενης απώλειας του παιδιού τους. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της παροχής της καλύτερης δυνατής φροντίδας για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και συγκινησιακών αναγκών της οικογένειας, τόσο κατά τη διαδρομή της αρρώστιας όσο και κατά την ώρα του θανάτου.

3.1.Στάδιο ανάπτυξης της αντίληψης του θανάτου από το παιδί

Ηλικία παιδιού	Στάδιο ανάπτυξης
Παιδί μέχρι 3 ετών.	Στο στάδιο αυτό, το παιδί δεν μπορεί να αντιληφθεί τη σχέση ζωής - θανάτου, διότι δεν έχει αντιληφθεί την έννοια του απείρου. Το παιδί φοβάται τον αποχωρισμό από τους ενηλίκους που το φροντίζουν. Αντιλαμβάνεται το θάνατο ως αναστρέψιμο γεγονός.
Παιδί προσχολικής ηλικίας.	Το παιδί δεν έχει κατανοήσει την έννοια του θανάτου, αισθάνεται ασφάλεια κοντά στους γονείς του. Το βλέπει σαν ένα γεγονός που συμβαίνει μόνο στους άλλους. Μπορεί να εξηγεί την αρρώστια του σαν είδος τιμωρίας για πραγματικό ή φανταστικό του παράπτωμα. Μπορεί να ερμηνεύει τον αποχωρισμό του, που συμβαίνει με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, σαν τιμωρία, οι επώδυνες εξετάσεις και διαδικασίες που υποβάλλεται, υποστηρίζουν αυτή την αντίληψη. Η έννοια του θανάτου μπορεί να συνδέεται με μαγικές σκέψεις και μυστήριο και να του προκαλούν θλίψη.
Παιδί σχολικής ηλικίας.	Το παιδί σ' αυτή την ηλικία βλέπει το θάνατο σαν το σταμάτημα της ζωής, καταλαβαίνει ότι είναι ζωντανό και ότι μπορεί να μην είναι «ζωντανό». Φοβάται τον θάνατο. Τον ξεχωρίζει από τον ύπνο, ο τρόμος του θανάτου είναι συνδεδεμένος με πόνο, προοδευτικό ακρωτηριασμό και μυστήριο. Το παιδί είναι ευάλωτο στα αισθήματα ενοχής που σχετίζονται με το θάνατο, λόγω της

	<p>δυσκολίας του να κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στις επιθυμίες του για το θάνατο και στην πραγματικότητα.</p> <p>Μαθαίνει την έννοια του θανάτου από τις δικές του προσωπικές εμπειρίες (κατοικίδια ζώα, συγγενείς, πολιτικά πρόσωπα).</p> <p>Η τηλεόραση και ο κινηματογράφος έχουν συμβάλλει στην αντίληψη του παιδιού για το θάνατο και την κατανόηση της έννοιας της αρρώστιας.</p>
Έφηβος.	<p>Ο έφηβος κατανοεί τη μονιμότητα του θανάτου, όπως ο ενήλικας σχεδόν, αν και μπορεί να μην κατανοεί το θάνατο ως γεγονός που συμβαίνει σε πολύ δικά του άτομα.</p> <p>Αυτός θέλει να ζήσει- και ο θάνατος τορπιλίζει την επιδίωξη των σκοπών του: ανεξαρτησία, επιτυχία, επιστημονικά επιτεύγματα, το είδωλό του.</p> <p>Μπορεί να είναι θλιμμένος και πικραμένος, εξαιτίας των μεταβολών που συμβαίνουν στο σώμα του, στην ανεξαρτησία και στην απώλεια του κοινωνικού του περιβάλλοντος.</p> <p>Ο έφηβος μπορεί να αισθάνεται απομονωμένος και απορημένος, μια και οι φίλοι του ενδέχεται να απομακρυνθούν, όταν θα βρεθούν αντιμέτωποι με τον επικείμενο θάνατό του.</p> <p>Μπορεί να εκφράσει οργή, πικρία, έχθρα ιδιαίτερα μισεί το ότι είναι μοιραίο να πεθάνει.</p>

3.2.Νοσηλευτική παρέμβαση

Αναγνώριση και διαπραγμάτευση του προσωπικού με τα δικά του αισθήματα για το θάνατο και ανάπτυξη φιλοσοφίας που θα καταστήσει ικανό το νοσηλευτή να υποστηρίξει το παιδί που πεθαίνει και την οικογένειά του.

- Εξοικείωση με όλη τη βιβλιογραφία για το θάνατο και χρησιμοποίησή της για το σχεδιασμό και τη βελτίωση τις νοσηλευτικής φροντίδας.

- Αναγνώριση ότι ο σκοπός του είναι η βοήθεια του παιδιού και της οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν τον πόνο και τη θλίψη με τέτοιο τρόπο, ώστε η εμπειρία αυτή να βοηθήσει στην προαγωγή μάλλον, παρά στην καταστροφή της συνοχής της οικογένειας και της ψυχικής υγείας.

- Δεν είναι ασυνήθιστο ο νοσηλευτής να βιώνει προσωπικά αισθήματα θυμού, απογοήτευσης, αβοήθητου και ενοχής. Καλό είναι να μοιράζεται τα προσωπικά του αισθήματα για το θάνατο με άλλους συνεργάτες του.

Αναγνώριση των φάσεων που διέρχεται ο ετοιμοθάνατος, και χρησιμοποίηση αυτής της γνώσης στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της φροντίδας⁽¹²⁾ (σχήμα 1.).

**1. Άρνηση -shock
Δυσπιστία**

Αποδοχή άρνησης. Αποφυγή καταστροφής των μηχανισμών του παιδιού. Γνώση του ότι η άρνηση συνήθως κλονίζεται τις πολύ πρωινές ώρες, όταν υπάρχει σκοτάδι και μοναξιά. Βεβαίωση για το ότι το παιδί ή η οικογένεια που χρησιμοποιούν την άρνηση και όχι το προσωπικό.

2. Θυμός, οργή, εχθρότητα

Αποδοχή θυμού και βοήθεια του παιδιού να τον εκφράσει με θετικό τρόπο. Γνώση του ότι ο θυμός μπορεί να στραφεί προς άλλα μέλη της οικογένειας, νοσηλικό -ιατρικό προσωπικό, και άλλα άτομα που το φροντίζουν. Βοήθεια της οικογένειας να καταλάβει ότι είναι φυσιολογικό για τα παιδιά να εκφράζουν το θυμό τους για ό,τι χάνουν.

3. Διαπραγματέυση

Αναγνώριση του ότι η περίοδος αυτή για το παιδί και την οικογένεια είναι μια περίοδος απόκτησης δύναμης. Ενθάρρυνση της οικογένειας να πραγματοποιήσουν ανεκπλήρωτες υποσχέσεις τους στο παιδί. Είναι καιρός π.χ. να κάνουν ένα ταξίδι που υποσχέθηκαν στο παιδί ή να του αγοράσουν το παιχνίδι που του υποσχέθηκαν.

**4. Μελαγχολία (βιώνει η οικογένεια μια σιωπηρή θλίψη για
παρελθούσες ή μελλοντικές απώλειες)**

Αναγνώριση του ότι αυτό είναι φυσιολογική αντίδραση και έκφραση δύναμης. Βοήθεια της οικογένειας να αποδεχτούν ότι το παιδί που δεν θέλει να μιλάει και αποκλείει κάθε βοήθεια. Αυτή είναι συνηθισμένη συμπεριφορά.

5. Αποδοχή

Βοήθεια της οικογένειας να δώσουν στο παιδί τους όσο γίνεται περισσότερη αγάπη.

Πίνακας 1.: Φάσεις που διέρχεται το παιδί που πεθαίνει, όπως καθορίστηκαν από την Elizabeth Kuebbler-Ross.

- Το παιδί που πεθαίνει, η οικογένειά του και το προσωπικό θα περάσουν από αυτές τις φάσεις, όχι αποκλειστικά κατά τον ίδιο χρόνο. Τα παιδιά βιώνουν τις φάσεις αυτές με πολλές παραλλαγές. Αυτά έχουν την τάση να περνούν πιο γρήγορα από αυτές τις φάσεις⁽¹¹⁾.

- Καθένας πρέπει να είναι ενήμερος των δικών του αισθημάτων και να αποδεχθεί το παιδί και την οικογένειά του, οπουδήποτε αυτοί βρίσκονται και να μην τους ωθήσει να περάσουν από τις φάσεις αυτές.

-Κατανόηση του πως τα παιδιά αντιλαμβάνονται την αρρώστια και το θάνατο στα διάφορα στάδια της αύξησης και ανάπτυξης και χρησιμοποίηση της πληροφορίας αυτής στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας (προαναφέρθηκε).

- Γνώση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την προσωπική αντίληψη του παιδιού για το θάνατο.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι:

α). Ο βαθμός και ο τρόπος άμεσης έκθεσης στο θάνατο,

β). τα ήθη και έθιμα,

γ). τα θρησκευτικά πιστεύω για το θάνατο και την μεταθανάτια ζωή.

-Χρησιμοποίηση της γνώσης για το πως αντιλαμβάνονται τα παιδιά την έννοια του θανάτου στα στάδια ανάπτυξης και συζήτηση με το παιδί για την αρρώστια του και στη χορήγηση απαντήσεων σε ερωτήσεις του σχετικές με το θάνατο.

- Η έρευνα δείχνει ότι τα παιδιά τα βγάζουν πέρα πολύ καλύτερα από τους ενήλικους και ότι αυτά εκτιμούν την ευκαιρία που τους δίνεται να γνωρίζουν και τα κατανοούν τι τους συμβαίνει.

- Είναι σημαντικό να απαντώνται οι ερωτήσεις του παιδιού με απλά λόγια και ειλικρίνεια και ανάλογα με το επίπεδο κατανόησής του. Οι πιο κάτω αποκρίσεις έχουν προταθεί από τον Easson για το παιδί που πεθαίνει και μπορούν να είναι χρήσιμες ως οδηγός:

Παιδί προσχολικής ηλικίας

1. Όταν το παιδί σ' αυτήν την ηλικία νιώθει αρκετά άνετα να κάνει ερωτήσεις για την αρρώστια του, οι ερωτήσεις του πρέπει ν' απαντηθούν. Όταν ο θάνατος αναμένεται σε κάποιο μελλοντικό χρόνο και το παιδί ρωτάει «Πρόκειται να πεθάνω;», ίσως μια από τις απαντήσεις να είναι: «όλοι θα πεθάνουμε κάποια μέρα, αλλά εσύ δεν πρόκειται να πεθάνεις σήμερα ή αύριο».
2. Όταν ο θάνατος είναι επικείμενος και το παιδί ρωτάει: «Πρόκειται να πεθάνω;», η απάντηση ίσως είναι: «Ναι, πρόκειται να πεθάνεις, όμως εμείς θα σε φροντίζουμε και θα είμαστε κοντά σου».
3. Θα πρέπει να επιτρέπεται στους γονείς να παραμένουν κοντά στο παιδί τους, για να του παρέχουν προστασία και υποστήριξη.
4. Όταν το παιδί ρωτάει «Θα πονέσω;», η απάντηση πρέπει να είναι ειλικρινής και να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Ο θάνατος μπορεί να περιγραφεί σαν μια μορφή ύπνου όπου το παιδί θα είναι ασφαλές με την αγάπη αυτών που το περιβάλλουν.
5. Οι γονείς μπορούν να πουν στο παιδί τους ότι αυτοί δεν θέλουν να τους φύγει και ότι θα τους λείπει πάρα πολύ, ότι είναι πολύ λυπημένοι που πρόκειται να το αποχωριστούν.

Παιδί σχολικής ηλικίας

1. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του παιδιού σχολικής ηλικίας για το θάνατο πρέπει να είναι ειλικρινείς.
Το παιδί αναζητάει υποστήριξη από αυτούς που εμπιστεύεται.
2. Στο παιδί σχολικής ηλικίας πρέπει να δοθεί μια απλή εξήγηση της διάγνωσής του και της έννοιάς της. Πρέπει επίσης να του εξηγηθούν όλες οι θεραπείες και διαδικασίες.
3. Όταν το παιδί σχολικής ηλικίας ρωτάει «πρόκειται να πεθάνω» και ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, θα πρέπει να του λεχθεί η αλήθεια. Το παιδί της ηλικίας αυτής έχει τη συναισθηματική ικανότητα να προσμένει από τους γονείς και από αυτούς που εμπιστεύεται ανακούφιση και υποστήριξη.
4. Το παιδί της σχολικής ηλικίας πιστεύει στους γονείς του· ότι θα του επιτρέψουν να πεθάνει μέσα στη ζεστασιά, αγάπη και ασφάλεια της οικογένειάς του.
5. Το παιδί σχολικής ηλικίας γνωρίζει ότι ο θάνατος σημαίνει τελικό χωρισμό και γνωρίζει επίσης τι θα χάσει. Πρέπει να του επιτραπεί να κλάψει για την απώλεια αυτή. Μπορεί να είναι λυπημένο, πικρόχολο και να επιδεικνύει επιθετική συμπεριφορά. Πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα αισθήματά του, αν μπορεί.

Έφηβος

- 1.Στον έφηβο πρέπει να εξηγηθεί η αρρώστια του και όλες οι απαραίτητες θεραπευτικές διαδικασίες.
- 2.Ο έφηβος δικαιολογημένα νιώθει μνησικακία για την αρρώστια του, γιατί θέλει να ζήσει και να εκπληρώσει τα όνειρά του.
- 3.Καθώς ο θάνατος πλησιάζει, ο έφηβος συναισθηματικά προσκολλάται στην οικογένειά του.
- 4.Θα πρέπει να επιτραπεί στον έφηβο να διατηρήσει τους συναισθηματικούς του αμυντικούς μηχανισμούς. Μπορεί να απορρίψει τελείως την κατάσταση του. Ο έφηβος με τις ερωτήσεις που κάνει θα δείξει το είδος των απαντήσεων που θέλει να πάρει.
- 5.Εάν ο έφηβος αναφέρει «δεν πρόκειται να πεθάνω», ζητάει υποστήριξη. Η απάντηση πρέπει να είναι: «όχι, δεν πρόκειται να πεθάνεις αμέσως τώρα».
- 6.Ο έφηβος μπορεί να ρωτήσει «πόσο χρόνο θα ζήσω;». Είναι ικανός να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να ανεχθεί πιο άμεσες απαντήσεις. Δεν πρέπει να του δοθεί απόλυτος χρόνος, γιατί έτσι χάνεται κάθε ελπίδα. Εάν ρωτήσει τι σημαίνει πρόγνωση 3 μηνών, η απάντηση ίσως είναι: «Άνθρωποι που πάσχουν από τη δική σου ασθένεια, μπορεί να πεθάνουν μέσα σε 3 ή 6 μήνες, μπορεί όμως να ζήσουν πολύ περισσότερο».
- 7.Η πικρία και η μνησικακία που νιώθει ο έφηβος για το ότι είναι γραφτό του να πεθάνει μπορεί να τον οδηγήσει στη διακοπή των απαραίτητων θεραπευτικών διαδικασιών. Η συμπεριφορά αυτή πρέπει ν' αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

3.3.Παροχή πληροφοριών στους γονείς, που θα τους βοηθήσουν να παίξουν υποστηρικτικό ρόλο

- Καθορισμός του είδους των πληροφοριών που οι γονείς έδωσαν στο παιδί για την αρρώστια του και πως αντέδρασε σ' αυτές τις πληροφορίες.
- Καθορισμός των ειδικών ερωτήσεων που το παιδί υπέβαλε σχετικά με την αρρώστια του και ποιές ήταν οι απαντήσεις των γονιών του.
- Συζήτηση με τους γονείς για το πως τα παιδιά αντιλαμβάνονται την έννοια του θανάτου και παροχή συμβουλών για το πως θα πρέπει να απαντηθούν οι ερωτήσεις των παιδιών.

-Βοήθεια των γονέων να διαπραγματευθούν την αρρώστια του παιδιού τους και τον επικείμενο θάνατο.

-Εφαρμογή νοσηλ/κών μέτρων, που θα εξασφαλίσουν στο παιδί την απαραίτητη σωματική και συναισθηματική φροντίδα κατά την περίοδο της αρρώστιας του.

- Συζήτηση με το παιδί και απάντηση στα ερωτήματα του με σαφή και ειλικρινή τρόπο.
- Εξασφάλιση ατμόσφαιρας που προσφέρει τη μέγιστη δυνατή ασφάλεια στο παιδί.
- Ενθάρρυνση για ενεργητική συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, παιχνίδι, επαφή με άλλα παιδιά και προσεκτική παρακολούθησή του κατά τη διάρκεια αυτών των δραστηριοτήτων (εκφράσεις, ζωγραφιές κ.λ.π.).
- Επιδίωξη απτικής επαφής με το παιδί, το οποίο ανακουφίζεται όταν κρατιέται, ειδικά από τους γονείς.

-Ενθάρρυνση των γονέων να παραμένουν κοντά στο παιδί τους όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο και παρότρυνση να συμμετέχουν στη φροντίδα του.

-Χρήση των κατάλληλων υπηρεσιών και πηγών για το σχεδιασμό της φροντίδας του παιδιού και της οικογένειας.

Τα μέλη της ομάδας αποτελούνται συχνά από:

- το γιατρό,
- το νοσηλεύτη,
- το άρρωστο παιδί,
- την οικογένεια,
- την κοινωνική λειτουργό,
- τον ψυχολόγο,
- τον ιερέα,
- τον κοινοτικό νοσηλεύτη,
- το σχολικό νοσηλεύτη,
- τους γονείς.

Η ομαδική εργασία είναι ουσιώδης, γιατί

- Τα παιδιά που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και οι οικογένειές τους μπορεί να χρειάζονται διαφορετική βοήθεια σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα.
- Αντιμετωπίζουν προβλήματα που δεν είναι ιατρικής φύσεως.
- Τα μέλη της ομάδας μπορούν να αλληλοϋποστηρίξονται.
- Για να είναι αποτελεσματική η εργασία της ομάδας, πρέπει ο νοσηλεύτης να επικοινωνεί και να συνεργάζεται με όλα τα μέλη της, να αναλάβει την ευθύνη για συμμετοχή τους στο σχεδιασμό της φροντίδας και για την εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας.

-Συναισθηματική υποστήριξη στους γονείς μετά το θάνατο του παιδιού:

- Παροχή ευκαιρίας στους γονείς να παραμείνουν για κάποιο χρόνο κοντά στο νεκρό παιδί τους.
- Εξασφάλιση μοναχικού δωματίου για τους γονείς.
- Βοήθεια της οικογένειας να έλθει σε επαφή με άλλους συγγενείς.
- Ενθάρρυνση των γονέων να τηλεφωνήσουν, εάν έχουν θέματα που θέλουν να συζητήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Ο ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ

Ανάγκη, από την προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών, έχει και ο υπερήλικας, αλλά και η οικογένειά του, όταν αυτός βρίσκεται στην προθανάτια φάση, όταν πεθαίνει αλλά και μετά το θάνατο⁽¹³⁾.

Για το άτομο που βρίσκεται στις δύο τελευταίες φάσεις της ζωής του, ο ρόλος της Νοσηλευτικής είναι η προσφορά συνεχούς και αδιάκοπης ανθρώπινης συμπαράστασης και νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα φυσικά ενοχλήματα, μπορεί να μειωθούν αποτελεσματικά με τη νοσηλευτική παρέμβαση, η ικανότητα όμως του νοσηλευτικού προσωπικού να εκτιμήσει και κυρίως να ικανοποιήσει της ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πολύ σπάνια είναι ανεπτυγμένη.

Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πρέπει να γνωρίζει την φιλοσοφία της θρησκείας του για τη ζωή και το θάνατο και το βαθμό που ο ίδιος είναι δεμένος μ' αυτή, την ψυχολογία και το χαρακτήρα του ατόμου, την προηγούμενη ζωή του, τη θέση του υπερήλικα στην κοινωνία όπου ζει, αλλά και τις προσωπικές του αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο καθώς και τα ήθη και έθιμα του τόπου του, σχετικά με το θάνατο.

Απαραίτητη όμως προϋπόθεση γι' αυτό είναι να μπορεί πρώτα η νοσηλεύτρια να συμφιλιωθεί με το μυστήριο του θανάτου, να βρει δηλαδή τον τρόπο για την προσέγγιση μ' αυτόν, να τον αποδεχθεί για τον εαυτό της, να ξεπεράσει την άρνηση και την απώθηση του πιο πραγματικού γεγονότος της ζωής του κάθε ανθρώπου.

4.1.Στον ετοιμοθάνατο υπερήλικα, η νοσηλεύτρια,

1.Αποδέχεται τη συμπεριφορά του, οποιαδήποτε κι αν είναι, δηλαδή τη σιωπή του, την απόσυρση, την πλήρη εξάρτηση από τη φροντίδα της ή την απόρριψη της βοήθειάς της, τη λύπη και τις αντιδράσεις του, την συναισθηματική αποσύνδεση από ανθρώπους και πράγματα.

2. Προσφέρει συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές όσο και τις συναισθηματικές, ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του. Με την προσφορά ανθρώπινης φροντίδας μπορεί να κάνει την τελευταία περίοδο της ζωής του πολύτιμη, ανακάλυψη του νοήματος και της αξίας της ζωής, διδάσκεται αιώνια διδάγματα.

3. Τον προστατεύει από απάνθρωπες και πολλές φορές εξευτελιστικές εμπειρίες και από την μεγάλη ψυχική και φυσική ταλαιπωρία που δημιουργούν αυτές.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να είναι έτοιμες και να έχουν αναπτύξει την ικανότητα να μιλήσουν με τον υπερήλικα για το θάνατο, ώστε να τον βοηθήσουν να τον αποδεχτεί και να προετοιμαστεί γι' αυτόν. Κάθε νοσηλεύτρια, ανεξάρτητα από τα προσωπικά της πιστεύω, την προσωπική της φιλοσοφία για τη ζωή και το θάνατο, έχει την ευθύνη να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζεται χωριστά ο καθένας υπερήλικας που πεθαίνει.

Ακόμη έχει καθήκον να ενημερώσει τον άρρωστο ότι υπάρχει Ιερέας στο ίδρυμα ή να αναζητήσει Ιερέα, όταν το ίδρυμα στερείται, για την καλύτερη ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Η προσφορά του Ιερέα στην προετοιμασία του μελλοθανάτου για ειρηνική αποδοχή του τέλους της ζωής του, είναι ουσιαστική.

• Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας θα περιλαμβάνει επίσης βοήθεια προς τους οικείους -συγγενείς, φίλους- του αρρώστου που πεθαίνει και περιλαμβάνει:

1. τη δημιουργία ευκαιριών επαφής τους με τον άρρωστο,
2. την προσφορά βοήθειας, ώστε να δουν ρεαλιστικά το γεγονός που αντιμετωπίζουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

5.1.Ευθανασία

- Ένας ηλικιωμένος άνδρας υποφέρει από καρκίνο.

Δεν υπάρχει καμιά ελπίδα θεραπείας. Καθημερινά πρέπει να παίρνει μεγάλες ποσότητες φαρμάκων, για να ανακουφίζεται κάπως από τους φοβερούς πόνους. Αναπνέει μόνο με τη βοήθεια αναπνευστήρα. Ικετεύει να κλείσουν τη μηχανή και να τον αφήσουν να πεθάνει ήσυχα. Είναι όμως αυτό ηθικό;⁽¹⁴⁾

•Μια ορειβάτης πέφτει από μεγάλο ύψος και σπάει την σπονδυλική της στήλη. Τώρα βρίσκεται συνεχώς στο κρεβάτι. Τα άκρα της έχουν παραλύσει. Μόνο το κεφάλι της μπορεί να κινεί. Δεν θέλει πια να ζει και αν μπορούσε θα έδινε μόνη της τέρμα στη ζωή της. Σ' αυτή την κατάσταση όμως που βρίσκεται δεν μπορεί να το κατορθώσει. Χρειάζεται κάποιον να της προμηθεύσει λίγο δηλητήριο. Αν ο νοσηλευτής τη βοηθήσει να πεθάνει θα είναι ένοχος φόνου;

Αυτές οι πραγματικά δύσκολες ερωτήσεις μας εισάγουν στο πρόβλημα που λέγεται ευθανασία. Η λέξη είναι σύνθετη. Παράγεται από τις λέξεις «ευ» και «θάνατος» και σημαίνει «καλός θάνατος». Η πραγματική έννοια της ευθανασίας όμως γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, κοντά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση.

Με την αναγέννηση, με τον BACON κυρίως, ο όρος παίρνει αυτή τη νέα σημασία. Το κέντρο βάρους μετατίθεται από το επίθετο «καλός» στο ουσιαστικό «θάνατος». Πρώτος ο WILLIAMS σε άρθρο του το 1872 με τον τίτλο «Ευθανασία», χρησιμοποιεί τον όρο με την νέα έννοιά του. Τον επόμενο χρόνο ο Βρετανός φιλόσοφος TOLLEMACHE τάσσεται με τις ιδέες του WILLIAMS.

Το 1906, στο Οχάιο ξεκινά η πρώτη κίνηση για νομιμοποίηση της ευθανασίας. Το 1931 γίνεται παρόμοια κίνηση στη Μεγάλη Βρετανία,

ενώ το 1935 - στην ίδια χώρα - ιδρύεται «Εταιρία Ευθανασίας» με σκοπό τη νομιμοποίησή της. Το 1936 η Εταιρεία υποβάλλει σχετική πρόταση στη Βουλή των Λόρδων, η οποία όμως απορρίπτεται με 35 ψήφους κατά και 14 υπέρ. Το 1938 δημιουργείται αντίστοιχη Εταιρεία στην πολιτεία Κοννέκτικατ των Η.Π.Α. Με τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τα φοβερά εγκλήματα των Ναζί κατά της ανθρωπότητας κάθε κίνηση για την νομιμοποίηση της ευθανασίας πάγωσε. Τα 5.000 ανάπηρα βρέφη και οι 100.000 ψυχασθενείς που εξολοθρεύτηκαν σε εφαρμογή της φιλοσοφίας «η ζωή που δεν αξίζει να ζει» αποτελούσαν μια οδυνηρή.

Αλλά η σύγχρονη Δύση ξέχασε τόσο γρήγορα τα κρεματόρια του Ναζισμού.

Η εμφάνιση του AIDS με τις βαριές επιπτώσεις του και η παράλληλη επέκταση του καρκίνου, έφεραν πειστικά στην επικαιρότητα το πρόβλημα της ευθανασίας. Στις δυο τελευταίες δεκαετίες οι «κήρυκες του ανέμου του θανάτου» επανήλθαν δριμύτεροι στο διεθνές πνευματικό και επιστημονικό προσκήνιο.

Η δίκη της Λιέγης αποτέλεσε την πρώτη τους νίκη. Το 1974 σαράντα προσωπικότητες, ανάμεσα στις οποίες και τρεις επιστήμονες τιμημένοι το βραβείο Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο που δημοσιεύτηκε στην Αμερικανική Επιθεώρηση THE HUMANIST, υπέρ της ευθανασίας. Στην Ολλανδία, το Ακαδημαϊκό Ιατρικό Κέντρο, το A.M.C., που λειτουργεί στο Άμστερνταμ, εφαρμόζει σε περιορισμένο αριθμό αρρώστων από AIDS και άλλα βασανιστικά ενοχλήματα, τη μέθοδο του «ήρεμου τέλους».

Σήμερα οι στατιστικές δίνουν για τις χώρες Δανία, Η.Π.Α., Μ. Βρετανία, Καναδά, Ν. Ζηλανδία, Δυτ. Γερμανία, για τα έτη 1984-1985 ένα εκπληκτικά μεγάλο ποσοστό 68% υπέρ της ευθανασίας σε ορισμένες μορφές της. Και τα πρόσφατα γεγονότα της Βιέννης απέδειξαν ότι οι τάσεις αυτές δεν μένουν μόνο στη θεωρία.

Οι κύριες μορφές της ευθανασίας είναι:

α.Καθαυτό ευθανασία: Απαραίτητη προϋπόθεσή της είναι ο εγγύς θάνατος και οι επώδυνοι πόνοι. Στο σημείο αυτό πρέπει να παρατηρήσουμε ότι:

- 1.Οι γνώμες των γιατρών διχάζονται στο τι σημαίνει «εγγύτητα».
- 2.Το «εγγύς θάνατος» δεν έχει απόλυτη ισχύ. Πολλές φορές οι ιατρικές προβλέψεις διαψεύδονται.

β.Κοινωνική ευθανασία: Η αφαίρεση της ζωής διανοητικά καθυστερημένων, ανιάτων σωματικώς, αναπήρων ακόμη και ατόμων, που μόλις είδαν το φως του ήλιου ή και εμβρύων (οι αρχαίοι Σπαρτιάτες έριχναν τα μη αρτιμελή βρέφη στον Καιάδα).

γ.Ενεργητική ή άμεση: Γίνεται π.χ. μια θανατηφόρα ένεση και τερματίζεται η ζωή του αρρώστου. Ο θάνατος επέρχεται αμέσως.

δ.Παθητική ή έμμεση: Γίνεται με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή. Ο θάνατος έρχεται αργότερα.

ε.Εθελοντική ευθανασία: Μετά από επίμονη απαίτηση του αρρώστου.

στ.Μη ηθελημένη ευθανασία: Χωρίς τη συγκατάθεση του αρρώστου.

•Σήμερα γίνονται αποδεκτές κυρίως η παθητική και η εθελοντική ευθανασία. Πρόσφατα μάλιστα η Προτεσταντική εκκλησία της Ολλανδίας αποδέχτηκε την παθητική ευθανασία. Αντίθετα η ενεργητική ευθανασία θεωρείται απορριπτέα σε όλες τις χώρες πλην της Ουρουγουάης.

Τα επιχειρήματα που συνήθως χρησιμοποιούνται υπέρ της ευθανασίας και ιδίως για τις δυο «δημοφιλέστερες» μορφές της που προαναφέρθηκαν είναι:

A.Ο οίκτος, το έλεος στον άρρωστο.

B.Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή του.

Γ.Το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Δ.Η ποιότητα της ζωής.

- Α.Ας αναλύσουμε με τη σειρά τα επιχειρήματα. Σχετικά με το πρώτο θα μπορούσαμε να πούμε:

1.Ότι η επιστήμη σήμερα έχει εφεύρει πολλά αναλγητικά φάρμακα. Βέβαια εδώ δημιουργείται ένα νέο δίλημμα: Μήπως και τα φάρμακα αυτά αποτελούν μέσο ευθανασίας; Γιατί είναι γνωστό πως τα φάρμακα αυτά οδηγούν σε απώλεια της συνείδησης και συντομεύουν το χρόνο της ζωής. Στη Γαλλία, Ελβετία και Ισπανία, παρατηρείται ένα παράδοξο φαινόμενο: αποφεύγουν την χορήγηση αναλγητικών ακόμη και στα τελευταία στάδια της αρρώστιας για να μην «εξαρτάται» ο άρρωστος από αυτά⁽¹⁵⁾.

Όταν ο πόνος γίνει αφόρητος και ο άρρωστος ζητά επίμονα να πεθάνει, τότε του προσφέρουν το γνωστό «κοκτέιλ», ένα μίγμα από ισχυρά αναλγητικά. Στο πρόβλημα των αναλγητικών θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι για να αντιμετωπιστεί ο πόνος. Μην ξεχνάμε άλλωστε ότι ο πόνος είναι όχι μόνο σωματικό φαινόμενο, αλλά συνδέεται και με την ψυχική σφαίρα του ανθρώπου. Το να καθίσεις και να ακούσεις τον άρρωστο δρα καλύτερα και από το αποτελεσματικότερο αναλγητικό.

2.Ο οίκτος πρέπει να μας οδηγήσει στην προσπάθεια να ενισχύσουμε ψυχικά τον άρρωστο και τους δικούς του. Πολλές φορές στην προσπάθειά μας να αντικρίσουμε αρρώστους που υπομένουν με καρτερία τα βάσανα, με αποτέλεσμα ο οίκτος μας να μετατρέπεται σε αληθινό θαυμασμό.

3.Ο οίκτος δεν δικαιολογείται. Και τούτο γιατί ποιός είπε ποτέ στους ανθρώπους ότι σ' αυτόν τον κόσμο ο βίος είναι ανθόσπαρτος και χωρίς πόνο;

4.Ο οίκτος δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να ταυτιστεί με την πραγματική αγάπη. Πρόκειται για ένα σύμπλεγμα εγωϊστικών αισθημάτων που ανάμεσά τους πρυτανεύει το αίσθημα της απαλλαγής από την ευθύνη για τον άρρωστο.

-Β. Στο δεύτερο επιχείρημα έχουμε να απαντήσουμε τα εξής: Ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να τερματίζει μόνος του τη ζωή του ή να ζητά από άλλον τον τερματισμό της. Και αυτό γιατί η ζωή δεν του ανήκει. Του δόθηκε από τον Θεό. Λέγεται χαρακτηριστικά «πως μπορεί ο άνθρωπος να διαλέξει τον τρόπο που θα πεθάνει αφού δεν διαλέγει τον τρόπο που γεννιέται;».

Εξάλλου η επιθυμία που εκφράζει ο βαριά άρρωστος να πεθάνει, δεν αποτελεί μόνιμη επιθυμία του. Συνήθως όταν περάσει το οξύ στάδιο του πόνου δεν εκφράζει πια την επιθυμία αυτή. Στατιστική ειδικών επιστημόνων, που ονομάζονται θανατολόγοι, έχει αποδείξει ότι ο άνθρωπος όσο περισσότερο πλησιάζει στο θάνατο, τόσο επιθυμεί να τον αποφύγει. Ο άνθρωπος που αφηφούσε τη ζωή του όσο ήταν υγιής, όταν φθάσει στα τελευταία στάδια προσκολλάται πάνω της, όπως το όστρακο επάνω στο βράχο.

-Γ. Έχει πολυσυζητηθεί τελευταία το περίφημο δικαίωμα του αρρώστου να πεθάνει αξιοπρεπώς. Το 1976 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο όρισε τα πέντε δικαιώματα του ετοιμοθάνατου ασθενούς:

- Το δικαίωμα της ελευθερίας.
- Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και της προσωπικής ακεραιότητας.
- Το δικαίωμα της πλήρους ενημέρωσης.
- Το δικαίωμα της ίσης μετοχής στη φροντίδα.
- Το δικαίωμα να μην υποφέρει.

Σε τι όμως συνίσταται το δικαίωμα να πεθάνει αξιοπρεπώς; Ο καρκίνος είναι συχνά μια αρρώστια αμείλικτη και βασανιστική. Στα τελευταία στάδια ο άρρωστος εμφανίζει βαριά καχεξία, απώλεια ούρων, κοπράνων, κ.α.

Είναι μια εικόνα για την οποία ειπώθηκε: «ο άνθρωπος χάνει την αξιοπρέπειά του» αλλά αποτελεί πράγματι αυτό καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ανθρώπου ή μήπως η αξιοπρέπεια είναι κάτι βαθύτερο; Το να είναι κανείς άρρωστος ακόμη και στον έσχατο βαθμό

δεν μας επιτρέπει σε καμιά περίπτωση να μιλάμε για καταρράκωση της αξιοπρέπειάς του. Ο άρρωστος είναι πρόσωπο αξιοσέβαστο και ιερό και η αρρώστια φυσικό και όχι ηθικό κακό.

-Δ.Ας έρθουμε τώρα και στο επίμαχο σημείο της ποιότητας της ζωής. Ενώ η παραδοσιακή ηθική κάνει λόγο για την ιερότητα της ζωής, για τον απόλυτο σεβασμό προς την αξία της ζωής - αυτή η ηθική αντικατοπτρίζεται και στο Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων - αντίθετα οι υποστηρικτές της ευθανασίας προτείνουν μια νέα «αξία», την ποιότητα της ζωής. Γεννιούνται τα ερωτήματα:

- Τι σημαίνει ποιότητα της ζωής;

- Ποιός μας διαβεβαιώνει ότι αν αρχίσουμε να κλονίζουμε την απόλυτη, την απαραβίαστη αξία της ανθρώπινης ζωής δεν θα καταρακυλήσουμε σε κατήφορους, που δεν ξέρουμε που θα μας βγάλουν; Με τι κριτήρια αποφαινόμεστε ότι μια ζωή είναι άσκοπη και ανώφελη; Πως χαρακτηρίζουμε π.χ. έναν άνθρωπο «φυτό»; Γνωρίζουμε τι ακριβώς γίνεται μέσα του;

Πάντως πέρα απ' όσα αναφέρθηκαν στην αντίκρουση των επιχειρημάτων, η ευθανασία δεν γίνεται δεκτή και για τους εξής ακόμη λόγους:

- Πάντα υπάρχει το ενδεχόμενο να βρεθεί το φάρμακο για μια αρρώστια μέχρι σήμερα ανίατη.
- Υπάρχει ο κίνδυνος εκμετάλλευσης της ευθανασίας για λόγους προσωπικούς, οικονομικούς κ.λ.π.

Εάν ο νομοθέτης αποποιονικοποιούσε την ευθανασία, δεν θα ήξερε κυριολεκτικά ο άρρωστος αν ο νοσηλευτής που μπαίνει στην πόρτα του, που τον πλησιάζει στο κρεβάτι του Νοσοκομείου, είναι ο νοσηλευτής ή ο δήμιος ή ο δολοφόνος. Αυτό θα γκρέμιζε οριστικά τη σχέση νοσηλευτή - αρρώστου, που βασίζεται στην εμπιστοσύνη.

- Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα σήμαινε ότι οι νοσηλευτές δεν θα ήταν πλέον νοσηλευτές, αλλά νεκροθάπτες με πανεπιστημιακό δίπλωμα.

Από ορθόδοξη χριστιανική πλευρά, η ευθανασία είναι καταδικαστέα γιατί⁽¹⁶⁾:

1. Αντίκειται στο «ου φονεύσεις».
2. Κάθε στιγμή της ζωής του χριστιανού στον κόσμο έχει σωτήριο λογική σημασία. Ο ληστής, ήδη επάνω στη σταυρό, κερδίζει τον παράδεισο. «Ληστής έως το τέλος κλέβοντας και αυτόν ακόμα τον Παράδεισο».
3. Ο πόνος και η θλίψη αποτελούν μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση Αυτού.
4. Ο πιστός δεν παύει ποτέ να ελπίζει. Στο Θεό, ο οποίος όχι σπάνια επιτελεί και θαύματα.
5. Ο καθορισμός της ώρας του θανάτου ενός ανθρώπου δεν είναι αρμοδιότητα κάποιου υγειονομικού παράγοντα. Εναπόκειται στην κρίση και το θέλημα του Θεού.

Εκτός από τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησε η ενασχόλησή μας με την προβληματική της ευθανασίας, έφερε στο φως μια επιτακτική ανάγκη: την ανάγκη να ρυθμιστεί το θέμα από τους νοσηλευτικούς-παγκόσμιους και εθνικούς-συνδέσμους. Ήδη η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση σε συνέδριό της στη Μαδρίτη, τον Οκτώβριο του 1987, καταδίκασε την ευθανασία, τονίζοντας ότι έστω και αν γίνεται ύστερα από επίμονη απαίτηση του αρρώστου ή των συγγενών παραμένει πάντα μια πράξη «μη ηθική». Οι γιατροί είπαν «ΟΧΙ» στην ευθανασία. Τι λένε άραγε οι νοσηλευτές;

5.2.Τα διλήμματα των μεταμοσχεύσεων

α.Ιστορία των μεταμοσχεύσεων.

Μεταμόσχευση καλείται ο αποχωρισμός τμήματος ιστού ή ολόκληρου οργάνου με εγχειρητική επέμβαση και η ενσωμάτωσή του ή τοποθέτησή του σε άλλον άνθρωπο⁽¹⁷⁾.

Δεοντολογία

Η έννοια της μεταμόσχευσης είναι τόσο παλαιά όσο και μυθολογία. Ο μύθος του Αχιλλέα περιγράφει την αντικατάσταση της πτέρνας του με οστικό μόσχευμα γίγαντα, ενώ ο μύθος του Ίκαρου και του Δαίδαλου εκφράζει την προσπάθεια για την χρησιμοποίηση ξένων μοσχευμάτων. Η ηλιακή θερμότητα υπήρξε η πρώτη αιτία «απορρίψεως» οργάνων. Στο ελληνικό πνεύμα οφείλεται και η ιδέα της δεύτερης μεταμόσχευσης. Η εκκλησιαστική ιστορία μας διασώζει θαύμα των Αγίων Κοσμά και Δαμιανού, σχετικά με τη μεταμόσχευση του κάτω άκρου κάποιου Αιθίοπα που πρόσφατα είχε πεθάνει, σε Βυζαντινό ευγενή.

Η μεταμόσχευση οργάνων άρχισε να εφαρμόζεται το 19ο αι. μ.Χ. με τον ALEXIS CARREL. Την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού, από άνθρωπο σε άνθρωπο, πραγματοποίησε ο Ρώσος VORONOI το 1936. Η πρώτη επιτυχής κλινική ετεροτροπική μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε από τον KELLY το 1966, των παραθυροειδών αδένων από τον WELLS το 1975, του πνεύμονος από τον HARDY το 1963.

Η καρδιά αποτελούσε για αιώνες περιοχή απαγορευμένη και απλησίαστη. Στις 3 Δεκεμβρίου 1967 ο Νοτιοαφρικανός CHRISTIAN BARNARD, έκανε με επιτυχία την πρώτη μεταμόσχευση ανθρώπινης καρδιάς. Στη δεκαετία του 1980 παρατηρήθηκε μια επιτυχημένη ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων ιστών και οργάνων που οφείλεται κύρια στην ανοσοκατασταλτική θεραπεία που έκανε τη χειρουργική των μεταμοσχεύσεων, περισσότερο αποτελεσματική. Αυτό είχε σαν συνέπεια να αυξηθεί η ζήτηση μοσχευμάτων και να δημιουργηθεί ένα εκρηκτικό χάσμα μεταξύ ζήτησης και προσφοράς με αποτέλεσμα να εμφανιστούν πρόσθετα και πιεστικά ηθικά προβλήματα. Προτού όμως

έρθουμε να μελετήσουμε την ουσία των προβλημάτων είναι απαραίτητο να προηγηθούν μερικά ενημερωτικά στοιχεία, ιατρικά και νομικά, για τις μεταμοσχεύσεις.

β.Είδη Μεταμοσχεύσεων.

Οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται σε:

I. α)Αυτοπλαστική: ο ιστός που μεταμοσχεύεται προέρχεται από τον ίδιο τον άρρωστο.

β)Ομοιοπλαστική: ο ιστός προέρχεται από άλλο πρόσωπο.

γ)Ετεροπλαστική: ο ιστός προέρχεται από ζώο.

Άλλη διαίρεση είναι σε:

II. α)Μεταμοσχεύσεις αγγείων.

β)Μεταμοσχεύσεις αδένων έσω εκκρίσεως.

γ)Μεταμόσχευση δέρματος.

δ)Μεταμόσχευση του κερατοειδούς του οφθαλμού.

ε)Μεταμόσχευση οστού.

στ)Μεταμόσχευση ιστών και οργάνων.

Και μια τρίτη διαίρεση σε:

III. α)Μεταμόσχευση από ζωντανό δότη.

β)Μεταμόσχευση από νεκρό δότη.

(«Πτωματική Μεταμόσχευση»).

γ.Μεταμόσχευση από ζωντανό δότη.

Σύμφωνα με το Νόμο 1383/1983 η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και για να επιτραπεί πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1.Ο δότης να είναι ενήλικας και να μην βρίσκεται σε κατάσταση δικαστικής απαγόρευσης ή αντίληψης.

2.Να υφίσταται ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη.

3.Να μην υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία ή τη ζωή του δότη.

4.Ο δότης ελεύθερα να δηλώσει την προσφορά του μοσχεύματος.

5. Το μόσχευμα να μην πωλείται.

Ιδιαίτερα αναφέρεται ο Νομοθέτης στην μεταμόσχευση μυελού των οστών. Την περιορίζει μεταξύ αδελφών και εφόσον έχουν πλήρη ιστοσυμβατότητα, επειδή είναι επέμβαση δύσκολη και επικίνδυνη.

Σε κάθε περίπτωση μεταμόσχευσης οι υπεύθυνοι γιατροί υποχρεώνονται να ενημερώσουν τον υποψήφιο δότη και λήπτη με κάθε λεπτομέρεια για τις συνέπειές της.

Η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη δεν δημιουργεί κανένα ηθικό πρόβλημα. Είναι πράξη που προέρχεται από αγάπη. Είναι προσφορά και αυτοθυσία, γιατί ο δότης γνωρίζει ότι υπάρχει πιθανότητα η επέμβαση να του στοιχίσει την ζωή του. Ακριβώς επειδή η επέμβαση είναι επικίνδυνη όπως κάθε επέμβαση η λύση της μεταμόσχευσης πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν όλα τα άλλα μέσα δεν έφεραν αποτέλεσμα.

Υπάρχει σοβαρός κίνδυνος οι μεταμοσχεύσεις από ζωντανό δότη να γίνουν αντικείμενο αγοραπωλησίας. Κάθε τέτοιο φαινόμενο είναι απαράδεκτο. Γι' αυτό και απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτραπεί μια μεταμόσχευση είναι η δωρεά, πράγμα που τονίζεται στα άρθρα 3 και 10 του Νόμου 1383/83.

δ. Μεταμόσχευση από νεκρό δότη.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτραπεί μια τέτοια μεταμόσχευση είναι διαπίστωση του θανάτου του δότη. Πότε όμως έρχεται ο θάνατος; Παλαιότερα η διαπίστωση του θανάτου συνδεόταν με την διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι δεν αποκλείεται η επαναφορά τους με την χρησιμοποίηση ειδικών μεθόδων. Οι μεταμοσχεύσεις όξυναν το πρόβλημα του «κριτηρίου θανάτου» γιατί η παράταση της αναπνοής και της κυκλοφορίας για μεγάλο χρονικό διάστημα με τεχνικές συνθήκες, όταν ένα άτομο δεν εμφανίζει άλλα στοιχεία ζωής, αχρηστεύει οποιαδήποτε δυνατότητα λήψης μοσχευμάτων, αν λάβουμε υπόψη μας ότι π.χ. ο νεφρός επιβιώνει έως 30-50' μετά την παύση της κυκλοφορίας, πράγμα που δεν επιτρέπει συνήθως να ληφθεί μόσχευμα

νεφρού από πτωματικούς δότες. Η διαπίστωση αυτή έκανε πολλούς γιατρούς να υποστηρίζουν ότι απαιτούνται νέα κριτήρια για τον καθορισμό του χρονικού σημείου του θανάτου. Σαν συνέπεια μιας τέτοιας προσπάθειας που έγινε σε διεθνή κλίμακα προτάθηκε, συζητήθηκε ευρύτερα και τέλος υιοθετήθηκε η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου».

Το 1968 η ειδική επιτροπή του Πανεπιστημίου του HARVARD καθόρισε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, τα οποία σύμφωνα με την ειδική επιτροπή που όρισε ο πρόεδρος των ΗΠΑ συνίστανται στα εξής:

1. Απουσία λειτουργίας εγκεφάλου και στελέχους.
2. Η αιτία θανάτου να είναι γνωστή και να αποκλείει ανάνηψη .
3. Η παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας θα πρέπει να διατηρείται μετά από ορισμένη περίοδο παρατήρησης και θεραπείας.

Παράλληλα συζητήθηκε και το πρόβλημα του «χρόνου αναμονής». Αρχικά προτάθηκε το 24ωρο, αλλά κρίθηκε υπερβολικό. Αναφέρθηκε επίσης το 12ωρο και το 6ωρο, ακόμη και τα 30'. Όμως ούτε και αυτοί οι χρόνοι εξυπηρετούν την μεταμόσχευση. Και έτσι περισσότερο τολμηροί ερευνητές πρότειναν ο άρρωστος να «κηρύσσεται» αμέσως νεκρός ανεξάρτητα από το χρόνο, αν συνδυασθούν κριτήρια κλινικά, ηλεκτροεγκεφαλογραφικά, αγγειογραφικά και νευροφυσιολογικά που να δείχνουν έλλειψη οποιασδήποτε βιοηλεκτρικής δραστηριότητας, αυτόματης ή προκλητής. Και στο δικό μας χώρο τα κριτήρια που καθιερώθηκαν έχουν σαν βάση τους τον εγκεφαλικό θάνατο.

ε. Ηθικοί προβληματισμοί.

Αν και η ιδέα της δωρεάν οργάνων μετά θάνατον έγινε με ενθουσιασμό δεκτή στην πατρίδα μας, εντούτοις τα ερωτήματα παραμένουν: «μήπως υπάρχει έστω και μικρή πιθανότητα να γίνει φόνος με τη μεταμόσχευση;». Ο νόμος βέβαια προβλέπει ότι στο ιατρικό συμβούλιο που θα διαγνώσει το θάνατο του δότη δεν πρέπει να συμμετέχει γιατρός που να ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα, αλλά αυτό δεν λύνει το πρόβλημα και επειδή και στον ιατρικό κόσμο

εξακολουθεί να υπάρχει διαφωνία σχετικά με τα κριτήρια θανάτου, οι επιφυλάξεις γίνονται σοβαρότερες.

Εξίσου σοβαρό με το παραπάνω πρόβλημα είναι και το πρόβλημα της συγκατάθεσης των συγγενών. Παλαιότερα όταν υπήρχε αμφιβολία για την επιθυμία του αποθανόντος οι γιατροί ζητούσαν τη συγκατάθεση των πιο στενών συγγενών. Με την έκδοση του Ν. 1383/83 καταργήθηκε η συνήθεια αυτή επειδή η πείρα έδειξε ότι οι συγγενείς με πολύ δυσκολία δεχόταν. Και ήταν φυσικό γιατί όταν πέθαινε κάποιος νέος, ήταν δυνατόν οι συγγενείς να έχουν τέτοια ψυχραιμία να δώσουν το σώμα του; Οπωσδήποτε είναι αφυκολόγητο να πάμε στον άνθρωπο που κλαίει το παιδί ή τον αδελφό του και να του παρουσιάσουμε ένα χαρτί να υπογράψει ότι συμφωνεί να αφαιρεθούν όργανα από τον αγαπημένο του νεκρό. Δεν μπορούμε όμως να μη λάβουμε υπόψη μας τη συγκατάθεση των συγγενών, γιατί η τιμή προς τον νεκρό είναι κάτι σεβαστό ήδη από την αρχαιότητα («Αντιγόνη»). Ασφαλώς πρέπει με άλλο τρόπο να ρυθμιστεί νομοθετικά το θέμα.

Ένα τρίτο πρόβλημα που δημιουργούν οι μεταμοσχεύσεις οφείλεται στη διαφορά μεταξύ ζήτησης και προσφοράς. Συγκεκριμένα σήμερα στις ΗΠΑ περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς γύρω στα 12.000-14.000 άτομα, ενώ είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν μόνο 900-1.000. Και το ερώτημα προκύπτει σκληρό. Ποιός θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιός θα καταδικαστεί να πεθάνει; Και δημιουργείται ο προβληματισμός: Τα κριτήρια που φαίνεται ότι ισχύουν σήμερα είναι:

α) Η απόφαση της επιτροπής δεοντολογίας.

β) Η προτίμηση του λήπτη που έχει το μακρότερο προσδόκιμο επιβίωσης και που πρόβλεπεται ότι θα έχει καλύτερη ποιότητα ζωής.

γ) Το επείγον της επέμβασης.

Μήπως όμως εκείνο που τελικά κρίνει την επιλογή είναι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου; Μήπως οι μεταμοσχεύσεις πέρα από τα όσα αγαθά προσφέρουν διευρύνουν το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς αυτού του πλανήτη;

Κλείνοντας την αναφορά μας στους ηθικούς προβληματισμούς των μεταμοσχεύσεων, πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι απαράδεκτη κάθε απόπειρα μεταμόσχευσης εγκεφάλου ή γεννητικών οργάνων. Και αυτό γιατί στη μεν πρώτη περίπτωση αντιμετωπίζουμε πρόβλημα αλλοίωσης της προσωπικότητας του λήπτη, ενώ στη δεύτερη αγγίζουμε το θέμα της αλλαγής φύλου, πράγμα που είναι ηθικά απαράδεκτο.

Δεν παραγνωρίζουμε τη συμβολή των μεταμοσχεύσεων στην νίκη της αρρώστιας και του θανάτου, πρέπει όπως έδειξε και η σύντομη αυτή ανασκόπηση του θέματος η συναίνεση για μεταμόσχευση να είναι αποτέλεσμα διαφώτισης, σοβαρού προβληματισμού και περίσκεψης.

Αντί επιλόγου

«Σκοπός της ζωής μας είναι ο θάνατος, στέκει παντού μπροστά στα μάτια μας, είτε το θέλουμε όταν μας φοβίζει πως είναι δυνατό να κάνουμε ένα βήμα μπροστά χωρίς φόβο;

Η διέξοδος από το κακό αυτό είναι να μην το σκεφτόμαστε... Αν ήταν ένας εχθρός, που θα μπορούσε κανείς να τον αποφύγει, θα έδινε τη συμβουλή να το βάζουμε στα πόδια σαν χαζοί.

Αφού όμως αυτό δεν είναι δυνατό, γιατί μας πιάνει είτε είμαστε δειλοί και φεύγουμε, είτε μένουμε και τον αντιμετωπίζουμε αντρίκεια και ακόμη και η πιο ατσαλωμένη πανοπλία δεν θα μπορούσε να μας προφυλάξει, τότε ας μάθουμε να του αντιστεκόμαστε και να του προβάλουμε το μέτωπο.

Ας του αφαιρέσουμε τη σκοτεινότητα, ας γνωριστούμε μ' αυτόν, ας διατηρούμε σχέσεις και ας μη σκεφτόμαστε τίποτε άλλο τόσο συχνά όσο το θάνατο...

Όταν σκεφτόμαστε τον θάνατο σκεφτόμαστε την ελευθερία».

Michael De Montaigne - «Essays»

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.Υλικό

Στην έρευνα περιλήφθηκαν 200 άτομα, κάτοικοι του νομού Χανίων Κρήτης και νομού Αχαΐας, κατά τη χρονική περίοδο 1995-1996.

Το δείγμα περιλαμβάνει ομάδες ατόμων από:

α).Υπαλλήλους δημοσίου -ιδιωτικού τομέα,

β).εργάτες,

γ).τυχαίες οικογένειες,

δ).Νοσηλευτικό προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων.

Τα άτομα και των δύο φύλων ήταν ηλικίας 18-65 ετών προερχόμενοι από αστικές περιοχές,

Ομάδα Α: Η ομάδα αυτή αποτελέσθηκε από 100 άτομα, που σε ποσοστό 58% έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού προσώπου εντός νοσοκομείου.

Ομάδα Β: Περιλάμβανε 100 άτομα -νοσηλευτικό προσωπικό- απόφοιτους Α.Ε.Ι, Τ.Ε.Ι, Διετούς Σχολής, Απόφοιτους Λυκείου, οι οποίοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με ετοιμοθάνατους ασθενείς.

6.1.Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν στο κοινό περιελάμβανε 10 ερωτήσεις, και το αντίστοιχο προς το νοσηλευτικό προσωπικό από 22 ερωτήσεις. Συμπληρώνονταν από τους ερωτηθέντες εντός 20' της ώρας.

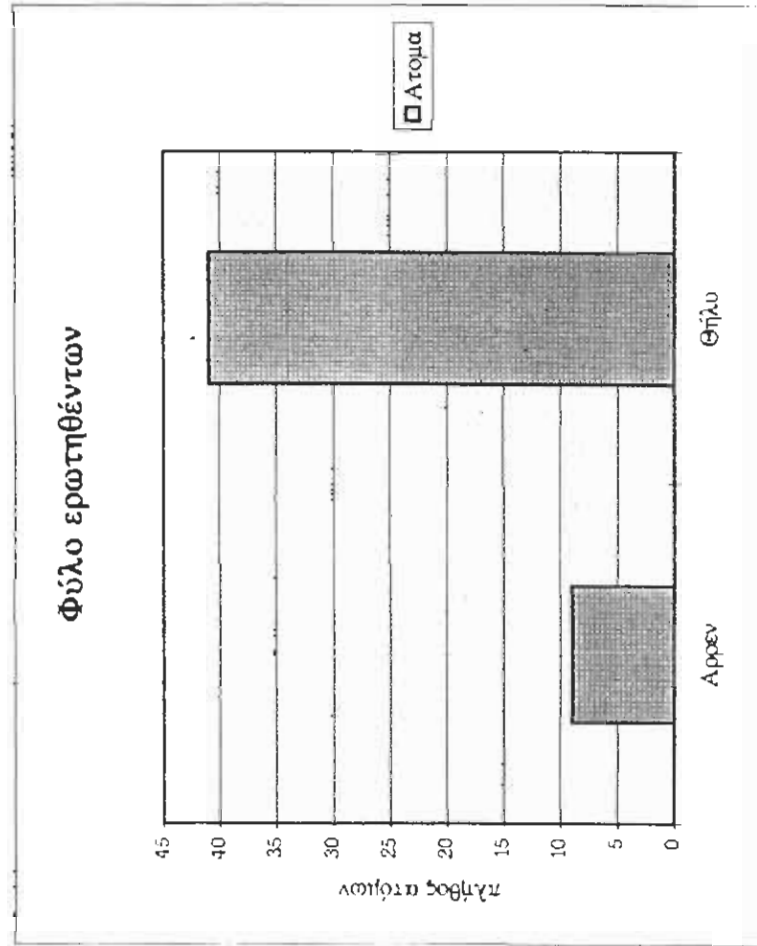
Η σύνταξή του έγινε βάσει ιατρο-νοσηλευτικών γνώσεων και δεδομένων όσον αφορά το γεγονός του θανάτου, εντός το χώρο του νοσοκομείου, καθώς και τις συνήθειες αντιδράσεις τόσο του κοινού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού των εκάστοτε νοσοκομείων.

7.Αποτελέσματα

1. Ερώτηση

Φύλο

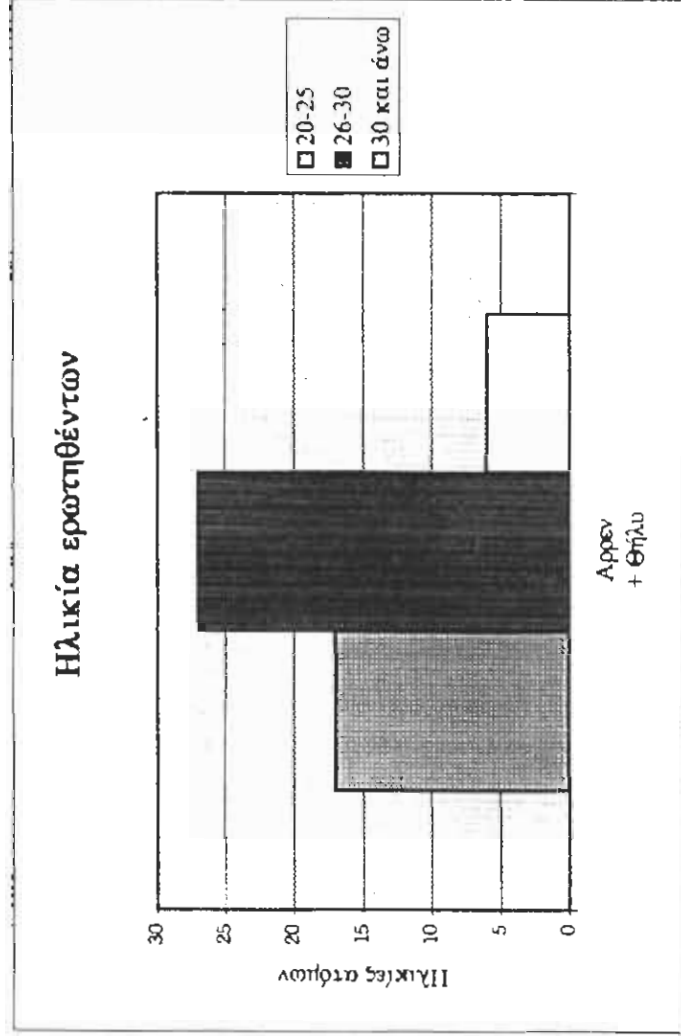
Φύλο	Ατομα	Ποσοστά
Αρρεν	9	18%
Θήλυ	41	82%
Σύνολο	50	100%



2. Ερώτηση

Ηλικία

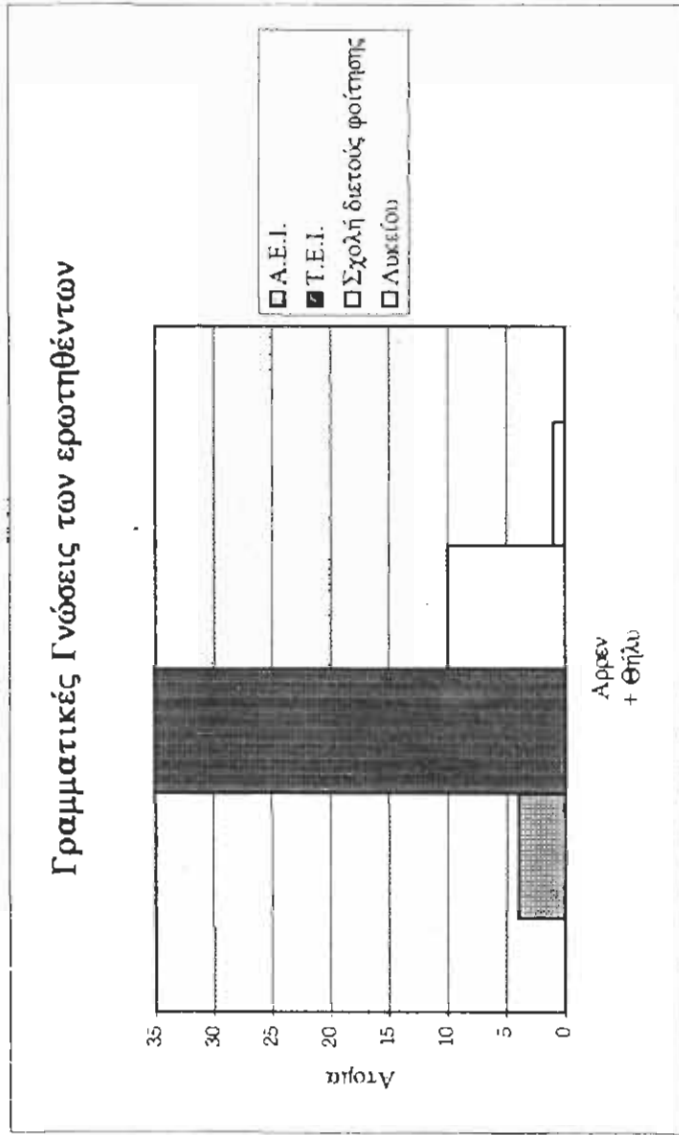
Φύλο	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
20-25	17	34%
26-30	27	54%
30 και άνω	6	12%
Σύνολο	50	100%



3. Ερώτηση

Γραμματικές Γνώσεις

Γραμματικές Γνώσεις	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
A.E.I.	4	8%
T.E.I.	35	70%
Σχολή διετούς φοίτησης	10	20%
Λυκείου	1	2%
Σύνολο	50	100%



Δεν έχουν αναρτηθεί πλήρως τα ερωτηματολόγια

Ειδικότητα

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

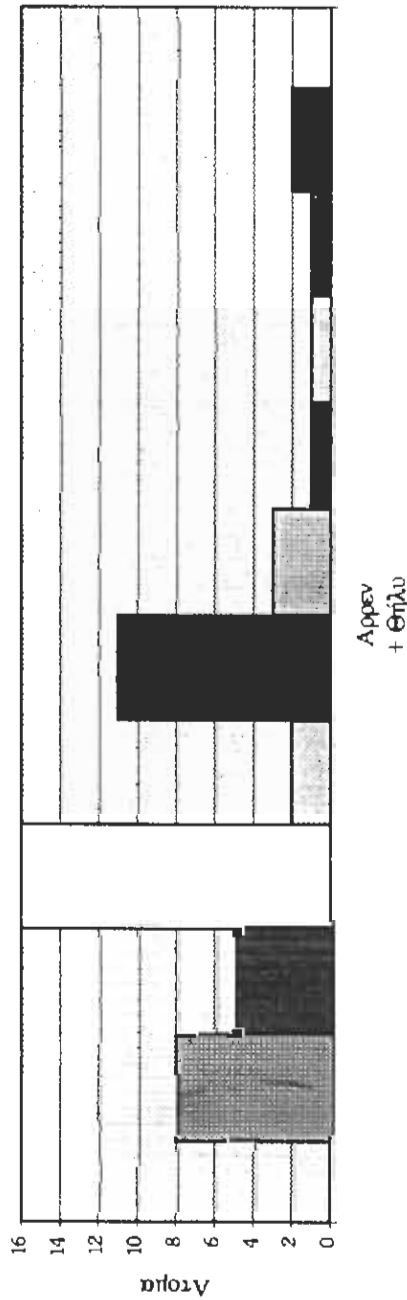
5. Ερώτηση

Τομέας Εργασίας

Τομέας εργασίας	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	8	16%
Παιδιατρική	5	10%
Χειρουργική	16	32%
Εξωτ. Ιατρεία	2	4%
Παθολογική	11	22%
Τεχνιτός Νεφρός	3	6%
Νευρολογική	1	2%
Ουρολογική	1	2%
Μεσογ. Αναμία	1	2%
Αιμοδοσίας	2	4%
Σύνολο	50	100%

Τομέας Εργασίας

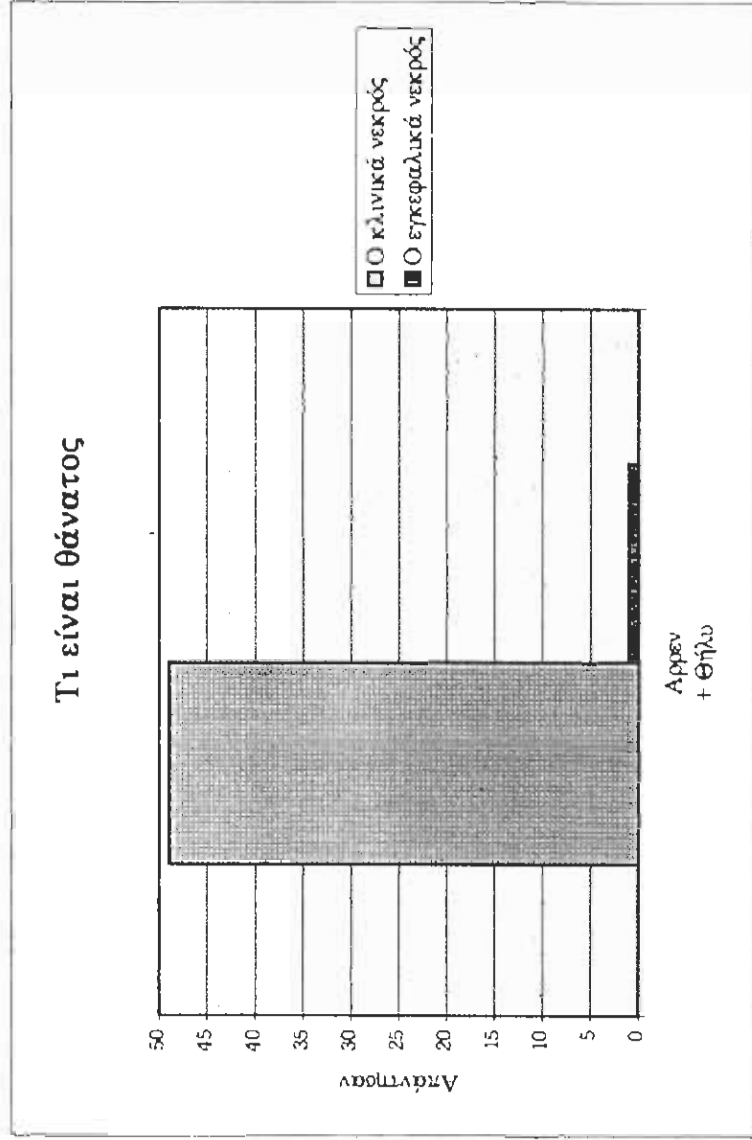
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- Παιδιατρική
- Χειρουργική
- Εξωτ. Ιατρεία
- Παθολογική
- Τεχνιτός Νεφρός
- Νευρολογική
- Ουρολογική
- Μεσογ. Αναμία
- Αιμοδοσίας



6. Ερώτηση

Τι είναι θάνατος

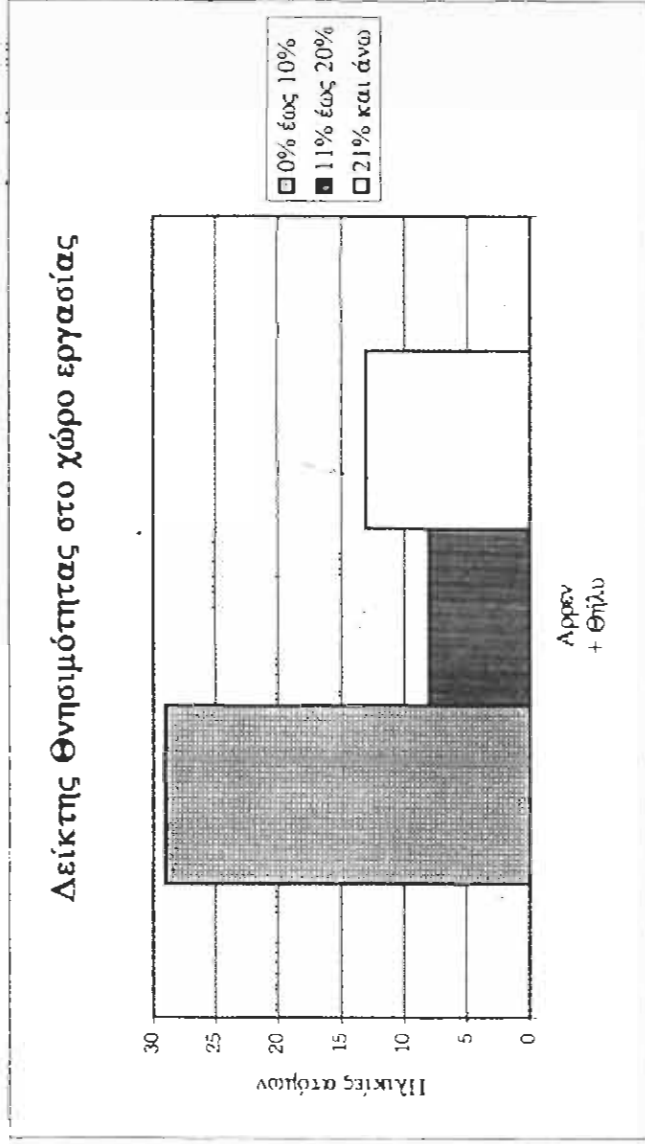
Απάντηση	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Ο κλινικά νεκρός	49	98%
Ο εγκεφαλικά νεκρός	1	2%
Σύνολο	50	100%



7. Ερώτηση

Δείκτης θνησιμότητας στο χώρο εργασίας

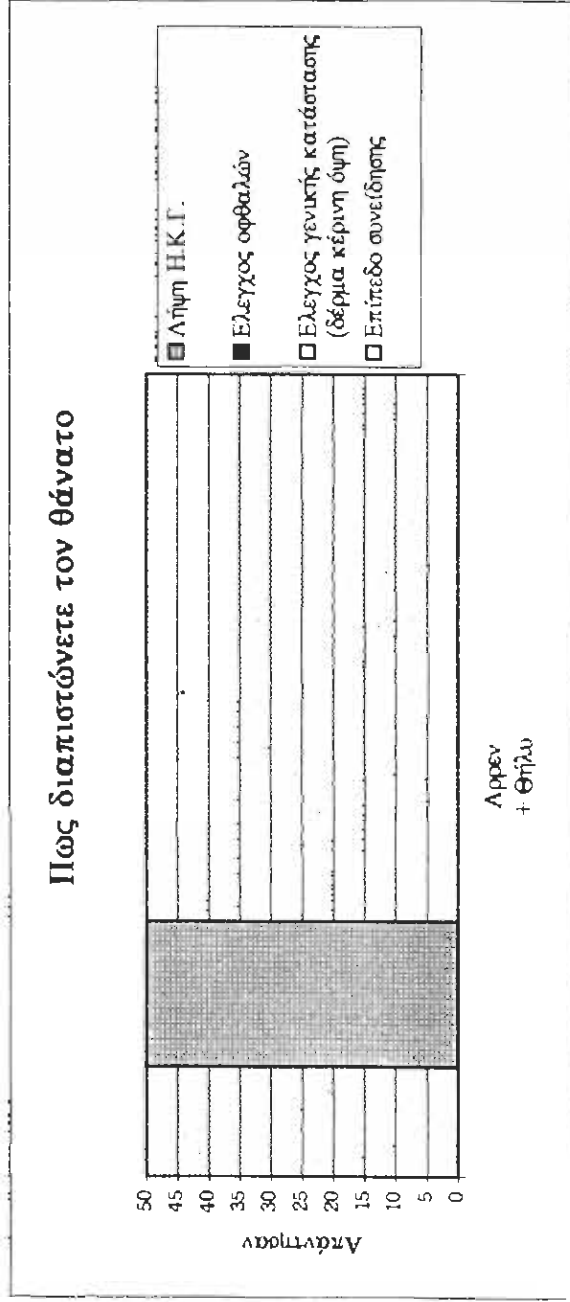
Φύλλο	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
0% έως 10%	29	58%
11% έως 20%	8	16%
21% και άνω	13	26%
Σύνολο	50	100%



9. Ερώτηση

Πως διαπιστώνετε τον Θάνατο;

Απάντησαν	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Λήψη Η.Κ.Γ.	50	100%
Έλεγχος οφθαλμών	0	0%
Έλεγχος γενικής κατάστασης (δέρμα κέρνιη όψη)	0	0%
Επίπεδο συνείδησης	0	0%
Σύνολο	50	100%

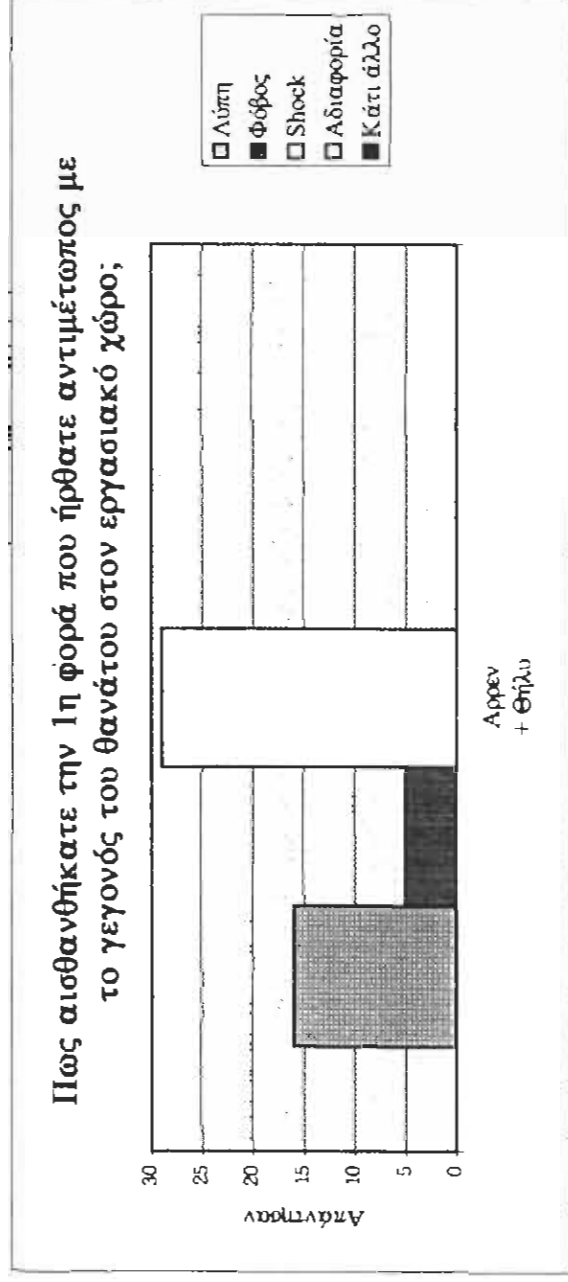


Σημ: Τέσσερα άτομα απάντησαν ότι διαπιστώνουν τον θάνατο όχι μόνο από τη λήψη ΗΚΓ αλλά και από έλεγχο της γενικής κατάστασης του ετοιμοθάνατου
 Ακόμα άλλα τέσσερα άτομα απάντησαν ότι διαπιστώνουν τον θάνατο με λήψη ΗΚΓ και με έλεγχο του επιπέδου συνείδησης

10. Ερώτηση

Πως αισθανθήκατε την 1η φορά που ήρθατε αντιμέτωπος με το γεγονός του θανάτου στον εργασιακό χώρο;

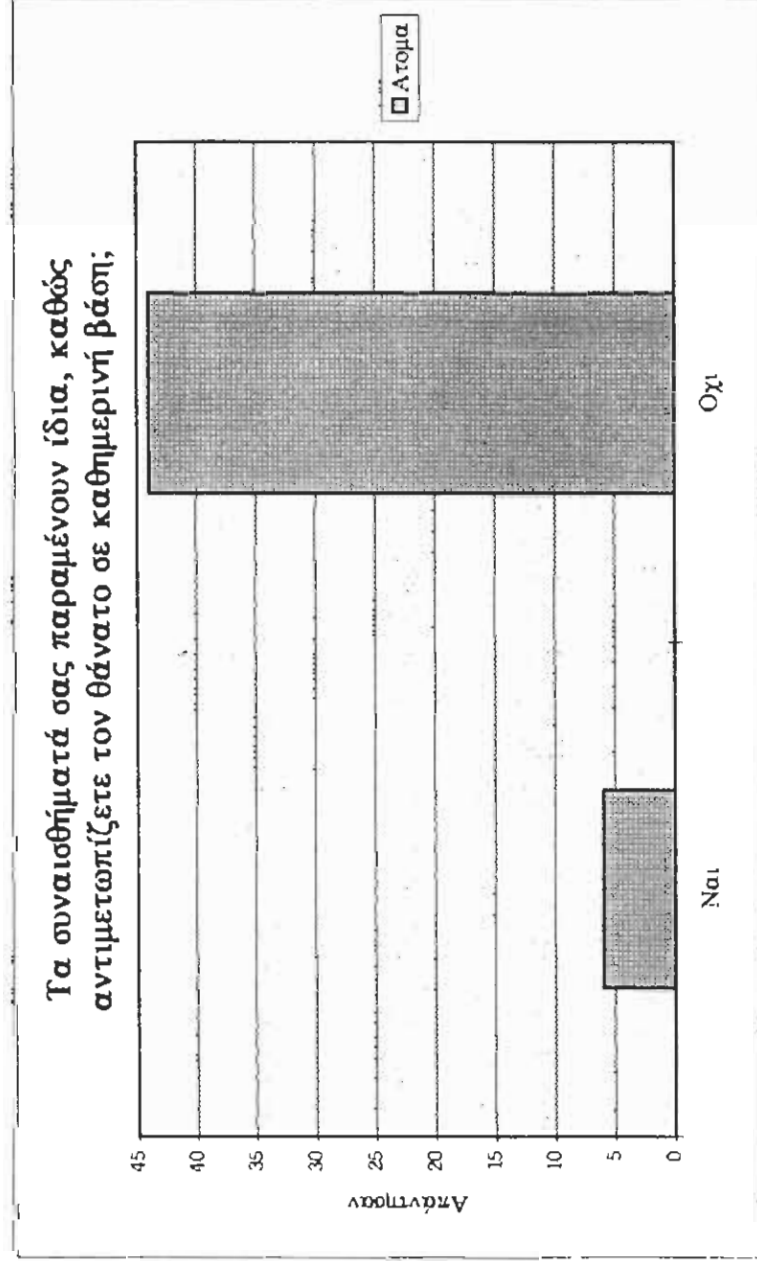
Αίσθηση	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Λύπη	16	32%
Φόβος	5	10%
Shock	29	58%
Αδιαφορία	0	0%
Κάτι άλλο	0	0%
Σύνολο	50	100%



11. Ερώτηση

Τα συναισθηματά σας παραμένουν ίδια, καθώς αντιμετωπίζετε τον θάνατο σε καθημερινή βάση;

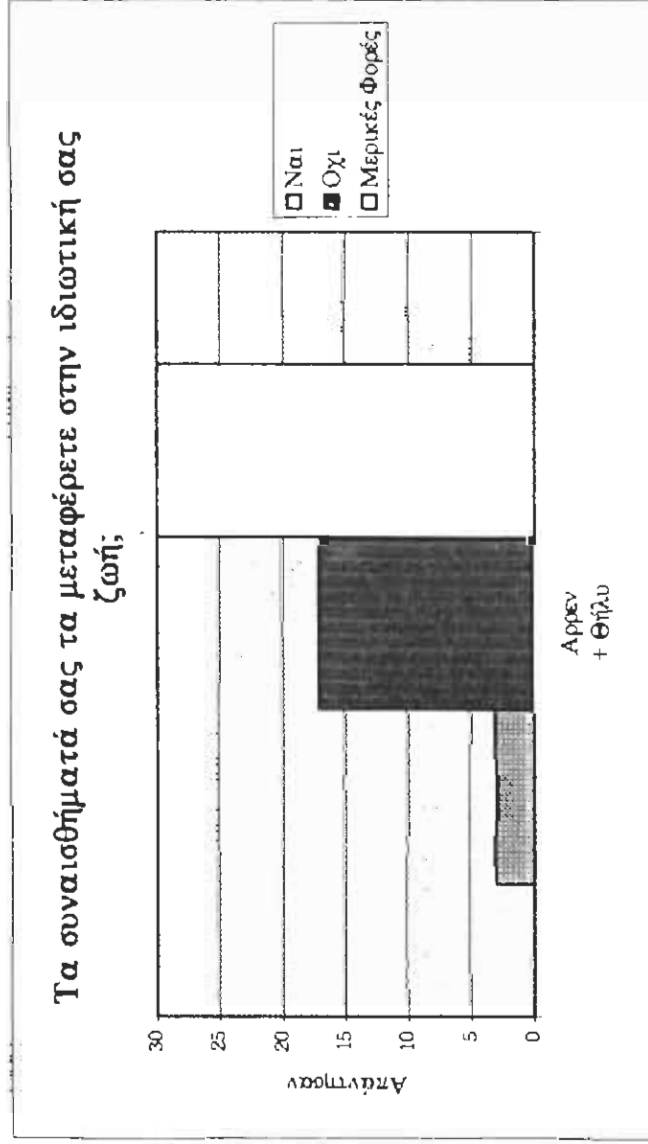
Απάντησαν	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	6	12%
Όχι	44	88%
Σύνολο	50	100%



12. Ερώτηση

Τα συναισθήματά σας τα μεταφέρετε στην ιδιωτική σας ζωή;

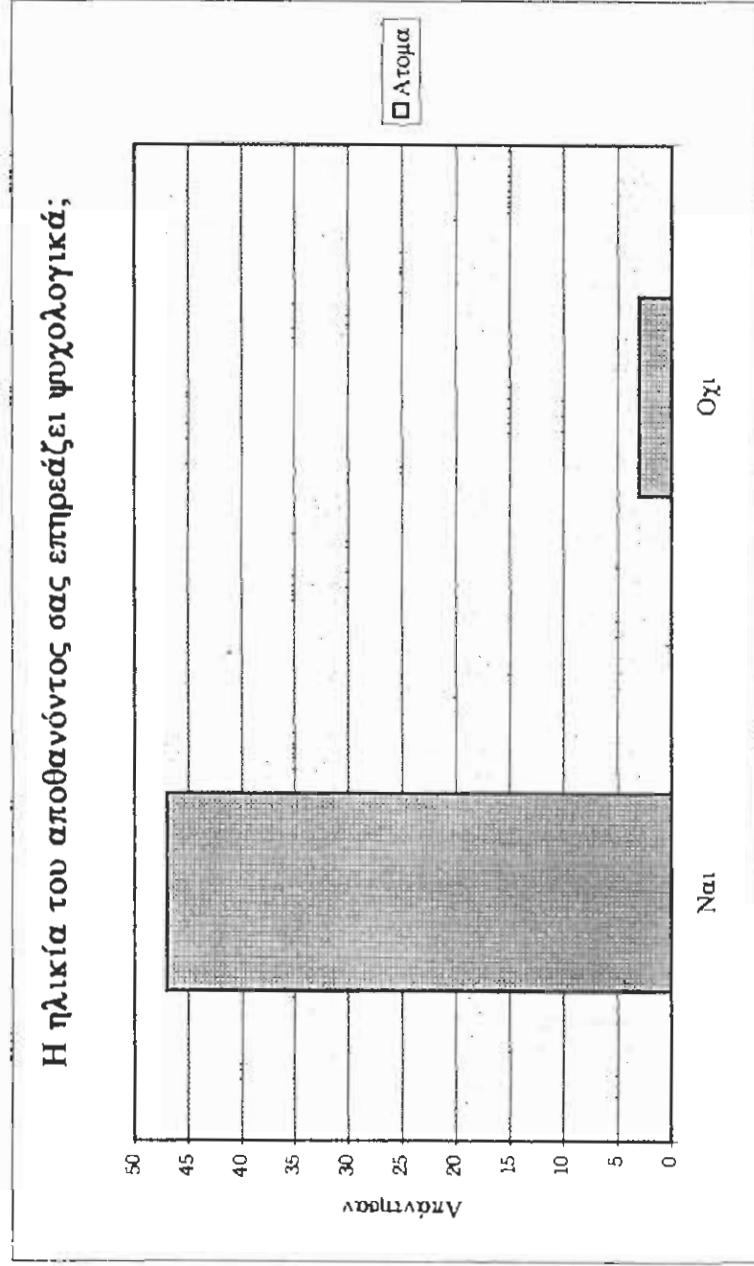
Απάντησαν	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Ναι	3	6%
Όχι	17	34%
Μερικές Φορές	30	60%
Σύνολο	50	100%



13. Ερώτηση

Η ηλικία του αποθανόντος σας επηρεάζει ψυχολογικά;

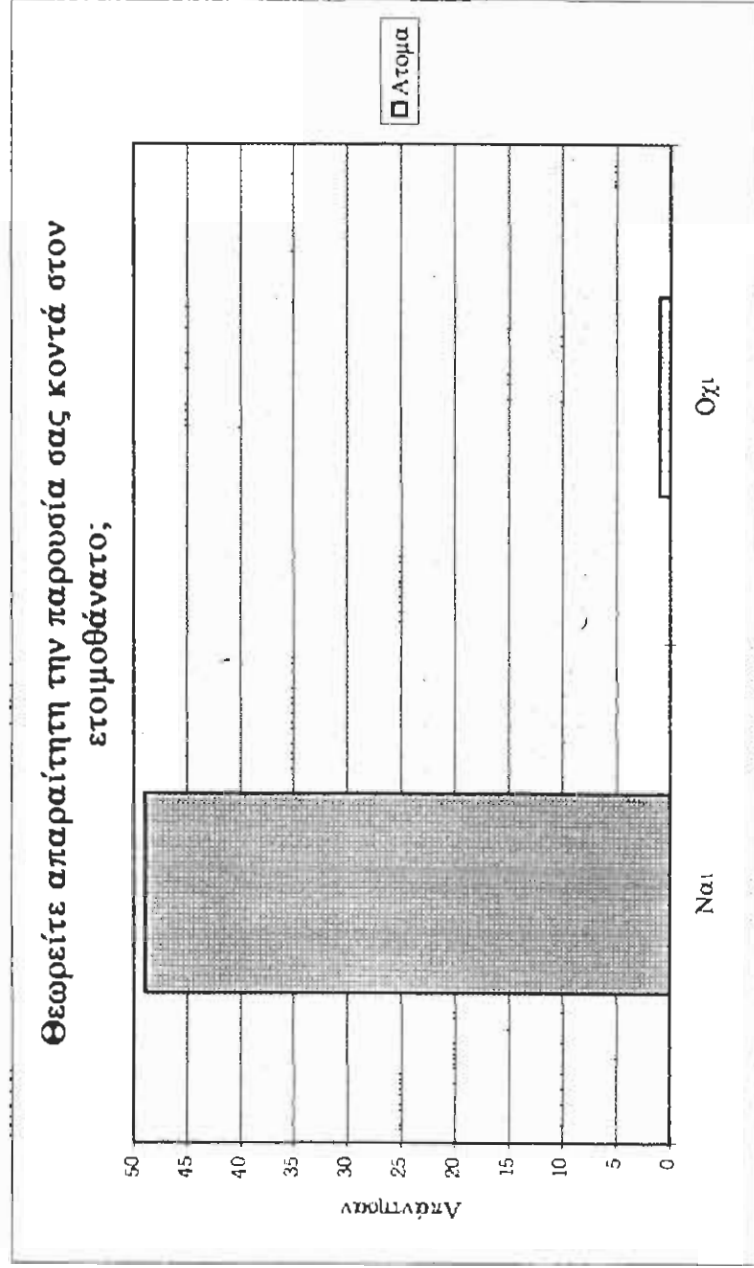
Απάντησαν	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	47	94%
Όχι	3	6%
Σύνολο	50	100%



14. Ερώτηση

Θεωρείτε απαραίτητη την παρουσία σας κοντά στον ετοιμοθάνατο;

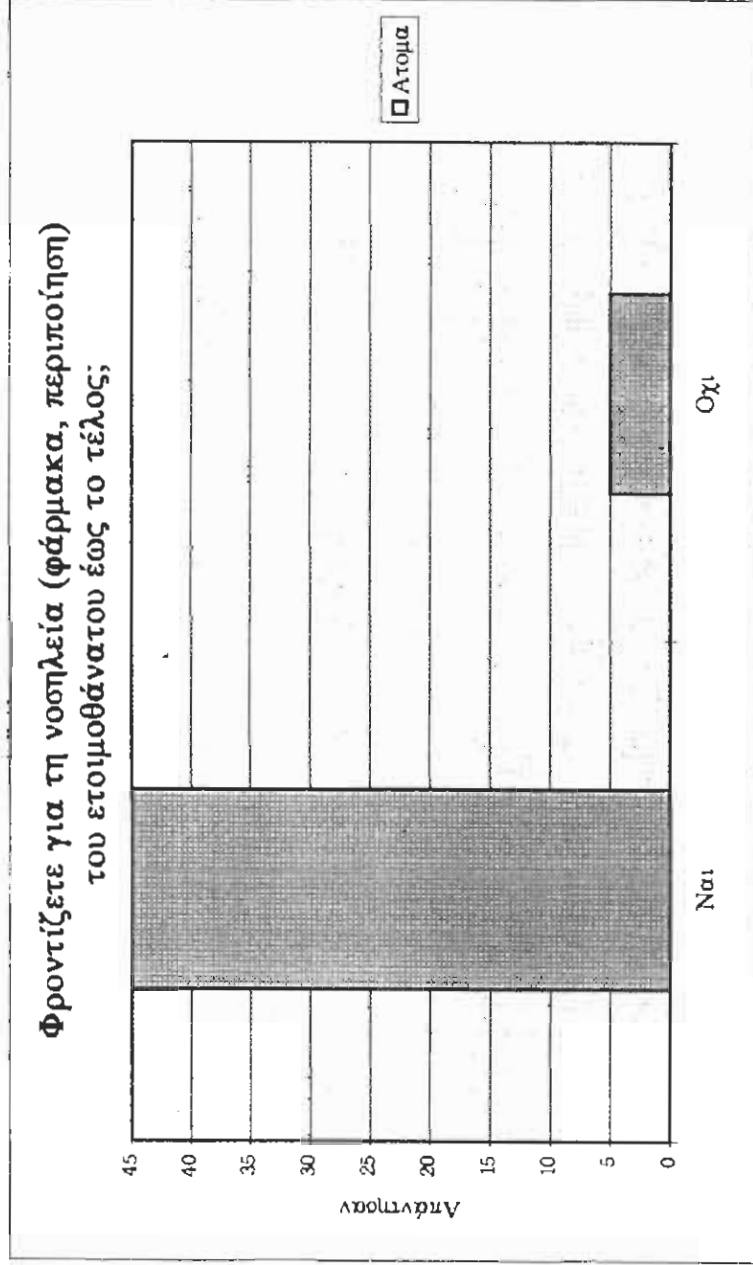
Απάντησαν	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	49	98%
Όχι	1	2%
Σύνολο	50	100%



15. Ερώτηση

Φροντίζετε για τη νοσηλεία (φάρμακα, περιποίηση) του ετοιμοθάνατου έως το τέλος;

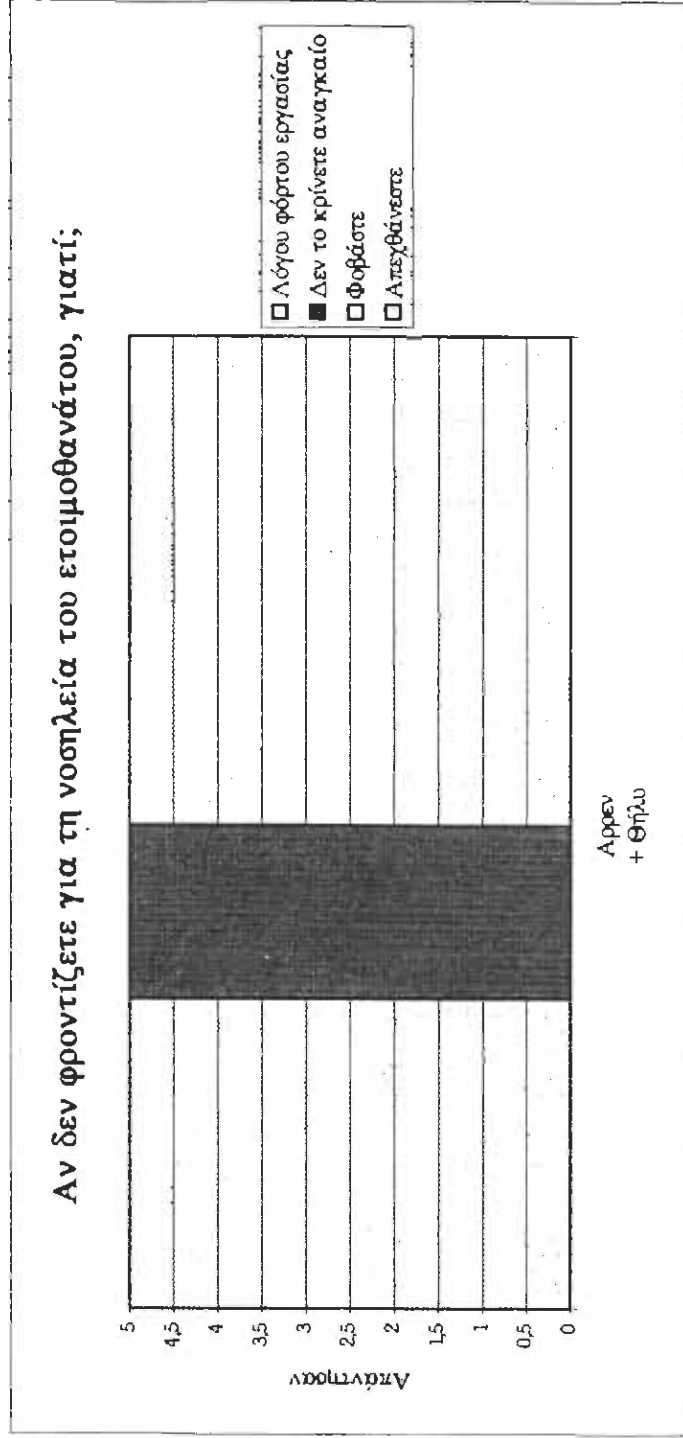
Απάντησαν	Ατομα	Ποσοτά
Ναι	45	90%
Όχι	5	10%
Σύνολο	50	100%



16. Ερώτηση

Τι πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει επιπλέον για την καλύτερη φροντίδα του νεκρού;

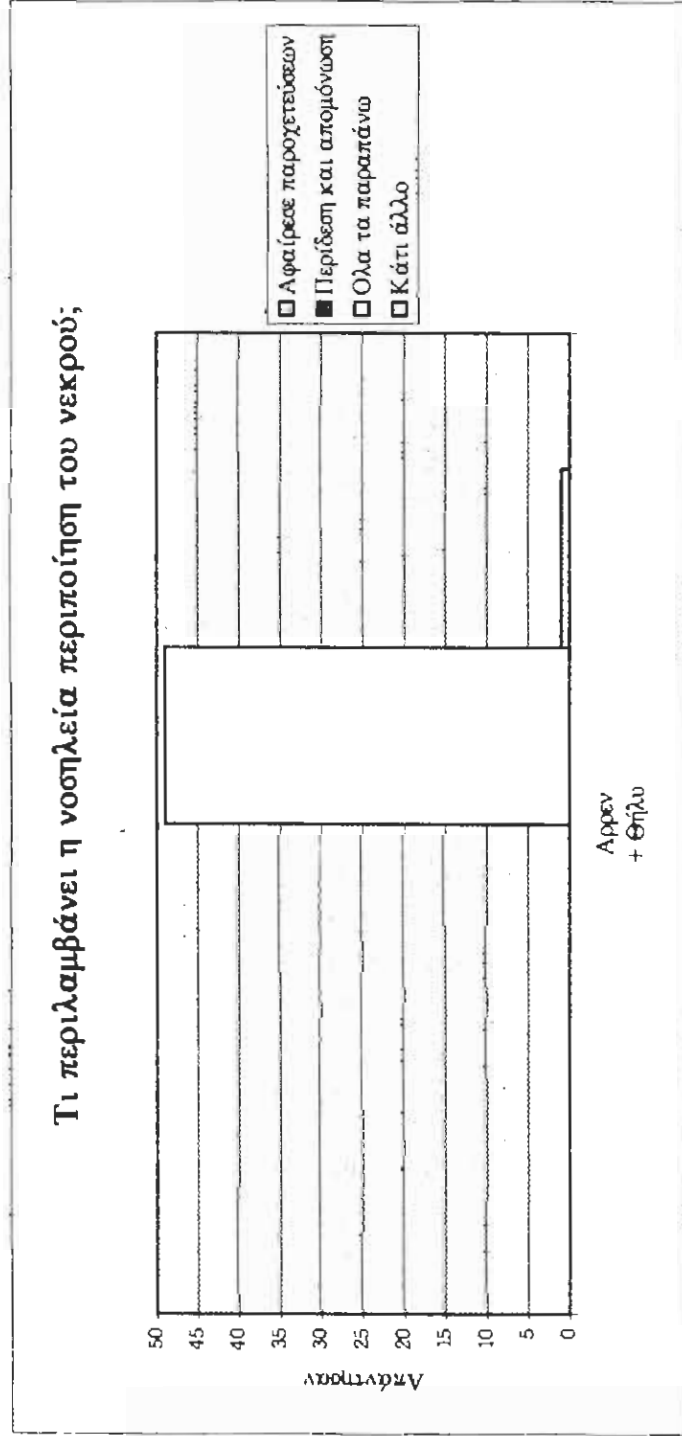
Απάντηση	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Λόγου φόρτου εργασίας	0	0%
Δεν το κρίνετε αναγκαίο	5	100%
Φοβάστε	0	0%
Απεχθάνεστε	0	0%
Σύνολο	5	100%



17. Ερώτηση

Τι περιλαμβάνει η νοσηλεία περιποίηση του νεκρού;

Απάντησαν	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Αφαίρεση παροχεταιύσεων	0	0%
Περίδεση και απομόνωση	0	0%
Όλα τα παραπάνω	49	98%
Κάτι άλλο	1	2%
Σύνολο	50	100%

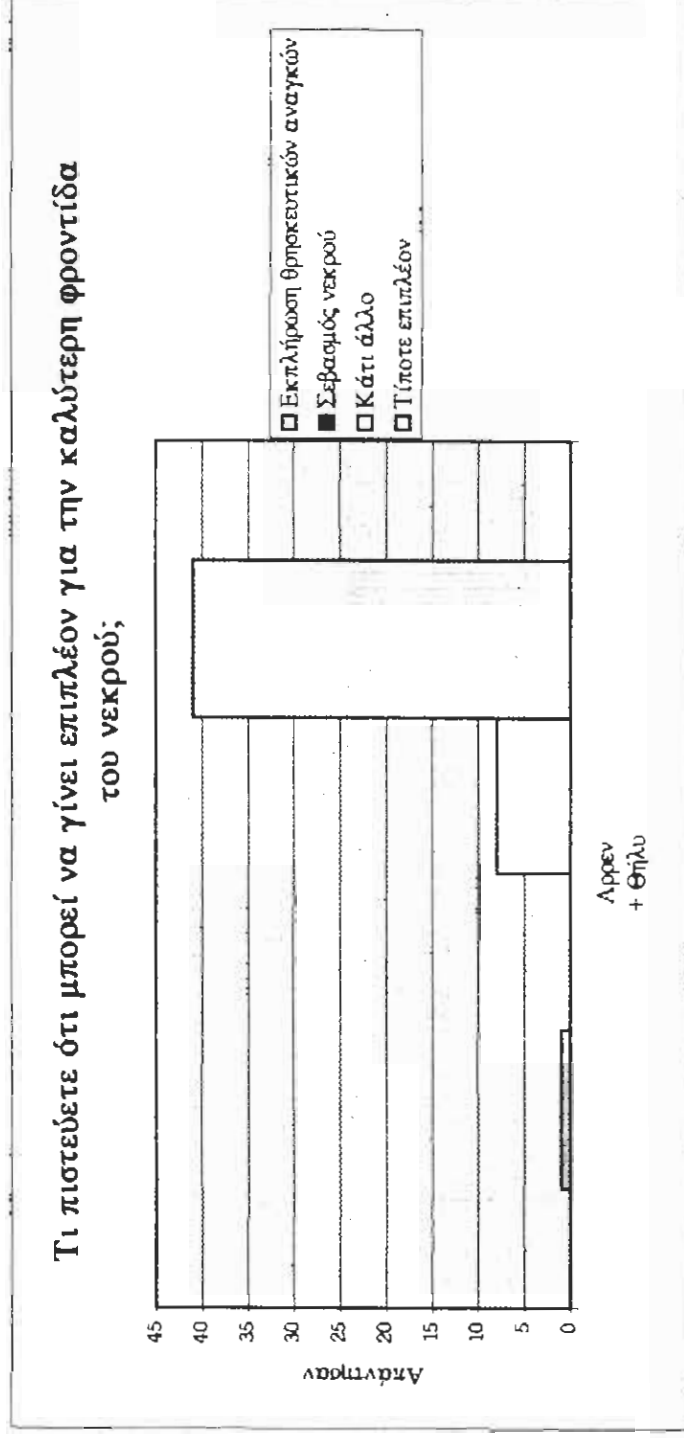


Υπήρχαν απο 8 άτομα διπλή απάντηση

18. Ερώτηση

Τι πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει επιπλέον για την καλύτερη φροντίδα του νεκρού;

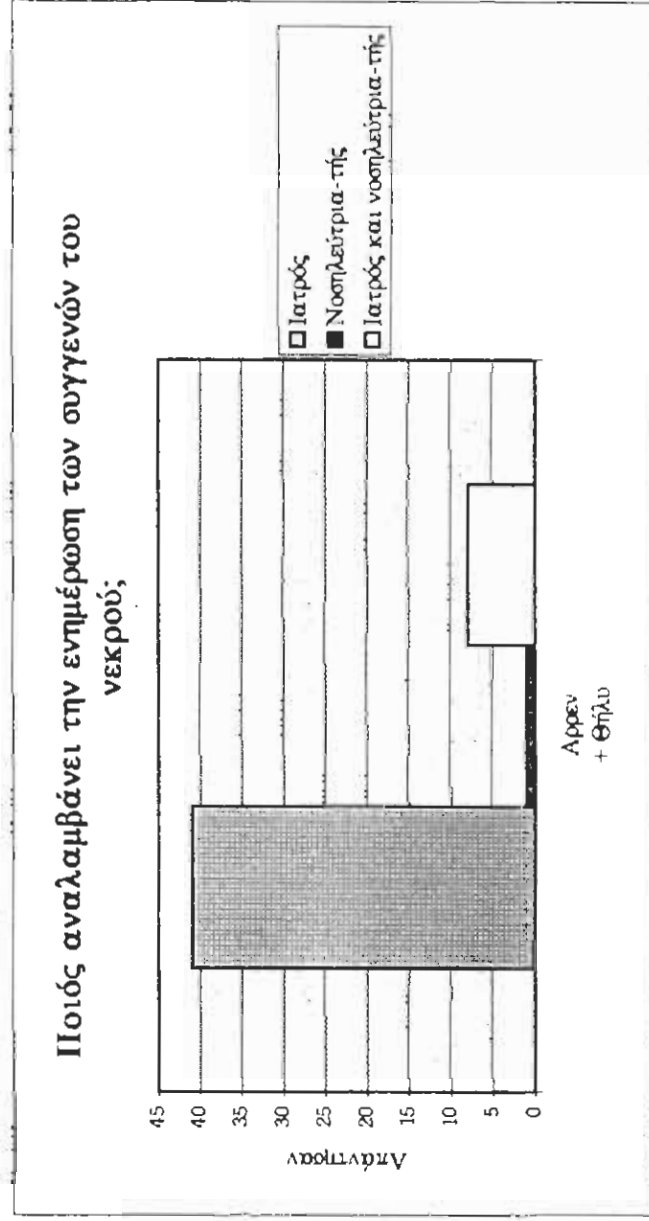
Απάντησαν	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Εκπλήρωση θρησκευτικών αναγκών	1	2%
Σεβασμός νεκρού	0	0%
Κάτι άλλο	8	16%
Τίποτε επιπλέον	41	82%
Σύνολο	50	100%



19. Ερώτηση

Ποιός αναλαμβάνει την ενημέρωση των συγγενών του νεκρού;

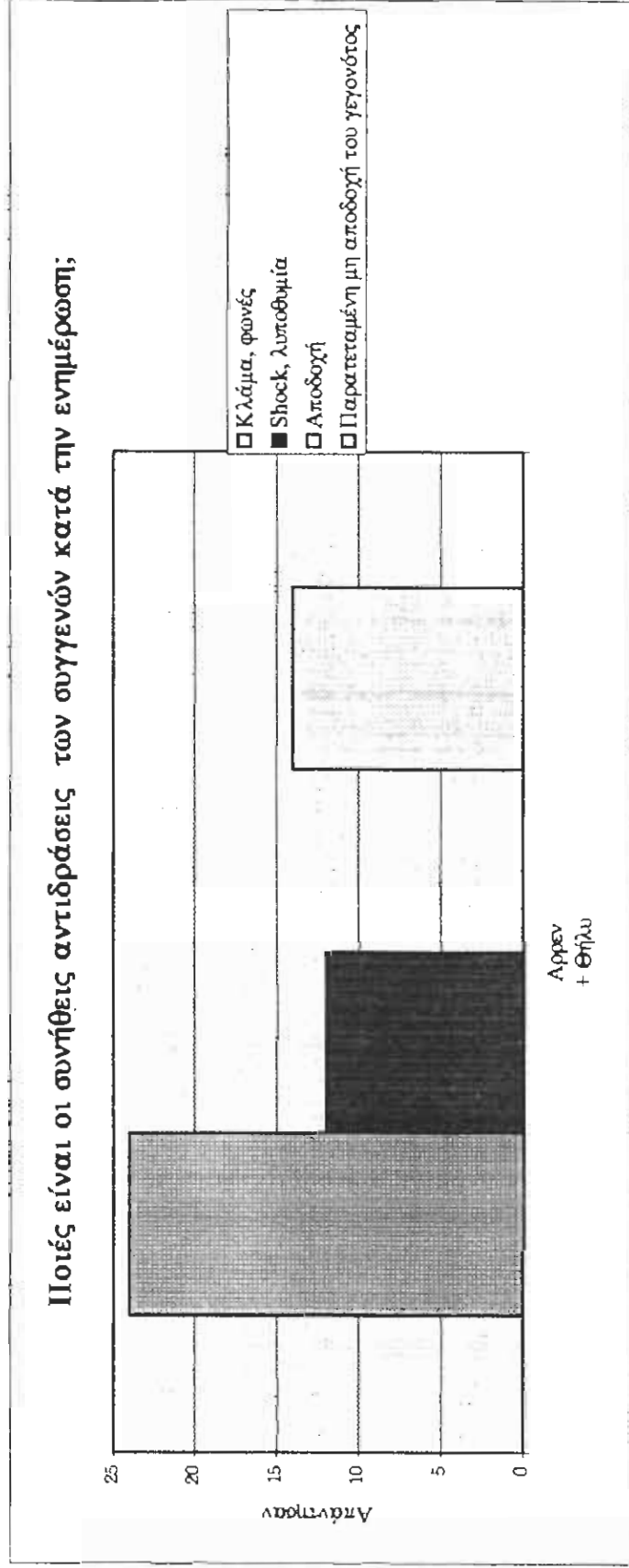
Απάντησαν	Άρρεν + Θήλυ	% Άρρεν + % Θήλυ
Ιατρός	41	82%
Νοσηλεύτρια-τής	1	2%
Ιατρός και νοσηλεύτρια-τής	8	16%
Σύνολο	50	100%



20. Ερώτηση

Ποιές είναι οι συνήθειες αντιδράσεις των συγγενών κατά την ενημέρωση;

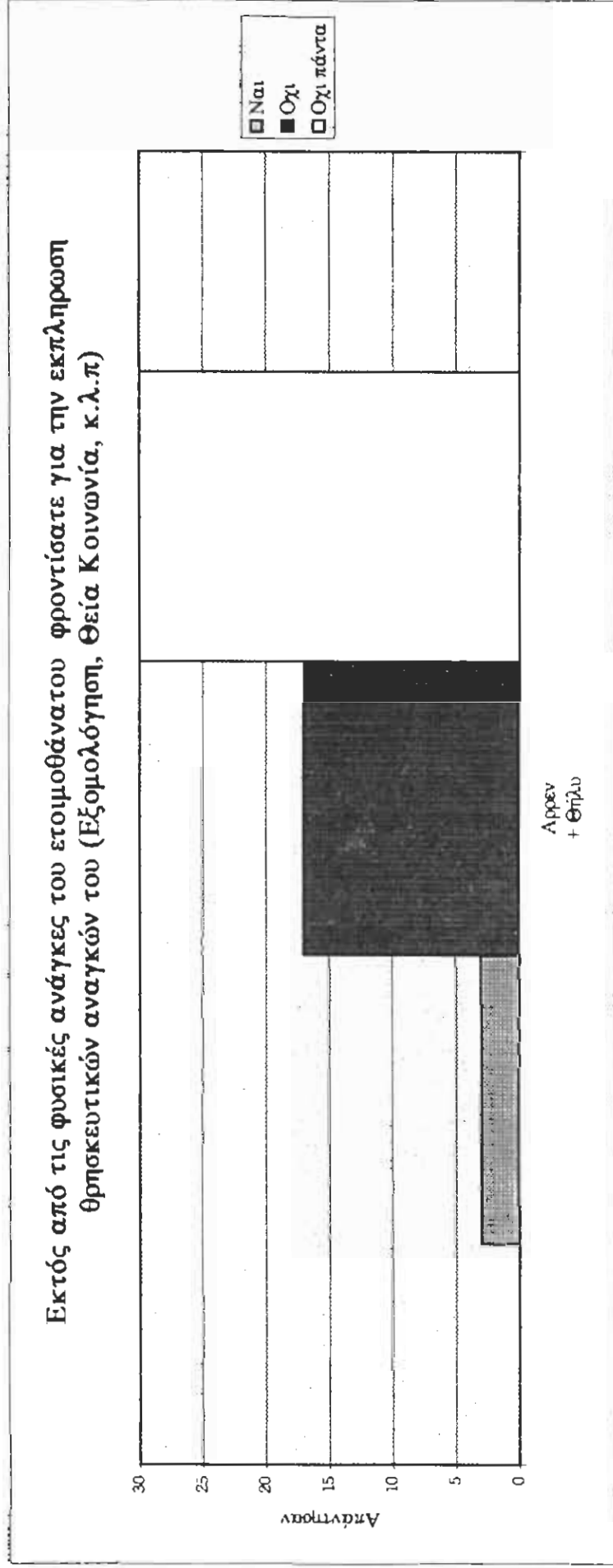
Απάντησαν	Άρρεν + Θήλυ	% Άρρεν + % Θήλυ
Κλάμα, φωνές	24	48%
Shock, λυποθυμία	12	24%
Αποδοχή	0	0%
Παρατεταμένη μη αποδοχή του γεγονότος	14	28%
Σύνολο	50	100%



21. Ερώτηση

Εκτός από τις φυσικές ανάγκες του ετοιμοθάνατου φροντίσατε για την εκπλήρωση θρησκευτικών αναγκών του (εξομολόγηση, Θεία Κοινωνία, κ.λ.π)

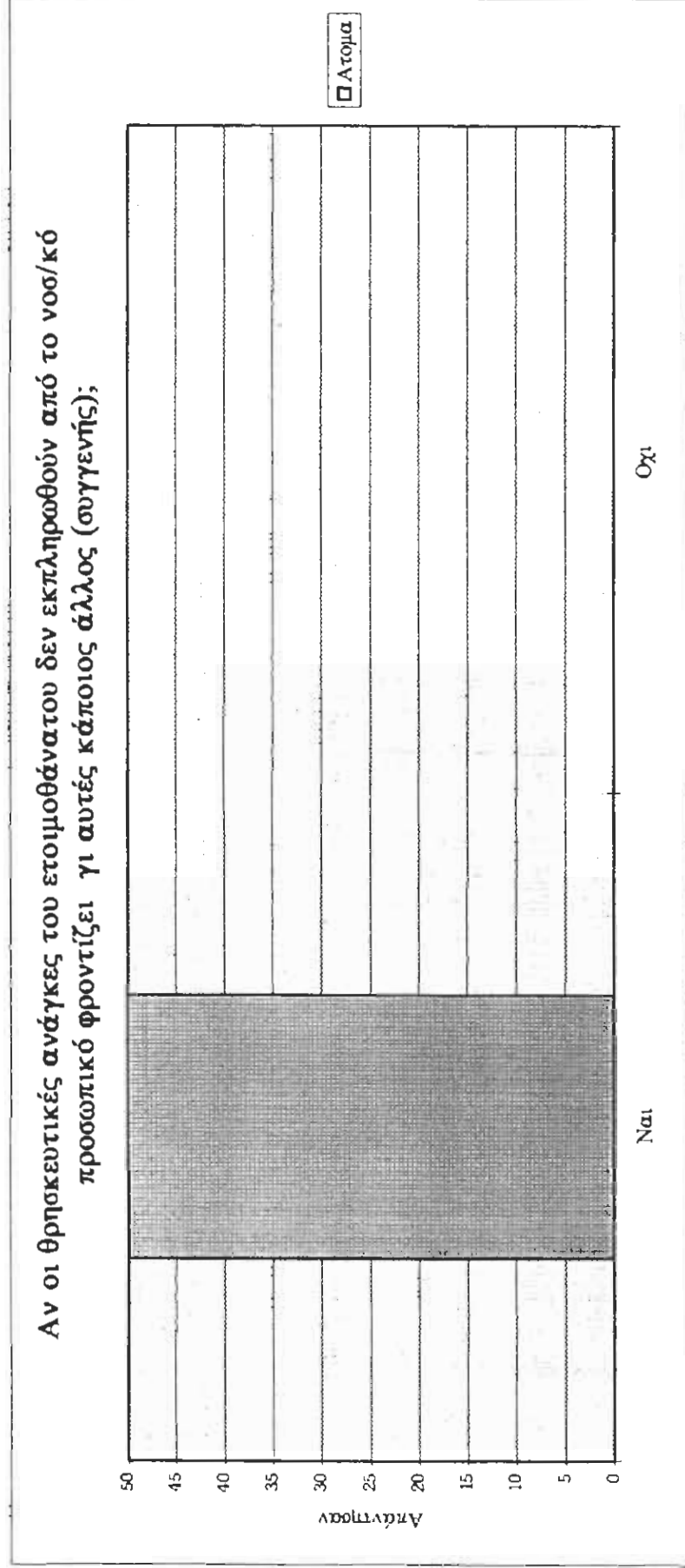
Απάντησαν	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Ναι	3	6%
Όχι	17	34%
Όχι πάντα	30	60%
Σύνολο	50	100%



22 Ερώτηση

Αν οι θρησκευτικές ανάγκες του ετοιμοθάνατου δεν εκπληρωθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει γι αυτές κάποιος άλλος (συγγενής)

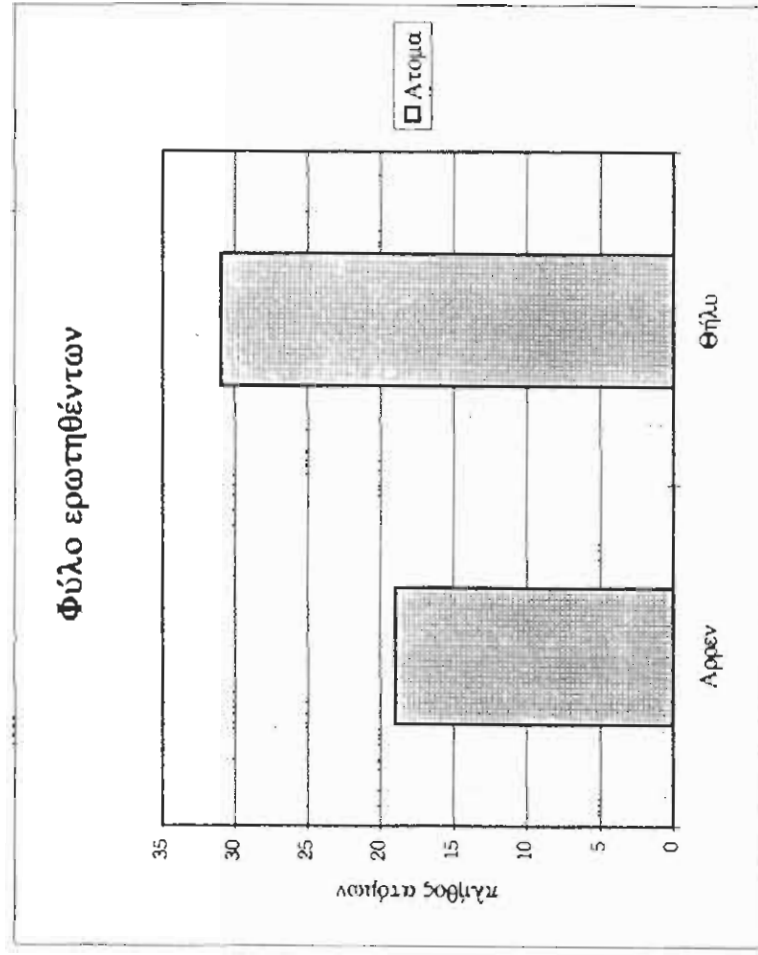
Απάντησαν	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	50	100%
Όχι	0	0%
Σύνολο	50	100%



1. Ερώτηση

Φύλο

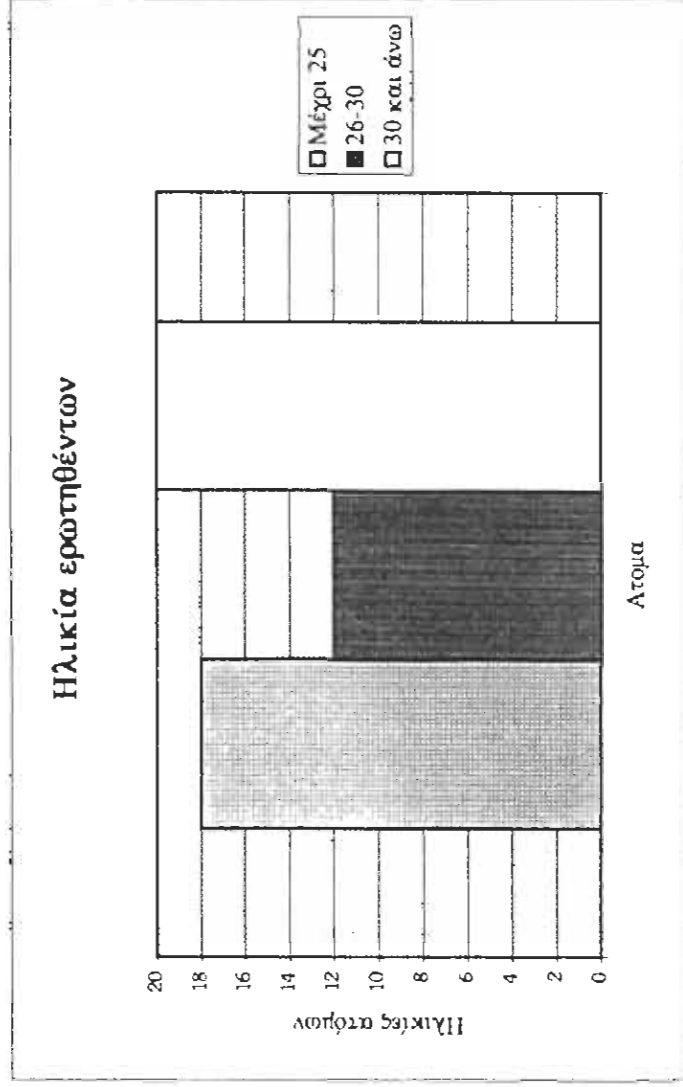
Φύλο	Ατομα	Ποσοστά
Αρρεν	19	38%
Θηλυ	31	62%
Σύνολο	50	100%



2. Ερώτηση

Ηλικία

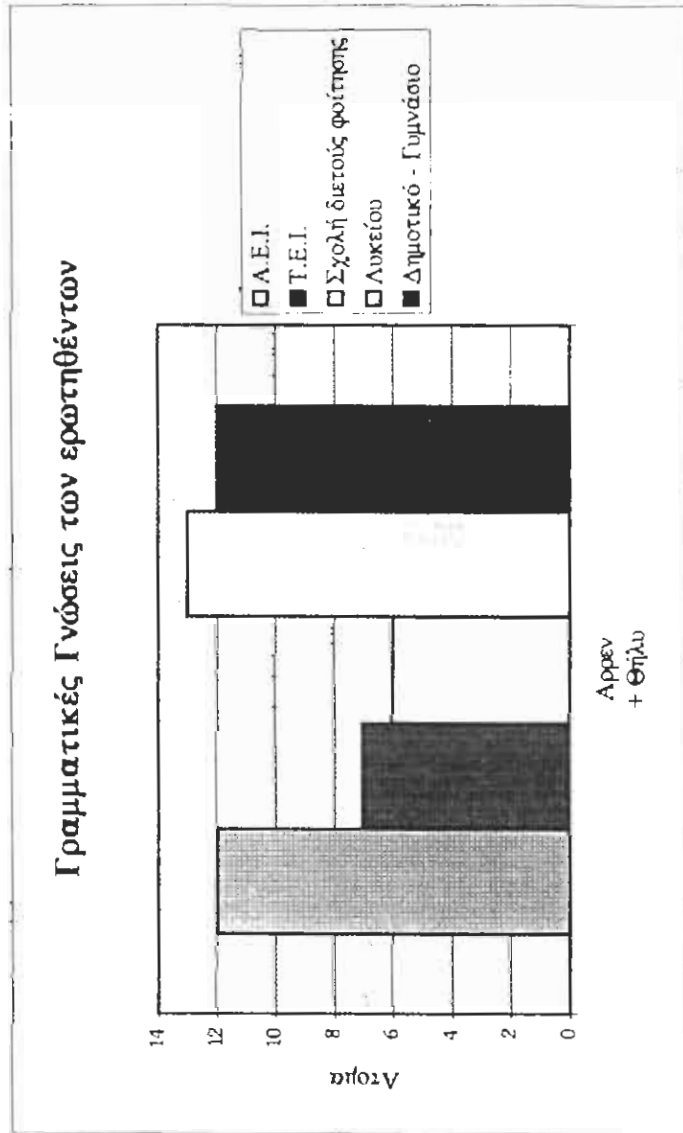
Φύλλο	Ατομα	Ποσοστό
Μέχρι 25	18	36%
26-30	12	24%
30 και άνω	20	40%
Σύνολο	50	100%



3. Ερώτηση

Γραμματικές Γνώσεις

Γραμματικές Γνώσεις	Αρρεν + Θήλυ	% Αρρεν + % Θήλυ
Α.Ε.Ι.	12	24%
Τ.Ε.Ι.	7	14%
Σχολή διετούς φοίτησης	6	12%
Λυκείου	13	26%
Δημοτικό - Γυμνάσιο	12	24%
Σύνολο	50	100%

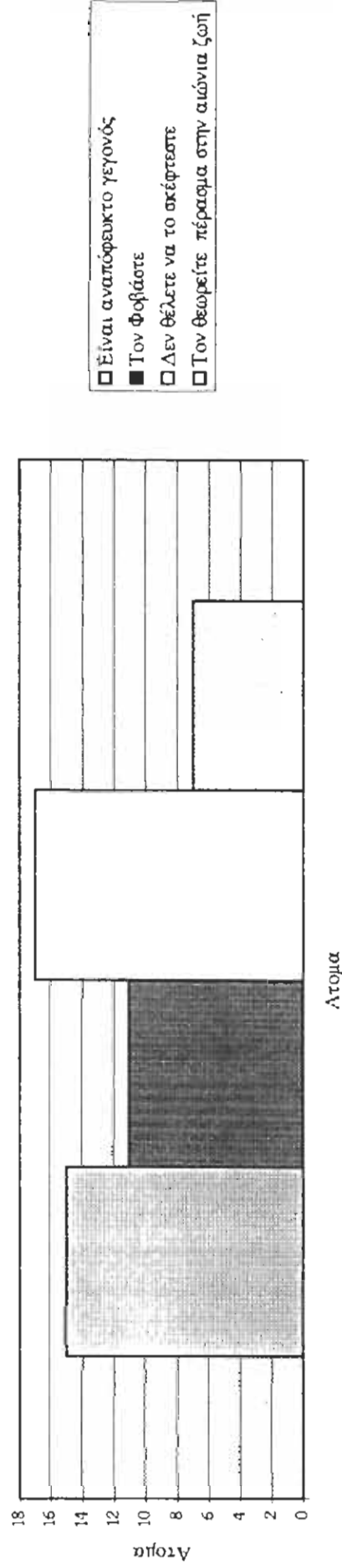


5. Ερώτηση

Πώς αντιλαμβάνεστε την έννοια θάνατος;

Απάντηση	Ατομα	Ποσοστά
Είναι αναπόφευκτο γεγονός	15	0,3
Τον Φοβιάστε	11	0,22
Δεν θέλετε να το σκέφτεστε	17	0,34
Τον θεωρείτε πέρασμα στην αιώνια ζωή	7	0,14
Σύνολο	50	1

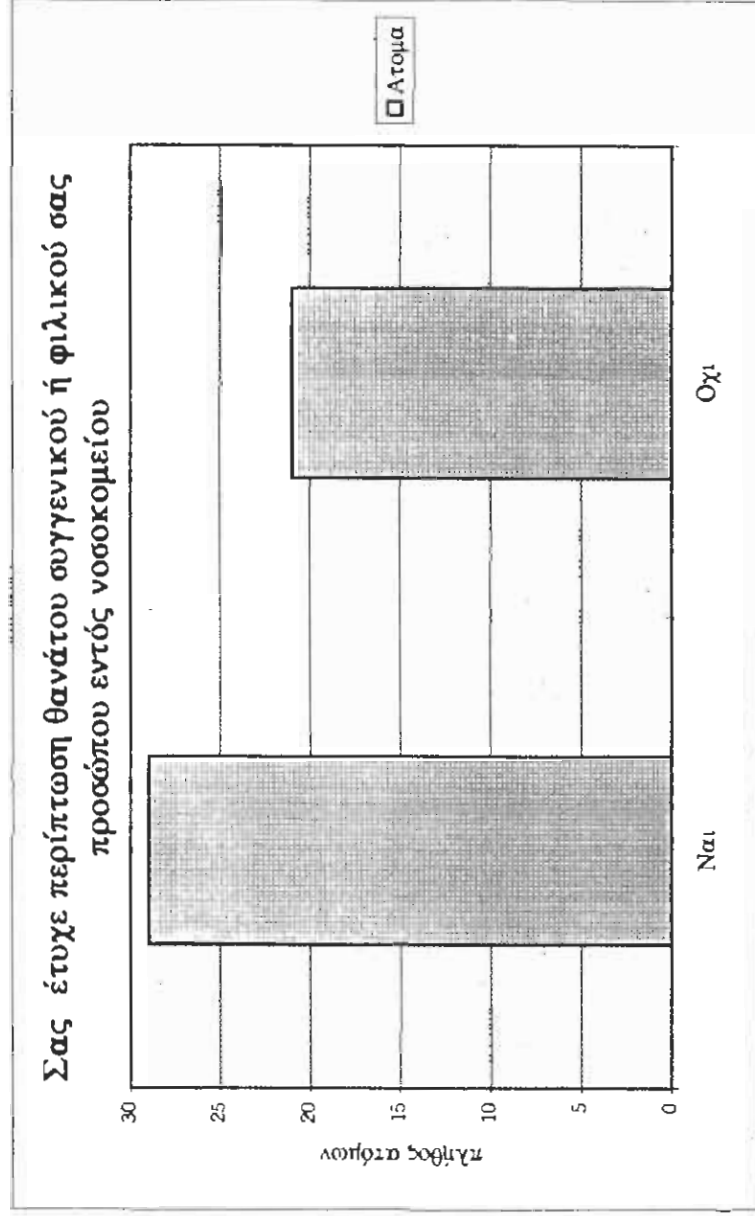
Πώς αντιλαμβάνεστε την έννοια "θάνατος";



6. Ερώτηση

Σας έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου;

	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	29	58%
Όχι	21	42%
Σύνολο	50	100%

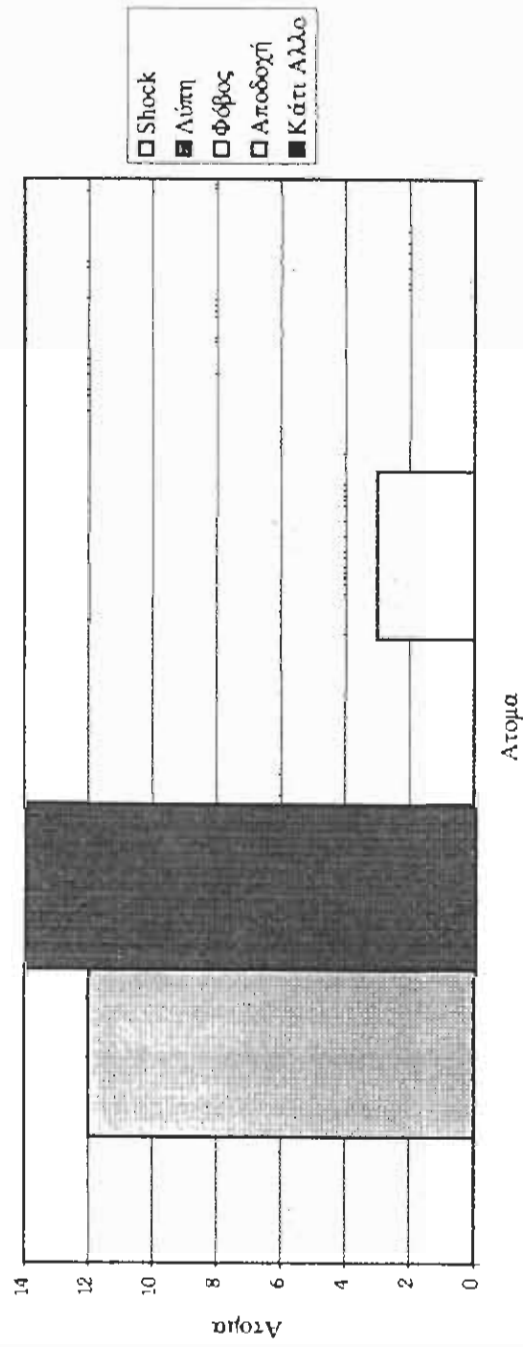


7. Ερώτηση

Αν έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου πώς αισθανθήκατε

Αίσθηση	Ατομα	Ποσοστό
Shock	12	41%
Λύπη	14	48%
Φόβος	0	0%
Αποδοχή	3	10%
Κάτι Άλλο	0	0%
Σύνολο	29	100%

Αν έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου πώς αισθανθήκατε;

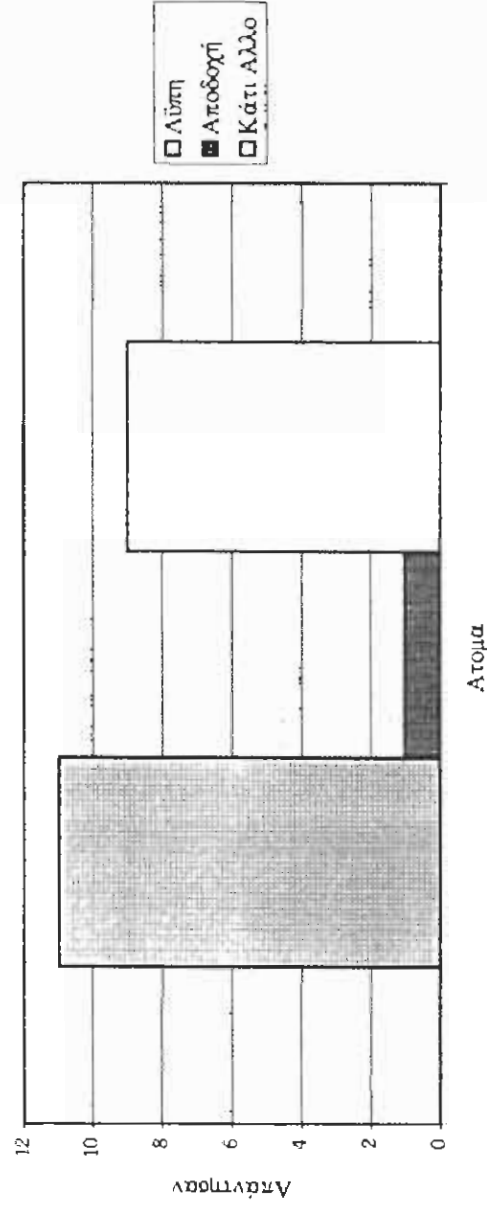


8. Ερώτηση

Πώς πιστεύετε ότι θα αντιδρούσατε αν σας τύχενε θάνατος συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου ;

Απόκριση	Ατομα	Ποσοστά
Λύπη	11	52%
Αποδοχή	1	5%
Κάτι Άλλο	9	43%
Σύνολο	21	100%

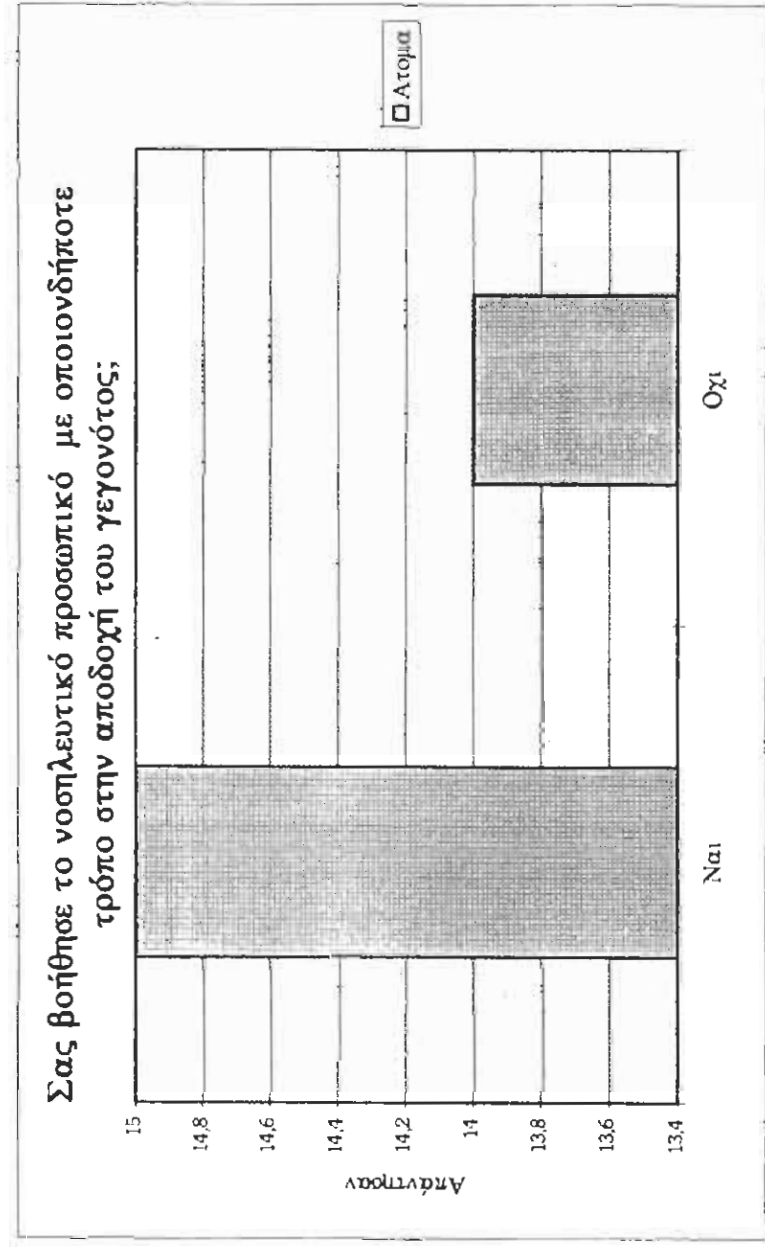
Πώς πιστεύετε ότι θα αντιδρούσατε αν σας τύχενε θάνατος συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου;



9 Ερώτηση

Σας βοήθησε το νοσηλευτικό προσωπικό με οποιονδήποτε τρόπο στην αποδοχή του γεγονότος

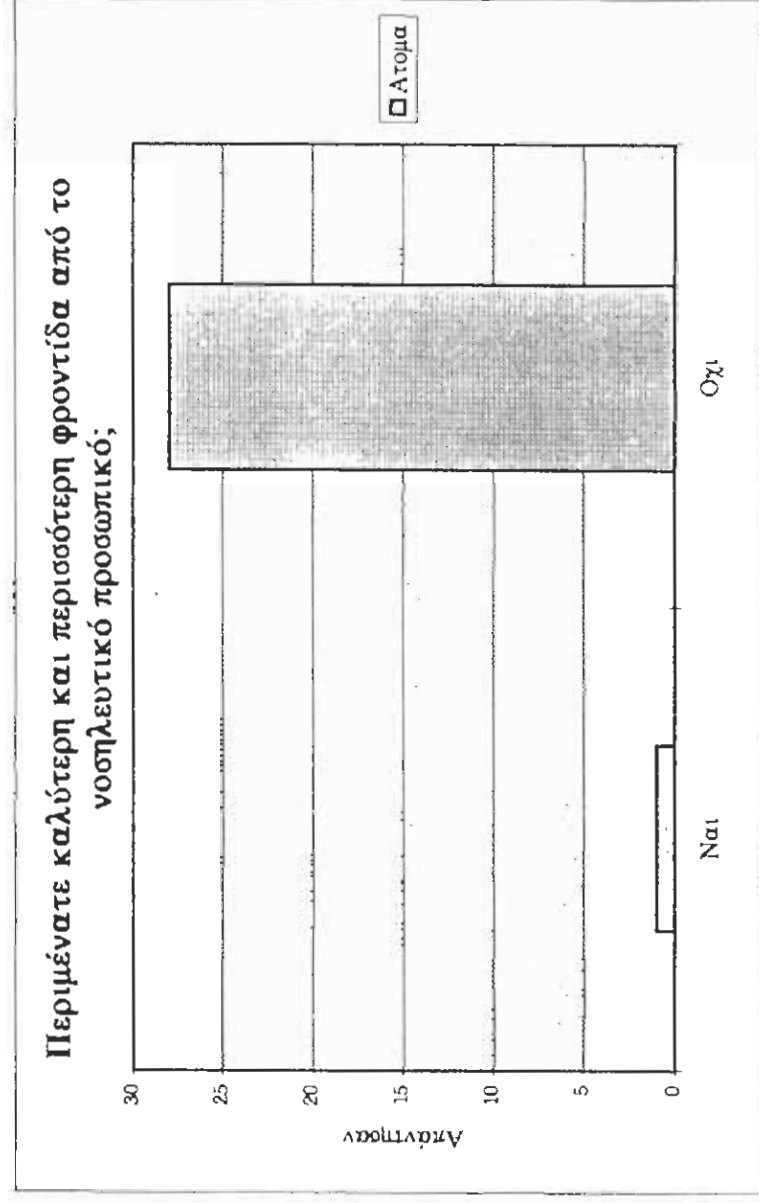
Απάντηση	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	15	52%
Όχι	14	48%
Σύνολο	29	100%



10 Ερώτηση

Περιμένετε καλύτερη και περισσότερη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό;

	Ατομα	Ποσοστά
Ναι	1	3%
Όχι	28	97%
Σύνολο	29	100%



8.Περίληψη - Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται όσον αφορά το κοινό, στο σύνολο των 50 ατόμων, το 0,34% θεωρούν τον θάνατο ως κάτι που δεν θέλουν να το σκέφτονται και κατά δεύτερο λόγο, σε ποσοστό 0,22% τον φοβούνται.

Στο 58% έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού προσώπου, εντός νοσοκομείου, το οποίο γεγονός προκάλεσε λύπη και σοκ, ενώ στα άτομα που δεν αντιμετώπισαν παρόμοιο γεγονός η πιθανή αντίδραση θα ήταν λύπη.

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βοήθησε με διάφορους τρόπους, ώστε το κοινό να αποδεχθεί το αναπόφευκτο.

Ακόμη όμως και το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, όταν έρχεται αντιμέτωπο με το θάνατο, παρουσιάζει ως πρώτη αντίδραση σοκ· αν και σε καθημερινή βάση τα συναισθήματα δεν παραμένουν τα ίδια.

Σε μεγάλο ποσοστό, 98%, οι νοσηλευτές θεωρούν την παρουσία τους απαραίτητη κοντά στον ετοιμοθάνατο και φροντίζουν γι' αυτό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ - Τμήμα Νοσηλ/κής

Ερωτηματολόγιο προς το νοσηλ/κό προσωπικό

1. Φύλο άρρεν _____
 θήλυ _____

2. Ηλικία _____

3. Γραμμ. γνώσεις _____

4. Ειδικότητα _____

5. Τομέας εργασίας _____

6. Τι είναι θάνατος;
 - α) Ο κλινικά νεκρός; _____
 - β) Ο εγκεφαλικά νεκρός; _____

7. Δείκτης θνησιμότητας στο χώρο εργασίας _____

8. Αιτία θανάτου
 - α) Κατάληξη χρόνιας νόσου _____
 - β) Μη επαρκής φροντίδα του ιατρού/κού προσωπικού _____
 - γ) Αιφνίδιος θάνατος (τροχαίο) _____

9. Πως διαπιστώνε τον θάνατο:
 - α) Λήψη ΗΚΓ _____
 - β) Ελεγχος οφθαλμών _____
 - γ) Ελεγχος γενικής κατάστασης (δέρμα κέρινη όψη) _____
 - δ) Επίπεδο συνείδησης _____

17. Τι περιλαμβάνει η νοσηλ. περιποίηση του νεκρού;

18. Τι πιστεύετε ότι μπορεί να γίνει επιπλέον για την καλύτερη φροντίδα του νεκρού;

19. Ποιός αναλαμβάνει την ενημέρωση των συγγενών του νεκρού;

α) Ιατρός -----

β) Νοσηλεύτρια-τής -----

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

Σχολή: ΣΕΥΠ

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Ερωτηματολόγιο προς το κοινό

1. Φύλο άρρεν -----
 θήλυ -----

2. Ηλικία -----

3. Γραμ. γνώσεις -----

4. Επάγγελμα -----

5. Πως αντιλαμβάνεστε την έννοια "Θάνατος;
α) Είναι αναπόφευκτο γεγονός -----
β) Τον φοβάστε -----
γ) Δεν θέλετε να το σκέφτεστε -----
δ) Τον θεωρείτε πέρασμα στην αιώνια ζωή -----

6. Σας έτυχε περίπτωση θανάτου συγγενικού
ή φιλικού σας προσώπου εντός νοσοκομείου;
α) Ναι -----
β) Όχι -----

7. Αν ναι, πως αισθανθήκατε;
α) Shock -----
β) Λύπη -----
γ) Φόβο -----
δ) Αποδοχή -----
ε) Κάτι άλλο -----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, «Η νοσηλευτική φροντίδα του ετοιμοθάνατου», Γενική Νοσηλευτική, Τόμος Α΄, Αθήνα, 1991.
- 2.Αγιουτάντης Γ., Ιατροδικαστικά θέματα, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1971.
- 3.Kubbler - Ross, Αυτός που πεθαίνει, (On death and dying) -Μετάφραση- Αθήνα, 1981.
- 4.Wise Doreen - Μαθαίνοντας για το θάνατο (Learning about dying), Nurs Outlook, January 1974, vol. 22, No 1, p.p. 41-44.
- 5.Δρ. Ραγιά Αφρ. - Βασική Νοσηλευτική - Β΄ έκδοση, Αθήνα 1991.
- 6.Abrams R., Δεν είσαι μόνος με τον καρκίνο (Not alone with cancer), Springfield, Ill - Charles Thomas Publisher, 1974, p.76.
- 7.Αθανάτου Ελ. Κλινική Νοσηλευτική - Έκδοση Β΄, Αθήνα 1992.
- 8.Jung C. - Η ψυχή και ο θάνατος (The soul and death) in: H Feifel, ed. The meaning of death, N. York: Mc Graw - Hill Book ο, 1995.
- 9.Μόνου Δ. Ι., «Η αντιμετώπιση του θανάτου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό», Materia Medica Greca, vol. 14, No 4, July - Aug. 1986, σελ.18.
- 10.Εγχειρίδιον αντιμετώπισης αρρώστου με AIDS στο νοσοκομείο - Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων Γενικού Περιφερικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Μάρτιος, Αθήνα 1988, σελ. 18.
- 11.Πάνου Μ. - Παιδιατρική Νοσηλευτική - Εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 1992.
- 12.Kubbler - Ross, «On children and death» Mac Millan, N. York 1983.

- 13.Μαλγαρινού Μ. Γουλιά Ε., «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1988.
- 14.Μπρατσιώτου, Ν.Π., Το πρόβλημα της ευθανασίας, Συζήτηση Στρογγυλής Τραπέζης, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιώς (20-4-72), Νοσ/κά Χρονικά, 35 (1973), σ.σ. 274-296.
- 15.Γιαννοπούλου Χ. Αθ. - Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 1990.
- 16.Μητσόπουλος Νικ. Ευθ., Θέματα Ορθοδόξου Ηθικής Θεολογίας, Αθήνα, 1984.
- 17.Σκουτέλη Χρ., «Μεταμοσχεύσεις», Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό «Ήλιος», τ. ΙΓ΄, σ. 402.